

**Toiminnallisen neurologisen
häiriöpotilaan fysioterapia
Teemahaastattelu fysioterapeuteille**

Leila Kulju

Opinnäytetyö

Helmikuu 2019

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala

Fysioterapeutti (AMK), fysioterapian tutkinto-ohjelma

Tekijä(t) Kulju, Leila	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä Helmikuu 2019
	Sivumäärä 48 + 12	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Toiminnallisen neurologisen häiriöpotilaan fysioterapia Teemahaastattelu fysioterapeuteille		
Tutkinto-ohjelma Fysioterapian tutkinto-ohjelma		
Työn ohjaaja(t) Eeva Helminen, Pirjo Mäki-Natunen		
Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, fysiatria. Ohjaajat Tuulikki Alanko, Juhani Multanen		
Tiivistelmä <p>Toiminnallinen neurologinen häiriö eli functional neurological disorder (FND) on tunnettu aiemmin konversiohäiriönä. Häiriöstä kärsii arviolta 0,01-0,5% väestöstä. Silti jopa 20-26 prosentilla yleissairaalan potilaista on toiminnallisia oireita. Toiminnallisilla oireilla viitataan siihen, etteivät potilaan fyysiset oireet selity elimellisellä sairaudella.</p> <p>Tarkoituksena oli tuoda fysioterapeuteille ja muille terveydenhuollon ammattilaisille tietoa FND-potilaiden fysioterapiasta. Tavoitteena oli selvittää, millaisia fysioterapiamenetelmiä FND-potilaiden fysioterapiassa käytetään, ja millaisia erityispiirteitä FND-potilaiden kohtamiseen ja vuorovaikutukseen liittyy.</p> <p>Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena, jonka menetelminä käytettiin kuvailevaa kirjallisuuskatsausta ja teemahaastattelua. Haastatteluiden taustatieto ja haastattelurunko muodostettiin kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla. Tutkimusaineisto analysoitiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia käyttäen. Teemahaastatteluun osallistui viisi FND-potilaiden parissa työskentelevää fysioterapeuttia, jotka työskentelevät terveydenhuollon eri sektoreilla.</p> <p>Tutkimustulokset osoittavat, että fysioterapia on moniammatillista ja voimavaralähtöistä. Se on yksilöllistä, ja sisältää menetelmiä erityisesti kipufysioterapiasta ja psykofyysisestä fysioterapiasta. Käytössä on kuitenkin tarpeen mukaan työkaluja myös muista fysioterapian osa-alueista. Fysioterapiaprosessiin kuuluu potilaan diagnoosiin ja taustatietoihin perehtyminen, fysioterapeuttinen tutkiminen, ohjausta ja neuvontaa, tavoitteiden asettamista yhdessä potilaan kanssa, terapeutista harjoittelua sekä fysioterapian arviointia. Potilaan kohtaamisessa ja vuorovaikutuksessa on tärkeää potilaan kuulluksi tuleminen ja aito vuorovaikutus sekä luottamussuhteen rakentaminen.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Functional neurological disorder, FND, toiminnallinen neurologinen häiriö, konversiohäiriö, fysioterapia, teemahaastattelu, kuvaileva kirjallisuuskatsaus		
Muut tiedot (salassa pidettävät liitteet)		

Author(s) Kulju, Leila	Type of publication Bachelor's thesis	Date February 2019 Language of publication: Finnish
	Number of pages 48 + 12	Permission for web publication: x
Title of publication Physiotherapy of functional neurological disorder patient A theme interview with physiotherapists		
Degree programme Degree programme in Physiotherapy		
Supervisor(s) Helminen, Eeva & Mäki-Natunen, Pirjo		
Assigned by Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, fysiatria. Supervisors Alanko, Tuulikki & Multanen, Juhani		
Abstract <p>Functional neurological disorder, FND, was formerly known as a conversion disorder. Approximately 0.01-0.5% of the population suffer from FND. Still, as many as 20-26% of general hospital patients have functional neurological symptoms. The term indicates that these physical symptoms cannot be explained based on organic pathology.</p> <p>The purpose was to provide information about the functional neurological disorder for physiotherapists and other professionals in health care. The aim was also to discover what kinds of physiotherapy methods were used with FND-patients and what the characteristics of encounters and interaction between the therapist and patient were.</p> <p>This study had a qualitative research approach and the methods included a narrative literature review and theme interviews. The literature review formed the theoretical basis for the interviews conducted with five physiotherapists who worked in different sectors of health care with FND patients. The interviews were analyzed by using content-based content analysis.</p> <p>According to the results, FND physiotherapy is multidisciplinary and resource-centered. It is individualized, and it includes methods particularly from pain physiotherapy and psychophysical physiotherapy. However, methods from all fields of physiotherapy are used when necessary. The process includes familiarization with the patient's diagnosis and history as well as interviews and assessment, education and guidance, goal setting together with the patient, therapeutic exercise and evaluation. When interacting with the patient, it is important that the patient has a sense of being heard. Communication should be honest, and the relationship should be built on trust.</p>		
Keywords/tags (subjects) Functional neurological disorder, FND, conversion disorder, physiotherapy, theme interview, semi-structured interview, narrative literature review		
Miscellaneous (Confidential information)		

Sisältö

1	Johdanto	4
2	Toiminnallinen neurologinen häiriö (FND)	5
2.1	Ilmenevät oireet ja taustatekijät	5
2.2	Diagnosointi	7
2.3	Levinneisyys ja ennuste.....	8
3	FND-potilaan kuntoutus Suomessa	8
4	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	10
5	Tutkimuksen toteutus	10
5.1	Aineiston keruumenetelmät	10
5.1.1	Kirjallisuuskatsaus.....	10
5.1.2	Teemahaastattelu.....	13
5.2	Aineiston analyysi.....	14
5.3	Aineiston laadun arviointi	17
6	Tutkimustulokset.....	19
6.1	Moniammatillisuus.....	19
6.2	Voimavaralähtöinen fysioterapia	21
6.3	Fysioterapiamenetelmät	24
6.4	Fysioterapiaprosessi.....	24
6.4.1	Diagnoosi ja potilaan taustatiedot	24
6.4.2	Potilaan tutkiminen	26
6.4.3	Tavoitteet	27
6.4.4	Ohjaus ja neuvonta.....	28
6.4.5	Terapeuttinen harjoittelu	30
6.4.6	Fysioterapian arviointi ja mittaaminen.....	34

6.5	Kohtaamisen ja vuorovaikutuksen erityispiirteet.....	35
7	Johtopäätökset.....	37
8	Pohdinta.....	40
8.1	Tutkimuksesta yleisesti	40
8.2	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	42
8.2.1	Luotettavuus.....	42
8.2.2	Eettisyys.....	43
8.3	Jatkotutkimusehdotukset.....	44
	Lähteet	45
	Liitteet	49

Kuviot

Kuvio 1. Kirjallisuuden aineiston analyysistä nousseet teemat.	15
Kuvio 2. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen teemahaastatteluissa (Tuomi & Sarajärvi 2018, 91-92).	16
Kuvio 3. Haastatteluista nousseet lopulliset teemat.	17
Kuvio 4. Vireystilavyöhykkeet.	23

Taulukot

Taulukko 1. Toiminnallisten häiriöiden etiologia (Nielsen ym. 2015, 1114).	6
Taulukko 2. Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit.	11
Taulukko 3. Aineiston haku tietokannoista.	12
Taulukko 4. PEDro-asteikon arviointikriteerit (PeDro scale, 2018).	18
Taulukko 5. Laadullisen tutkimuksen arviointikriteerit.	42

1 Johdanto

Toiminnallinen neurologinen häiriö eli functional neurological disorder (FND) on aiemmin tunnettu konversiohäiriönä. Se ilmenee erilaisina fyysisinä oireina, kuten raajaheikkoutena, kipuina, vapinana, halvaus- tai kouristuskohtauksina ja puheen häiriöinä. Oireet eivät selity elimellisellä sairaudella. (Espay ym. 2018, 2-3; Kozłowska ym. 2012, 399-400.) Toiminnallinen häiriö on yllättävän yleinen, jopa 20-26 prosentilla yleissairaalan potilaista on toiminnallisia oireita (Vataja & Leppävuori 2012, 634).

Yleisyydestä huolimatta toiminnallisesta neurologisesta häiriöstä ei tiedetä tarpeeksi. Potilaista vain vaikeista ja keskivaikeista oireista kärsivät pääsevät erikoissairaanhoidon piiriin. Kuntoutus sisältää toisinaan moniammatillista kuntoutusta, toisinaan terveydenhuollon ammattilaiset toimivat yksin potilaan kanssa. Toistaiseksi Suomessa ei ole kansallisia suosituksia tai omia hoitoyksiköitä tämän potilasryhmän hoidosta ja kuntoutuksesta, mutta sellaisille on todettu olevan tarvetta. (Luonnos asiantuntijaryhmän suositukseksi 2018, 7-11.)

Fysioterapia on todettu tehokkaaksi FND-potilaiden kuntoutuksessa, ja se sisältää menetelmiä fysioterapian eri osa-alueista (Nielsen, Stone & Edwards 2013, 100-101). FND-potilaiden fysioterapiasta ei ole tehty aiemmin suomalaista tutkimusta, ja tietoa toiminnallisten neurologisten häiriöpotilaiden fysioterapiasta tarvitaan.

Tämän opinnäytetyötutkimuksen tarkoituksena on tuoda tietoa FND-potilaiden fysioterapiasta. Tavoitteena on selvittää tarkemmin käytössä olevia fysioterapiamenetelmiä sekä kohtaamisen ja vuorovaikutuksen erityispiirteitä tämän potilasryhmän kuntoutuksessa. Tutkimusmenetelminä on käytetty kuvailevaa kirjallisuuskatsausta ja teemahaastattelua, jossa haastateltiin viisi FND-potilaiden parissa työskentelevää fysioterapeuttia. Pohjatieto ja haastattelurunko muodostettiin kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla. Tässä työssä esitellään FND-potilaiden fysioterapiaa koko fysioterapiaprosessin kautta.

Otsikkona tälle opinnäytetyötutkimukselle oli alun perin Konversiohäiriöpotilaan fysioterapia. Kirjallisuuskatsauksen ja teemahaastattelujen myötä kuitenkin selvisi, että termistä konversiohäiriö ollaan luovuttu, ja tämän tilalla käytetään termiä toiminnal-

linen neurologinen häiriö (functional neurological disorder FND). Tässä opinnäytetyötutkimuksessa käytetään termejä toiminnallinen neurologinen häiriö ja functional neurological disorder, joka on lyhennetty kirjaimin FND.

Toimeksiantajana tälle opinnäytetyötutkimukselle on Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Tutkimusluvan antoi fysiatrian ylilääkäri Jari Ylinen.

2 Toiminnallinen neurologinen häiriö (FND)

2.1 Ilmenevät oireet ja taustatekijät

Toiminnallisista oireista käytetään montaa nimitystä, kuten toiminnallinen motorinen häiriö, toiminnallinen neurologinen häiriö, konversiohäiriö, tai medically unexplained physical symptoms (MUPS). Kaikki termit viittaavat kuitenkin siihen, etteivät potilaan oireet selity elimellisellä sairaudella. (Kozłowska, English, Savage & Chudleigh 2012, 399-400.) Häiriö ilmenee vähintään yhden tahdonalaisen lihaksen tai aistien toimintaan liittyvänä oireena tai vajauksena, joita ei voida osoittaa elimellisistä syistä johtuviksi tai kemiallisen aineen vaikutuksesta johtuviksi. Ilmiöön liittyy usein psykologisia tekijöitä. (Huttunen 2017; Vataja & Leppävuori 2012, 634-635.) Potilaalla on usein huoli somaattisista oireistaan sekä epänormaaleja ajatuksia tai tunteita näihin oireisiin liittyen (Diedens, Probst & Bredero, 2018).

Toiminnallinen neurologinen häiriö jaetaan motoriseen häiriöön, sensorisiin ilmentymiin, aksiaalisiin häiriöihin, puheen häiriöihin ja toiminnallisiin kohtauksiin. **Motorisiin häiriöihin** kuuluu toiminnallinen heikkous, joka saattaa muistuttaa aivoverenkierohäiriöitä. Tähän ryhmään luokitellaan myös toiminnallinen vapina, toiminnallinen Parkinsonin tauti, toiminnallinen dystonia ja erilaiset kivut. **Sensoriset ilmentymät** tarkoittavat toiminnallisia huimauškohtauksia, jotka saavat usein alkunsa akuutista huimauksesta tai paniikkikohtauksesta. Kohtauksiin liittyy myös kipua. **Aksiaaliset häiriöt** liittyvät asentoon ja askellukseen. **Puheeseen liittyvät häiriöt** käsittävät puolestaan artikulaatioon ja prosodiaatioon eli kommunikaation tehostamiseen

käytettyjen äänenpainojen, sanojen ajoituksen ja sävelkulun liittyvät häiriöt sekä äänen tuottoon liittyvät häiriöt. **Toiminnalliset kohtaukset** ovat usein epileptisen kohtauksen kaltaisia. (Espay ym. 2018, 2-3.)

Toiminnallisen neurologisen häiriön **taustalla** on Huttusen (2017) mukaan usein lapsuuden tai aikuiselämän traumaattiset kokemukset. Vataja ja Leppävaara (2012, 634) lisäävät riskitekijöihin vielä persoonallisuushäiriöt, terveydenhuoltoalalla työskentelemisen sekä fyysisen vammautumisen. Nielsen ja kumppanit jakavat toiminnallisten oireiden potentiaaliset mekanismit ja etiologian biologisiin, psykologisiin ja sosiaaliin seikkoihin. Nämä ilmenevät joko kaikissa vaiheissa, altistavissa tekijöissä, kiihdyttävissä mekanismeissa ja/tai oireita ylläpitävissä liittyvissä tekijöissä. (Nielsen ym. 2015, 1114.)

Ali ja kumppanit lisäävät taustatekijöiksi iän ja sukupuolen. Naisilla toiminnallinen neurologinen häiriö on yleisempi kuin miehillä (Ali, Jabeen, Pate, Shahid, Chinala, Nathani & Shah 2015, 29). Taulukko yksi esittelee toiminnallisten häiriöiden mahdolliset mekanismit ja etiologian mukailten Nielsenin ja kumppaneiden teoriaa. Taulukossa jaotellaan biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät sekä oireisiin kaikilla taasoilla vaikuttavat tekijät, altistavat heikkoudet, kiihdyttävät mekanismit ja oireita ylläpitävät tekijät eri tekijöiden mukaisesti. Taulukko havainnollistaa toiminnallisten neurologisten häiriöiden taustatekijöiden laajuuden, mutta siitä puuttuu ikään ja sukupuoleen liittyvät tekijät.

Taulukko 1. Toiminnallisten häiriöiden etiologia (Nielsen ym. 2015, 1114).

Tekijät	Biologiset	Psykologiset	Sosiaaliset
Kaikilla tasoilla vaikuttavat tekijät	- "orgaaninen" tauti - aiemmat toiminnalliset oireet	- emotionaalinen häiriö - persoonallisuushäiriö	- sosio-ekonominen/ köyhyys - elämäntapahtumat ja vaikeudet
Altistavat heikkoudet	- geneettiset tekijät, jotka vaikuttavat persoonallisuuteen - biologinen heikkous hermostossa	- lapsuuden kokemukset, jotka koetaan haitallisina - persoonallisuustekijät - huonot kiintymyssuhteet	- lapsuuden hyväksikäyttö - perheen huono toimivuus - toisten oireiden mallintaminen
Kiihdyttävät mekanismit	- epänormaali fysiologinen tapahtuma tai tila - fyysinen vamma tai kipu	- elämäntapahtuman negatiivinen kokeminen - akuutti dissosiaatio tai paniikkikohtaus	
Ylläpitävät tekijät	- keskushermoston plastisiteetti, joka johtaa epänormaaliiin liikkeeseen - sairastuminen - immunologiset poikkeavuudet	- sairaususkomukset (potilaan ja koko perheen) - se, että ei tule kuulluksi - käsitys, että liike aiheuttaa vahinkoa - oireen provokaation välttäminen - pelko oireesta	- sosiaaliset edut sairaudesta - mahdollisten tukien saaminen - jatkuvat tutkimukset ja epävarmuus - liiallinen luottamus läheisiin, jotka väittävät oireiden olevan peruuttamattomia ja puhtaasti fyysisiä.

2.2 Diagnosointi

Vuonna 2013 konversiohäiriön tilalla ryhdyttiin käyttämään käsitettä toiminnallinen neurologinen häiriö Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V (DSM V) -tautiluokituksen myötä. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) on mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden diagnoosijärjestelmä, jonka on luonut American Psychiatric Association APA. (APA 2018; Diedens, Probst & Bredero 2018, 259.)

Luokitukseen sisällytettiin tahdonalaiset motoriset ja sensoriset oireet sekä kognitiiviset oireet. Aikaisempi DSM IV -luokitus edellytti psykologisen trauman tai stressin osoittamista osana kriteereitä. Suurella osalla potilaista näitä ei kuitenkaan voida todeta. (Lehn ym. 2015,2.)

ICD 10-luokituksessa käytetään edelleen termiä konversiohäiriö, ja se yhdistetään termiin dissosiaatiohäiriöt (F44), jotka ovat mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden (F0-99) alla (Tautiluokitus ICD-10 2011, 265). WHO on julkaissut ICD 11 -luokituksen vuonna 2018. Se otetaan käyttöön maailmanlaajuisesti kuitenkin vasta vuonna 2022, ja Suomessa sote-uudistuksen valmistuttua. (Pihlava 2018.) Suomessa on siis edelleen käytössä ICD 10 -tautiluokitus. Diagnoosia tehdessä kuitenkin suositellaan käytettävän kansainvälisesti käytössä olevia termejä toiminnallinen neurologinen häiriö FND tai toiminnallinen motorinen häiriö FMD. (Vataja & Leppävuori 2012, 634-635.)

DSM V -luokituksessa FND-oireet jaetaan motorisiin oireisiin, sensorisiin oireisiin, kohtauksiin ja kouristuksiin sekä sekamuotoisiin oireisiin. Luokituksessa korostetaan aikaisempaa enemmän aiempia elämäntapahtumia kuten fyysisiä traumoja, sairautta tai psykofyysisiä tapahtumia, jotka saattavat herkistää toiminnallisille häiriöille. Tässä mallissa tulkitaan, että nämä tapahtuvat korreloivat epänormaaleihin aistitoimintojen käsittelyyn ja kehotuntemuksiin. (Espay ym. 2018, 1.)

FND:n diagnosointi tulisi tehdä positiivisten löydösten perusteella hyödyntäen potilaan historiaa, kliinistä päättelyä ja tutkimista. Yleensä diagnostiset löydökset liittyvät

oireiden normalisoitumiseen, kun potilaan huomio viedään muualle. Oireiden vaihtelu tutkimisen aikana on tyypillistä. Diagnoosin tekee aina lääkäri. (Macerollo & Edwards 2017, 2-3.)

2.3 Levinneisyys ja ennuste

FND esiintyy 4-12 henkilöllä sadasta tuhannesta. Espanyn ja kumppaneiden tutkimuksen mukaan, jossa oli yhteensä 3781 neurologisten klinikoiden potilasta, 5,4 prosentilla oli diagnoosina FND ja 30 prosenttia kärsi toiminnallisista oireisesta, jotka selittyivät osin toiminnallisella häiriöllä. Vaikka toiminnallinen häiriö on koettu haastavaksi diagnosoida, on tutkimusten mukaan vääriä diagnooseja esiintynyt vähän, vain neljällä prosentilla viiden vuoden seurannassa. (Espay ym. 2018, 2.)

Suomessa FND:n esiintyvyys on väestössä pieni, 0,01 – 0,5 prosenttia. Silti jopa 20-26 prosentilla yleissairaalan potilaista on toiminnallisia oireita, vaikka vain viidellä prosentilla kaikki diagnostiset kriteerit täyttyvät. (Vataja & Leppävuori 2012, 634.)

