

# ARVIOINTIMENETELMÄT PARKINSON- POTILAAN FYSIOTERAPIASSA

Kyselytutkimus Suomen käytännöistä

Krista Auvinen  
Kaisa Kumpulainen

Opinnäytetyö  
Maaliskuu 2013

Fysioterapian koulutusohjelma  
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijä(t) AUVINEN Krista KUMPULAINEN Kaisa	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 18.3.2013
	Sivumäärä 57	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty ( X )
Työn nimi ARVIOINTIMENETELMÄT PARKINSON-POTILAAN FYSIOTERAPIASSA – Kyselytutkimus Suomen käytännöistä		
Koulutusohjelma Fysioterapian koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) MÄKI-NATUNEN Pirjo PALTAMAA Jaana		
Toimeksiantaja(t)		
Tiivistelmä <p>Euroopan alueen fysioterapeuttiliitot (ER-WCPT) päivittävät Hollannin Fysioterapeuttiliiton (KNGF) vuonna 2004 julkaisemaa näyttöön perustuvaa Parkinson potilaan fysioterapiasuositusta Euroopan laajuiseksi ”1<sup>st</sup> European guideline for physiotherapy in Parkinson’s disease”. Euroopan alueen fysioterapialiitoille laaditun kyselytutkimuksessa selvitettiin fysioterapeuttien terapiakäytänteitä, osaamistarpeita sekä arviointimenetelmien käyttöä Parkinson-potilaiden fysioterapiassa. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa Suomen fysioterapeuttien käyttämistä arviointimenetelmistä sekä arviointikäytänteisiin vaikuttavista tekijöistä tämän kyselytutkimuksen pohjalta.</p> <p>Fysioterapialla on tärkeä merkitys Parkinson-potilaan toimintakyvyn ylläpitämisessä, sillä taudin aiheuttamat oireet vaikuttavat olennaisesti kykyyn liikkua. Terapiatarpeen ja terapian vaikuttavuuden määrittämiseksi fysioterapeutit käyttävät erilaisia arviointimenetelmiä. Terapeuttien arviointikäytänteet kuitenkin vaihtelevat ja fysioterapiasuosituksen tarkoituksena on lisätä näyttöön perustuvaa tietoa sekä yhtenäistä fysioterapiakäytäntöjä.</p> <p>Tutkimusvastausten perusteella suurin osa fysioterapeuteista koki arviointimenetelmien käytön tukevan kliinistä päättelyä, terapian suunnittelua sekä diagnoosien laatimista. Kuitenkin arviointimenetelmiä hyödyntävien terapeuttien määrä on alhaisempi verrattuna käytön tarpeelliseksi kokeviin. Tulokset Suomen fysioterapeuttien vastauksista olivat linjassa Euroopan muiden fysioterapeuttien kanssa.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Parkinsonin tauti, fysioterapiasuositus, kyselytutkimus, arviointimenetelmät, näyttöön perustuva		
Muut tiedot		



Author(s) AUVINEN Krista KUMPULAINEN Kaisa	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 18.03.2013
	Pages 57	Language Finnish
		Permission for web publication ( X )
Title ASSESSMENT METHODS IN A PARKINSON PATIENTS' PHYSIOTHERAPY – A survey on the Finnish conventions		
Degree Programme The Degree Programme in Physiotherapy		
Tutor(s) MÄKI-NATUNEN Pirjo PALTAMAA Jaana		
Assigned by		
Abstract <p>The European Region of the World Confederation for Physical Therapy (ER-WCPT) is developing a "1st European guideline for physiotherapy in Parkinson's disease". The guideline was updated from the Royal Dutch Society for Physical Therapy (KNGF) Guidelines for Physiotherapy in Parkinson's Disease published in 2004. As a part of the process of drafting a recommendation, a web-based survey was carried out aiming to gain insight into the current patterns of physiotherapy care for patients with Parkinson's disease in several European countries. The purpose of this thesis was to examine the assessment methods that physiotherapists have used in Finland plus the related factors affecting the use of these methods.</p> <p>Physiotherapy has an important role in maintaining the functional ability in Parkinson's disease, because the symptoms of the disease have a significant impact on the patients' ability to move. Physiotherapists use different kinds of assessment methods to determine the need and effectiveness of their therapy. The methods used by the therapist vary, however, and the purpose of the guideline is to increase evidence-based information and standardize clinical practice.</p> <p>Based on the results of the survey, it can be seen that the majority of the physiotherapists experienced that their assessment methods supported the use of clinical reasoning, therapy planning and preparation and establishing a diagnosis. However, the number of therapist using assessment methods was smaller than that of those who saw their importance. The results of the Finnish physiotherapists were in line with the results gained in Europe.</p>		
Keywords Parkinson's disease, guidelines for physiotherapy, survey, outcome measure, evidence-based		
Miscellaneous		

# SISÄLTÖ

<b>1</b>	<b>JOHDANTO.....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>PARKINSONIN TAUTI JA TOIMINTAKYVYN MUUTOKSET.....</b>	<b>4</b>
2.1	Oireet ja diagnoosi.....	5
2.2	Taudin eteneminen ja vaiheet.....	7
2.3	Liikkumiskyvyn muutokset.....	8
2.4	Fysioterapia Parkinson-potilaan kuntoutuksessa.....	10
<b>3</b>	<b>PARKINSONIN TAUDIN FYSIOTERAPIASUOSITUKSET.....</b>	<b>12</b>
<b>4</b>	<b>ARVIOINTIMENETELMIEN KÄYTTÖ FYSIOTERAPIASSA.....</b>	<b>15</b>
4.1	Yleistä arviointimenetelmistä .....	16
4.2	Parkinson diagnoosin merkitys arviointimenetelmien valintaan .....	17
<b>5</b>	<b>OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT .....</b>	<b>21</b>
<b>6</b>	<b>TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN .....</b>	<b>21</b>
6.1	Kyselylomakkeen kuvaus.....	23
6.2	Kohderyhmä ja aineistonkeruumenetelmä.....	24
6.3	Aineiston käsittely ja analysointi.....	24
<b>7</b>	<b>TUTKIMUKSEN TULOKSET ASiantuntijakyselystä.....</b>	<b>26</b>
7.1	Käytössä olevat arviointimenetelmät .....	28
7.2	Arviointimenetelmien käytön koetut esteet ja mahdollistajat .....	30
7.3	Fysioterapeutin työpaikan vaikutus arviointimenetelmien käyttöön	32
7.4	Yhteenveto .....	35

<b>8</b>	<b>POHDINTA</b> .....	<b>36</b>
	<b>LÄHTEET</b> .....	<b>47</b>
	<b>LIITTEET</b> .....	<b>51</b>
	Liite 1: Kyselylomake .....	51
	Liite 2: Luettelo mittareiden käyttöasteista .....	56
	<b>KUVIOT</b>	
	KUVIO 1. Arviointimenetelmien käyttö .....	29
	KUVIO 2. Arviointimenetelmien koetut esteet ja mahdollistajat.....	31
	KUVIO 3. Arviointimenetelmien käyttö työpaikoittain .....	34
	KUVIO 4. Opinnäytetyöprosessin kuvaus .....	45
	<b>TAULUKOT</b>	
	TAULUKKO 1. Parkinsonin taudin vaiheet (mukaeltu Virtanen 2004).....	8
	TAULUKKO 2. Suositellut arviointimenetelmät Parkinson-potilaalle .....	19
	TAULUKKO 3. Asiantuntijakyselyyn vastanneiden taustatiedot .....	26
	TAULUKKO 4. Fysioterapian toteutuspaikka .....	33

# 1 JOHDANTO

Fysioterapian maailmanjärjestö World Confederation for Physical Therapy (WCPT) pitää tärkeänä tieteelliseen näyttöön perustuvien fysioterapiasuositusten laatimista fysioterapiakäytäntöjen yhtenäistämiseksi (Suomen Fysioterapeutit 2006, 5). Tällä hetkellä Euroopan alueen fysioterapeuttiliitot ovat päivittämässä Hollannin Fysioterapeuttiliiton (KNGF) vuonna 2004 julkaisemaa näyttöön perustuvaa Parkinson-potilaan fysioterapiasuositusta Euroopan laajuiseksi (Keus & Munneke 2011). Osana fysioterapiasuosituksen laadintahanketta on selvitetty Euroopan aluejärjestön ER-WCPT:n jäsenmaiden Parkinson-potilaita kuntouttavien fysioterapeuttien arviointi- ja terapiakäytäntöjä sekä osaamisen kehittämistarpeita. Suomessa tutkimus on toteutettu Suomen Fysioterapeutit ry:n toimesta osalle sen jäsenistä. (Paltamaa 2013; Suomen Fysioterapeutit 2010b.)