FND-potilaan ennuste on edelleen huono osittain diagnosoinnin haasteista ja osaa-vien terapeuttien vähyydestä johtuen. Kuntoutuksesta huolimatta useilla potilailla oireet jatkuvat, tai jopa lisääntyvät sen seurauksena. Seitsemän vuoden seurannassa jopa 40 prosentilla potilaista on edelleen toiminnallisesta häiriöstä johtuvia oireita. Erityisesti yli vuoden toiminnallisesta häiriöstä kärsineillä ennuste on huono. Toisaalta hyviä tuloksia ollaan saatu erityisesti nuorilla potilailla sekä potilailla, jotka saavat diagnoosin varhaisessa vaiheessa. Kuntoutuksen onnistuminen riippuu pitkälti oikeasta diagnoosista ja sen kertomisesta potilaalle. (Espay ym. 2018, 8; Czarnecki ym. 2012, 248; Nielsen ym. 2017, 3.)

3 FND-potilaan kuntoutus Suomessa

FND-potilaalle ei ole hoito- ja kuntoutussuosituksia. Nielsen ja kumppanit ovat tehneet toiminnallisen neurologisen häiriöpotilaan fysioterapiaan suosituksen (2015, 1113-1119). Suomessa sosiaali- ja terveysministeriö on pyytänyt asiantuntijaryhmältä

suositusta toiminnallisten häiriöiden hoidon järjestämisestä. Tässä luonnoksessa asiantuntijaryhmä suosittelee terveydenhuollon ammattilaisten tietoisuuden lisäämistä toiminnallisiin häiriöihin liittyen. Ryhmän mukaan systemaattinen hoitomuotojen käyttöönotto ja uusien tutkimusmuotojen kehittäminen on vähäistä ja tarvitsee kehittämistä. (Luonnos asiantuntijaryhmän suositukseksi 2018, 7-11.)

Suosituksessa hoito porrastetaan oireiden vaikeuden perusteella. Lievät ja ohimenevät oireet kuuluvat perusterveydenhuollon piiriin. Lievät ja ohimenevät oireet ovat vastikään ilmaantuneita, mutta toiminnallinen haitta on vähäinen. Keskivaikeat ja vaikeat toiminnalliset neurologiset häiriöt kuuluvat puolestaan erikoissairaanhoidon piiriin. Keskivaikeassa toiminnallisessa häiriössä oireet ovat jatkuneet viikkoja tai kuukausia ja toiminnallinen haitta on kohtalainen tai merkittävä. Vaikea toiminnallinen häiriö on jatkunut vähintään puoli vuotta ja toiminnallinen haitta on vaikea. Tämä tarkoittaa sitä, että potilas tarvitsee tällöin apua arjessa toimimisessa, ja hänellä on pitkiä sairauslomajaksoja, työkyky on vakavasti uhattuna tai hän on työkyvytön. Vaikeiden häiriöiden kohdalla tulee olla kuntoutuksen moniammatillinen työryhmä tai yksikkö, joka toimii sairaanhoitopiirin alueella. Työryhmä tai yksikkö koostuu erikoislääkäreistä, psykologista, neuropsykologista, fysioterapeutista, toimintaterapeutista, sosiaalityöntekijästä ja puheterapeutista. Vaikeiden toiminnallisten häiriöiden lisäksi yksiköt ottavat käyttöön uusia näyttöön perustuvia toiminnallisten häiriöiden hoitomuotoja sekä tutkivat ja kehittävät niitä. (Luonnos asiantuntijaryhmän suositukseksi 2018, 9-11.)

Myös Kela selvittää toiminnallisten häiriöiden kuntoutusmuotoja ja kuntoutuksen järjestämistä. Työterveyslaitos kartoittaa Kelan toimeksiannosta toiminnallisten häiriöiden kuntoutusmuotoja ja niiden soveltuvuutta Kelan järjestämässä kuntoutuksessa sekä tuottaa tietoa interventioista. Selvityksestä tehdään julkaisu. (Kela 2018.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on tehnyt vuonna 2018 selvityksen lasten monimuotoisista oireista, jossa todetaan, ettei Suomen erikoissairaanhoidossa ole vakiintunutta tahoja, jonka vastuulle kuuluisi toiminnallisesti oireilevien lasten hoito. Selvityksessä ehdotetaan, että kaikkien terveydenhuollon ammattihenkilöiden tietoutta toiminnallisista häiriöistä lisätään. Erityistasoisen hoidon saatavuus on järjestettävä alueellisesti yhdenvertaisella tavalla. Diagnoosin tekee lastenneurologi, ja diagnoosia seuraa aina yksilöllinen hoitosuunnitelma. Jokaiseen yliopistosairaalaan kootaan työryhmä,

jolla on moniammatillista osaamista lasten toiminnallisista häiriöistä. Koko perhe saa tukea, ja erikoissairaanhoidossa hoidettavalle lapselle nimetään perusterveydenhuollosta oma lääkäri ja hoitaja. Lapsen tilanteen tarkkailua ja seuranta jatketaan siis perusterveydenhuollossa. Työn kuormittavuus huomioidaan, ja työntekijöille järjestetään tarvittaessa työnohjausta. Yliopistosairaalat ja mahdolliset toiminnallisten häiriöiden hoitoon erikoistuneet keskuksat tekevät yhteistyötä. (Hermanson 2018, 33-41.)

4 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite

Tämän opinnäytetyötutkimuksen tarkoituksena on tuoda fysioterapeuteille ja muille terveydenhoitoalan ammattilaisille tietoa toiminnallisen neurologisen häiriöpotilaan (FND) fysioterapiasta. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää FND-potilaiden fysioterapiassa käytettyjä menetelmiä sekä potilaiden kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen liittyviä erityispiirteitä.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaisia fysioterapiamenetelmiä FND-potilaiden fysioterapiassa käytetään?
2. Mitä FND-potilaiden fysioterapiaprosessi sisältää?
3. Millaisia erityispiirteitä FND-potilaan kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen liittyy?

5 Tutkimuksen toteutus

Tämä opinnäytetyötutkimus on laadullinen, ja se on toteutettu kuvailevana kirjallisuuskatsauksena ja teemahaastatteluna.

5.1 Aineiston keruumenetelmät

5.1.1 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaus jaetaan kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen, systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen ja meta-analyysiin. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yleiskatsaus

aineistoon ilman tarkkoja sääntöjä. Käytetyt aineistot ovat tyypillisesti laajoja, ja tutkittava ilmiö voidaan kuvata laaja-alaisesti. Tarvittaessa luokitellaan tutkittavan ilmiön ominaisuuksia. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus voidaan jakaa edelleen narratiiviseen ja integroivaan katsaukseen. Toisinaan narratiivisesta katsauksesta erotetaan toimituksellinen, kommentoiva ja yleiskatsauksellinen toteuttamistapa. Yleiskatsauksellisessa toteuttamistavassa kirjallisuuskatsauksen analyysi on kuvaileva synteesi. (Salminen 2011, 6-7.)

Tässä tutkimuksessa on käytetty kuvailevan kirjallisuuskatsauksen narratiivista yleiskatsausta kuvaamaan toiminnalliseen neurologiseen häiriöön liittyvää aikaisempaa tutkimusta fysioterapiaan liittyen ja selittämään toiminnallista neurologista häiriötä ilmiönä. Kirjallisuusaineistosta on muodostettu haastattelurunko etsimällä aineistosta toistuvia teemoja. (Kananen 2017, 32-35; 88.)

Kirjallisuuskatsauksen aineisto on haettu seuraavista sähköisistä tietokannoista: Cihnal Plus EBSCO, Elsevier Science Direct, PeDro, ja PubMed. Hakulausekkeiksi muodostui ”functional disorder OR conversion disorder AND physi* OR rehabilitation”, ”functional movement disorder OR conversion disorder and physi*”, Lisäksi teemahaastattelujen jälkeen tehtiin lisähaku hakulausekkeella ”medically unexplained physical symptoms AND physi*” ja ”medically unexplained symptoms AND physical therapy”, jotta voitiin varmistua, ettei kirjallisuuskatsauksen aineisto ole vajavaisten tutkimusongelman käsittelyssä. Taulukko kaksi listaa aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

Taulukko 2. Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Aineisto vastaa tutkimuskysymykseen	Aineisto ei vastaa tutkimuskysymykseen
Aineisto käsittelee FND-potilaan kuntoutusta ja fysioterapiaa	Aineisto käsittelee muuta kuin tämän potilasryhmän kuntoutusta ja fysioterapiaa
Aineisto käsittelee yksilöterapiaa	Aineisto käsittelee ryhmäkuntoutusta
Aineisto käsittelee aktiivisia hoitomuotoja	Aineisto ei käsittele aktiivisia hoitomuotoja
Aineisto ei ole case-tutkimus	Aineisto on case-tutkimus
Aineisto on julkaistu aikavälillä 2012-2018	Aineisto on julkaistu ennen vuotta 2012
Aineiston kielenä on suomi tai englanti	Aineiston kielenä on joku muu kuin suomi tai englanti

Hakujen perusteella tähän tutkimukseen valittiin yhteensä 14 tutkimusta, jotka täyttivät sisäänottokriteerit. Aineiston haku on eritelty tarkemmin taulukossa kolme. Taulukossa on mainittu myös tietokannoissa esiin tulleet samat tutkimukset eli dublikaatiot. Tutkimukseen valittu aineisto on taulukoitu tarkemmin liitteessä yksi. Kirjallisuuskatsauksen lisäksi tietoa haettiin kirjallisuudesta ja alan artikkeleista poikkiteellisesti siten, että aineisto käsitteli kuntoutusta, fysioterapiaa ja psykoterapiaa.

Taulukko 3. Aineiston haku tietokannoista.

Tietokanta	Hakulauseke	Valitut tutkimukset otsikon perusteella	Valitut tutkimukset koko tekstin perusteella
Cihnal Plus EBSCO,	functional disorder OR conversion disorder AND physi* OR rehabilitation	1	1
Cihnal Plus EBSCO	functional movement disorder OR conversion disorder and physi*	1	1, jo valittu
Cihnal Plus EBSCO	medically unexplained physical symptoms AND physi*	6	2
Cihnal Plus EBSCO	medically unexplained sympoms AND physical therapy	4, jotka samoja kuin edellisellä hakulausekkeella	2, jotka jo valittu
Elsevier Science Direct	functional disorder OR conversion disorder AND physi* OR rehabilitation	1	1
Elsevier Science Direct	functional movement disorder OR conversion disorder and physi*	2	2
Elsevier Science Direct	medically unexplained physical symptoms AND physi*	0	0
Elsevier Science Direct	medically unexplained sympoms AND physical therapy	0	0
PeDro	functional disorder OR conversion disorder AND physi* OR rehabilitation	2	2, joista 2 jo valittu
PeDro	functional movement disorder OR conversion disorder and physi*	3	3, joista 2 jo valittu
PeDro	medically unexplained physical symptoms AND physi*	0	0
PeDro	medically unexplained sympoms AND physical therapy	0	0
PubMed	functional movement disorder OR conversion disorder and physi*	10	6, joista 1 jo valittu
PubMed	functional disorder OR conversion disorder AND physi* OR rehabilitation	5	3, joista 1 jo valittu
PubMed	medically unexplained physical symptoms AND physi*	0	0
PubMed	medically unexplained sympoms AND physical therapy	0	0
			Yhteensä 14 tutkimusta

5.1.2 Teemahaastattelu

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä, jota käytetään laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä. Teemahaastattelusta puuttuu strukturoidulle haastattelulle tyypillinen kysymysten tarkka muoto ja järjestys. Toisaalta haastattelussa on kaikille haastateltaville samat aihepiirit, jolloin teemahaastattelu ei ole täysin vapaa kuten syvähaastattelu. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 47-48.)

Teemahaastattelun etuna on joustavuus – kysymys on mahdollista toistaa sekä selvittää ilmausten sanamuotoja ja käydä keskustelua haastateltavan kanssa (Jouni & Sarajärvi 2017, 63; Kananen 2017, 95). Haastattelu tuo myös haastateltavien näkökulman esiin. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 47-48.) Teemahaastattelussa korostetaan haastateltavien tulkintoja asioista. Haastattelussa pyritään löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimuskysymyksiin liittyen. (Jouni & Sarajärvi 2017, 65-66.) Tilanne pyritään saamaan tavallisen keskustelun kaltaiseksi. Teemarunko sisältää laajoja teemoja ja tarkentavia apukysymyksiä, joita käytetään tarvittaessa tarkentamaan vastausta. (Eskola & Vastamäki 2015, 37-38; 181-182.)

Tämän opinnäytetyötutkimuksen aiheena on teema, josta halutaan saada lisätietoa nimenomaan käytettyjen fysioterapiamenetelmien ja potilaiden kohtaamisen näkökulmasta. Tällöin teemahaastattelun käyttö tutkimusmetodinä on perusteltua.

Tässä opinnäytetyötutkimuksessa haastateltiin viisi fysioterapeuttia. Haastateltavat toimivat Keski-Suomen, Tampereen ja Helsingin alueella, ja työskentelevät yksityisissä fysioterapiaorganisaatioissa sekä julkisella sektorilla erikoissairaanhoidossa akuutilla osastolla, kuntoutusosastolla ja poliklinikalla. Haastateltavat valittiin toimeksiantajan yhteystietojen perusteella siten, että he edustavat fysioterapeutteja, jotka työskentelevät FND-potilaiden parissa. Kaksi fysioterapeuttia kieltäytyi haastattelusta, mutta antoivat toisen fysioterapeutin yhteystiedot joko oman organisaationsa sisältä tai sen ulkopuolelta. Yksi haastattelu ei järjestynyt pitkän välimatkan ja aikataulujen sopimattomuuden vuoksi.

Alastalon ja kumppaneiden (2017) mukaan asiantuntijoita haastatellaan sen tiedon vuoksi, joita heillä oletetaan olevan tutkittavaan ilmiöön liittyen. Asiantuntijuus määrittyy esimerkiksi ammatillisten tehtävien kautta, eikä se ole niinkään yksilön kyky tai

ominaisuus. (Alastalo, Åkerman & Vaittinen 2017, 228-230.) Haastateltavat ovat työskennelleet fysioterapeutteina 20 – 40 vuotta, ja kaikilla haastateltavilla on lisä- ja täydennyskoulutuksia. Koulutukset liittyvät tule-fysioterapiaan, työfysioterapiaan, neurologiseen fysioterapiaan ja psykofyysiseen fysioterapiaan. Haastateltavien potilaat tai asiakkaat ovat lapsia ja aikuisia, ikähaarukan ollessa suuri. Yksityisellä sektorilla potilaat ovat pääosin pitkäaikaisia kuntoutujia.

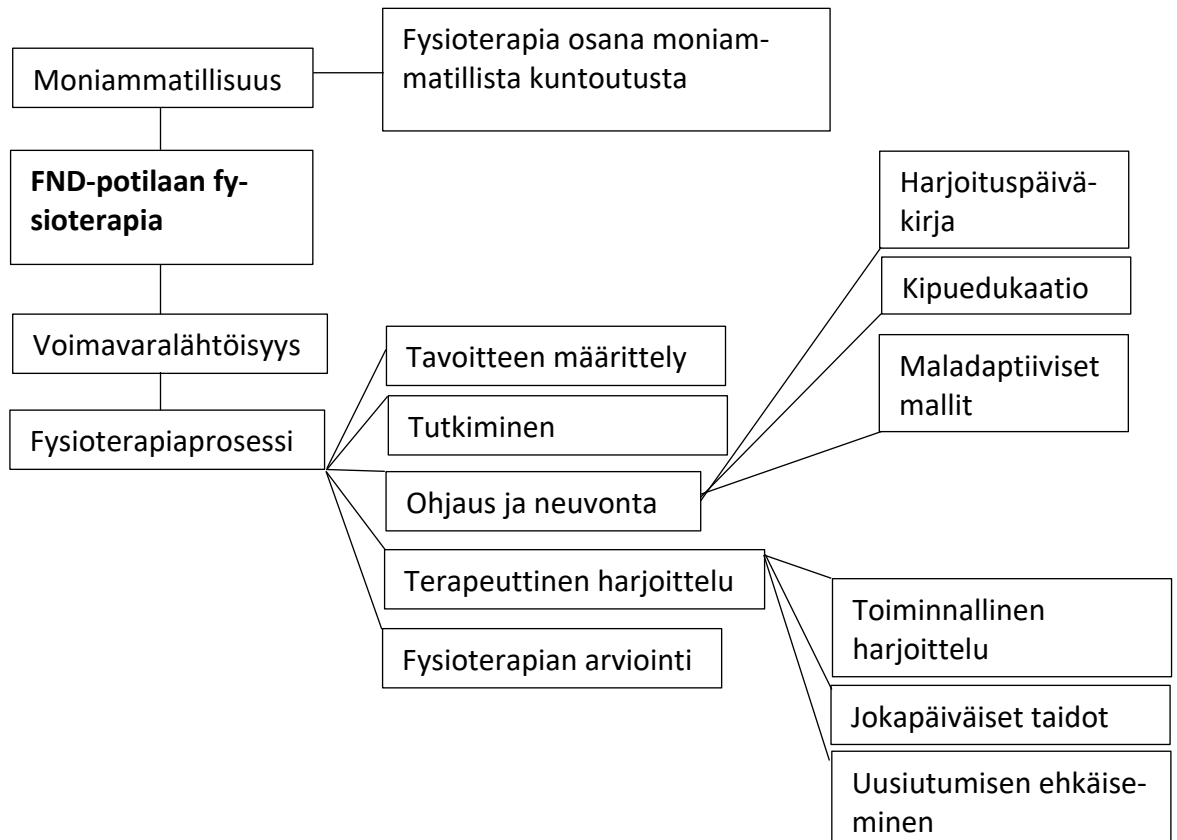
Haastattelut toteutettiin loka-marraskuussa 2018. Kaikki haastattelut nauhoitettiin kahdella nauhurilla ja litteroitiin. Haastateltaville lähetettiin ennen haastattelua tiedote tästä tutkimuksesta (liite 2), teemahaastattelun runko (liite 3) sekä tietosuojaseloste (liite 4). Jokainen haastateltava allekirjoitti suostumuksen tähän opinnäytetyötutkimukseen osallistumisesta (liite 5). Suostumuksia oli kaksi kappaletta, joista toinen jäi opinnäytetyön tutkijalle ja toinen haastateltavalle. Haastateltavien lisäksi tämän opinnäytetyön tutkija teki jokaisen organisaation kanssa kirjallisen sopimuksen tutkimusluvasta.

Teemahaastattelun runko kattoi tutkittavan ilmiön teemat. Keskustelujen aikana heräsi myös lisäkysymyksiä rungon ulkopuolelta, joita esitettiin haastateltaville. Kysymykset pyrittiin pitämään avoimina kysymyksinä, jatkokysymyksinä ja hypoteettisina kysymyksinä. Itsestään selviä kysymyksiä ja dikotomisias kysymyksiä pyrittiin välttämään, jotta haastateltavilta saataisi mahdollisimman hyvin tietoa tutkimuskysymyksiin. Dikotomisella kysymyksellä tarkoitetaan kysymyksiä, joihin vastataan kyllä tai ei. (Kananen 2017, 97-101.) Haastattelut olivat keskustelunomaisia, ja niistä saatiin oleellista tietoa tutkimuskysymyksiin liittyen. Haastatteluista nousi myös uusia tässä opinnäytetyötutkimuksessa huomioitavia näkökulmia.

5.2 Aineiston analyysi

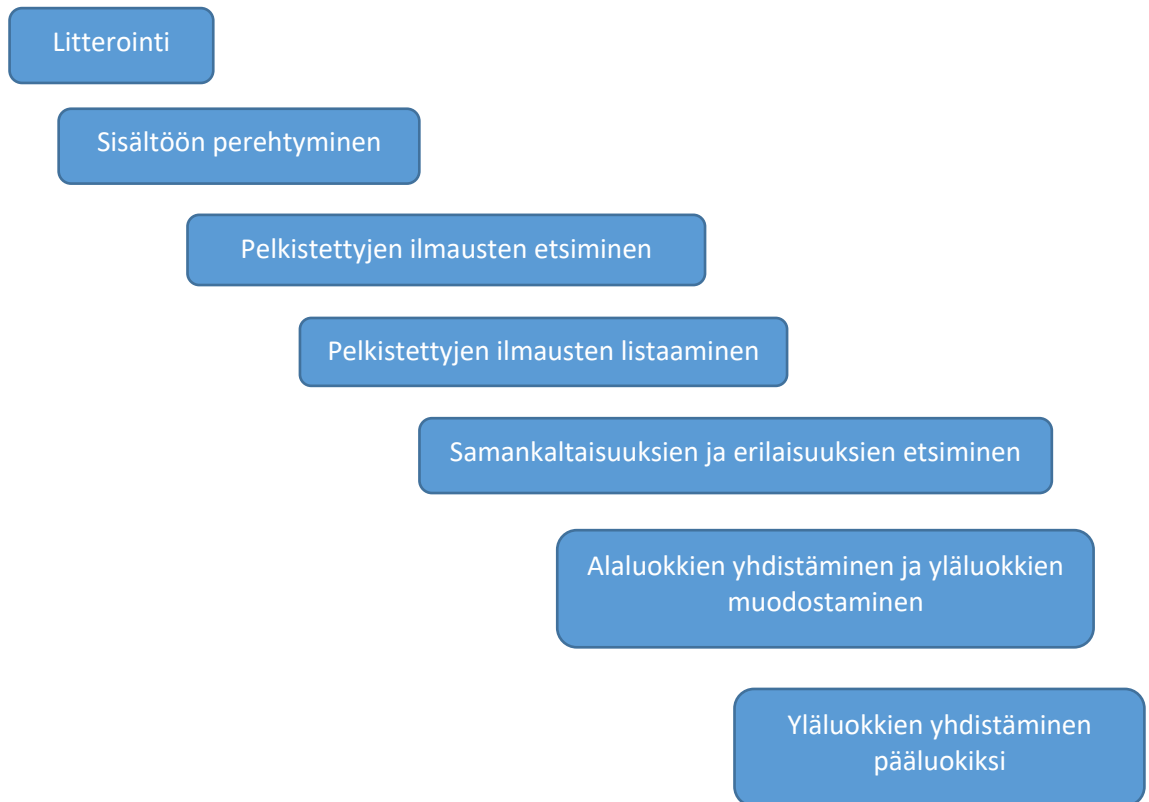
Kirjallisuuskatsauksen aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä kuvaamalla tutkimusten keskeinen sisältö. Sisällönanalyysi tehtiin teemoitellen. Teemoittelussa aineiston sisältö pilkotaan erilaisten teemojen mukaan. (Eskola & Suoranta 2008, 178-179; 181; Tuomi & Sarajärvi 2018, 104.) Aineisto käytiin huolellisesti läpi, ja aineistoa pelkistettiin niin, että siitä saatiin esille vastauksia ja tuloksia tutkimuskysymyksiin. Aineistosta etsittiin samankaltaisuuksia ja esille nousivat käsitteet

ryhmiteltiin. Ryhmittelyn avulla hahmotettiin haastattelurungon pohjana käytetyt teemat kuvion yksi mukaisesti.



Kuvio 1. Kirjallisuuden aineiston analyysistä nousseet teemat.

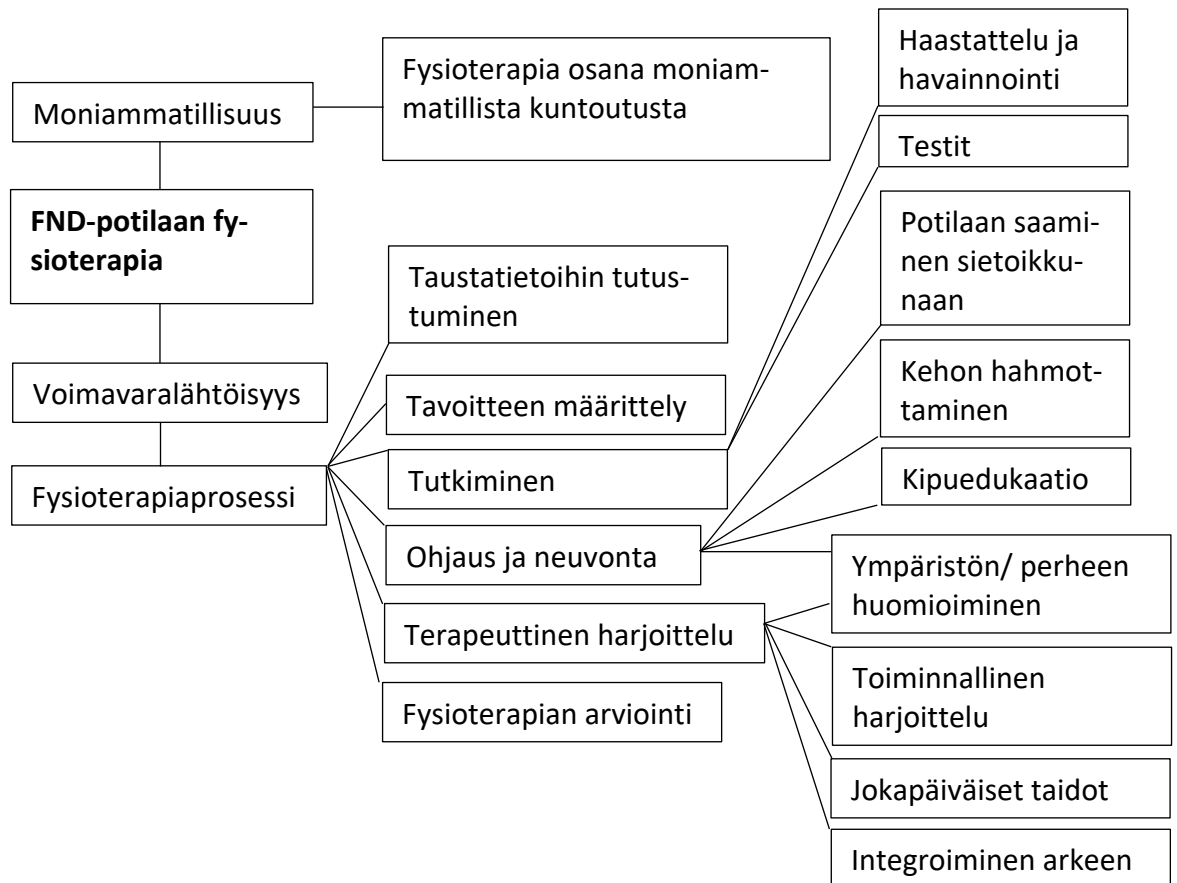
Haastatteluiden analyysiä on lähestytty avoimesti ajatellen niin, että mikä tahansa yksityiskohta saattaa osoittautua tutkittavan ilmiön kannalta tärkeäksi (Lilja 2018, 153). Haastattelujen analysointi toteutettiin kuvion kaksi mukaisesti aineistolähtöistä sisällönanalyysiä käyttäen, ja analyysin avulla haastatteluista pyrittiin löytämään yhteys kirjallisuuskatsauksessa esiin nousseisiin teemoihin sekä vastauksia tutkimuskysymyksiin 2 ja 3. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 171-176; Eskola & Vastamäki 2015, 42-43; Jouni & Sarajärvi 2017, 78-79.)



Kuvio 2. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen teemahaastatteluissa (Tuomi & Sarajärvi 2018, 91-92).

Kaikki haastattelut tallennettiin ja litteroitiin. Litteroitua aineistoa oli yhteensä 30 sivua. Haastattelut kestivät 45 minuutista 90 minuuttiin. Teksti litteroitiin sanasta sanaan siten, että puhejakson kestoja, taukoja, äänenpainoja tai muita yksityiskohtia ei huomioitu, sillä haastattelun asiasisältö oli olennaista, ei kerrontatapa. Puhejaksot, jotka eivät liittyneet aiheeseen, jätettiin litteroimatta. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 171-176.)

Haastatteluaineiston teemoittelun pohjana ovat kirjallisuuskatsauksen perusteella muodostetut teemat, joita on syvennetty haastatteluaineiston analyysissä. Kuvio kolme kuvaa haastatteluaineiston analyysin perusteella esiin nousseet lopulliset teemat. Haastatteluaineiston analyysissä oireiden uusiutuminen jäi vähäisemmäksi, kehon hahmottaminen ja perheen huomioiminen fysioterapiassa puolestaan korostuivat.



Kuvio 3. Haastatteluista nousseet lopulliset teemat.

5.3 Aineiston laadun arviointi

Tässä tutkimuksessa on arvioitu sekä kirjallisuusaineistoa että teemahaastatteluja. Haastatteluaineistoa arvioidaan haastateltavien valinnan haastattelujen tallentamisen, litteroinnin ja aineiston analyysin näkökulmasta.

Kirjallisuuskatsauksen aineisto on pisteytetty PEDro-asteikon mukaisesti (taulukko 4). Asteikko on kehitetty fysioterapiatutkimusten arviointiin, jolla pyritään vähentämään virheellisten ja vääristyneiden johtopäätösten syntymistä. PEDro-asteikossa arvioidaan tutkimusongelmaa, otantamenetelmiä, satunnaistamismenetelmiä, aineistonkeruumenetelmiä ja tulosten esittämistä. Kokonaispistemäärä on maksimissaan 10, ja sen perusteella voidaan arvioida tutkimusten luotettavuutta ja siirrettävyyttä. (Physiotherapy Evidence Database PEDro 2018; Niela-Vilén & Hamari 2016 28–30.)

Taulukko 4. PEDro-asteikon arviointikriteerit (PeDro scale, 2018).

PEDro-asteikon arviointikriteerit	
1	Sisäänottokriteerit on ilmoitettu. Tästä ei saa pistettä.
2	Tutkimushenkilöt on jaettu ryhmiin satunnaisesti
3	Ryhmiin jako on salattu
4	Ryhmät ovat tärkeimpien muuttujien suhteen samankaltaisia
5	Tutkimukseen osallistuvat ovat eivät tiedä mihin ryhmään kuuluvat
6	Tutkimukseen osallistuvat ammattihenkilöt ovat sokkoutettuja
7	Mittauksia tekevät henkilöt ovat sokkoutettuja
8	Tulokset on saatu vähintään 85% tutkimukseen osallistuneilta henkilöiltä
9	Kaikki tutkimukseen osallistuneet henkilöt ovat saaneet oman ryhmänsä mukaisen intervention
10	Ryhmien tuloksia on verrattu keskenään vähintään yhden muuttujan suhteen
11	Tutkimus tuo tietoa intervention vaikuttavuudesta ja variabiliteetista

Kirjallisuuskatsaukseen valittu aineisto käsitti 7 kirjallisuuskatsausta tai artikkelia ja 7 tutkimusta. Arvioitujen tutkimuksien pisteet vaihtelevat välillä 2/10 ja 6/10. Kaksi tutkimusta sai 2/10 pistettä, yksi 3/10 pistettä, kolme 5/10 pistettä ja yksi 6/10 pistettä. Kirjallisuuskatsauksia ei voitu pisteyttää PEDro-asteikon kriteerien mukaisesti. Sekä kirjallisuuskatsauksien että tutkimusten tulosten ja pohdintojen perusteella satunnaisesti, kontrolloidulle tutkimukselle FND-potilaiden fysioterapiasta olisi edelleen tarvetta. Myös tutkimusryhmien suuruus vaihtelee, ja suuremmalle otannalle vaikuttaa olevan tarvetta. Tutkimuksien vaihtelevia PEDro-pisteitä voidaan pitää aineiston luotettavuutta pienentävänä tekijänä. Tutkimuksiin, jotka ovat saaneet 2/10 tai 3/10 pistettä, on syytä suhtautua varauksella tutkimustulosten yleistettävyyden näkökulmasta. Toisaalta on syytä muistaa, että vaikka pienen pistemäärän saaneiden tutkimusten tuloksia ei voida yleistää, voi ne kliinisesti käyttökelpoisia. Taulukoitu ja pisteytetty kirjallisuuskatsauksen aineisto löytyy liitteestä yksi.

Tämän opinnäytetyön tutkija arvioi neljä tutkimusta itse arviointikriteerien mukaisesti. Kolme tutkimusta oli pisteytetty PEDro-kriteerien mukaan jo valmiiksi. Itse pisteytetty tutkimukset on merkitty liitteeseen yksi (oma pisteytys). Kun tutkijoita on vain yksi, on pisteytyksen luotettavuutta vaikeaa arvioida. Huomioitavaa on myös se, että tutkija ei ole aiemmin tehnyt PEDro-pisteytyksiä.

Haastatteluiden runko on mietitty etukäteen kirjallisuuskatsauksen aineiston sisällön analyysistä nousevien teemojen mukaisesti. Haastateltavat henkilöt edustivat monipuolisesti fysioterapeutteja terveydenhuollon eri sektoreilla, ja heitä voidaan pitää

asiantuntijoina omalla alallaan. Haastatteluiden aikana huolehdittiin teknisten laitteiden toimivuudesta sekä pidettiin haastattelupäiväkirjaa. Päiväkirjaan merkittiin huomioita haastattelutilanteista ja haastattelun asiasisällöstä. Haastattelut litteroitiin välittömästi haastattelutilanteiden jälkeen, jolloin ne olivat vielä tuoreessa muistissa. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 184-185.)

Haastattelujen analyysi on pyritty tekemään systemaattisesti ja läpinäkyvästi. Aineistosta esitetyt faktat käytetyistä fysioterapiamenetelmistä on perusteltu sekä kirjallisuuskatsauksen että haastattelujen teemoittelun ja yhteyksien tarkastelun avulla. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 171-176; Eskola & Vastamäki 2015, 42-43; Alastalo & Åkerman 2010, 390-391.) Haastatteluista on pyritty löytämään saturaatio eli kylläntyminen. Tällöin uusi aineisto (tässä tapauksessa uusi haastattelu) ei tuota uutta tietoa ilmiön ymmärtämiseen. (Kananen 2017, 128.)

6 Tutkimustulokset

6.1 Moniammatillisuus

FND-potilaan kuntoutuksen tulisi olla yksilöllistä ja moniammatillista. Siihen liittyy psykologinen ja sosiaalinen tuki, kognitiivis-behavioraalinen lähestymistapa sekä toiminnallisen terapian tekniikoita. Fysioterapeutin rooli sisältää neuvonnan, terapeuttien harjoitteiden suunnittelun ja toteutuksen sekä itsenäisen toimintakyvyn ja suoriutumisen tukemisen päivittäisissä toiminnoissa. (Kaur, Garnawat, Ghimiray & Sachdev 2012, 395-397.) Haasteena on määrittää fysioterapian osuus suhteessa muihin interventioihin, kuten psykoterapiaan (Nielsen ym. 2013, 100-101).

Kognitiivis-behavioralisessa lähestymistavassa pyritään potilaan negatiivisten, ongelmaa ylläpitävien kognitioiden eli ajatusten ja niihin liittyvien tunnereaktioiden muuttamiseen. Sen tavoitteena on potilaan omien voimavarojen tukeminen, minäpystyvyyden parantaminen, kivunhallintakeinojen oppiminen ja psyykkisen kärsimyksen vähentäminen. (Elomaa & Estlander 2009, 246.)

Moniammatillinen kuntoutus, joka sisältää kognitiivis-behavioraalista terapiaa, fysioterapiaa ja neuropsykologista kuntoutusta on osoittautunut tehokkaaksi FND-potilaiden kuntoutuksessa myös pitkäaikaisesti. Demartinin ja kumppaneiden tutkimuksessa (2014) kuntoutusjakson jälkeen potilaiden toimintakyky ja mielenterveys olivat parantuneet kliinisen arvioinnin ja potilaiden itse täyttämien kyselylomakkeiden perusteella. 12 kuukauden seurannan jälkeen tutkimukseen osallistuneiden potilaiden toimintakyky oli säilynyt vakaana kuntoutusjakson loppuun verrattuna. Erityisesti Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS) osoitti toimintakyvyn parantuneen. (Demartini, Batla, Petrochilos, Fisher, Edwards & Joyce 2014, 2371; 2376.)

Myös Jordbru kumppaneineen (2014) on todennut moniammatillisen kuntoutuksen olevan tehokasta tälle potilasryhmälle. Tutkimusryhmän toteuttamassa interventiossa kuntoutusryhmään kuului lääkäri, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, sairaanhoitaja ja soveltavan liikunnan ohjaaja. Interventio koostui oireiden selittämisestä potilaalle, toimintakyvyn tukemisesta sekä potilaan olemassa olevaa terveyden ja toimintakyvyn keskittymisestä. Tutkimukseen osallistuneiden potilaiden toimintakyky parani huomattavasti, ja toimintakyky säilyi myös yhden vuoden seurannassa. Toimintakykyä mitattiin arvioimalla Function Mobility Scale (FMS), Functional Independence Measure (FIM) ja Short-Form Health Survey-12 (SF-12) alkutilanteessa, kuntoutusjakson jälkeen, kuukausi jakson päättymisestä sekä vuoden kuluttua. (Jordbru, Smedstand, Klunsoyr & Martinsen 2014, 182-183.)

Haastateltava 1: *”Nää on haastavia ja moniulotteisia potilaskeissejä, joihin tarvitaan moniammatillista tiimiä. Me ollaan oltu ihan liian kauan yksin. Oltais tarvittu moniammatillista yksikköä ja laajempaa yhteistyötä jo kauan.”*

Myös **haastateltavat** toivat esiin, että fysioterapia on osa moniammatillista kuntoutusta. Kuntoutusosastolla kokoontuu kaksi kertaa viikossa moniammatillinen tiimi, joka suunnittelee potilaan jatkokuntoutusta. Tiimi koostuu lääkäristä, fysioterapeutista, toimintaterapeutista, neuropsykologista, sosiaalityöntekijästä ja toisinaan myös kuntoutuksen ohjaajasta. Hoitajat eivät ole paikalla akuutin osaston moniammatillisissa suunnittelukokouksissa, kuntoutusosastolla myös hoitaja osallistuu vastaavaan kokoukseen. Osastolla fysioterapeutti on osa moniammatillista tiimiä päivittäisessä toiminnassa. Hoitajien ja muiden ammattilaisten kanssa tehdään yhteistyötä sekä kasvokkain että kirjausten kautta.

Yksi haastateltavista kertoi, että lasten kohdalla koko perheelle tarjotaan tapauksesta riippuen psykologista tukea. Usein tässä on kuitenkin haasteena vanhempien vastustus diagnosoita kohtaan: On helpompaa hyväksyä fysioterapia kuin psykologinen tuki. Hän toi myös esiin, että yhteistyö psykoterapeutin ja fysioterapeutin välillä on koettu hyvänä. Osa haastateltavista koki, että yhteistyötä psykiatrisen puolen kanssa tulisi tiivistää.

Toisinaan fysioterapeutit kokevat tekevänsä työtä yksin, ja lähettäviä tahoja on useita. Toisinaan moniammatillinen yhteistyö on tiivistä ammattilaisten välillä sisältäen yhteistyötä, kirjausten seuranta, erilaisia yhteistyöpalavereita sekä jatkokuntoutuksen suunnittelua. Toisinaan yhteistyö on taas hyvin löyhää. Potilaat ovat erikoissairaanhoidon piirissä, eikä yhteistyötä perusterveydenhuollon kanssa juurikaan tehdä. Kaksi haastateltavaa korosti myös työnohjauksen merkitystä. Työnohjausta saadaan hyvin vaihtelevasti, ja haastateltavat kokivat sen olevan erittäin tärkeää tämän potilasryhmän fysioterapeuteille. Tilanteet ovat usein haastavia, ja fysioterapeutti tarvitsee tukea interventioiden tekemiseen sekä oman tekemisen sanoittamiseen.