Fysioterapeutit tarvitsevat arviointikeinoja arvioidessaan potilaan toimintakykyä ja suunnitellessaan terapiaa (Finch, Brooks, Stratford & Mayo 2002, 3 - 4). Myös vaikuttavuuden määrittämiseksi arviointimenetelmien käyttö on olennaista. Parkinsonin taudin toimintakyvyn arviointi on haastavaa sairauksien ja lääkityksen aiheuttamien tilavaihteluiden vuoksi sekä toimintakyvyn ja oireiden potilaiden välisen vaihtelun vuoksi. Parkinsonin taudille on olemassa täsmällisiä arviointimenetelmiä, muttei kuitenkaan laaja-alaisesti ja täydellisesti taudin oireita kuvaavaa yksittäistä menetelmää. (Sarwar, Trail & Lai 2008, 57 - 59, 67.) Tämän vuoksi fysioterapiasuositus, jossa on määritetty olennaisia arviointimenetelmiä, on tärkeä. Parkinson-potilaita hoitavat fysioterapeutit eivät koe olevansa päteviä toteuttamaan tarpeeksi laadukasta terapiaa. Fysioterapeutit kaipaavat arviointimenetelmiä, joiden näyttöaste olisi vahva ja jotka olisivat yleisesti käytössä. (Keus, van der Wees, Burfeind, Wallraf, Graziano, Jones, Bloem & Munneke 2012; Suomen Fysioterapeutit 2010b.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää arviointimenetelmien käyttöä Parkinson-potilaiden fysioterapiassa Suomessa. Tavoitteena on saada tietoa fysioterapeuttien käyttämistä arviointimenetelmistä sekä arviointikäytänteisiin vaikuttavista tekijöistä; koetuista esteistä ja mahdollistajista sekä käytäntöjen vaihteluista toteutuspaikoittain.

Fysioterapiasuosituksen laadinnassa Skandinavian yhteyshenkilönä toimii TtT Jaana Paltamaa. Hän nosti esiin mahdollisuuden tehdä ajankohtainen opinnäytetyö tarkastellen Suomen kyselytutkimustuloksia. Opinnäytetyö neurologisen fysioterapian aihe-alueesta oli kiinnostava ja tutkimusvastausten analysointi herätti mielenkiinnon.

## **2 PARKINSONIN TAUTI JA TOIMINTAKYVYN MUUTOKSET**

Parkinsonin tauti on hitaasti etenevä neurologinen liikehäiriösairaus, jota esiintyy kaikkialla maailmassa. Sairaus alkaa yleensä 50 - 70 vuoden iässä. Suomessa Parkinsonin tautia sairastavia on arviolta 10 000 ja tautiin sairastuu vuosittain noin 700 - 800 henkilöä. Parkinsonin taudin etiologia on tuntematon, mutta yleisesti uskotaan perinnöllisen alttiuden ja ympäristötekijöiden yhteisvaikutuksen liittyvän tautiin sairastumiseen. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologisen Yhdistyksen asettama työryhmä 2010; Virtanen 2004, 2.)

## 2.1 Oireet ja diagnoosi

Parkinsonin taudin keskeisimpiä oireita ovat liikkeiden hitaus, jäykkyys ja lepovapina, joiden lisäksi esiintyy myös asennon säätelyn häiriöitä (Hou & Lai 2008, 1; Jones & Playfer 2011, 120). Parkinsonin taudin edetessä potilaalla ilmenee usein muitakin taudille tyypillisiä motorisia oireita (Kaakkola & Marttila 2010, 218), joiden lisäksi taudista aiheutuu myös kognitiivisia muutoksia, autonomisen hermoston toiminnanhäiriötä ja tunne-elämän muutoksia. (Ruutiainen, Wikström & Sivenius 2008, 246 - 247; Virtanen 2004, 1). Parkinsonin taudin oireet saa aikaan aivojen tyviosissa sijaitsevan mustatumakkeen alueella tapahtuva hermosolujen väheneminen. Se laskee dopamiini-välittäjäaineen määrää, jota elimistö käyttää pääasiassa liikkeiden säätelyyn aiheuttaen Parkinsonin taudin liikeoireet. (Hou & Lai 2008, 1; Virtanen 2004, 2.)

Liikeoireista lepovapina on noin 70 %:lla ensimmäinen oire, jonka Parkinson-potilaat havaitsevat. Usein se ilmenee ensin toisen käden sormissa niin sanottuna pillerinpyöritysvapinana. Tyypillisimmin vapinaa esiintyykin juuri käsissä, minkä lisäksi sitä voi esiintyä jaloissa, leuassa, suun ja kielen alueella. Lepovapina voi heikentyä tai hävitä kokonaan aktiivisessa liikesuorituksessa. (Hou & Lai 2008, 8; Jones & Playfer 2011, 120.) Se voi kuitenkin palata suorituksen jatkuessa pidempään. Vapina voi myös olla ajoittaista ja pahentua potilaan mielentilojen vaihtelun mukaan. (Kaakkola & Marttila 2010, 218.)

Liikkeiden hitauden ja jäähmyden, hypokinesian, seurauksena Parkinson-potilaan kävelyn aloittaminen vaikeutuu, kävelynopeus hidastuu, askelpituus lyhenee ja kävelyn aikaiset myötäliikkeet käsissä heikkenevät. Myös kasvoista tulee vähäeleiset ja silmänräpäysten vähetessä esiin tulee taudille tyypillinen tuijottava katse. (Aho 2000, 18; Kuikka, Pulliainen & Hänninen 2001, 274 - 275.) Käsitteenä hypokinesiasta voidaan erottaa bradykinesia, jolla tarkoite-



taan liikesuorituksen hitautta sekä akinesia, jolla tarkoitetaan liikkeen aloittamisen hitautta sekä spontaanin liikehdinnän vähenemistä. Usein näitä käsitteitä käytetään toistensa synonyymeinä tarkemman erottelun sijaan. (Kaakkola & Marttila 2010, 211.)

Lihasten jäykkyys eli rigiditeetti ilmenee lihasjänteiden lisääntymisenä sekä joskus lihaskipuna. Sitä voi ilmentyä ylä- tai alaraajoissa sekä vartalossa. Sen voimakkuus ja jakautuminen riippuu potilaasta ja voi samalla potilaallakin vaihdella eri ajankohtina. Rigiditeetti havaitaan passiivisen liikkeen vastustuksena joka voi olla lyijyputkimaista tasaista jäykkyyttä tai hammasratasmaista nykivää jäykkyyttä. (Jones & Playfer 2011, 120; Kaakkola & Marttila 2010, 218.)

Parkinsonin taudin edellä mainitut liikeoireet etenevät yleensä hitaasti ja alkavat epäsymmetrisesti toisen puolen raajoista (Jones & Playfer 2011, 120). Parkinsonin taudin määrittämiseksi potilaalla tulee olla havaittavissa kaksi kolmesta pääoireesta (Ruutiainen ym. 2008, 245).

Parkinsonin taudin oireita ja vaikutusta toimintakykyyn on nykyään mahdollista lievittää melko tehokkaasti oikein ajoitetulla lääkehoidolla. Lääkityksellä pyritään takaamaan riittävän hyvä toimintakyky ja elämänlaatu, koska se ei kuitenkaan poista kaikkia oireita ja sairauden edetessä lääkehoidon teho heikenee. Lääkehoitoon liittyvät sivuvaikutukset aiheuttavat potilaille tilavaihteluita, psyykkisiä häiriöitä, pahoinvointia sekä verenpaineen laskua. Koska lääkityksellä ei saada aikaiseksi oireettomuutta, säännöllisellä kuntoutuksella on tärkeä merkitys toimintakyvyn ylläpitämisessä. (Ruutiainen ym. 2008, 245; Virtanen 2004, 1 - 3.)

## 2.2 Taudin eteneminen ja vaiheet

Parkinsonin tauti on yleensä hitaasti etenevä, mutta oireiden eteneminen on yksilöllistä ja ne vaihtelevat suuresti. Etenemisnopeutta ja oireiden lisääntymistä on mahdotonta ennustaa. Lisäksi potilailla esiintyy sairaudesta ja lääkityksestä aiheutuvia tilanvaihteluita, on- ja off-vaiheita, joiden aikana potilaan toimintakyky vaihtelee hyvän ja heikon välillä. (Keus, Hendriks, Bloem, Bredero-Cohen, de Goede, van Haaren, Jaspers, Kamsma, Westra, de Wolff & Munneke 2004, 6; Virtanen 2004, 3.)

Ensimmäisten toispuoleisten oireiden jälkeen ensimmäiset molemmin puoleiset oireet ilmenevät yleensä noin kolmen vuoden kuluttua. Tasapaino-ongelmat ilmenevät tästä kahdesta kolmeen vuotta myöhemmin. Keskimäärin toistuvat kaatumiset alkavat noin 10 vuoden kuluttua ensimmäisistä oireista. (Keus ym. 2004, 6.) Pitkälle edenneeseen Parkinsonin tautiin kuuluu inaktiivisuutta, fyysisen yleiskunnon heikkenemistä, tasapainon ja kävelykyvyn vaikeuksia sekä toistuvia kaatumisia, joista seuraa elämänlaadun heikkenemistä ja eliniän lyhenemistä (Keus ym. 2004, 6; Matinelli 2009, 32.). Lisääntyvien tasapaino-ongelmien myötä Parkinsonin tautia sairastavista voi tulla pysyvästi pyörätuolipotilaita (Keus ym. 2004, 6).