Haastateltava 2: *”Jos joku ilmiö on liian vaarallisen tuntuinen, et uskalla lähteä tekemään interventiota, vaikka potilas sitä tarvitsisi. Siihen tarvitsee tukea. Fysioterapeutin on vaikea sanoittaa sitä mitä tapahtuu ja miltä tuntuu. Meitä ei kouluteta terapeuttisuuteen. Se jää kehon kannettavaksi ja epämääräiseksi oloksi, jolloin se ei pääse hyödyttämään potilasta, kun fysioterapeutti ei saa kiinni siitä.”*

6.2 Voimavaralähtöinen fysioterapia

FND-potilaan fysioterapian ja kuntoutuksen tulee aina olla voimavaralähtöistä. Voimavaralähtöisyydellä tarkoitetaan potilaan minäpystyvyyden kasvattamista, ja potilaan jo olemassa olevan toimintakyvyn hyödyntämistä fysioterapiassa. Haastattelun ja havainnoinnin perusteella fysioterapeutti suunnittelee yhdessä potilaan kanssa mahdollisia interventioita. Potilas on saatava niin kutsuttuun **sietoikkunaan**, jolloin hän ei ole yli- tai alivirittynyt. Potilaan on opeteltava toimimaan tällä alueella. Usein FND-potilaalla on usein kroonista kipua ja heikkoutta. Kipuedukaation avulla potilaalle opetetaan tunnistamaan oma kipunsa ja ymmärtämään, että liikkuminen ei ole

haitallista. Myös potilaan haitallisia uskomuksia sairauteensa ja oireisiin liittyen sekä yli- tai alivirittyneisyyttä pyritään muuttamaan. (Nielsen 2015, 1115-1116.) Kipuedukaatiolla tarkoitetaan sitä, että potilaalle opetetaan kipuun liittyviä neurobiologisia ja neurofysiologisia seikkoja. Tarkoituksena on muuttaa potilaan uskomuksia ja ymmärrystä kipukokemukseensa liittyen. (Louw, Nijs & Puenteadura 2017, 160-161.)

Sietoikkuna on niin kutsuttu sopiva vireystila, joka on ylivireyden ja alivireyden välissä. Sopivassa vireystilassa vireys vaihtelee ympäristön ja sen muutosten sekä välittömän sisäisen tilan mukaisesti. Tällöin sympaattisen ja parasympaattisen hermoston hallitsevuus vaihtelee niin, että ihminen kykenee suoriutumaan käsillä olevasta tehtävästä mahdollisimman hyvin. Sietoikkunan "leveys" on yksilöllinen, ja riippuu siitä, kuinka paljon ärsykeitä vaaditaan reaktiokynnyksen ylittymiseen. Kynnyksen tulisi olla niin korkea, että ympäristön ärsykeitä sietää, mutta sen verran matala, että ympäristön hienoisten muutosten aistiminen on mahdollista. Ihminen, jolla on leveä sietoikkuna, kykenee työstämään tehokkaasti paljon ärsykeitä sisältävää tietoa. (Ogden, Minton & Pain 2009, 27-29.)

Neurofysiologi Stephen W. Porges on kehittänyt polyvagaalisen teorian, jossa parasympaattinen hermosto jaetaan kahteen anatomisesti ja fysiologisilta vaikutuksiltaan vastakkaiseen rakenteeseen. Sympaattinen hermosto toimii näiden rakenteiden välissä. Parasympaattisen hermoston rakenteita kutsutaan ventraaliseksi ja dorsaaliseksi kompleksiksi tai vatsanpuoleiseksi kiertäjähermostoksi ja selänpuoleiseksi kiertäjähermostoksi. Ventraalinen kompleksi säätelee sosiaalisuuteen liittyvää fysiologiaa, kun taas dorsaalinen kompleksi saa aikaan elintoimintojen lamautumisen. Ventraalinen kompleksi aktivoituu siis turvallisiksi koetuissa tilanteissa. Sympaattinen hermosto aktivoituu puolestaan uhkatilanteissa, jolloin ihmisen on "taistele tai pakene" -tilassa. Dorsaalinen kompleksi aktivoituu silloin, kun taisteleminen tai pakeneminen ei ole mahdollista henkeä uhkaavassa tilanteessa, ja sulkee elintoimintoja. (Leikola, Mäkelä & Punkanen 2016, 55-56; Ogdes ym. 2009, 30-33.) Kuvio neljä kuvaa vireystiloja ja autonomisen hermoston toimintaa mukaillen Ogdesia ja kumppaneita (Ogdes ym. 2009, 30-33).

<p>ALIVIREYSVYÖHYKE Dorsaalinen kompleksi - Aistimusten vähäisyys - Kognitiivisesti kyvytön - Alistuminen - Turtuminen - Vähentynyt fyysinen liike</p>	<p>SIETOIKKUNA ELI SOPIVA VIREYSVYÖHYKE Ventraalinen kompleksi</p>	<p>YLIVIREYSVYÖHYKE Sympaattinen hermosto - Voimistuneet aistimukset - Emotionaaliset reaktiot - Ylivalppaus - Mielikuvien tunkeutuvuus - Häiriöt kognitiivisessa työstämisessä</p>
--	---	---

Kuvio 4. Vireystilavyöhykkeet.

FND-potilailla on usein **kapea sietoikkuna**. Terapeutin tulee järjestää työskentelytapansa ja työskentelyn puitteet sellaisiksi, että potilaan saaminen sietoikkunaan on mahdollista. (Mäkelä 2018, 89-91.)

Haastateltava 1: *”Me ei hoideta sairautta. Me hoidetaan ihmistä eri näkövinkkelistä. Me pystytään laajemmin ajattelemaan keho-mieli -työskentelyä ja missä kunnossa ihmisen hermosto on.”*

Haastateltavat korostivat, että potilaan fysioterapia suunnitellaan aina yksilöllisesti siten, että se tukee potilaan omaa jaksamista ja motivaatiota. Fysioterapian tulisi tukea potilaan minäpystyvyyden tunnetta, ja tuoda onnistumisen kokemuksia. Kuntoutujan kanssa käydään läpi kokonaistilannetta: mitä hän tuntee ja mitä tiedostaa omassa tavassaan toimia. Oireista huolimatta kuntoutujalla on paljon terveyttä jäljellä, ja lähdetään vahvistamaan tätä. Harjoittelun ja onnistuneiden suoritusten myötä pystyvyys lisääntyy.

Haastateltavien potilaat ovat usein yli- tai alivirittyneitä. Erityisesti lasten ja nuorten kohdalla temperamentti ja kiintymyssuhteen muodostuminen on syytä huomioida fysioterapian suunnittelussa. Samat tavat ei toimi kaikille, vaan jokaisen potilaan kohdalla terapia suunnitellaan yksilöllisesti vastaamaan hänen tarpeitaan ja toiveitaan sekä voimavaroja ja kuntoutumismahdollisuuksiaan. Myös perhe tai läheiset otetaan osaksi kuntoutusta, niin lasten kuin aikuisten kohdalla.

6.3 Fysioterapiamenetelmät

FND-potilaiden kohdalla on käytössä monipuolisesti erilaisia menetelmiä jokaiselta fysioterapian osa-alueelta, mutta haastattelujen perusteella käytetään erityisesti kipufysioterapian ja psykofyysisen fysioterapian menetelmiä. Tässä kappaleessa esitellään psykofyysisen ja kipufysioterapian yleiset periaatteet.

Psykofyysinen fysioterapia avulla pyritään tukemaan ja vahvistamaan ihmisen toimintakykyä ja voimavaroja kokonaisvaltaisesti. Sen tavoite on aina yksilöllinen potilaasta riippuen, ja tavoitteena voi olla kivun lievittyminen, rentoutuminen, stressin hallinta, kehollinen eheytyminen tai kehonhallinnan ja itsetuntemuksen lisääntyminen. Psykofyysinen fysioterapia perustuu kokemukselliseen oppimiseen. Sille on ominaista potilaan tarkka kuuntelu sekä vaihtoehtoisten toimintatapojen ja selviytymiskeinojen etsiminen yhdessä potilaan kanssa. Fysioterapeutti ohjaa potilasta tunnistamaan ja tiedostamaan omia voimavarojaan ja kehoaan. Potilaan kokemat fyysiset tunteet pyritään linkittämään psyykkisiin ja emotionaalisiin tunteisiin. (Vancampfort & Stubbs 2018, 33; Kauranen 2017, 522-523.)

Kipufysioterapia on Suomen Fysioterapeuttien vuonna 2014 hyväksymä fysioterapian erikoisasiantuntijanimike. Suomen Fysioterapeutit järjestävät kipufysioterapian koulutusta, joka antaa fysioterapeuteille laaja-alaista tietoa ja kliinistä osaamista kipupotilaiden kuntoutuksesta. (Suomen Fysioterapeutit 2018.) Kipufysioterapiassa selvitetään potilaan kipumekanismit sekä prognostiset tekijät. Hoitotulokseen vaikuttavat potilaan luottamus, pelot, koettu haitta ja muut psykologiset tekijät fyysisiä löydöksiä enemmän. (Luomajoki 2018, 9.)

6.4 Fysioterapiaprosessi

6.4.1 Diagnoosi ja potilaan taustatiedot

Nielsen ja kumppanit (2015, 1114-1115) suosittelevat, että fysioterapiaan soveltuvan potilaan tulisi saada yksiselitteinen diagnoosi ja potilaan tulisi tämä diagnoosi hyväksyä. Jos potilas ei hyväksy diagnoosia, ei fysioterapiasta ole heidän mukaansa välttämättä hyötyä. Potilaan tulisi myös haluta muutosta ja hänen tulisi osata nimetä kuntoutumiselleen tavoitteet.

Potilaalle hyvin selitetty diagnoosi on kuntoutuksen perusta. Terveystieteiden ammattilaisten on syytä myös muistaa, että vähättelyä tulee välttää. Kaikki oireet eivät välttämättä johdu yksin toiminnallisesta häiriöstä. Kuntoutusvaihtoehtoja täytyy pohdita suhteessa oireisiin – ei ole yhtä oikeaa lähestymistapaa kaikille potilaille, vaan kuntoutus on aina yksilöllistä. (Espay ym. 2018, 7.)

Oirekuvan selkeä selittäminen sekä diagnoosin yhteydessä että mahdollisen kuntoutuksen alkaessa on tärkeää. Mikäli oirekuva onnistutaan selittämään potilaalle hyvin, hyväksyy hän diagnoosin todennäköisemmin. Lisäksi hän on valmiimpi ottamaan kuntoutusinterventioita vastaan. (Lehn ym. 2015, 615-619.)

Haastateltava 3: *”Ensin luen papereita ja katon mistä hän on kotoisin ja katon taustaa ja kuinka pitkä se historia on. Puhutaanko kymmenistä vuosista vai 2-3 vuodesta.”*

Haastateltava 4: *”Aika tarkkaankin katson potilaan tietoja, ja minkälaisia muita selittäviä syitä voisi olla. Taustatietojen haku ennen kuin tapaa potilasta. Myös lääkärin tutkimukset ja mielipiteet kuulee etukäteen.”*

Haastateltavat kertoivat, että potilaat saapuvat fysioterapeutin vastaanotolle lääkärin läheteellä. Potilaat on tässä vaiheessa tutkittu, ja elimelliset sairaudet toiminnalliseen oireeseen liittyen on usein rajattu pois. Fysioterapeutti tutustuu potilaan taustoihin ennen ensimmäistä käyntiä.

Akuutilla osastolla potilas on 3-5 vuorokautta, ja tänä aikana fysioterapeutti tapaa potilasta noin kerran päivässä. Kuntoutuksessa fysioterapiasuhteet voivat kestää kauan, jopa 3 vuotta. Tämä riippuu potilaan toimintakyvystä ja kyvystä vastaanottaa kuntoutusta. Haastateltavat totesivatkin yhdeksi fysioterapian lähtökohdaksi potilaan kyvyn ottaa terapiaa vastaan. Mikäli potilas ei ole hyväksynyt diagnoosia tai hän ei pysty ottamaan fysioterapiaa vastaan, on käynti fysioterapeutin luona tuloksetonta. Lääkäreiltä toivottiinkin kykyä havainnoida, onko potilas valmis kuntoutukseen vai ei.

Potilailla on myös useita erilaisia diagnooseja. Juuri diagnosoinnin haastavuus mietittävää fysioterapeutteja. Terveystieteiden ammattilaisilla on vielä vähän tietoa toiminnallisista oireista, ja diagnosointi on kirjavaa. Toisinaan potilaan somaattiset tai

neurologiset oireet on virheellisesti tulkittu toiminnallisiksi, toisinaan potilas on saanut FND-diagnoosin. Vaikka FND-diagnoosi olisikin tehty, voi potilas vastustaa tätä.

6.4.2 Potilaan tutkiminen

Potilaan tutkimisessa kuuntelu, haastattelu ja havainnointi on tärkeää. Ensimmäisten käyntien aikana fysioterapeutti yrittää selvittää koetut oireet ja niiden vaikutuksen päivittäiseen elämään ja toimintakykyyn sekä potilaan ymmärryksen ja havainnot oireista ja annetusta diagnoosista. (Nielsen ym. 2015, 1115.)

Haastateltava 3: *”Mä kasvatan korviani, ennen kun astun ovesta sisään ja tyhjennän oman mielen siitä, että tietäisin mitä sinulle kuuluu tai mitä meidän pitäisi tehdä. Mulla ei oo sellaista selvää sapluunaa, koska mä en tiedä.”*

Haastateltavat korostivat potilaan tutkimisessa potilaan kuuntelua ja kuulluksi tulemista. Heidän mukaansa potilaat kokevat usein fysioterapeutin vastaanotolla tullessa ensimmäistä kertaa kuulluksi ja hyväksytyksi. Siksi on äärimmäisen tärkeää, että fysioterapeutti aidosti kuuntelee ja kohtaa potilaan sellaisena kuin hän on. Fysioterapeutti ei voi myöskään epäillä oireita, vaan ne todella ovat potilaalle itselleen tosia.

Yksi haastateltavista toi esiin, että akuutilla osastolla haasteena potilaan kohtaamisessa on ympäristö. Fysioterapia pitää sovittaa kiireiseen ympäristöön, ja potilaalle tehdään paljon tutkimuksia. Rauhallista tilaa kohtaamiselle ja fysioterapialle ei ole, vaikka se edistäisikin fysioterapian onnistumista.

Ensimmäinen käynti on haastateltavien mukaan kartoittava, jolloin fysioterapeutti haastattelee ja havainnoi potilasta. Mikäli mahdollista, haastattelun apuvälineenä käytetään kyselylomakkeita. Tämä kuitenkin riippuu täysin potilaan toimintakyvystä ja tilanteesta. Fysioterapeutti yrittää ymmärtää ihmistä kokonaisuutena ja tarttua jatkokysymysten kautta potilaan tuottamaan kertomukseen. Haastateltavat käyttävät muun muassa motivoivan haastattelun ja keskustelun keinoja. Potilas on kohdattava ihmisenä eikä sairautena, ja lähdettävä potilaan olemassa olevista voimavaroista liikkeelle.

Haastattelun ja havainnoinnin myötä fysioterapeutti pyrkii saamaan potilaan kanssa luottamussuhteen. Tämä on haastateltavien mukaan perusta koko fysioterapian onnistumiselle. Haastattelu, havainnointi ja luottamuksellinen vuorovaikutus ovat keskeisiä koko fysioterapian ajan. Haastateltavat korostivat, että fysioterapeutin on oltava potilaan kanssa aidossa vuorovaikutuksessa ja kiinnostunut mitä potilaalle kuuluu.

6.4.3 Tavoitteet

Kuntoutuksen tavoitteen tulee olla yksilön toimintakykyä tukeva, realistinen ja yksilöllisesti potilaan kanssa laadittu. Laaja tavoite on pilkottava tarkoituksenmukaisiin osatavoitteisiin hyvissä ajoin. (Pohjolainen & Saltychev 2015, 22-23.)

FND-potilaiden fysioterapian tulisi olla tehtäväorientoitunutta ja tavoitteellista (Nielsen ym. 2013, 99). Tavoitteen tulisi olla toimintakyvyn palautumiseen liittyvä siten, että tavoite ja kuntoutus keskittyy olemassa olevan toimintakyvyn kasvattamiseen motorisen oppimisen ja ns. automaattisten liikkeiden kautta. Toiminnan häiriötä ei korosteta. (Espay ym. 2018, 7; Nielsen ym. 2015, 1115). Tavoite tulee luoda yksilöllisesti ja diagnoosin mukaisesti (Czarnecki ym. 2012, 251).

Haastateltava 3: *”Mä en ensimmäisellä kerralla kysy tavoitteita. Kysyn enemmänkin mistä sä haaveilet ja mistä sä unelmoit. Yritän saada sen mielen menemään tulevaisuuteen. En mällää tai pyöri niissä vanhoissa. Ne tulee silloin kun tulee, mutta olen enemmän kiinnostunut siitä mitä sä näät siellä tulevaisuudessa. Mä haastan ihmistä siinä, että kysyn mitä me lähdettais tekemään tällä viikolla. Tavoite tulee potilaalta itseltään siinä luonnostaan. Liitän sen haaveen tai tavoitteen arkeen. Mikä saa sut toimimaan. Positiivisuuden kautta mennään.”*

Haastateltavien mukaan fysioterapian tavoitteiden määrittely tulee tehdä yhdessä potilaan kanssa hänen tilanteensa mukaisesti. Fysioterapian tavoitteena on etsiä yhdessä potilaan kanssa tämän arkeen vaihtoehtoisia ratkaisukeinoja. Oireiden taustalla saattaa olla paljon erilaisia tekijöitä, joiden suora ratkaiseminen ei ole mahdollista. Fysioterapeutti arvioi potilaan omien tavoitteiden realistisuuden, ja kuntoutussuunnitelma muotoutuu yhdessä potilaan kanssa ensimmäisten käyntien aikana. Suunnitelmaan laitetaan sekä lyhyen että pitkän aikavälin tavoitteita. Siihen

voidaan kirjata myös yksi isompi tavoite, mutta osatavoitteet tähän tavoitteeseen pääsemiseksi pitää määritellä hyvissä ajoin.

Yksi haastateltavista tuo esiin, että lasten ja nuorten kohdalla ristiriitainen psyykinen ja fyysinen tila voi tehdä tavoitteiden asettamisen vaikeaksi. Päättävänä on mahdollisimman normaalin toimintakyvyn palaaminen, mutta lapset ja nuoret haluavat yleensä vain päästä oireesta eroon mahdollisimman nopeasti ja ilman ponnistuksia. Tavoitteet määrittyvätkin jokaisella käynnillä erikseen senhetkisen tilanteen pohjalta. Potilaan tilanne vaihtelee, ja interventiot on sopeutettava tilanteeseen.

Luottamussuhteen kasvaessa on mahdollista päästä myös tavoitteissa eteenpäin, mutta erityisesti lasten ja nuorten kohdalla mieluisa tekeminen on tärkeää, jotta motivaatio fysioterapiaan säilyy.

Yksi haastateltavista toi esiin, että akuutilla osastolla potilaan oma tavoite on usein ristiriidassa oikeaan toimintakykyyn. Potilas tarvitsee tällöin tavoitteen asettamisessa paljon ohjausta, ja jokaisella tapaamiskerralla tehdään töitä potilaan sen hetkisen kapasiteetin kanssa.

6.4.4 Ohjaus ja neuvonta

Fysioterapiassa ohjaus ja neuvonta perustuvat potilaan yksilöllisten tarpeiden kartoittamiseen kuntoutussuunnitelman mukaisesti. Ohjaus ja neuvonta voi sisältää sanallista ohjausta, manuaalista ohjausta sekä visuaalista ohjausta. Se voidaan kohdistaa myös potilaan läheisiin. (Arokoski, Heinonen & Ylinen 2015, 390.)

Onnistuneimmat FND-potilaiden kuntoutusmuodot sisältävät psykoterapeuttisia elementtejä, ja aivojen ja käyttäytymisen elementtejä korostetaan (Espay ym. 2018, 7; Diedens ym. 2018, 260). Useimmat kuntoutusohjelmat sisältävät potilaan ohjausta ja neuvontaa sekä koko perheen osallistamista kuntoutukseen. (Espay ym. 2018, 7; Diedens ym. 2018, 260; Czarnecki, Thompson, Seime, Geda, Duffy & Ahlskog 2012, 248-250; Nielsen ym. 2017, 5; 8; 15). Fysioterapeutti osallistuu potilaan ohjaukseen ja neuvontaan oman ammattiosaamisensa kautta (Kozlowska ym. 2012, 400).

Dellacchio ja kumppanit (2016) tutkivat kognitiivis-behavioraalista kuntoutusta sekä matalatasoista fyysistä aktiivisuutta potilasryhmällä 12 viikon ajan siten, että osa po-

tilaista sai kognitiivis-behavioraalista kuntoutusta. Kognitiivis-behavioraalinen kuntoutus keskittyi määrittämään oireita ylläpitäviä somaattisia väärintulkintoja, negatiivisia ajatuksia ja uskomuksia. Tutkimuksessa todettiin tämän kaltaisen kuntoutuksen olevan hyödyllistä FND-potilaille. Potilaat arvioitiin kuntoutusjakson alussa ja lopussa Psychogenic Movement Disorder Rating Scalen (PMDRS) avulla. Lisäksi arvioinnissa käytettiin Hamilton Depression Scalea, the Beck Anxiety Inventorya ja the Patient Health Questionnaire-15:a (PHQ-15). (Dallochio ym. 2016, 381-383.)

Potilaan temperamentin ja tilanteen mukaan käytetään sanallista ja visuaalista ohjausta sekä fasilitaatiota. Myös manuaalisen terapian keinoja voidaan joidenkin potilaiden kanssa tarvittaessa käyttää. Avoin kommunikointi ja luottamus potilaan, hänen perheensä ja fysioterapeutin välillä on kuntoutuksen perusta. Potilaan ja hänen läheistensä tulee saada tietoa toiminnallisista oireista. Fysioterapeutin tulee kertoa, että oireet ovat tosia ja yleisiä. Lisäksi potilaalle ja hänen omaisilleen on hyvä selvittää oireiden mahdollisia taustatekijöitä ja oireita ylläpitäviä tekijöitä. Myös kirjalliset ohjeet tai linkki toiminnallisista oireista kertovaan nettisivuun on hyvä antaa. (Nielsen ym. 2015, 1115.) Suomessa tällaisia nettisivuja ei vielä ole, mutta Skotlannissa sellaiset on kehitetty (www.neurosymptoms.org).

Haastateltava 2: ”Fysioterapeutilla on tärkeä rooli antaa psykoedukaatiota toiminnallisista oireista yleensä ja erityisesti kyseisestä potilaasta. Ohjauksen tulee liittyä potilaan kokemuksiin ja perheen tilanteeseen ja liittyä potilaan ja perheen haitallisiin uskomuksiin, jotka usein estävät harjoittelua. Lapsilla saattaa olla kertomattomia pelkoja ja jäsentymättömiä ja virheellisiä käsityksiä kehon rakenteista ja luonnollisista liikkeistä, sekä opittuja haitallisia käsityksiä (kulttuurisia uskomuksia). Tähän liittyen on tärkeää kertoa ja kuvata tunteiden vaikutuksia oireisiin ja niiden luonnollisia vaikutuksia kaikille.”

Haastateltavat toivat esiin, että fysioterapeutin tulee antaa potilaalle ohjausta ja neuvontaa toiminnallisista oireista. Ohjauksen tulee liittyä potilaan omiin kokemuksiin ja perheen tilanteeseen niin aikuisten kuin lasten kohdalla. Usein potilaan tai perheen haitalliset uskomukset rajoittavat harjoittelua ja kuntoutumista. Potilaalla saattaa olla virheellisiä uskomuksia ja käsityksiä omaan kehoonsa tai liikkumiseen liittyen. Hänellä voi olla myös käsittelemättömiä traumakokemuksia, pelkoja ja vaikeuksia luottamussuhteiden luomisessa.

Haastateltavat toivat esiin, että fysioterapiassa on kyse uusien asioiden oppimisesta. Fysioterapeutti ohjaa potilasta sietoikkunaan, jolloin oppiminen on mahdollista. Ohjauksessa ja neuvonnassa korostuu sallivuus: Potilas opettelee tutkimisen kautta vaihtoehtoisia toimintamalleja fysioterapeutin opastuksella. Kehotietoisuutta lisätään hahmottamisharjoitteiden avulla. Näitä ovat muun muassa kehopiirroksiset, anatomiakuvat tai elintoimintojen mittaukset. Apuvälineitä, kuten kinesioiteippausta, ortooseja, tukia ja painevaatteita voidaan käyttää hahmottamisen tukena, mutta haastateltavat näkevät ne myös haittatekijöiksi. Apuväline saattaa fiksoida potilasta pois oman kehonsa tunnistamisesta ja säätelystä, jolloin oireet saattavat jopa pahentua.

Yksi haastateltavista korostaa, että kipuedukaatio on tärkeä osa fysioterapiaa. Sen avulla sekä lapselle että vanhemmille on mahdollista opettaa tunteiden yhteys kiipuun, kivun hormonaaliseen säätelyyn sekä sentraaliseen sensitisaatioon. Kipuedukaation myötä sekä vanhemmat että lapset ja nuoret oppivat hiljalleen huomaamaan kivun ja väsymyksen yhteyden sekä terapian hitaan etenemisprosessin hallinnan.

6.4.5 Terapeuttinen harjoittelu

Terapeuttista harjoittelun tavoitteena on kohottaa potilaan toimintakykyä spesifien liikeharjoitteiden tai toiminnallisten harjoitusten avulla (Arokoski, Heinonen & Ylinen 2015, 390-392). Terapeuttinen harjoittelu voi sisältää liikkuvuus-, lihasvoima-, kestävyys-, kävely-, tasapaino-, hengitys- ja/tai koordinaatioharjoittelua. Tavoitteena on parantaa potilaan hengitys- ja verenkiertoelimistön suorituskykyä, lisätä lihasvoimaa tai nivelten liikkuvuutta, vähentää kipua tai edistää motorisia taitoja ja proprioseptiikkaa. (Kauranen 2017, 579.)

FND-potilaiden terapeuttinen harjoittelu on toiminnallista ja sisältää perustoimintojen ja jokapäiväisten taitojen harjoittelua. Motorisen kuntoutuksen strategiat tähtäävät normaaliin liikkeeseen fysioterapian ja toimintaterapian avulla. (Espay ym. 2018, 7; Diedens ym. 2018, 260.) Czanecki ja kumppanit tutkivat Physical Medicine and Rehabilitation -laitoksen kehittämää motor-reprogramming -kuntoutusprotokollan soveltuvuutta FND-potilaiden fysioterapiassa. Protokolla sisälsi perusliikkeiden arviointia, johon perustuen harjoiteltiin normaalia liikettä motoristen tehtävien kautta. Kun

liike onnistui, lisättiin motorisen tehtävän vaikeusastetta. Epänormaalit liikkeet jätettiin huomiotta, ja harjoittelussa tehtiin paljon toistoja. Onnistuneista toistoista annettiin positiivista sanallista palautetta. Viikon mittaisen intensiivikuntoutusjakson jälkeen suurin osa potilaista parani merkittävästi, ja 25 kuukauden seurantajakson jälkeen 60,4% potilaista oli merkittävästi toimintakyvyltään parempia tai lähes normaaleja/ remissiossa. Kuntoutusta arvioitiin lääkärin arvion ja potilaiden oman arvion perusteella sekä seurantajakson jälkeen potilaiden oman arvion perusteella. (Czarnecki, Thompson, Seime, Geda, Duffy & Ahlskog 2012, 248-250.)

Nielsen ja kumppanit (2017) tutkivat fysioterapian vaikuttavuutta FND-potilaiden kuntoutuksessa. Interventio toteutettiin viiden päivän ajan, ja se sisälsi 8 terapiasessiota. Liikeharjoittelun tavoitteena oli saavuttaa normaali liikemalli haastavissa toiminnoissa siten, että harjoittelun aikana huomio ohjattiin tehtävään. Sekä fysioterapeutti että potilas pitivät intervention ajan päiväkirjaa, johon kirjattiin kuntoutuksessa esiin tulleita seikkoja. Interventioon osallistuneet potilaat arvioivat olevansa täysin tyytyväisiä tai tyytyväisiä interventioon. Potilaiden oireet paranivat intervention jälkeen noin 72% potilaista. 3% ilmoitti oireidensa pahenneen intervention jälkeen. Potilaiden toimintakykyä arvioitiin kuntoutusjakson alussa ja heti sen jälkeen SF-36 mittarista kolmella asteikolla: Physical Function, Physical Role ja Social Function sekä Bergin tasapainotestillä, 10 metrin kävelytestillä ja Functional Mobility Scalella, Disabilities of Arm Shoulder and Hand (DASH) ja composite B-IPQ asteikon avulla. Kuuden kuukauden kuluttua potilaiden toimintakykyä arvioitiin EQ-5D-5L -asteikon ja Clinical Global Impression -asteikon avulla. (Nielsen ym. 2017, 5; 8; 15.)

Terapeuttisen harjoittelun tulisi olla sellaista, että potilaan huomio toiminnan häiriöstä viedään muualle. Mikäli potilaan huomiota toiminnan häiriöstä lisätään, kasvaa myös toiminnan häiriö. Huomio saadaan toimintaan vaikkapa tehtävääorientaatiolla, rytmikällä tai erilaisilla häiriötekijöillä. Tehtävääorientaation on kuitenkin osoitettu olevan paras motorisia taitoja opetellessa. Näistä esimerkkejä ovat muun muassa painonsiirrot, tasapainoharjoittelu, lakaiseminen, pallon heitto, ja niin edelleen. Progressiivisen harjoittelun on todettu olevan hyödyllistä useiden potilaiden kohdalla. Tärkeintä on saada potilas liikkeelle, immobilisaation on todettu olevan haitallista. (Nielsen ym. 2015, 1115-1117.)

Toiminnallisesta häiriöstä kärsivän lapsen fysioterapiassa käytetään psykofyysisen terapian tekniikoita muun muassa ylivirttyneisyyden laskemiseen ja hengityksen normalisoitumiseen. Perheen osallistaminen kuntoutukseen on tärkeää. (Kozłowska ym. 2012, 409-411.) Lasten kohdalla fysioterapiassa on otettava huomioon lapsen temperamentti ja kiintymyssuhteen laatu sekä perhesuhteet ja taustat. Nämä kaikki vaikuttavat perheen ja lapsen arkitoimintoihin ja kommunikaatioon sekä fysioterapiainervention onnistumiseen. Mikäli lapsi on jo valmiiksi ylisuorittaja, täytyy hänen kuntoutuksessaan keskittyä ylivireystilan purkamiseen sallivuuden kautta. (Kozłowska ym. 2013, 214-217.)

Haastateltava 1: *”Me harjoitellaan potilaiden kanssa, että luvan kanssa on päivän aikana kehotuokioita. Pysäytetään kaikki muu edes puoleksi sekunniksi.”*

Haastateltava 5: *”Terauttinen harjoittelu on toiminnallista, ja kehon kautta pyritään löytämään tapoja tai ratkaisuja ja tiedostamaan omia toimintamalleja. Esimerkiksi jos toiminnan yhteydessä pidättää hengitystä, jolloin ennenaikaisesti väsyä, tai jännittyy/ jännittää/ pelkää toiminnan yhteydessä, tuomme keinoja jännityksen lievemiseen onnistumisten kautta.”*

Haastateltavien mukaan fysioterapiassa tehdään pääosin toiminnallista harjoittelua. Rentoutuminen ja oman kehon hahmottaminen on potilaalle usein vaikeaa. Myös kehon toimintojen ymmärtäminen on puutteellista sekä lapsilla että aikuisilla. Kehon kautta pyritään löytämään tapoja tai ratkaisuja sekä tiedostamaan omia toimintamalleja ja tunteita eri tilanteissa. Osa potilaista tarvitsee tässä sanallista ohjausta, osa konkreettista ohjausta. Osa potilaista tunnistaa haastateltavien mukaan toimintamallejaan ja omaa tilannettaan. Osalle tämä on puolestaan haastavaa. Tilanteen mukaan aistijärjestelmiä aktivoidaan ja opetellaan säätämään niitä.

Haastateltavat korostivat, että monella potilaalla esiintyy tähän oirekuvaan kuuluvaa päiväkohtaista vaihtelua. Joinain päivinä kuntoutuja kokee enemmän kipua ja väsymystä. Jos tehdään silti harjoitteita, saattaa kipu vähetä ja kuntoutuja piristyä. Terapia on joskus myös hyvä aktivoiva prosessi. Jokaisen kuntoutujan kohdalla täytyy arvioida, millaista toimintamallia voidaan tehdä. Aste-erot määrittelevät minkä tyyppisiä harjoitteita ja kuinka kuormittavia harjoitteita tehdään.

Haastateltavat korostivat tämän potilasryhmän terapeuttisen harjoittelun olevan kokemuksellista oppimista, joka vaatii paljon toistoja. Terapiakerrat tai harjoitteet eivät välttämättä ole kerrallaan kovin suuria, ja niiden tempo vaihtelee. Potilaan vanhoja reaktiomalleja sammutetaan ja nostetaan jotain uutta tilalle. Vaatimus arkeen ei siis kerrallaan ole siis kovin suuri. Potilaalle annetaan tilaa ihmetellä omaa kehoaan ja havainnoida omia reaktioitaan. Tätä toistetaan erilaisissa tilanteissa ja ympäristöissä niin, että potilas itse havainnoi, mitä hänen kehossaan tapahtuu ja voi pohtia oireiden syytä tätäkin kautta. Potilas opettelee kivutonta ja vapaata liikettä, ja opettelee kuuntelemaan oman kehonsa sen hetkistä sietokykyä, ja toimimaan tämän puitteissa. Usein potilaalta puuttuu kehon ja mielen jousto, joten harjoittelu on potilaalle usein hyvin vaativaa. Vaihtoehtoisia toimintamalleja rakennetaan olemassa olevien taitojen kautta.

Potilaalle annetaan tarvittaessa myös manuaalista käsittelyä, kuten faskiakäsittelyä. Haastateltavat muistuttivat, että fysioterapeuttien tulisi muistaa kosketuksen merkitys. Tämä on aina potilaskohtaista. Joskus potilasta tulee koskea, toisinaan hän ei siedä kosketusta, tai kosketuksen tulee tapahtua vaikkapa apuvälineen kautta. Hahmottamisen ja toiminnallisen harjoittelun harjoitteet valitaan aina potilaan tilanteen mukaan yksilöllisesti sekä päiväkohtaisen jaksamisen mukaan. Pääajatuksena on viedä potilaan ajatukset omaan kehoon ja sen kokemiseen sekä tunnistamaan oman kehonsa sietorajat.

Yksi haastateltavista toi esiin, että lasten kohdalla leikin kautta toiminnallisuus lisääntyy oireiden unohtuessa. Passiiviset, tukevat ja rauhalliset harjoitteet ovat yhtä tärkeitä kuin aktiivisuutta suoraa osallistumista edellyttävät harjoitteet. Toistojen kautta oireet lievenevät ja lapsi voi itse huomioida palautunutta toimintakykyään. Tässä prosessissa lapsen oma reagointi ja tunteet ovat tärkeitä. Lasten ja nuorten kohdalla fysioterapian integroiminen arkeen vaihtelee perheen tilanteen mukaan. Mikäli perheen tilanne sallii, voi lapselle antaa myös kotiin harjoitteita. Ensisijaista olisi kuitenkin turvata lapsen tai nuoren koulunkäynti toiminnallisista oireista huolimatta.

Akuutilla osastolla perustoimintojen ja perusliikkumisen harjoittelu sisältää muun muassa istumaan nousua, istumatasapainon harjoittelua, seisomaan nousua, seisomatasapainon harjoittelua sekä kävelyn harjoittelua apuvälineen turvin. Tässä ympä-

ristössä on harvoin mahdollisuutta tehdä rentoutusharjoituksia tai kehon kuvaa vahvistavia harjoituksia. Toisinaan potilaan ohjaus vaatii manuaalisen avustuksen, toisinaan huomion vieminen pois oireesta riittää. Tämä riippuu paljon potilaasta ja hänen tilanteestaan.

6.4.6 Fysioterapian arviointi ja mittaaminen

Fysioterapian arviointi sisältää havainnointia, haastattelua ja erilaisia mittauksia (Arokoski, Heinonen & Ylinen 2015, 389-390). FND-potilaiden fysioterapiaa on arvioitu sekä potilaiden itse täyttämien kyselylomakkeiden avulla että kliinisen arvioinnin ja mittaamisen avulla. Myös puolistrukturoituja haastatteluja on käytetty. (Demartini ym. 2014, 2371-2377; Czarnecki ym. 2012, 250; Nielsen ym. 2015, 1118.)

Demartini kumppaneineen (2014) arvioi fysioterapiaa tutkimukseensa osallistuneilla potilailla sekä kliiniseen käyttöön tarkoitetuilla arviointilomakkeilla että potilaiden itsensä täyttämällä kyselylomakkeilla. Potilaiden toimintakyky nousi fysioterapiainervention myötä sekä kliinisessä arvioinnissa että kyselylomakkeiden perusteella. Erityisesti Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS) osoittautui tutkimuksen mukaan luotettavaksi fysioterapian arviointivälineeksi, sillä se mittaa monia toimintakyvyn osa-alueita, joiden puutteita FND-potilailla esiintyy. HoNOS on kliinisen arvioinnin apuväline, ja Demartini kumppaneineen suosittelee tämän lisäksi käytettävän potilaan itse täyttämää kyselylomaketta, jotta potilaan oma näkemys tulee esiin. Demartinin ja kumppaneiden tutkimuksessa potilaiden omaa näkemystä kysyttiin viiden kohdan kyselyn (CGI) avulla, jossa potilas määritteli oman terveytensä olevan paljon huonompi, huonompi, sama kuin aiemmin, parempi tai paljon parempi. (Demartini ym. 2014, 2371-2377.)

Haastateltava 5: *”Miten ihminen kokee itse toimintakykynsä muutoksen. Se on paras mittari.”*

Haastateltavat korostivat, että potilaan toiminnallisuus ja arjen sujuminen on tärkeää fysioterapian arvioinnissa ja mittaamisessa. Fysioterapeutti havainnoi ja haastattelee sekä käyttää tarvittaessa mittaamisen keinoja omassa arviossaan ja kirjauksessaan.

Potilaan toimintakykyä arvioidaan jokaisen käynnin aikana erikseen, sillä potilaiden oireet vaihtelevat päivittäisellä tasolla. Arviointi voi sisältää havainnoinnin ja haastattelun lisäksi sensorisia testejä. Kyselylomakkeiden ja VAS-janojen avulla arvioidaan oireiden haittavaikutuksia potilaan arkeen. Näiden lisäksi tehdään muun muassa kehonkuvaan, nukkumiseen ja mielialaan liittyviä kyselyitä. Arvioinnin tarkoituksena on oireiden muuttumisen havainnointi. Jo vähäinenkin oireiden lieveneminen on usein merkki onnistuneesta interventiosta.

Yksi haastateltava korostaa, että fysioterapeutti arvioi myös omaa toimintaansa jokaisen käynnin jälkeen. Lasten ja nuorten kanssa työskennellessä arviota tehdään vanhempien lasten ja nuorten kanssa yhdessä, myös vanhempien näkemystä kysytään säännöllisesti.

Potilaat täyttävät tai ovat täyttämättä harjoituspäiväkirjaa oman tilanteensa mukaan. Tärkeää on potilaan oma havainnointi arjessaan. Potilas itse reflektoi omaa toimintaansa. Se on yksi osa onnistunutta terapiasuhdetta. Seurannasta ja arvioinnista ei saa tehdä kuitenkaan periaatetta, vaan sillä tulee saavuttaa vaikkapa hahmottamiskyvyn lisäämistä tai potilaan omaa kehotietoisuuden lisäämistä. Myös mobiililaitteiden kautta tapahtuvia harjoitteiden jakoja sekä terapiatilanteissa otettujen videoiden jaot ovat mahdollisia. Nämä riippuvat kuitenkin aina potilaan tilanteesta.

Fysioterapian arvioinnissa ja mittaamisessa voidaan siis käyttää kyselylomakkeita ja mittareita potilaasta ja tämän tilanteesta riippuen. Fysioterapeutin on kuitenkin osattava tulkita kyselylomakkeista saatuja tuloksia: toisinaan potilas ymmärtää oman toimintakykynsä paremmin terapiajakson jälkeen, jolloin tietyt kyselylomakkeet näyttävätkin ns. huonompina tuloksina verrattuna alkuun. Tärkein mittari onkin potilaan itse kokema toimintakyvyn muutos.