Kuntoutuksen suunnittelun tueksi taudin etenemistä on pyritty kuvaamaan erilaisten vaiheiden avulla. Parkinsonin taudin fyysisten oireiden lisäksi on tärkeä huomioida myös sairauden vaikutus psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Hoehn & Yahrin viisivaiheista asteikkoa käytetään usein kuvaamaan taudin etenemistä, mutta se kuvaa vain fyysisiä oireita. (Virtanen 2004, 3.) Hollannin fysioterapiasuosituksessa Parkinsonin tauti on jaoteltu varhais-, keski- ja myöhäisvaiheeseen Hoehn & Yahrin asteikkoon pohjaten (Keus ym. 2004, 92). Myös Virtanen (2004) jaottelee Parkinsonin taudin vas-

taavasti kolmeen vaiheeseen edellä mainitun kanssa. Parkinsonin taudin vaiheet näkyvät alla olevasta taulukosta (ks. taulukko 1) Virtasen jaottelua mukailleen.

**TAULUKKO 1. Parkinsonin taudin vaiheet (mukaeltu Virtanen 2004)**

Varhaisvaihe 3 - 5 vuotta	- motoriset oireet lieviä - lääkevaste on erinomainen - päivittäistoiminnoista suoriutuminen lähes normaalia
Keskivaihe 5 - 10 vuotta	- taudin vaikeusaste vaihtelee, 50 - 70 %:lla motorisia komplikaatioita; liikkeellelähtövaikeutta, tasapaino- ja kävelyongelmia, kaatuilua sekä tilanvaihteluita - lääkevasteesta edelleen hyötyä - päivittäisissä toiminnoissa alkava avuntarve
Myöhäisvaihe yli 10 vuotta	- vaikeitakin tilanvaihteluita, ei-motoristen oireiden lisääntyminen - lääkevaikutus epätasainen, sivuvaikutukset voivat olla perusoireita hankalampia - päivittäisissä toiminnoissa huomattava ja säännöllinen avuntarve

### 2.3 Liikkumiskyvyn muutokset

Parkinsonin taudissa asentorefleksit heikentyvät aiheuttaen vaikeuksia asennonsäätelyyn (Hou & Lai 2008, 10). Tämän seurauksena Parkinson-potilaan ryhti muuttuu sairaudelle ominaisesti etukumaraksi johtuen korostuneesta koukistajapuolen aktiviteetista suhteessa ojentajapuoleen (Jones & Playfer 2011, 120). Lisäksi asennonsäätelyn häiriöt aiheuttavat tuki- ja liikuntaelin vaivoja sekä vartalon joustavuuden vähenemistä, mikä aiheuttaa ongelmia tasapainon säilyttämisessä ja toimintojen, esimerkiksi kurkottamisen, suorittamisessa (Keus ym. 2004, 22).

Tasapainon säilyttäminen on suuri ongelma monille Parkinson-potilaille. Häiriintyneet asentorefleksit aiheuttavat ongelmia tasapainoon. Refleksien laajuus on epänormaali, eivätkä ne ole mukautuneet potilaan tilanteeseen. Parkinson-potilailla on usein lisäksi vaikeuksia sensorisen informaation käsittelyssä, mikä saattaa pahentaa tasapaino-ongelmia. (Keus ym. 2004, 22.) Parkinsonin taudissa kävelyn häiriöt liittyvät niin ikään asennon epävakauteen. Potilaan kävelyllä ovat tyypillisiä etukumara ryhti, askelpituuden lyheneminen ja askelkorkeuden madaltuminen, kävelynopeuden hidastuminen, vähäiset varjalan kierrot sekä käsien myötäliikkeet. (Keus ym. 2004, 22; Matinolli 2009, 32.) Kävelyn hidastuminen ja laahustaminen ovat korvaavia muutoksia, joilla pyritään kompensoimaan asennon epävakautta (Hou & Lai 2008, 10).

Parkinsonin taudille tyypillistä jähmettymistä, eli jalkojen liikuttamisen epäröintiä ja kyvyttömyyttä liikkua, sekä askelsykliden lyhenemistä ja nopeutumisista ilmenee usein kävelyn aloittamisessa, liikkeen eteenpäin jatkamisessa, ahtaissa tiloissa tai käännösten yhteydessä (Hou & Lai 2008, 10; Jones & Playfer 2011, 120). Äkillinen jähmettyminen voi häiritä tasapainoa ja on näin yksi syy kaatumisiin (Matinolli 2009, 32; Ruutiainen ym. 2008, 246 - 247).

Parkinsonin tauti on altistava tekijä kaatumisille. Usein syy kaatumisille on sisäisissä tekijöissä kuten asennonsäätelyssä tai tasapainossa, kävelyn jähmettyemisessä tai ortostaattisessa paineessa. Ulkoisilla tekijöillä, kuten valaistuksella tai maaston epätasaisuudella, on paljon pienempi merkitys. Kaatumiset voivat johtaa fyysisiin vammoihin ja murtumiin yhdessä Parkinsonin taudin lisääntyneen osteoporoosiriskin kanssa. (Keus ym. 2004, 22.)

Huomion kiinnittäminen useaan yhtäaikaaisesti suoritettuun tehtävään (dual- ja multi-tasking) voi aiheuttaa useimmille Parkinson-potilaille kaatumisvaaran. Suoriutuakseen turvallisesti terveelle ihmiselle automaattisista toimin-

noista, kuten kävelystä tai tasapainon ylläpitämisestä, potilaat joutuvat kiinnittämään suoritukseen erityistä huomiota. Toinen motorinen tai kognitiivinen yhtäaikaisten toimintojen heikentää toiminnan suorittamista, mistä voi aiheutua vaaratilanteita ja kaatumisia. Siksi niitä tulisi Parkinson-potilaan kanssa tietoisesti välttää, esimerkiksi kiinnittämällä huomiota siihen, ettei toimintojen aikana anneta ylimääräistä ohjeistusta. (Keus ym. 2004, 9.)

Parkinsonin taudin myötä potilaiden aktiivisuustaso usein vähenee, mikä voi osittain johtua liikkumisen- tai kaatumisen pelosta. Tästä toimeettomuudesta johtuen toissijaisten häiriöiden määrä voi lisääntyä. Tällaisia ovat esimerkiksi aerobisen kapasiteetin lasku, vähentynyt lihastoiminta, nivelten liikkuvuus sekä luuston laatu. (Keus ym. 2004, 22.)

## **2.4 Fysioterapia Parkinson-potilaan kuntoutuksessa**

Parkinson-potilaille pääasiallisin kuntoutusmuoto on lääkinällinen kuntoutus, joka sisältää neuvontaa, ohjausta, tutkimuksia, hoitoja, apuvälinepalveluja sekä erillisiä kuntoutusjaksoja ja sopeutumiskursseja. Lääkinällistä kuntoutusta toteuttaa julkinen terveydenhuolto, Kansaneläkelaitos sekä yksityiset vakuutuslaitokset ja palveluntuottajat. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.) Näistä julkinen terveydenhuolto sekä Kansaneläkelaitos ovat tahoja, jotka toteuttavat Parkinson-potilaiden kuntoutusta, riippuen sairauden vaiheesta sekä potilaan iästä. Fysioterapia on lääkinällistä kuntoutusta ja fysioterapeuttien työn panos on merkittävä osa Parkinson-potilaiden kuntoutuksessa. (Virtanen 2004, 5 - 6.) Parkinson-potilaan hoidon arviointivaiheesta alkaen hoidosta ja kuntoutuksesta tulisi vastata yhteistyössä neurologi, Parkinson-hoitaja, fysio-, toiminta- ja puheterapeutti, sosiaalityöntekijä ja ravitsemusohjauksen asiantuntija (Ruutiainen ym. 2008, 246 - 247).

Fysioterapialla ei voida parantaa tai pysäyttää Parkinsonin taudin etenemistä, mutta sen avulla voidaan ennaltaehkäistä toimintakyvyn heikkenemistä. Fysioterapian toteutuksen parhaana mallina pidetään niin kutsuttua ”progressiivisen sairauden hoitomallia”. Siinä jo ennen potilaan toimintakyvyn heikkenemistä opetellaan uudet selviytymiskeinot ja toimintamallit, kun aikaisemmin potilaat ovat ensin saaneet oireiden mukaista lääkehoitoa ja vasta toimintakyvyn heiketessä on aloitettu fysioterapia. (Turnbull 1992, 4 - 5.)