6.5 Kohtaamisen ja vuorovaikutuksen erityispiirteet

Haastateltava 1: *”Miten me toivottais itse tultais kohdatuksi? Joskus ite aattelen, että joku olis kysynyt minulta miten sä voit? Mitä on mielessä? Eipä kukaan kysynyt.”*

Kohtaamisen ja vuorovaikutuksen erityispiirteitä FND-potilaiden fysioterapiassa selvitettiin temahaastattelun avulla. Haastateltavat korostivat, että terapiatyön osaaminen on potilaan kohtaamisessa tärkeää. Pelkästään liikuntataitoja harjoittelemalla

potilas ei kuntoudu, vaan potilaan täytyy luottaa fysioterapeuttiin, ja tämä luottamus saadaan aidolla vuorovaikutussuhteella. Yksi fysioterapeutti toi esiin, että lasten kohdalla myös vanhempien täytyy luottaa fysioterapeuttiin, joten fysioterapeutin täytyy muodostaa luottamussuhde myös heidän kanssaan.

Yksi fysioterapeutti korosti, että akuutilla osastolla potilaan kohtaamisessa tulee olla äärimmäisen läsnä oleva ja keskittyä potilaaseen. Fysioterapeutin tulee kuunnella potilasta, käydä potilaan kanssa läpi oireita ja tuntemuksia sekä kannustaa ja tsemptaa. Sanallisen ohjauksen tulee olla kannustavaa ja hyväksyvää. Vaikka terapeutilla olisi kiire, tulee potilaalla olla sellainen olo, että fysioterapeutilla on hänelle aikaa, eikä tilanteessa ole kiirettä. Akuutilla osastolla potilas kuulee usein ensimmäistä kertaa, ettei oireelle ole elimellistä syytä. Fysioterapeutin kanssa käydään läpi oireita ja tämän mahdollista syytä. Usein perimmäiset syyt oireelle selviävät kuitenkin vasta jatkofysioterapiassa. Akuutilla osastolla potilas alkaa käsitellä oireitaan ja mahdollisesti hyväksymään diagnoosin. Tämä vie aina oman aikansa.

Kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen liittyy haastateltavien mukaan erityispiirteitä, se, että fysioterapeutin on oltava läsnä tilanteessa. Terapeutin on myös hyväksyttävä, että kaikki oireet ovat potilaalle tosia, eikä niitä saa epäillä. Oireet eivät ole teeskenneltyjä tai kuviteltuja. Kuntoutuksen näkökulmasta ongelma on siis todellinen. Potilaan kanssa lähdetään yhdessä kokeilemaan ja kokemaan vaihtoehtoisia tapoja toimia. Usein potilaalla on sellainen mielikuva, että oireita leimataan kuviteluiksi tai itse tehdyiksi, ja tämä pelottaa useita. Oireiden ylitarkkailu on myös yksi haaste fysioterapiassa - oireet voimistuvat, jos niihin kiinnitetään liikaa huomiota. Huomio tulee siis siirtää tarkoituksenmukaisempiin asioihin, ei jäädä jumiin siihen, mikä ei tällä hetkellä onnistu, vaan mietitään, mikä onnistuu jo nyt ja mikä olisi tehtävässä suoriutumiseksi tärkeää.

Mielikuvat ja fysioterapeutin heittäytyminen harjoitteisiin on osa tämän potilasryhmän kohtaamista ja vuorovaikutusta. Toiminnan yhteyteen tulee lisätä **tunnetietoisuutta**, ja erilaisilla tekniikoilla potilas oppii säätämään omaa tapaansa toimia. Fysioterapeutin täytyy olla avarakatseinen ja joustava. Jokainen terapiakerta on omanlaisensa, ja fysioterapeutin täytyy antaa myös sille mahdollisuus, ettei harjoite olekaan hyvä tai potilaalle mieluinen. Tällöin potilaalle annetaan mahdollisuus toteuttaa itseään jollain muulla tavalla.

Potilaan on tultava kuulluksi ja hyväksytyksi sellaisena kuin on. Fysioterapeutti ei yritä ratkaista ongelmaa, vaan on läsnä ihmettelemässä ja tekemässä yhdessä sekä kokeilemassa uudenlaisia vaihtoehtoja. Oirekuvaa ei välttämättä saada sammutettua, mutta voidaan luoda yhdessä potilaan kanssa hänelle korvaavia toimintamalleja, jotka helpottavat elämää.

Potilaan kohtaamisessa on syytä muistaa myös kärsivällisyys. Fysioterapeutin tulee ottaa yksi asia kerrallaan esiin, eikä kaataa kaikkea potilaan niskaan. Fysioterapeutin tulee olla hyväksyvä; potilas saa tulla fysioterapiaan osaamatta yhtään mitään, eikä hänen tarvitse pelätä tai peittää mitään. Ihmistä lähestytään psykofyysisen fysioterapian ja kipufysioterapian (kognitiivis-behavioraalisen fysioterapian) keinoin. Hänen täytyy myös muistaa, että terapeuttinen työ perustuu terapeutin omaan sietoikkunaan. Kokemus terapian erityisvaatimuksesta saadaan lisäopintojen, työkokemuksen ja osaavan työnohjauksen avulla.

7 Johtopäätökset

Kirjallisuusaineistosta ja teemahaastatteluista saatiin selville, että fysioterapian tulee olla **moniammatillista** ja **voimavaralähtöistä**. Fysioterapiamenetelmiä käytetään monipuolisesti eri fysioterapian osa-alueilta, mutta erityisesti kipufysioterapian ja psykofyysisen fysioterapian menetelmät ovat käytössä. Fysioterapiaprosessiin kuuluu potilaan diagnoosiin ja taustatietoihin tutustuminen, fysioterapeuttinen tutkiminen, tavoitteen asettaminen yhdessä potilaan kanssa, ohjaus ja neuvonta, terapeuttinen harjoittelu ja fysioterapian arviointi.

Voimavaralähtöisyys on fysioterapian perusta. Fysioterapian tulee aina olla yksilöllistä. Lähtökohtana on potilaan jo olemassa olevan toimintakyvyn huomioiminen ja potilaan minäpystyvyyden kasvattaminen.

Diagnosointi on haastavaa sekä kirjallisuuskatsauksen että teemahaastattelujen perusteella. Potilaan tulee kirjallisuuskatsauksen perusteella saada FND-diagnoosi ja potilaan tulee diagnoosi hyväksyä ennen fysioterapian aloittamista. (Nielsen ym. 2015, 1114-1115; Macerollo & Edwards 2017, 2-3; Espay ym. 2018, 7.) Haastateltavat toivat

kuitenkin esiin, että käytännössä potilas tulee fysioterapiaan hyvinkin erilaisilla diagnooseilla. Toisinaan potilaalla ei ole vielä valmiutta ottaa terapiaa vastaan, joten haastateltavat toivoivatkin lähettävälle taholle lisää koulutusta FND-potilaan diagnosointiin ja kuntoutuksen arviointiin. Haastateltavat toivat esiin myös taustatietoihin tutustumisen tärkeyden, mitä ei juurikaan kirjallisuusaineistossa pohdittu.

Haastateltavat toivat esiin, että fysioterapiassa **tavoite** asetetaan aina jokaiselle käyntikerralle erikseen potilaan vaihtelevan toimintakyvyn vuoksi. Kolme haastateltavaa toi esiin, että potilas asettaa kuntoutuksen tavoitteet itse, fysioterapeutin tehtävänä on määrittää, onko tavoite realistinen sekä paloittaa suurempi tavoite pienempiin toteutettavissa oleviin osatavoitteisiin. Toisinaan isoa tavoitetta ei aseteta, vaan potilas kertoo oman tulevaisuuden haaveensa. Tärkeimmäksi haastateltavat kokevat potilaan oman kokemuksen itsestään ja toimintakyvystään.

Tulosten perusteella fysioterapeuttisessa **tutkimisessa** korostuu potilaan **kuuntelu**, **haastattelu** ja **havainnointi**. Haastateltavat korostivat, että **luottamussuhde** on pysyttävä luomaan, jotta interventioita voidaan tehdä. Luottamus puolestaan syntyy aidon vuorovaikutuksen kautta.

Haastateltavat toivat esiin, että **ohjaus ja neuvonta** voi olla verbaalista, visuaalista tai manuaalista. Sitä toteutetaan sekä potilaalle että tämän läheisille. Ohjauksen tulisi aina olla kannustavaa ja potilaan minäpystyvyyden tunnetta tukevaa. Kipuedukaatio, sekä ohjaus ja neuvonta toiminnallisesta neurologisesta häiriöstä koettiin tärkeinä. Kirjallisuudessa ohjaus ja neuvonta sisälsi muun muassa kognitiivis-behavioraalista terapiaa. Potilaita koulutettiin omasta toimintakyvystään sekä uskomuksista toiminnalliseen neurologiseen häiriöön liittyen. Potilaille koulutettiin myös normaaliin liikkeeseen liittyviä liikemalleja ja toimintatapoja. (Espay ym. 2018, 7; Kozłowska ym. 2012, 400; Dallochio ym. 2016, 381-383.)

Terapeuttinen harjoittelu on **toiminnallista** ja käsittää perustoimintojen harjoittelua. Se on tehtäväorientoitunutta ja potilaan olemassa olevaa toimintakykyä hyödyntävää. Huomio viedään pois toiminnan häiriöstä. Terapeuttisessa harjoittelussa huomioidaan myös potilaan temperamentti ja sen hetkinen vireystila. Lasten kohdalla myös

kiintymyssuhteen laatu ja perhesuhteet tulee huomioida myös terapeuttisessa harjoittelussa. (Czarnecki ym. 2012, 248-250; Nielsen ym. 2015, 1115-1117; Nielsen ym. 2017, 5;8;15; Kozłowska ym. 2012, 409-411; Kozłowska ym. 2013, 214-217.)

Haasteltavat toivat esiin, että harjoittelu *integroidaan arkeen* siten, että potilas saa arkeen vaihtoehtoisia toimintamalleja. Harjoitteluun sisältyy tarvittaessa manuaalista terapiaa. Tärkeintä harjoittelussa on saada aikaan muutos nykyisessä tilanteessa. Haastateltavat muistuttivat, että potilaan oireet harvoin häviävät kokonaan. Siksi on tärkeää antaa potilaalle vaihtoehtoisia tapoja toimia arjen tilanteissa.

Haastateltavat toivat esiin samankaltaisia asioita fysioterapian arvioinnista ja mittaamisesta kuin mitä kirjallisuudesta kävi ilmi. *Arviointi ja mittaaminen on yksilöllistä* ja sen apuna käytetään vaihtelevasti erilaisia *lomakkeita, testejä* ja esimerkiksi videoita. (Demartini ym. 2014, 2371-2377; Czarnecki ym. 2012, 250; Nielsen ym. 2015, 1118.) Haastateltavat kuitenkin korostavat, että tärkein mittari on potilaan itsensä kokema *toimintakyvyn muutos*. Arviointi on myös jatkuvaa toimintakyvyn arviointia. Sinällään testit tai kyselylomakkeet eivät anna luotettavia tuloksia fysioterapiasta, vaan fysioterapeutin täytyy aina arvioida terapian onnistumista yhdessä potilaan kanssa toimintakyvyn ja elämänlaadun muutoksen kautta. Fysioterapeutin tulee arvioida myös omaa toimintaansa yhdessä potilaan kanssa sekä mahdollisesti työnohjauksessa.

Teemahaastattelujen perusteella FND-potilaiden *kohtaamisessa ja vuorovaikutuksessa* on *erityispiirteitä*. Toisaalta haastateltavat korostivat, että samat kohtaamisen ja vuorovaikutuksen piirteet tulisi olla osa kaikkien potilaiden fysioterapiaa. He kuitenkin kokivat, että kohtaaminen ja vuorovaikutus ovat tämän potilasryhmän fysioterapiassa ensisijaisen tärkeitä. Ensiksi fysioterapeutin täytyy *kuunnella potilasta* ja antaa hänelle kokemus kuulluksi tulemisesta. *Vuorovaikutuksen* tulee olla *aitoa* ja avointa, ja potilaan tulee *luottaa* fysioterapeuttiin. Fysioterapeutin tulee olla *läsnä* ja ymmärtää, että potilaan kokemat oireet ovat tosia. Hän ei saa väheksyä tai epäillä potilasta. Fysioterapeutti toimii potilaan tasolla, ja lähtee yhdessä potilaan kanssa ihmettelemään ja kokemaan erilaisia toimintoja ja tunteita. Fysioterapeutin tulee myös osata sanoittaa potilaalle erilaisiin tilanteisiin liittyviä tunteita sekä mitä tunteet potilaassa herättävät.

8 Pohdinta

8.1 Tutkimuksesta yleisesti

Tietoisuus toiminnallisista oireista on lisääntynyt viime vuosien aikana kansainvälisesti, ja myös Suomessa ollaan herätty toiminnallisen neurologisen häiriöpotilaan kuntoutustarpeeseen viime vuosina. Vuonna 2018 sosiaali- ja terveysministeriö STM on pyytänyt asiantuntijaryhmältä lausunnon FND-potilaiden kuntoutuksesta. Myös lasten kohdalla STM on tehnyt lausunnon lasten toiminnallisista häiriöistä. Kansaneläkelaitos KELA puolestaan tutkii kuntoutusmahdollisuuksia toiminnallisen neurologisen häiriön osalta. Kuitenkaan yleisiä hoito- ja kuntotussuosituksia ei Suomessa vielä ole. Myöskään kuntoutusyksiköitä ei olla vielä ehditty muodostaa, mutta STM:n asiantuntijaryhmän suosittelee sellaisten muodostamista jokaisen sairaanhoitopiirin alueelle.

Teemahaastattelujen perusteella voidaan sanoa, että FND-potilaan pääsy kuntoutukseen ja fysioterapiaan vaihtelee. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisessä yhteistyössä vaikuttaisi olevan haasteita. Haastateltavat pohtivat myös potilaan kykyä ottaa terapiaa vastaan. Toisinaan lääkäri lähettää potilaan fysioterapiaan, vaikka tämän voimavarat eivät riitä kuntoutukseen. Tällöin fysioterapiasta ei ole hyötyä.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuoda terveydenhuollon ammattilaisille tietoa toiminnallisen neurologisen häiriöpotilaan fysioterapiasta. Tavoitteena oli selvittää mitä FND-potilaiden fysioterapia pitää sisällään ja millaisia erityispiirteitä tämän potilasryhmän kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen liittyy.

FND-potilaan fysioterapiaa tutkittiin sekä kuvailevan kirjallisuuskatsauksen että teemahaastattelun avulla. Tutkimuskysymyksiin yksi ja kaksi saatiin vastauksia sekä kirjallisuudesta että teemahaastatteluista. Kohtaamisen ja vuorovaikutuksen erityispiirteisiin haettiin vastauksia teemahaastatteluista. Tutkimustulosten valossa tämän potilasryhmän fysioterapia sisältää laajasti fysioterapian menetelmiä sekä vuorovaikutukseen ja kohtaamiseen liittyviä erityispiirteitä. Lisäksi kuntoutus ja fysioterapia sisältää niin fysiologisia kuin psykologisia elementtejä, jolloin näiden kenttien hallitseminen on tärkeää. Olisi syytä puhua laajemmin fysioterapiasta terapiatyönä, johon

kuuluu terapiataitojen harjoittelu perus- ja erikoistumisopintovaiheessa sekä osaava työnohjaus.

Tulosten perusteella FND-potilaiden fysioterapia on voimavaralähtöistä, ja se sisältää erityisesti psykofyysisen fysioterapian ja kipufysioterapian menetelmiä. Haastateltavat kuitenkin totesivat, että fysioterapia sisältää tarpeen mukaan työkaluja myös muista fysioterapian osa-alueista. Sekä kirjallisuuden että teemahaastattelujen valossa fysioterapiaprosessi käsittää potilaan diagnoosiin ja taustatietoihin perehtymisen, fysioterapeuttisen tutkimisen, tavoitteen asettamisen yhdessä potilaan kanssa, ohjausta ja neuvontaa, terapeuttista harjoittelua sekä fysioterapian arviointia. Kirjallisuudessa potilaan taustatietoihin tutustuminen mainittiin vain niukasti, mutta haastatteluissa se korostui tärkeänä osa-alueena. Myös tavoitteen asettaminen yhdessä potilaan kanssa korostui haastatteluissa, kirjallisuudessa potilaan osallisuutta tavoitteen asettamiseen ei juuri mainittu.

Kirjallisuuskatsauksesta nousi voimakkaasti esiin se, että FND-potilaan fysioterapian tulisi olla osa moniammatillista kuntoutusta. (Kaur ym. 2012, 395-397; Nielsen ym. 2013, 100-101; Demartini ym. 2014, 2371; 2376; Jordbru ym. 2014, 182-183.) Teemahaastatteluista kuitenkin selvisi, että käytännössä moniammatillinen yhteistyö on vaihtelevaa. Osastotyössä moniammatillinen tiimi kokoontuu viikoittain, poliklinikalla fysioterapeutit työskentelevät pääsääntöisesti yksin. Kaikki haastateltavat kokevat moniammatillisen yhteistyön tärkeäksi, ja jokaisella haastateltavalla on erilaisia kokemuksia yhteistyöstä riippuen organisaatiosta ja sen toimintatavoista sekä alueen erikoissairaanhoidon toimintatavoista. Lisäksi kaksi haastateltavaa toivat voimakkaasti esiin työnohjauksen tarpeen. Tällä hetkellä fysioterapeutit saavat työnohjausta hyvin vaihtelevasti organisaatiosta ja työtehtävistä riippuen.

Sosiaali- ja terveysministeriön asiantuntijaryhmän suosituksen mukaan keskivaikeiden ja vaikeiden toiminnallisten neurologisten häiriöpotilaiden kuntoutus tulisi hoitaa moniammatillisissa yksiköissä, jotka toimivat sairaanhoitopiirien alueilla. (Luonnos asiantuntijaryhmän suosituksiksi 2018, 7-11.) Tällaisia yksiköitä ei vielä käytännössä ole toiminnassa, mutta sellainen on suunnitteilla muun muassa pääkaupunkiseudulle. Moniammatilliset yksiköt olisivat mielestäni tärkeitä kaikkien sairaanhoitopiirien alueilla. Ne turvaisivat FND-potilaiden moniammatillisen kuntoutuksen sekä tämän potilasryhmän parissa työskentelevien ammattilaisten työnohjauksen.

Moniammatilliset yksiköt mahdollistaisivat myös uusimpien tutkimusten huomioimisen käytännön työssä.

8.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

8.2.1 Luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia, sillä pääasiallinen luotettavuuden kriteeri on tutkija itse. Luotettavuuden arvioinnissa pohditaan tutkimuksen uskottavuutta ja yleistettävyyttä. (Eskola & Suoranta 2008, 214.)

Tässä opinnäytetyötutkimuksessa on käytetty Kanasen (2017, 176-180) esittelemiä laadullisen tutkimuksen arviointikriteerejä, jotka kuvataan tarkemmin taulukossa 5.

Taulukko 5. Laadullisen tutkimuksen arviointikriteerit.

Laadullisen tutkimuksen arviointikriteerit	
1	Haastateltavan vahvistus
2	Vahvistettavuus eli monilähteisyyden hyödyntäminen
3	Arvioitavuus ja dokumentaatio
4	Tulkinnan ristiriidattomuus eli kahdella tutkijalla on sama tulkinta
5	Saturaatio eli tutkimustulosten toistuminen/ tutkimusaineiston kylläntyminen
6	Aikaisemmat tutkimukset

Kaikki haastateltavat **vahvistivat** tulkinnat siten, että he lukivat tutkimuksen ennen sen julkaisua, ja kommentoivat tarvittaessa tarkennettavia seikkoja. Tutkimuksessa on hyödynnetty **monilähteisyyttä** siten, että tutkimuksen teoriapohja on haettu kirjallisuuskatsauksen avulla.