Terapiassa huomioidaan sairauden eri vaiheiden lisäksi terapian ydinalueet, joita ovat kävelyn, tasapainon, asennon ja asennonmuutosten harjoittaminen sekä liikkumisen parantaminen liikkumisstrategioiden ja suorituskäytännön harjoitteiden avulla. Parkinsonin tautia sairastavien on todettu hyötyvän fysioterapiasta, joka sisältää edellä mainittuja harjoitteita. Varhain aloitettu fysioterapia lääkehoitoon yhdistettynä hidastaa fyysisten haittojen kehittymistä ja ylläpitää toimintakykyä. Parkinson-potilaat tarvitsevat fysioterapiaa säännöllisesti saavutettujen hyötyjen ylläpitämiseksi. (Ruutiainen ym. 2008, 246 - 247; Virtanen 2004, 8.)

Parkinson-potilaan fysioterapiaa voidaan toteuttaa monella tapaa. Terapiaa voidaan suorittaa yksilöllisesti tai ryhmässä tai näiden yhdistelmänä potilas-kohtaisesti. Terapian toteutuspaikkana voi toimia kliininen ympäristö tai potilaan kotiympäristö. Terapian sisältö tulisi kohdistaa aina potilaslähtöisesti siihen, missä potilaan toimintakyvyssä on heikkoutta ja haastetta. Jos potilaalla on toiminnan aloittamisen vaikeutta, voidaan terapiassa sitä harjoittaa verbaalisella ohjauksella sekä vihjeiden avulla. Fysioterapiassa saavutettuja tuloksia on helpompi säilyttää, jos potilas tekee terapian lisäksi kotiharjoitteita. Kotiharjoitteiden ohjaaminen onkin tärkeää ja ne tulisi suunnata terapian sisällön mukaan. (Stanley & Protas 2008, 127.)

Parkinson-potilaan fysioterapian tavoitteena on parantaa elämänlaatua ylläpitämällä potilaan itsenäisyyttä, turvallisuutta ja hyvinvointia ehkäisemällä inaktiivisuutta ja kaatumisia, vähentämällä toiminnan rajoitteita sekä parantamalla toiminnallista aktiivisuutta. Fysioterapian tavoitteet tulee asettaa suhteessa sairauden etenemisvaiheisiin eli suhteessa siihen, missä taudin vaiheessa sairaus on. (Keus ym. 2004, 27.)

### **3 PARKINSONIN TAUDIN**

#### **FYSIOTERAPIASUOSITUKSET**

Usein fysioterapiassa käytettävät terapia- ja arviointimenetelmät perustuvat kliiniseen kokemukseen, vaikka fysioterapian vaikuttavuudesta on olemassa myös tutkimusnäyttöä. Fysioterapian maailmanjärjestö World Confederation for Physical Therapy (WCPT) on vuodesta 2003 alkaen painottanut näyttöön perustuvia fysioterapiakäytäntöjä, mikä edellyttää tiedon järjestelmällistä arviointia sekä fysioterapian vaikuttavuustutkimuksia fysioterapiakäytäntöjen yhtenäistämiseksi. (Suomen Fysioterapeutit 2006, 5.) Näyttöön perustuvuus on usein esillä lääketieteessä ja näin myös fysioterapiassa. Muun muassa Käypä hoito -suositukset tehdään näyttöön perustuen, joka tarkoittaa aineiston valikointia suurista tietolähteistä mahdollisimman laadukkaaksi lopputulokseksi. (Lamberg & Lodenius 2012.)

Fysioterapiasuositusten välittömänä tavoitteena on tuottaa tieteelliseen näyttöön perustuvia ohjeistuksia, joista hyötyvät kliinisessä työssä toimivien fysioterapeuttien lisäksi tutkijat, lääkärit, muut terveydenhuollon ammattilaiset sekä potilaat. Suositusten pitkäaikaistavoitteena on kehittää fysioterapian vaikuttavuutta ja tehokkuutta. Fysioterapiasuosituksia laaditaan aiheista, jotka ovat fysioterapian kannalta keskeisiä ja kansanterveydellisesti merkittäviä.

Aiheesta tulee olla julkaistu tutkimuksia ja sen tulee sisältää uutta tietoa, jonka levittäminen on tärkeää. Valmiita suosituksia voidaan käyttää pohjana uusille tai niitä voidaan tarpeen mukaan päivittää. (Suomen Fysioterapeutit 2006, 5 - 6.)

Fysioterapiasuosituksia Parkinson-potilaille on kehitetty Iso-Britanniassa 2000-luvun alussa kahteen otteeseen. Vuonna 2001 Plant yhteistyötahoineen laati suosituksen fysioterapian toimintatavoista Parkinson-potilaiden kuntoutuksessa (Guidelines for Physiotherapy Practice in Parkinson's Disease) ja 2004 Ashburn tahoineen julkaisi Parkinsonin tautia sairastavien fysioterapiaan liittyen tutkimukseen perustuvan katsauksen toimintatavoista (Physiotherapy for people with Parkinson's Disease in UK: an exploration of practice). (Jones & Playfer 2011, 125.)

Hollannin fysioterapialiitto KNGF (Royal Dutch Society for Physical Therapy) on vuonna 2004 laatinut näyttöön perustuvan fysioterapiasuosituksen, joka on edelleen ainoa laatuaan (APPDE 2012). Suositus on muodostettu johdonmukaisesti hyödyntäen alan viimeisintä tieteellistä kirjallisuutta ja useiden asiantuntijoiden näkökulmia. Suosituksia kehitettiin yhteistyössä Dutch Society of Exercise Therapists:n kanssa Mensendieckin ja Cesarin menetelmien mukaan yhdentoista hollantilaisen fysioterapeutin ja neurologisen asiantuntijan toimesta. Myös kaksi Parkinsonin tautia sairastavaa oli mukana suosituksen laatimisessa. (Keus ym. 2004, 15 - 16.)

Hollannin suositus sisältää neljä pikaopasta Quick Reference Cards (QRCs), jotka on suunniteltu tukemaan kliinistä työtä, etenkin fysioterapeuteille, jotka eivät hoida suuria määriä Parkinson potilaita (Jones & Playfer 2011, 125; Keus ym. 2004, 92). Quick Reference Cards -pikaoppaat ovat tarkoitettu taustatietojen kartoittamiseen, fyysiseen tutkimiseen, hoitotavoitteiden sekä strategioi-



den kartoittamiseen. Pikaoppaita tulisi kuitenkin lukea yhdessä suosituksen kanssa, jotta saisi muodostettua kokonaiskuvan ohjeista, sanastosta, mittausvälineistä sekä liikkumista tukevista strategioista. (Jones & Playfer 2011, 125, 134; Ramaswamy, Jones, Goodwin, Lindop, Ashburn, Keus, Rochester & Durrant 2009, 2 - 3.) Suosituksen arviointimenetelmiä tuodaan esiin kappaleessa 4.

Iso-Britannia on vuonna 2009 sopeuttanut Hollannin fysioterapiasuosituksen Quick Reference Cards -pikaoppaat koskemaan Iso-Britannian käytännön fysioterapiaa tavoitteenaan tarjota yhtenäistettyjä ohjeita Parkinson-potilaiden hoidossa. (Jones & Playfer 2011, 125; Ramaswamy ym. 2009, 2.) Myös Euroopan Parkinson -liitto (EPDA) on vuonna 2010 kartoittanut internetkyselyllä Parkinson-potilaiden kuntoutuskäsityksiä. (Paltamaa & Kangas 2012, 26 - 27.)

Tällä hetkellä Euroopan alueen fysioterapeuttiliitot ovat julkaisemassa Parkinson-potilaan fysioterapiasuosituksen vuonna 2013 nimellä "*1<sup>st</sup> European guideline for physiotherapy in Parkinson's disease*" (Keus & Munneke 2011). Suositus pohjaa Hollannin fysioterapiasuositukseen. Hollannin Fysioterapialiiton lisäksi suositusta ovat mukana laatimassa Fysioterapeuttien Euroopan aluejärjestö (ER-WCPT), Parkinson potilaiden Euroopan fysioterapialiitto (APPDE) ja 19 maan kansalliset fysioterapeuttiliitot. (APPDE 2012; Paltamaa & Kangas 2012, 27.)

Valmisteilla oleva Euroopan fysioterapiasuositus on Suomen osalta osa Hyvä fysioterapiakäytäntö -hanketta. Suomessa Parkinson-potilaiden kuntoutuskäsityksiä on aiemmin kartoitettu muun muassa vuosina 2001 - 2003 tehdyssä Parkinson -liiton kuntoutusmallin kehittämisprojektissa. (Paltamaa & Kangas 2012, 26 - 27.)

Hyvä fysioterapiakäytäntö -hanke tuottaa fysioterapiasuosituksia Käypä hoito -suositusten rinnalle. Käypä hoito -suositukset ovat näyttöön perustuvia suomalaiseseen terveydenhuoltoon ja sairauksiin liittyviä ammattilaisille ja kansalaisille tarkoitettuja hoitosuosituksia. Ne sisältävät tietoa kuntoutuksen ajankohdasta, kestosta ja arviointikeinoista sekä vaikutuksesta työ- ja toimintakykyyn. (Käypä hoito -toimitus 2012.) Myös Parkinson taudille löytyy vuonna 2010 päivitetty Käypä hoito -suositus ([www.kaypahoito.fi/](http://www.kaypahoito.fi/), suositukset, aakkosissa, Parkinsonin tauti), jossa fysioterapiaan otetaan kantaa vuoden 2001 Cochrane-katsausten (Deane, Jones, Ellis-Hill, Clarke, Playford & Ben-Shlomo 2001; Deane, Jones, Playford, Ben-Shlomo & Clarke 2001) perusteella seuraavasti: ”Aiempien tutkimusten perusteella on arvioitu, että fysioterapiasta saattaa olla apua Parkinsonin taudin oireisiin, mutta luotettava näyttö siitä on puuttunut”.

## **4 ARVIOINTIMENETELMIEN KÄYTTÖ FYSIOTERAPIASSA**

Finch ym. (2002, 6) tuovat esiin sen, että kuntoutuksesta vastaavan tulisi osata tunnistaa arvioinnin kohteet eri osatekijöistä. Kuntoutusprosessi on laaja tapahtumaketju, jota pitää tarkastella kuntoutuksessa tapahtuvien asioiden, kuntoutustarpeiden arvion sekä oletettavien tulosten kannalta. Arviointimenetelmiä tarvitaan tapahtumaketjun eri vaiheissa tietoaineiston saamiseksi. Tuloksia saadaan asiantuntijoiden arvioimana, potilaan itsearviointin avulla tai potilaan läheisen arvioimana (Sarwar 2008, 58).

Kuntoutus alkaa oireiden ilmaannuttua, jonka jälkeen tehdään arvio tilanteesta. Näiden pohjalta suunnitellaan kuntoutuksen tavoitteet, joiden mukaan kuntoutusta toteutetaan. Kuntouttamisen jälkeen arvioidaan tilanne ja näiden

tulosten pohjalta päätetään, tarvitaanko jatkokuntoutusta. Jos jatkokuntoutuksen tarvetta ilmenee, arvioidaan tilanne taas alusta ja tehdään uudet tavoitteet sekä suunnitelmat. (Wade 2005.)

#### **4.1 Yleistä arviointimenetelmistä**

Lääketiede jatkaa kehittymistään yhä enemmän tieteellisemmäksi ja näyttöön perustuvaa tietoa hoidon vaikuttavuudesta tarvitaan muun muassa kasvavien terveydenhuollon kustannusten vuoksi. Arviointimenetelmät tarjoavat laadullisen keinon terveydenhuollon ammattilaisille määrittää hoidon tuloksia.

(Sarwar ym. 2008, 57.) Arviointimenetelmien käyttö fysioterapiassa alkoi kehittyä jo yli kaksikymmentä vuotta sitten, jolloin huomattiin tarve koota yhteen tietoa arviointimenetelmien käytöstä kliinisessä työssä. Nykyään arviointimenetelmien käytön tarve on ilmennyt suurelle osalle fysioterapeuteista ja he kaipaavat arviointikeinoja potilaan jatkosuunnitelmien tekoon. Arviointimenetelmien tarkoitus on määrittellä asiakkaan aktiivisuustasoa ja kykyä osallistua arkeen. (Finch ym. 2002, 3 - 4.)

Fysioterapeuteilla on tarvetta objektiivisille, luotettaville ja päteville arviointimenetelmille asiakkaittensa arviointiin. Suurin osa arviointimenetelmistä on ensisijaisia arvioimaan myös fysioterapiaa. Arviointimenetelmien käytöllä fysioterapeutti voi saada tietoa terapian vaikuttavuudesta ja mihin suuntaan terapiaa kohdistaa. Terapeutin täytyy myös miettiä, mitä arviointimenetelmiä on tarpeellista käyttää, sillä kaikkea ei ole järkevää testata. Arviointimenetelmät on hyvä kohdentaa kuntouttamisen tavoitteisiin. (Finch ym. 2002, 6, 11.)

Arviointia voi suorittaa eri menetelmien avulla. Arviointiin voidaan lukea mukaan erilaiset tutkimukset, myös kuvantamismenetelmät. Päivittäisiä toimia voidaan arvioida toiminnallisesti, johon havainnointi on hyvä keino. Päivittäisiä toimia havainnoimalla saadaan tietoa potilaan toimintakyvystä. Sekä yksinkertaisia että monimutkaisempia askareita on hyvä käyttää. Perinteisten arviointimenetelmien lisäksi voidaan käyttää laitteilla mitattavia arviointikeinoja, kuten voimalevyanturia tasapainon arviointiin. (Sarwar ym. 2008, 58 - 59, 64.)

Arviointimenetelmän täytyy kertoa tarkasti sekä merkitsevästi tulokset. Hyvä arviointimenetelmä antaa asteikollaan tilaa potilaan kunnon kehitykselle tai heikkenemiselle. Virheettömyyden määrittävät arviointimenetelmän ominaisuudet; reliabiliteetti eli luotettavuus, validiteetti eli pätevyys sekä muutosherkkyys. Reliaabeli arviointimenetelmä antaa yhdenmukaisen tuloksen kahdella samalla arvioivalla välineellä ja on kykenevä tekemään eron arvioitavien potilaiden väliin. Arviointimenetelmä on validi silloin, kun se arvioi ja mittaa juuri sille tarkoitettua asiaa. Muutosherkkyys tarkoittaa arviointimenetelmän kykyä havaita muutos. (Finch ym. 2002, 29, 32.)

## **4.2 Parkinson diagnoosin merkitys arviointimenetelmien valintaan**

Kuten Finch ym. (2002, 26) kirjoittavat, arviointimenetelmien tärkein tehtävä on antaa tietoa testattavan toimintakyvystä. Etenkin neurologian alueella on merkityksellistä saada tietämystä, mihin kaikkeen potilas on kykenevä osallistumaan ja mihin hän tarvitsee apua. Tietysti täytyy huomioida myös potilaan päiväkohtainen taso verrattuna tavanomaiseen, sillä kaikilla on välillä huonompia päiviä. Kuitenkin aktiivisuustason muuttuessa, voidaan aiemmin tes-

tatuilla arviointimenetelmillä mahdollisesti ilmentää toimintakyvyn muutosta. (Finch ym. 2002, 26, 46.)

Arviointimenetelmien avulla on tarkoitus kartoittaa ja objektiivisesti arvioida Parkinsonin tautiin liittyviä ongelmia. Myöhemmin myös terapian sekä hoidon vaikutuksia voidaan seurata arvioinnin avulla, käyttämällä samoja arviointimenetelmiä kuin lähtötilanteessa. Parkinsonin taudista aiheutuvan lääkityksen seurauksena motorinen toimintakyky ja aktiivisuus voivat vaihdella suuresti päivän aikana, minkä takia arviointi on tärkeää suorittaa samankaltaisissa olosuhteissa; samana ajankohtana, potilaan otettua lääkkeitä samaan aikaan. (Keus ym. 2004, 8.)

Parkinsonin taudin toimintakyvyn arviointi onkin haastavaa juuri sairauden ja lääkityksen aiheuttamien tilavaihteluiden vuoksi. Toimintakykyyn vaikuttavat rajoitukset ovat moniulotteiset ja vaihtelevat. Sopivan suoritusajankohdan löytyminen arviointimenetelmille on tärkeää optimaaliselle arvioinnille. Jos testajaalla ei ole kokemusta potilaasta, on arviointi luotettavampaa suorittaa sekä on- että off-vaiheessa, jolloin tilavaihteluiden aiheuttamista muutoksista saadaan selvästi toimintakyvyn rajoitteet esiin. (Sarwar ym. 2008, 59, 65, 67.)

On olemassa erityisesti Parkinson-potilaille suunnattuja täsmällisiä arviointimenetelmiä, jotka kuvaavat potilaan vamma-astetta. Osa arviointimenetelmistä kertoo potilaan toiminnallisista rajoitteista. Sellaista arviointimenetelmää ei kuitenkaan ole, joka laaja-alaisesti ja täydellisesti kuvaisi taudin oireita, vaan arviointimenetelmillä on omat osa-alueensa. Joissain tapauksissa taudin merkittävin oire ei voida arviointimenetelmillä osoittaa. Useat arviointimenetelmät kertovat motorisista vaikeuksista, kävelystä ja koordinaatiosta, jotka muuttuvat sairastumisen myötä. Kognitiiviset häiriöt ymmärretään yhä use-

ammin huomattavaksi toimintakyvyn rajoitteiden edistäjäksi. Monet arviointimenetelmät määrittävät kognitiivisia toimintoja, mutta mikään ei ole spesifi Parkinsonin taudille. Luotettavien arviointimenetelmien kehittäminen pitäisi keskittää Parkinsonin taudin huomiotta jääneisiin ei-motorisiin toimintahäiriöihin ja selvittää niiden vaikutus sairauden kokonaisuireisiin ja tilavaihteluihin. (Sarwar ym. 2008, 57 - 59, 67.)