Johtopäätöksissä vertaillaan kirjallisuuskatsauksesta nousseita teemoja teemahaastatteluista nousseisiin teemoihin. Haastattelut on tehty aiemmin kuvatun prosessin mukaisesti. Haastatteluaineisto on käsitelty ja säilytetty aineiston hallintasuunnitelman mukaisesti.

Tässä opinnäytetyötutkimuksessa tutkimustulokset toistuvat haastatteluissa, mutta jokaisesta haastatteluista sai vielä uutta tietoa. **Saturaatiota** eli kylläntymistä ei

voida tällöin vielä saavuttaa, vaan tarvittaisiin suurempi otanta. Tässä opinnäytetyötutkimuksessa on vain yksi tutkija, jolloin **tulkinnan ristiriidattomuutta** voidaan pitää kyseenalaisena. Lisäksi haastateltavien määrä on pieni ($n=5$), jolloin tulosten yleistävyyttä voidaan pitää heikkona. Haastateltavat työskentelevät toiminnallisten neurologisten häiriöpotilaiden parissa, ja heitä voidaan pitää asiantuntijoina omalla alallaan. Otantaa voidaan pitää siis luotettavana, vaikka se onkin pieni.

Tutkimuksessa on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä, ja vastattu tutkimuskysymyksiin. Luotettavuutta vähentää kuitenkin se, ettei tämän opinnäytetyön tutkijalla ole FND-potilaiden fysioterapiasta kliinistä kokemusta tai syvällisempää tietoa. Hänellä ei myöskään ole aiempaa kokemusta teemahaastattelun ja kuvailevan kirjallisuuskatsauksen käytöstä tutkimusmenetelmänä. Luotettavan tutkimuksen tekemiseen tarvittaisi vielä harjoittelua.

8.2.2 Eettisyys

Tässä opinnäytetyössä on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä tutkimusetiikan näkökulmasta siten, että tutkimuksessa on noudatettu huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja niiden arvioinnissa. Tutkimuksessa on käytetty tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä. Tarvittavat tutkimusluvut on hankittu sekä toimeksiantajaorganisaatiolta että haastatteluihin liittyen jokaiselta organisaatiolta erikseen. Tutkimuksessa on noudatettu ihmisarvon kunnioittamisen periaatetta. (Eskola & Suoranta 2008, 56-59; HTK 2012, 6-7.) Koska kyseessä ei ole lääketieteellinen tai potilastietoihin liittyvä tutkimus, tämä opinnäytetyötutkimus ei ole tarvinnut Keski-Suomen sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan lupamenettelyä.

Haastattelut ovat olleet luottamuksellisia. Jokainen haastattelu on litteroitu, ja haastateltavan tunnistettavuustekijät on minimoitu. Aineistoa on käsitelty vain tämän opinnäytetyön tutkija, ja sitä on säilytetty tekijän tietokoneella sekä varmuuskopiota ulkoisella kovalevyllä. Haastattelujen aineistoa ei luovuteta kolmannelle osapuolelle, ja haastattelujen aineistot hävitetään opinnäytetyön julkaisuvaiheessa. Kirjallinen aineisto (suostumus haastatteluun) on säilytetty lukitussa tilassa, jonne on pääsy vain tämän opinnäytetyötutkimuksen tekijällä. Kirjallinen aineisto hävitetään silppuamalla

opinnäytetyön julkaisuvaiheessa. Tietoturvasta on huolehdittu laaditun tietosuojaselosteen (liite 4) mukaisesti.

Opinnäytetyön julkaisu on julkinen ja nähtävissä Jyväskylän ammattikorkeakoulun kirjaston sähköisessä palvelussa.

8.3 Jatkotutkimusehdotukset

Tämä on ensimmäinen suomalainen tutkimus FND-potilaiden fysioterapiasta. Koska tämä on ammattikorkeakoulun opinnäytetyötutkimus, on kohderyhmä hyvin rajallinen (viisi fysioterapeuttia). Aihetta olisi syytä tutkia laajemmin haastatteleamalla suurempaa joukkoa fysioterapeutteja olemassa olevista käytänteistä ja fysioterapian sisällöistä. Lisäksi tarvitaan tutkimusta fysioterapiasta ja kuntoutuksesta Suomessa: millaisia interventioita tehdään ja mitä tuloksia niistä saadaan aikaan. Lisäksi olisi syytä tutkia ja kehittää edelleen fysioterapiamenetelmiä tämän potilasryhmän kuntoutuksessa. Yksi jatkotutkimusaihe voisi olla millaista koulutusta fysioterapeutti tarvitsee, jotta voi toimia FND-potilaiden parissa.

Lähteet

Alastalo M., Åkerman M. & Vaittinen T. 2017. Asiantuntijahaastattelu. Teoksessa Tutkimushaastattelun käsikirja. Toim. Hyvärinen, M. ym. Vastapaino.

Alastalo, M. & Åkerman, M. 2010. Asiantuntijahaastattelun analyysi: faktojen jäljillä. Teoksessa Haastattelun analyysi. Toim. Ruusuvaori, J. ym. Vastapaino.

Ali, S., Jabeen, S., Pate, R.J., Shahid, M., Chinala, S., Nathani, M. & Shah, R. 2015. Conversion Disorder – Mind versus Body: A Review. *Innovations in Clinical Neuroscience*. 12, 5-6, 27-33. Viitattu 10.2.2019. <https://janet.finna.fi>, PubMed.

American Psychiatric Association (APA). 2018. Viitattu 7.1.2018. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>

Arokoski, J., Heinonen, A. & Ylinen, J. 2015. Fysioterapia. Teoksessa Fysiatría. Toim. Arokoski, J. ym. Duodecim.

Czarnecki, K., Thompson, J.M., Seime, R., Geda, Y.E., Duffy, J.R. & Ahlskog, J.E. 2012. Functional movement disorders: Successful treatment with a physical therapy rehabilitation protocol. *Parkinsonism and Related Disorders*, 18, 247-251. Viitattu 3.10.2018. <https://janet.finna.fi>, PubMed.

Dalocchio, C., Tinazzi, M., Bombieri, F., Arnó, N. & Erro, R. 2016. Cognitive Behavioral Therapy and Adjunctive Physical Activity for Functional Movement Disorders (Conversion Disorder): A Pilot, Single-Blinded, Randomized Study. *Journal of Psychotherapy and Psychosomatics*, 85, 381–383. Viitattu 10.10.2018. <https://janet.finna.fi>, PEDro.

Demartini, B., Batla, A., Petrochilos, P., Fisher, L., Edwards, M.J. & Joyce, E. 2014. Multidisciplinary treatment for functional neurological symptoms: a prospective study. *Journal of Neurology*, 261, 2370–2377. Viitattu 3.10.2018. <https://janet.finna.fi>, PubMed.

Diedens, J., Probst, M. & Bredero, B. 2018. Conversion Syndrome and Physiotherapy. Teoksessa *Physiotherapy in Mental Health and Psychiatry. A scientific and clinical based approach*. Toim. Probst, M. & Skjaerven.

Elomaa, M. & Estlander, A-M. 2009. Psykologiset menetelmät. Teoksessa *Kipu*. Toim. Kalso, E. Ym. Duodecim. Otavan Kirjapaino Oy.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino.

Eskola, J. & Vastamäki, J. 2015. Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1*. Toim. Valli, R. & Aaltola, J. PS-Kustannus.

Espay, A.J., Aybek, S., Carson, A., Edwards, M.J., Goldstein, L.H., Hallett, M., LaFaver, K., LaFrance W.C., Lang, A.E., Nicholson, T., Nielsen, G., Reuber, M., Voon, V., Stone, J. & Morgante F. 2018. Current Concepts in Diagnosis and Treatment of Functional Neurological Disorders. *JAMA Neurology*. American Medical Association. Viitattu 3.10.2018. <https://janet.finna.fi>, PubMed.

Gard, G. & Skjaerven L. 2018. From a biomedical to more biopsychosocial models in physiotherapy in mental health. Teoksessa *Physiotherapy in Mental Health and*

- Psychiatry. A scientific and clinical based approach. Toim. Probst, M. & Skjaerven, L. Elsevier.
- Hermanson, E. 2018. Lasten monimuotoiset oireet. Selvityshenkilöiden raportti. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportteja ja muistioita 17/2018.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2011. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki University Press.
- Huttunen, M. 2017. Konversiohäiriö. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 8.6.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00380.
- Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK) 2012. Viitattu 10.8.2018. <http://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanto>
- Jordbru, A.A., Smedstand, L.M., Klunsoyr, O. & Martinsen, E.W. 2014. Psychogenic gait disorder: a randomized controlled trial of physical rehabilitation with one -year follow -up. Journal of Rehabilitation Medicine, 46, 181–187. Viitattu 4.9.2018. <https://janet.finna.fi>, PubMed.
- Kananen, J. 2017. Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 234.
- Kauranen, K. 2017. Fysioterapeutin käsikirja. Sanoma Pro.
- Kaur, J., Garnawat, D., Ghimiray, D. & Sachdev, M. 2012. Conversion Disorder and Physical Therapy. Delhi Psychiatry Journal, 15, 1, 394-397. Viitattu 4.9.2018. <https://janet.finna.fi>, Elsevier Science Direct.
- Kozłowska, K., English, M., Savage, B. & Chudleigh, C. 2012. Multimodal Rehabilitation: A Mind-Body, Family-Based Intervention for Children and Adolescents Impaired by Medically Unexplained Symptoms. Part 1: The Program. The American Journal of Family Therapy, 40, 399–419. Viitattu 1.11.2018. <https://janet.finna.fi>, Cihnal Plus EBSCO.
- Kozłowska, K., English, M., Savage, B., Chudleigh, C., Davies, F., Paull, M., Elliot, A. & Jenkins, A. 2013. Multimodal Rehabilitation: A Mind-Body Family-Based Intervention for Children and Adolescents Impaired by Medically Unexplained Symptoms. Part 2: Case Studies and Outcomes. The American Journal of Family Therapy, 41, 212–231. Viitattu 1.11.2018. <https://janet.finna.fi>, Cihnal Plus EBSCO.
- Lehn, A., Gelauff, J., Hoeritzauer, I., Ludwig, L., McWhirter, L., Williams, S., Gardiner, P., Carson, A. & Stone, J. 2015. Functional neurological disorders: mechanisms and treatment. Journal of Neurology, 263, 3, 611-620. Viitattu 3.10.2018. <https://janet.finna.fi>, PubMed
- Leikola, A., Mäkelä, J. & Punkanen, M. 2016. Polyvagaalinen teoria. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim, 132, 1, 55-61. Viitattu 9.1.2019. <https://www.duodecim-lehti.fi/duo12910>
- Lilja, N. 2018. Keskusteluanalyysi vuorovaikutuksen tutkimusmenetelmänä. Teoksessa Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Toim. Valli, R. PS-Kustannus.
- Louw, A., Nijs, J. & Puentedura, E.J. 2017. A clinical perspective on a pain neuroscience education approach to manual therapy. Journal of Manual &

Manipulative Therapy, 25, 3, 160-168. Viitattu 3.9.2018. <https://janet.finna.fi>, PubMed.

Luomajoki, H. Kipumallit ja kipumekanismit. 2018. Manuaali 1/2018.

Luonnos asiantuntijaryhmän suositukseksi: Toiminnallisten häiriöiden hoidon järjestäminen. 2018. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Viitattu 15.12.2018. <https://stm.fi/documents/1271139/7832492/Toiminnallisten+häiriöiden+hoidon+järjestäminen+luonnos+120417.pdf/b94c6a21-dcea-4a76-9e4e-b92d629f353d/Toiminnallisten+häiriöiden+hoidon+järjestäminen+luonnos+120417.pdf.pdf>

Macerollo, A. & Edwards, M.J. 2017. Functional (Psychogenic) Movement Disorders: Phenomenology, Diagnosis and Treatment. Teoksessa *Movement Disorders Curriculum*. Toim. Falup-Pecurariu, C., Ferreira, J., Martinez-Martin, P. & Chaudhuri, K.R. Springer. Viitattu 3.11.2018. <https://janet.finna.fi>, Elsevier Science Direct.

Mäkelä, A-M. 2018. Psykofyysisen fysioterapian turvallisuus. Teoksessa *Keho ja mieli. Johdatus psykofyysiseen fysioterapiaan*. Toim. Lindfor, B. Ym. Duodecim.

Niela-Vilén, H. & Hamari, L. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. Turun Yliopisto.

Nielsen, G., Stone, J., Matthews, A., Brown, M., Sparkes, C., Framer, R., Masterton, L., Duncan, L., Winters, A., Daniell, L., Lumsden, C., Carson, A., David, A.S. & Edwards, M. 2015. Physiotherapy for functional motor disorders: a consensus recommendation. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 86, 1113–1119. Viitattu 15.9.2018. <https://janet.finna.fi>, PubMed.

Nielsen, G., Buszewicz, M., Stevenson, F., Hunter, R., Holt, K., Dudzic, M., Ricciardi, L., Marsen, J., Joyce, E. & Edwards, M.J. 2017. Randomised Feasibility Study of Physiotherapy for Patients with Functional Motor Symptoms. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 88, 6. 484-490. Viitattu 15.9.2018. <https://janet.finna.fi>, PEDro.

Nielsen, G., Ricciardi, L., Demartini, B., Hunter, R., Joyce, E. & Edwards, M.J. 2015. Outcomes of a 5-day physiotherapy programme for functional (psychogenic) motor disorders. *Journal of Neurology*, 262, 674–68. Viitattu 1.8.2018. <https://janet.finna.fi>, PEDro.

Nielsen, G., Stone, J. & Edwards, M.J. 2013. Physiotherapy for functional (psychogenic) motor symptoms: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 75, 93–102. Viitattu 1.8.2018. <https://janet.finna.fi>, PubMed.

Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. 2009. Trauma ja keho. Sensorimotorinen psykoterapia. Traumaterapiakeskus.

Physiotherapy Evidence Database PEDro, PEDro scale, 2018. Viitattu 15.12.2018. <https://www.pedro.org.au/english/downloads/pedro-scale/>

Pihlaja, M. 2018. WHO julkaisi ICD-11 -tautiluokituksen. *Lääkärilehti*. Viitattu 15.12.2018. <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/who-julkaisi-icd-11-tautiluokituksen/>

Pohjolainen, T. & Saltychev, M. 2015. Toimintakyky. Teoksessa Fysiatria. Toim. Arokoski, J. Ym. Duodecim.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62. Julkisjohtaminen 4.

Suomen Fysioterapeutit ry. Kipufysioterapian koulutuskokonaisuus. Viitattu 15.12.2018. <https://www.suomenfysioterapeutit.fi/koulutuskalenteri/kipufysioterapian-koulutuskokonaisuus-15-op/>

Tautiluokitus ICD-10. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet. 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Toiminnallisten häiriöiden kuntoutuksen selvitystyö. 2018. Kela. Viitattu 15.12.2018. https://www.kela.fi/ajankohtaista-yhteistyokumppanit-kuntoutus/-/asset_publisher/SmcJM5QRcIdS/content/toiminnallisten-hairioiden-kuntoutuksen-selvitystyö

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vancampfort, D. & Stubbs, B. 2018. Improving adherence to physiotherapy in mental health settings: the need for autonomy, competence and social relatedness. Teoksessa Physiotherapy in Mental Health and Psychiatry. A scientific and clinical based approach. Toim. Probst, M. & Skjaerven, L. Elsevier.

Vataja, R. & Leppävuori, A. 2012. Konversiohäiriön arviointi ja hoito: psykiatria ja neurologiaa kiehtovimmillaan. Duodecim, 128, 634-41.

Liitteet

Liite 1. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset

Tutkimus 1	Conversion Disorder and Physical Therapy
Tutkimuksen tekijät	Kaur, J., Garnawat, D., Ghimiray, D. & Sachdev, M. 2012
Tarkoitus ja tavoite	Selittää konversiohäiriö, diagnosointi ja terapia
Tutkimusmenetelmä	Artikkeli/ kirjallisuuskatsaus
Tulokset ja huomiot	Potilaat usein diagnosoidaan väärin. Tera- piassa moniammatillisuus tärkeää ja fy- sioterapeutilla tärkeä rooli neuvojana, kou- luttajana ja jokapäiväisten toimintojen vahvistajana.
Lähde	Delhi Psychiatry Journal 2012; 15:(1)
Tutkimus 2	Multidisciplinary treatment for functional neurological symptoms: a prospective study
Tutkimuksen tekijät	Demartini, B., Batla, A., Petrochilos, P., Fisher, L., Edwards, M.J. & Joyce, E. 2014
Tarkoitus ja tavoite	Tutkia moniammatillista kuntoutusta ja sen vaikutusta vuoden ajan erilaisten kyse- lyjen avulla 66 potilaalle. Ei kontrolliryh- mää.
Tutkimusmenetelmä	Prospective study
Tulokset ja huomiot	Yksilöllinen moniammatillinen sairaalapoti- laan kuntoutus voi tuoda pitkäaikaisia hyö- tyjä FNS-potilaalle. Tämän osoittaa erityi- sesti tulokset HoNOSissa.
Lähde	J Neurol (2014) 261:2370–2377
PEDRo-pisteet	2/10, oma pisteytys
Tutkimus 3	Functional movement disorders: Success- ful treatment with a physical therapy re- habilitation protocol
Tutkimuksen tekijät	Czarnecki, K., Thompson, J.M., Seime, R., Geda, Y.E., Duffy, J.R. & Ahlskog, J.E. 2012.
Tarkoitus ja tavoite	Kuvailla Mayo Clinicin motorisen uudel- leenohjelmoinnin protokolla ja arvioida ly- hyt- ja pitkäaikaisvaikutuksia
Tutkimusmenetelmä	Trial: yhden viikon intensiivikuntoutus, jonka jälkeen neurologinen arviointi + psy- kologinen ja fysiologinen arviointi. 60 poti- lasta ja 60 kontrolliryhmässä

Tulokset ja huomiot	Intensiivinen fysioterapia ja toimintaterapia toi sekä pitkäaikaisia että lyhytaikaisia tuloksia tutkittavien potilaiden ryhmässä.
Lähde	Parkinsonism and Related Disorders 18 (2012) 247-251. Elsevier.
PEDro-pisteet	5/10, oma pisteytys
Tutkimus 4	Physiotherapy for functional motor disorders: a consensus recommendation
Tutkimuksen tekijät	Nielsen, G., Stone, J., Matthews, A., Brown, M., Sparkes, C., Framer, R., Masterton, L., Duncan, L., Winters, A., Daniell, L., Lumsden, C., Carson, A., David, A.S. & Edwards, M. 2015.
Tarkoitus ja tavoite	Tuoda FND-potilaiden fysioterapiaan suositus.
Tutkimusmenetelmä	Artikkeli, konsensus-suositus
Tulokset ja huomiot	Fysioterapia avainasemassa FND-potilaiden moniammatillisessa kuntoutuksessa. Suositus, että fysioterapia perustuu biopsykososiaaliseen etiologiseen kehukseen.
Lähde	J Neurol Neurosurg Psychiatry 2015;86 :1113–1119.
Tutkimus 5	Current Concepts in Diagnosis and Treatment of Functional Neurological Disorders
Tutkimuksen tekijät	Espay, A.J., Aybek, S., Carson, A., Edwards, M.J., Goldstein, L.H., Hallett, M., LaFaver, K., LaFrance W.C., Lang, A.E., Nicholson, T., Nielsen, G., Reuber, M., Voon, V., Stone, J. & Morgante F. 2018.
Tarkoitus ja tavoite	Selittää konversiohäiriö, diagnosointi ja terapia
Tutkimusmenetelmä	Kirjallisuuskatsaus
Tulokset ja huomiot	FND on yleinen ja toimintakykyä invalidisoiva, mutta hoidettavissa oleva. Positiivinen diagnoosi voidaan tehdä melko suurella varmuudella. Kuntoutus sisältää psykologisia interventioita, psykodynaamisia interventioita ja kuntoutuksen strategioita. Kun interventioiden luotettavuus lisääntyy, tarvitaan lisätutkimuksia moniammatillisen kuntoutuksen merkityksestä tämän potilasryhmän kuntoutuksessa.
Lähde	JAMA Neurology. American Medical Association.