Seuraavassa taulukossa (ks. taulukko 2) on lueteltu käyttämistämme arviointimenetelmiä koskevista lähteistä kootut Parkinson-potilaille suositellut arviointimenetelmät. Käypä hoito -suositustyöryhmä käyttää TOIMIA tietokannassa olevia arviointimenetelmiä hoitosuosituksia tehdessään (Käypä hoito -toimitus 2012). Arviointimenetelmistä suositelluimpia ovat 10 metrin kävelytesti, Timed Up and Go (TUG) sekä Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS).

**TAULUKKO 2. Suositellut arviointimenetelmät Parkinson-potilaalle**

Arviointimenetelmä	Käypä hoito – suositus 2010	Sarwar ym. 2008	Keus ym. 2004	Finch ym. 2002
10 metrin kävelytesti			x	x
6 minuutin kävelytesti			x	
Abbreviated Columbia Scale		x		
Bergin tasapainotesti		x		
Columbia Rating Scale		x		
Depression and ADL Scale		x		
Disability Rating Scale		x		
EuroQoI-5D (European Quality of Life Scale)				x
Extrapyramidal Disorder Profile		x		

Taulukko 2. jatkuu seuraavalla sivulla.

Taulukko 2 jatkuu.

Falls Efficacy Scale			x	
Freezing of Gait questionnaire			x	
Functional Reach Test		x		
LASA physical activity questionnaire			x	
Mini-Mental Status Exam (MMSE)		x		
Movement Disorder Society-Unified Parkinson's Disease Rating Scale (MDS-UPDRS)	x			
Movement Profile		x		
New York University Parkinson's Disease Disability Scale		x		
Non-Motor Symptoms Scale (NMSS)	x			
Northwestern University (NWU) Disability Scale		x		
Nottingham Health Profile (NPH)				x
Parkinson's Activity Scale			x	
Parkinson's Disease Scale Parkinson's Disease Score		x		
Parkinson's Score		x		
Purdue Pegboard Test		x		
Questionnaire History of Falling			x	
Questionnaire Patient Specific Complaints			x	
Retropulsion Test			x	
Safety Assessment of Functional and the Environment for Rehabilitation (SAFER)		x		
Self-Reported Disability Scale in Patients with Parkinsonism		x		
Staging in Parkinsonism		x		
Staging of Parkinsonism ( Hoehn and Yahr)		x		
The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI)		x		
The Parkinson's Disease Questionnaire (PDQ-39) Parkinsonism Scale		x		
Timed Up and Go (TUG)		x	x	x
UCLA Parkinsonism Scale		x		
Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS)	x	x		
University of British Columbia (UBC) Parkinsonism Scale Webster Score		x		
Voice Handicap Index (VHI)		x		

## 5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää arviointimenetelmien käyttöä Parkinson-potilaiden fysioterapiassa Suomessa. Tavoitteena on saada tietoa fysioterapeuttien käytössä olevista arviointimenetelmistä sekä arviointikäytänteistä. Vastauksia haetaan seuraaviin tutkimusongelmiin:

1. Mitä arviointimenetelmiä Suomessa käytetään Parkinson-potilaan fysioterapiassa ja kuinka usein ne ovat käytössä?
2. Mitkä ovat arviointimenetelmien koettuja esteitä ja mahdollistajia?
3. Onko fysioterapeutin työpaikalla vaikutusta arviointimenetelmien käyttöön?

## 6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Euroopanlaajuisen fysioterapiasuosituksen lähtökohtana on saada tietoa nykyisistä kuntoutuskäytänteistä sekä optimaalisen hoidon esteistä ja edistäjistä. Euroopanlaajuinen Parkinson-potilaan fysioterapiasuositus on jatkoa Hollannin vuoden 2004 suositukselle. Hollanti toimii myös tässä tutkimuksessa koordinaattorina, Samyra H. J. Keus ja Marten Munneke projektin johtajina. Menetelmänä käytettiin yhdenmukaista kyselytutkimusta, joka toteutettiin internet-kyselynä kansainvälisesti yhtä aikaa 17 Euroopan maassa. Suosituksen laatimiseen osallistuu 19 maata. Kyselytutkimus käännettiin 11 kielelle ja se lähetettiin lähes 10 000 fysioterapeutille. Jokaisessa maassa kansallisen fysioterapiajärjestön 600 satunnaisesti valitulla jäsenellä oli mahdollisuus vasta-



ta tutkimukseen. Suomessa kyselytutkimus toteutettiin Suomen Fysioterapeutit ry:n toimesta. (Keus ym. 2012; Paltamaa 2013.)

Kyselytutkimuksen kysymykset pohjautuivat pitkälti Hollannin aiempaan suositukseen. Kysely toteutettiin vuonna 2011 helmikuusta lokakuuhun, jota ennen kysely oli testattu tarkoituksenmukaiseksi ja tiedonhankintaan sopivaksi. (Keus & Munneke 2011; Keus & Munneke 2012.) Marraskuussa 2011 työryhmä etsi näyttöön perustuvia tutkimuksia systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Työryhmä haki kliinisiä tutkimuksia Parkinson-potilaiden fysioterapiasta PubMed-kirjallisuustietokannasta, joista he valitsivat 77 tutkimusta. Helmikuussa 2012 työryhmä kokoontui yhdistelemään ja luokittelemaan näistä tutkimuksista nousseita fysioterapiakäytänteitä sekä arviointimenetelmiä fysioterapiasuosituksen kehittämiseksi. Valittujen tutkimusten näytön laatu arvioitiin tarkasti, eikä tarpeettomia tuloksia hyväksytty mukaan. Kesällä 2012 työryhmä työsti suositusta tiivistelmistään ja havainnoistaan. Suositellut arviointimenetelmät valikoituvat Hollannin fysioterapiasuositukseen perustuen, uusimmat tutkimukset sekä kyselytutkimuksen tulokset huomioiden. (Keus & Munneke 2012.)

Tutkimuksen toteuttamisessa täytyy aina ajatella myös luotettavuutta. Kyselytutkimuksen vaarana on, etteivät vastaajat täysin käsitä kysymyksen asettelua tai ymmärrä kysymystä tutkijan ajattelemalla tavalla. Tutkimuksissa pyritään tietoisesti välttämään virheiden syntymistä. Validius on kyselytutkimuksessa hyvin merkitsevässä roolissa, sillä se kertoo tutkimuksen kyvystä mitata täsmällisesti tarkoitettua asiaa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 231 - 232.)

## 6.1 Kyselylomakkeen kuvaus

Tutkimukset voidaan jaotella kvantitatiiviseksi eli määrälliseksi, tai kvalitatiiviseksi eli laadulliseksi. Kyseisen tutkimuksen voi luokitella kvantitatiiviseksi, joskin mukana oli kvalitatiivisia osioita täydentämässä vastauksia. Kyselytutkimus oli myös survey-tutkimus, jossa tietoa kerättiin vakioidussa muodossa kyselyyn osallistujajoukolta. Vakiointi mahdollistaa tutkittavien asioiden keskinäisen vertailun. (Hirsjärvi ym. 2009, 134 - 137.)

Kyselytutkimus oli kaksiosainen. Ensimmäiseen osioon vastaajilta vaadittiin Parkinson-potilaiden hoitoa viimeisen vuoden ajalta. Tässä osiossa tarkasteltiin fysioterapeuttien sekä potilaiden taustatietoja sekä terapian optimaalisen toteuttamisen esteitä ja kehittämistarpeita. Kyselylomakkeen toinen osio, asiantuntijakysely, oli suunnattu vähintään viittä Parkinson-potilasta vuoden sisällä hoitaneille fysioterapeuteille. Asiantuntijakyselyn pääpaino oli arviointimenetelmien käytöllä, fysioterapeuttisen diagnoosin laatimisessa sekä fysioterapiaprosessin laatimisessa. (Paltamaa & Bärlund 2012, 5.) Tässä työssä keskitytään tutkimuksen asiantuntijakyselyn arviointimenetelmien osioon, jossa pääpaino on fysioterapeuttien käyttämällä arviointimenetelmillä.

Kyselytutkimuksen laatiminen tapahtui Hollannissa, jonka jälkeen kysely käännettiin kunkin tutkimukseen osallistuvan jäsenmaan kielelle. Suomeksi kysely käännettiin kirjoittajaryhmään kuuluvan Jaana Paltamaan ja Suomen Fysioterapeutit ry:n kehittämisasiantuntija Heli Kankaan toimesta. Käännös-vaiheessa käytiin keskusteluja koordinaattori Samyra H. J. Keusin kanssa muun muassa kysymysten tarkoituksista sekä sisällöistä kysymysten soveltamiseksi Suomen olosuhteisiin. Suomennos käännettiin takaisin englanniksi Suomen Fysioterapeuttien käyttämän kääntäjän Sheryl Hinkkasen toimesta.

Takaisinkäännöstä verrattiin alkuperäiseen, jonka jälkeen suomennos vielä tarkistettiin. (Paltamaa 2013.)

## **6.2 Kohderyhmä ja aineistonkeruumenetelmä**

Kyselytutkimuksen kohderyhmänä Suomessa olivat satunnaisesti valitut 600 Suomen Fysioterapeutit ry:hyn kuuluvaa fysioterapeuttia. Kyselytutkimukseen oli mahdollisuus vastata myös Suomen Fysioterapeutit ry:n internet-sivuilla. (Paltamaa 2013.) Kuten Suomen Fysioterapeutit (2010a) kuvaavat, fysioterapeutin ammattinimikettä saa käyttää fysioterapeutin, lääkintävoimistelijan tai erikoislääkintävoimistelijan tutkinnon suorittanut terveydenhuollon laillistettu ammattihenkilö. Tästä johtuen työssä käytetään kaikista vastaajista nimikettä fysioterapeutti.

Kyselytutkimukseen vastasi Euroopassa yhteensä noin 3 500 (35 %) fysioterapeuttia, Suomessa kyselyyn vastasi hieman yli 300 (52 %) fysioterapeuttia, joista noin 230 oli hoitanut Parkinson-potilaita viimeisen vuoden aikana ja näin ollen vastasivat kyselyn yleiseen osioon. Vähintään viisi Parkinson-potilasta vuodessa hoitavien fysioterapeuttien oletettiin vastaavan asiantuntijakyselyyn, jossa oli tarkentavia lisäkysymyksiä muun muassa arviointimenetelmistä ja terapiasta. (Keus ym. 2012.)

## **6.3 Aineiston käsittely ja analysointi**

Kyselytutkimusaineisto saatiin kirjoittajatyöryhmän jäseneltä Jaana Paltamaalta kesäkuussa 2012, jonka jälkeen alkoi aineiston käsittely. Tätä ennen oli valikoitu tutkimuksen kysymykset, joilla saatiin rajattua käsittelemämme ai-

neiston määrä jo alkuvaiheessa opinnäytetyöhön sopivaksi. Aineiston käsittely tapahtui Excel-taulukkolaskentaohjelmalla. Ohjelman avulla selvitettiin vastauksien lukumääriä, keskiarvoja ja prosenttiosuuksia, jotka taulukoitiin ja tuloksia havainnollistettiin kuvoilla.

Tulososiossa kerrotaan tarkemmin arviointimenetelmien käytöstä. Tähän osioon Suomesta vastasi 64 fysioterapeuttia, joista 35 vastaukset ovat mukana analyysissä puuttuvista tiedoista johtuen (Paltamaa & Bärlund 2012, 8). Vastaaajien lukumäärä vaihtelee kysymyksittäin 26 - 35 välillä. Kyselyyn vastaajat eivät välttämättä ole vastanneet kaikkiin kohtiin, johtuen mahdollisesti joko tiedon tai jaksamisen puutteesta. Tulkittaessa yksittäisiä kysymyksiä vaikuttaisi siltä, että vastaajat olivat vastanneet luotettavasti kysymyksiin.

Arviointimenetelmien käytettävyyttä käsitellään useassa kuviossa. Kyselylomakkeessa oli lueteltu yhteensä 34 eri arviointimenetelmää, joiden lisäksi vastaajilla oli mahdollisuus nimetä jokin muu käyttämänsä arviointimenetelmä. Fysioterapeuttien tuli vastata jokaisen arviointimenetelmän kohdalla, kuinka usein he käyttävät kyseistä arviointimenetelmää.

Kyselylomakkeessa oli, asiantuntijakysely huomioiden, yhteensä 87 kysymystä, joista valikoitiin 14 opinnäytetyötä varten (ks. liite 1). Tulokset kyselytutkimuksen muiden osioiden kysymyksiin, joita opinnäytetyössä ei käsitellä, löytyvät joulukuussa 2012 ilmestyneestä Fysioterapia-lehdestä (Paltamaa & Bärlund 2012, 4 - 10).

## 7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

### ASiantuntijakyselystä

Kyselyn asiantuntijaosioon vastaukset ovat saatavilla 35 henkilöltä. Kyselyyn vastanneiden keski-ikä oli 41 vuotta ja ikäjakauma oli 22 - 58 ikävuoden välillä. Vastaajista yksi henkilö oli mies ja 33 naisia, yhden vastaus tältä osin puuttui. Vastaajien valmistumisvuosi vaihteli vuoden 1976 ja 2011 välillä. Suurin osa vastaajista koki pätevyytensä keskimääräiseksi Parkinson-potilaiden hoidossa. Asiantuntemuksen ylläpitämiseksi hoidettavien Parkinson potilaiden määrä vaihteli vastauksissa 3 - 55 välillä, keskiarvon ollessa 14. Todellisuudessa vastaajien hoidettavien potilaiden määrä vaihteli 5 - 90, keskiarvon ollessa 13. Vastanneiden taustatiedot näkyvät tarkemmin alla olevasta taulukosta 3.

**TAULUKKO 3. Asiantuntijakyselyyn vastanneiden taustatiedot**

Taustatieto	n=35	%
<b>Ikä</b>		
20-29	8	24
30-39	6	18
40-49	9	26
50-59	11	32
vastaus puuttuu	1	
<b>Sukupuoli</b>		
mies	1	3
nainen	33	97
vastaus puuttuu	1	

Taulukko 3 jatkuu seuraavalla sivulla.

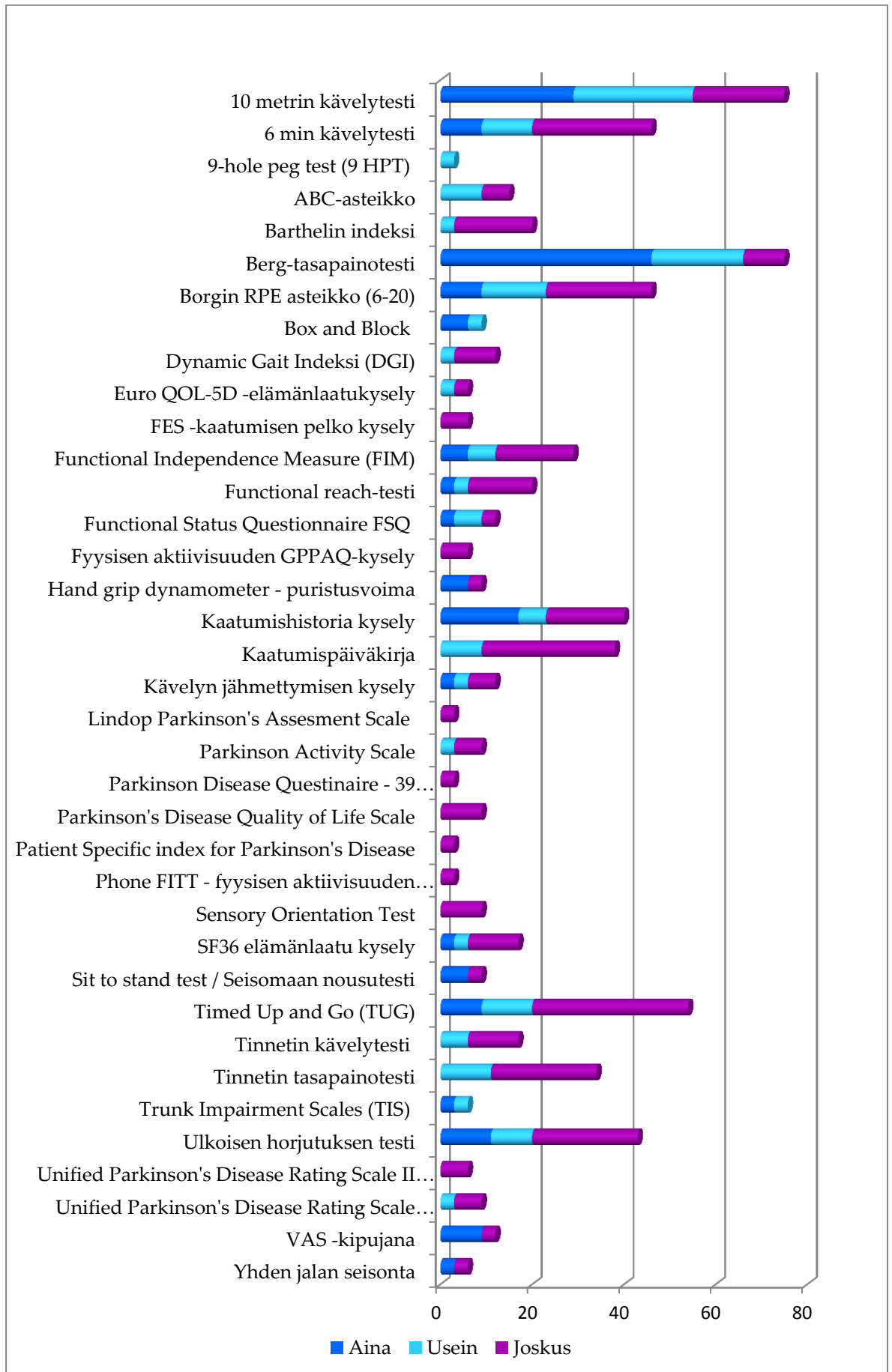
Taulukko 3 jatkuu.