Tutkimus 6	Physiotherapy for functional (psycho-genic) motor symptoms: A systematic re-view
Tutkimuksen tekijät	Nielsen, G., Stone, J. & Edwards, M.J. 2013.
Tarkoitus ja tavoite	Fysioterapia on yleinen kuntoutusmuoto FMS-potilailla, mutta on epäselvää, onko tämä tehokasta tai vaikuttavaa. Tarkoituksena selvittää systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla kirjallisuutta fysioterapiainterventioihin liittyen koskien FMS-potilaita.
Tutkimusmenetelmä	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
Tulokset ja huomiot	29 tutkimusta, jossa kuvailtiin FMS:n fysioterapiaa, mutta vain 1 randomisoitu kontrolloitu tutkimus. Rajoituksista huolimatta 60-70% tutkimusten potilaista hyötyi fysioterapiainterventioista. Yleisin interventio behavioraalisen lähestymistavan ja motorisen oppimisen yhdistelmä. Jatkossa tutkimuksia tarvitaan fysioterapian osa-alueiden vaikuttavuudesta ja kontrolloituja tutkimuksia tästä.
Lähde	Journal of Psychosomatic Research 75 (2013) 93–102. Elsevier.
Tutkimus 7	Randomised Feasibility Study of Physiotherapy for Patients with Functional Motor Symptoms
Tutkimuksen tekijät	Nielsen, G., Buszewicz, M., Stevenson, F., Hunter, R., Holt, K., Dudzic, M., Ricciardi, L., Marsen, J., Joyce, E. & Edwards, M.J. 2017.
Tarkoitus ja tavoite	Määrittellä satunnaistetun kontrolloidun tutkimuksen soveltuvuus spesiaalinen fysioterapian interventiossa FMS-potilaan kuntoutuksessa.
Tutkimusmenetelmä	Randomised controlled trial. 29 potilasta interventiossa, 28 potilasta kontrolliryhmässä.
Tulokset ja huomiot	Kliiniset tulokset ovat lupaavia. Osallistuminen ja retentio olivat korkeita. Fysioterapiainterventiolla oli suuri vaikutus ja se oli kustannustehokasta tällä potilasryhmällä.
Lähde	J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2017 Jun;88(6):484-490.
PEDro-pisteet	6/10

Tutkimus 8	Functional (Psychogenic) Movement Disorders: Phenomenology, Diagnosis and Treatment
Tutkimuksen tekijät	Macerollo, A. & Edwards, M.J. 2017.
Tarkoitus ja tavoite	Tuoda päivitettyä tietoa FND:n fenomenologiasta, diagnoosista ja kuntoutuksesta.
Tutkimusmenetelmä	Artikkeli/ kirjallisuuskatsaus
Tulokset ja huomiot	Fenomenologiaan, diagnosointiin ja kuntoutukseen/ hoitoon liittyvät päivitettyt huomiot perustuen viimeaikaisiin tutkimustuloksiin.
Lähde	Movement Disorders Curricula Edition: First Chapter: 34 Publisher: Springer Editors: Falup-Pecurariu C, Ferreira J, Martinez-Martin P, Chaudhuri KR
Tutkimus 9	Cognitive Behavioral Therapy and Adjunctive Physical Activity for Functional Movement Disorders (Conversion Disorder): A Pilot, Single-Blinded, Randomized Study
Tutkimuksen tekijät	Dalocchio, C., Tinazzi, M., Bombieri, F., Arnó, N. & Erro, R. 2016.
Tarkoitus ja tavoite	29 potilasta valittiin satunnaisesti, toiset saivat CBT-terapiaa ja toiset CBT ja APA -terapiaa. Kontrolliryhmässä 8 potilasta sai tavallista hoitoa.
Tutkimusmenetelmä	A Pilot, Single-Blinded, Randomized Study
Tulokset ja huomiot	Molemmat aktiivisesti hoidetut ryhmät hyötyivät kuntoutuksesta verrattuna kontrolliryhmään. CBT on tehokas kuntoutusmuoto FND-potilailla, APAn vaikutuksista ei saatu tässä tutkimuksessa luotettavaa hyötyä potilaille.
Lähde	Psychother Psychosom 2016;85:381–383
PEDro-pisteet	5/10
Tutkimus 10	Outcomes of a 5-day physiotherapy programme for functional (psychogenic) motor disorders
Tutkimuksen tekijät	Nielsen, G., Ricciardi, L., Demartini, B., Hunter, R., Joyce, E. & Edwards, M.J. 2015.
Tarkoitus ja tavoite	Tuoda esiin 5 päiväisen fysioterapiajakson pilotoinnin käytännön toteutus ja tulokset.
Tutkimusmenetelmä	Prospective cohort study
Tulokset ja huomiot	Spesifit hoitotekniikat ovat tärkeässä roolissa kuntoutuksen onnistumisen kannalta ja ne voivat parantaa fyysistä toimintaky-

	kyä, elämänlaatua ja voivat olla kustannus- tehokas hoitomuoto tietyille potilasryh- mälle, jotka kärsivät FND:stä.
Lähde	J Neurol (2015) 262:674–681
PEDRo-pisteet	3/10
Tutkimus 11	Functional neurological disorders: mecha- nisms and treatment
Tutkimuksen tekijät	Lehn, A., Gelauff, J., Hoeritzauer, I., Lud- wig, L., McWhirter, L., Williams, S., Gardi- ner, P., Carson, A. & Stone, J. 2015.
Tarkoitus ja tavoite	Tuoda tärkeimpiä tutkimuksia viime vuo- silta FND:n taustoihin ja kuntoutukseen liittyen.
Tutkimusmenetelmä	Review
Tulokset ja huomiot	Tutkimusten tuottaman tiedon tulisi roha- kaista neurologeja, psykiatreja, fysiotera- peutteja ja muita ammattilaisia toimimaan yhdessä, toisinaan jopa uusilla tavoilla FND-potilaiden kuntoutuksessa.
Lähde	Journal of Neurology 2016;263(3):611-620.
Tutkimus 12	Psychogenic gait disorder: a randomized controlled trial of physical rehabilitation with one -year follow -up
Tutkimuksen tekijät	Jordbru, A.A., Smedstand, L.M., Klunsøyr, O. & Martinsen, E.W. 2014.
Tarkoitus ja tavoite	3 viikon sairaalapotilaan kuntoutusohjel- man vaikutus verrattuna odotuslistalla ole- van potilaan kuntoon. Tarkoituksena myös kuvata, pysyykö kuntoutusohjelman vaiku- tukset 1 kuukauden ja 1 vuoden seurannassa.
Tutkimusmenetelmä	Randomized controlled trial
Tulokset ja huomiot	Yhteensä 60 potilasta, jotka jaettiin satun- naisesti interventioryhmään ja ryhmään, joka sai hoitoa 4 viikon kuluttua (kontrolli- ryhmä). Interventioryhmässä parani mer- kittävästi kävelykyky ja elämänlaatu verrat- tuna kontrolliryhmän. Vaikutus säilyi sekä 1 kuukauden että 1 vuoden seurannassa.
Lähde	J Rehabil Med 2014; 46: 181–187
PEDro-pisteet	5/10, oma pisteytys
Tutkimus 13	Multimodal Rehabilitation: A Mind-Body, Family-Based Intervention for Children and Adolescents Impaired by Medically Unexplained Symptoms. Part 1: The Pro- gram

Tutkimuksen tekijät	Kozłowska, K., English, M., Savage, B. & Chudleigh, C. 2012.
Tarkoitus ja tavoite	Kuvailla psykofyysinen, perhekeskeinen ja moniammatillinen kuntoutusohjelma, jonka tutkimusryhmä on kehittänyt 15 vuoden aikana.
Tutkimusmenetelmä	Artikkeli
Tulokset ja huomiot	Lapset ja nuoret, joka kärsivät MUPSista, ovat vaarassa pysyvään toimintakyvyn alenemiseen, mikäli vaiva jätetään hoitamatta. Tämä lähestymistapa tuo yksilöllisen, moniammatillisen kuntoutusmuodon.
Lähde	The American Journal of Family Therapy, 40:399–419, 2012
Tutkimus 14	Multimodal Rehabilitation: A Mind-Body Family-Based Intervention for Children and Adolescents Impaired by Medically Unexplained Symptoms. Part 2: Case Studies and Outcomes
Tutkimuksen tekijät	Kozłowska, K., English, M., Savage, B., Chudleigh, C., Davies, F., Paull, M., Elliot, A. & Jenkins, A. 2013.
Tarkoitus ja tavoite	Tuoda kolme tutkimuscasea, joiden kohdalla käytetty kehitettyä moniammatillista kuntoutusmallia sekä tuoda kuntoutusmenetelmän tulokset
Tutkimusmenetelmä	Trial: tutkimuksessa 100 potilasta keskiarvolla 12-vuotiaita.
Tulokset ja huomiot	Tulokset hyviä: 63% lapsista kuntoutui täysin, 18% relapsoitui. Moniammatillinen kuntoutus tuo mahdollisuuden toimia monella tasolla ja tehdä kuntoutusta yksilöllisesti.
Lähde	The American Journal of Family Therapy, 41:212–231, 2013
PEDro-pisteet	2/10 oma pisteytys

Liite 2. Tiedote haastateltavalle

TIEDOTE TUTKITTAVALLE

17.9.2018

KONVERSIOHÄIRIÖPOTILAAN FYSIOTERAPIA

Pyyntö osallistua tutkimukseen

Pyydän Teitä osallistumaan opinnäytetyötutkimukseen, joka koskee konversiohäiriöpotilaan fysioterapiaa. Tutkimus on Jyväskylän ammattikorkeakoulun fysioterapeuttiopiskelija Leila Kuljun opinnäytetyö, ja sen toimeksiantajana on Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Tutkimuksella on fysiatrian ylilääkäri Jari Ylisen suostumus. Tämä tiedote kuvaa tutkimusta sekä Teidän osuuttanne siinä.

Perehdyttyänne tähän tiedotteeseen, Teille järjestetään mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimuksesta, jonka jälkeen Teiltä pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumisesta.

Vapaaehtoisuus

Osallistuminen tähän opinnäytetyötutkimukseen on täysin vapaaehtoista. Teidän tietojanne käsitellään luottamuksellisesti eikä niitä luovuteta sivullisille. Voitte milloin tahansa keskeyttää tai peruuttaa osallistumisenne tutkimukseen syytä ilmoittamatta. Peruuttaessanne suostumuksenne tai keskeyttäessänne osallistumisenne tutkimukseen siihen mennessä kerättyjä tietoja käytetään osana tutkimusaineistoa.

Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite

Tämä tutkimus nostaa konversiohäiriön esiin ilmiönä sekä tuo fysioterapeuteille tietoa näiden potilaiden kohtaamisesta ja soveltuvista fysioterapiamenetelmistä. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää konversiohäiriöpotilaiden fysioterapiassa käytettyjä menetelmiä sekä potilaiden kohtaamiseen liittyviä erityispiirteitä.

Tutkimuksen kulku

Tutkimusmenetelmänä on teemahaastattelu. Tutkimuksessa haastatellaan 5-6 fysioterapeuttia, jotka tekevät kliinistä työtä konversiohäiriöpotilaiden parissa. Haastattelut pohjaavat kirjallisuuskatsauksessa kerättyihin kysymyksiin konversiohäiriöpotilaiden fysioterapiasta ja kuntoutuksesta. Haastattelut toteutetaan aikavälillä 09-10/2018. Kaikki haastattelut nauhoitetaan ja litteroidaan. Haastattelu toteutetaan kerran, ja siihen varataan aikaa maksimissaan 80 minuuttia.

Tietojen luottamuksellisuus, säilytys ja tietosuoja

Kaikkia Teiltä kerättäviä tietoja käsitellään siten, ettei yksittäisiä henkilöitä pystytä tunnistamaan tutkimukseen liittyvistä tutkimustuloksista, selvityksistä tai julkaisuista. Tutkimusaineistoa käsittelee vain opinnäytetyön tekijä, eikä aineistoa luovuteta kolmannelle osapuolelle. Kaikki aineisto on tallennettuna tutkimuksen ajan tutkijan omalle koneelle, ja varmuuskopio aineistosta on tallennettu ulkoiselle kovalevyllä. Tietoihin on pääsy vain tämän opinnäytetyötutkimuksen tekijällä. Haastattelun aineisto hävitetään tämän tutkimuksen julkaisuvaiheessa. Henkilötietojanne käsitellään liitteenä olevan tietosuojaselosteen mukaisesti.

Tutkimuksen julkaiseminen

Tutkimuksen raportti ja tulokset tulevat olemaan opinnäytetyön valmistuttua julkisia, ja ne tulevat olemaan vapaasti saatavilla Jyväskylän ammattikorkeakoulun kirjastossa sähköisessä muodossa. Tutkimuksen sähköinen ja paperinen aineisto hävitetään tutkimuksen julkaisuvaiheessa, eikä sitä luovuteta kolmannelle osapuolelle missään vaiheessa.

Lisätietoja antaa

Leila Kulju
Jyväskylän ammattikorkeakoulu
040 846 3749
K2528@student.jamk.fi

Liite 3. Teemahaastattelun runko

Teemahaastattelun runko

Taustatiedot

- mikä on ammatillinen peruskoulutuksesi? mitä mahdollisia lisä-/täydennyskoulutuksia olet käynyt fysioterapiatyöhön liittyen?
- millaista fysioterapeutin työtä teet?
- työskenteletkö yksityisellä vai julkisella sektorilla?
- millaisia potilaita/asiakkaita vastaanotollasi käy?
- kuinka pitkä kokemus sinulla on toiminnallisten neurologisten potilaiden parissa työskentelystä?

Fysioterapian sisältö: mitä konversiohäiriöpotilaan fysioterapia sisältää?

- tavoitteiden määrittely fysioterapialle? osallistuuko kuntoutuja itse ja jos osallistuu niin miten?
- ohjaus
- itsenäisyyden kasvattaminen terapian aikana: jokapäiväisten taitojen harjoittelu
- terapeuttinen harjoittelu
- maladaptiivisten mallien vahvistumisen minimoiminen
- harjoituspäiväkirja terapian ajan
- kivun ja väsymyksen hallinta
- oireen uusiutumisen ehkäiseminen
- mikä muu terapian osa-alue tai menetelmä on ollut kliinisessä työssä toimiva?

Millaisia piirteitä konversiohäiriöpotilaan kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen liittyy fysioterapiaa ajatellen?

Fysioterapian mittaaminen

- miten fysioterapiaa arvioidaan ja mitataan?

Fysioterapia osana kuntoutusta

- mitä muuta kuntoutusta potilaalle tarjotaan?
- millä tavalla moniammatillisuus näkyy kuntoutuksessa?

Liite 4. Tietosuojaseloste

Rekisteri- ja tietosuojaseloste

Tämä on henkilötietolain (10 ja 24 §) ja EU:n yleisen tietosuoja-asetuksen (GDPR) mukainen rekisteri- ja tietosuojaseloste koskien Leila Kuljun opinnäytetyötutkimusta konversiohäiriöpotilaan fysioterapia. Laadittu 26.09.2018.

1. Rekisterinpitäjä

Leila Kulju

K2528@student.jamk.fi

040 846 3749

2. Rekisteristä vastaava yhteyshenkilö

Leila Kulju

K2528@student.jamk.fi

040 846 3749

3. Rekisterin nimi

Rekisteri opinnäytetyötutkimuksen aineistosta.

4. Oikeusperuste ja henkilötietojen käsittelyn tarkoitus

Tutkimuksessa, jossa pyydetään suostumus: art. 6 (1a), rekisteröity on antanut suostumuksen henkilötietojen käsittelyyn. Tarvittavia henkilötietoja käytetään tämän opinnäytetyötutkimuksen tutkimusaineistona.

5. Rekisterin tietosisältö

Rekisteriin tallennettavia tietoja ovat: henkilön taustatiedot (koulutus, työ, työkokemus), teemahaastattelun ääninauhoite sekä tämän opinnäytetyötutkimuksen haastattelun suostumuslomakkeen nimi ja allekirjoitus. Aineisto hävitetään tutkimuksen julkaisuvaiheessa asianmukaisesti.

6. Säännönmukaiset tietolähteet

Teemahaastattelu.

7. Tietojen säännönmukaiset luovutukset ja tietojen siirto EU:n tai ETA:n ulkopuolelle
Tietoja ei luovuteta kolmannelle osapuolelle missään vaiheessa.

8. Rekisterin suojauksen periaatteet

Rekisterin käsittelyssä noudatetaan huolellisuutta ja tietojärjestelmien avulla käsiteltävät tiedot suojataan asianmukaisesti. Sähköistä aineistoa säilytetään tämän tutkijan koneella ja ulkoisella kovalevyllä, joihin ei ole muilla pääsyä. Paperinen aineisto säilytetään lukitussa tilassa, jonne on pääsy vain tämän opinnäytetyötutkimuksen tekijällä.

9. Tarkastusoikeus ja oikeus vaatia tiedon korjaamista

Jokaisella rekisterissä olevalla henkilöllä on oikeus tarkistaa rekisteriin tallennetut tietonsa ja vaatia mahdollisen virheellisen tiedon korjaamista tai puutteellisen tiedon täydentämistä. Mikäli henkilö haluaa tarkistaa hänestä tallennetut tiedot tai vaatia niihin oikaisua, pyyntö tulee lähettää kirjallisesti rekisterinpitäjälle. Rekisterinpitäjä voi pyytää tarvittaessa pyynnön esittäjää todistamaan henkilöllisyytensä. Rekisterinpitäjä vastaa asiakkaalle EU:n tietosuoja-asetuksessa säädetyssä ajassa (pääsääntöisesti kuukauden kuluessa).

10. Muut henkilötietojen käsittelyyn liittyvät oikeudet

Rekisterissä olevalla henkilöllä on oikeus pyytää häntä koskevien henkilötietojen poistamiseen rekisteristä ("oikeus tulla unohdetuksi"). Niin ikään rekisteröidyillä on muut EU:n yleisen tietosuoja-asetuksen mukaiset oikeudet kuten henkilötietojen käsittelyn rajoittaminen tietyissä tilanteissa. Pyyntö tulee lähettää kirjallisesti rekisterinpitäjälle. Rekisterinpitäjä voi pyytää tarvittaessa pyynnön esittäjää todistamaan henkilöllisyytensä. Rekisterinpitäjä vastaa asiakkaalle EU:n tietosuoja-asetuksessa säädetyssä ajassa (pääsääntöisesti kuukauden kuluessa).

Liite 5. Suostumus tutkimukseen osallistumisesta

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

Konversiohäiriöpotilaan fysioterapia

Minua _____ (tutkittavan nimi) on pyydetty haastateltavaksi yllämainittuun opinnäytetyötutkimukseen, jonka tarkoituksena on tuoda fysioterapeuteille tietoa näiden potilaiden kohtaamisesta ja käytetyistä fysioterapia-menetelmistä.

Olen lukenut ja ymmärtänyt saamani kirjallisen tutkimustiedotteen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta ja sen yhteydessä suoritettavasta henkilötietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta. Tiedotteen sisältö on kerrottu minulle myös suullisesti, minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini.

Ymmärrän, että osallistumiseni on vapaaehtoista. Tiedän, että tietojani käsitellään luottamuksellisesti eikä niitä luovuteta sivullisille. Voin milloin tahansa keskeyttää tai peruuttaa osallistumiseni tutkimukseen syytä ilmoittamatta. Peruuttaessani suostumukseni tai keskeyttäessäni osallistumiseni tutkimukseen siihen mennessä kerättyjä tietoja käytetään osana tutkimusaineistoa.

Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen ja suostun vapaaehtoisesti haastateltavaksi henkilöksi. Tätä lomaketta on tehty kaksi samanlaista kappaletta. Toinen jää tutkimukseen osallistujalle ja toinen tutkijalle.

Aika ja paikka

Allekirjoitus ja nimenselvennys/ haastateltava

Allekirjoitus ja nimenselvennys/ tutkija