<b>Taustatieto</b>	<b>n=35</b>	<b>%</b>
<b>Fysioterapeutin korkein tutkinto</b>		
opistoasteen lääkintävoimistelijä/ fysioterapeutti	12	43
AMK fysioterapeutti	13	46
maisteri	2	7
tohtori	1	4
vastaus puuttuu	7	
<b>Korkeimman tutkinnon valmistumisvuosi</b>		
1970-luvulla	3	9
1980-luvulla	8	23
1990-luvulla	6	17
2000-luvulla	14	40
2010-luvulla	4	11
<b>Koettu erityispätevyys Parkinson-potilaiden kuntoutuksessa</b>		
Erittäin alhainen	0	0
Alhainen	2	6
Keskitasoa	23	66
Korkea	9	26
Erittäin korkea	1	3
<b>Vuosittain Parkinson-potilaita tulisi hoitaa</b>		
alle 10	6	17
10-15 kpl	14	40
15-20 kpl	7	20
enemmän kuin 20	5	14
vastaus puuttuu	3	
<b>Vuosittainen Parkinson-potilaiden määrä</b>		
alle 10	18	51
10-15 kpl	10	29
15-20 kpl	1	3
enemmän kuin 20	6	17

## 7.1 Käytössä olevat arviointimenetelmät

Kyselylomakkeessa oli lueteltu yhteensä 34 eri arviointimenetelmää (ks. liite 2), joiden lisäksi vastaajilta tuli esille myös muita heidän käyttämiään arviointimenetelmiä. Eniten käytössä olevat arviointimenetelmät olivat Bergin tasapainotesti, 10 metrin kävelytesti, Timed Up and Go –testi, RPE eli Borgin rasitavuusasteikko sekä 6 minuutin kävelytesti. Tarkempi luettelo arviointimenetelmien käytöstä löytyy seuraavasta kuviosta 1.

KUVIO 1. Arviointimenetelmien käyttö





## 7.2 Arviointimenetelmien käytön koetut esteet ja mahdollistajat

Kyselylomakkeessa oli kolmentoista kysymyksen osio, jossa vastaajat määrittelivät arviointimenetelmien käytön esteitä sekä mahdollistajia valmiiden vastausvaihtoehtojen avulla. Yli 85 % kyselyyn vastanneista fysioterapeuteista koki arviointimenetelmien käytön tukevan kliinistä päättelyä, terapian suunnittelua sekä fysioterapeuttisen diagnoosin laatimista. Suurin osa vastaajista (65–80 %) koki arviointimenetelmien olevan fysioterapeutin perusta terapian tuloksia esittäessä sekä pystyvänsä paremmin kertomaan objektiivisten arviointimenetelmien avulla potilaille heidän ennusteistaan. Kuitenkin vain 74 % kaikista vastaajista käytti arviointimenetelmiä terapiatarpeen tai terapian toteutuksen arviointiin. Tarkemmin vastaukset löytyvät kuvioista 2. Lisäksi arviointimenetelmien käytön koettuja esteitä oli mahdollista määritellä avoimeksi vastaukseksi, joita on tarkemmin määritelty kuvion jälkeisessä luettelossa.

**KUVIO 2. Arviointimenetelmien koetut esteet ja mahdollistajat**



Avointen vastausten perusteella arviointimenetelmien käytön esteeksi vastaajat määrittivät seuraavia asioita:

- potilaiden heikko kunto
- terapian suorittaminen kotikäynteinä
- arviointimenetelmiä liian monta erilaista
- oma kokemus ja tieto arviointimenetelmistä riittämätöntä
- arviointimenetelmät suurelta osin vieraita tai eivät saatavilla
- eri arviointimenetelmien etsimiseen ja vertailuun liian vähän aikaa työelämässä
- yhden fysioterapiakäyntikerran aikana ei voi käyttää useita arviointimenetelmiä
- fysioterapiakäynnin kannalta toimivinta valita ajallisesti nopeimmat ja helpoimmin käytettävät arviointimenetelmät

### **7.3 Fysioterapeutin työpaikan vaikutus arviointimenetelmien käyttöön**

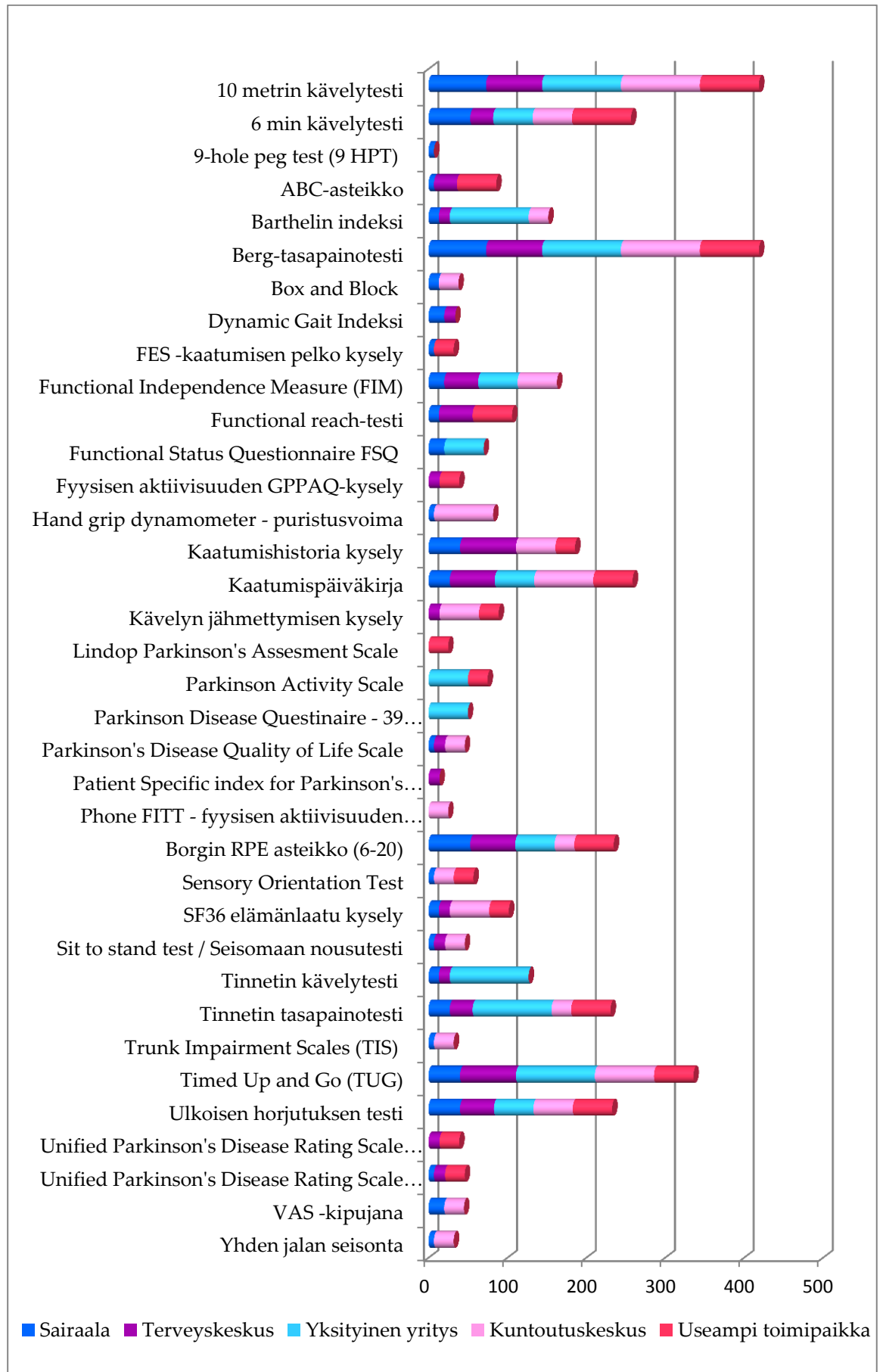
Fysioterapian toteutuspaikka vaihteli sairaalan, terveyskeskuksen, yksityissektorin, kuntoutuskeskuksen sekä potilaan kodin välillä. Terapeutit pystyivät määrittämään terapian toteutuspaikaksi useamman kuin vain yhden vaihtoehdon työtilanteensa mukaan. Fysioterapian toteutuspaikat löytyvät taulukosta 4.

#### TAULUKKO 4. Fysioterapian toteutuspaikka

Fysioterapian toteutuspaikka	n=35	%
Sairaalan vuodeosastolla	11	31
Sairaalan poliklinikalla tai päiväsairaalassa	9	26
Yksityissektorilla	3	9
Terveyskeskuksen, hoiva- tai vanhainkodin osastolla	6	17
Terveyskeskuksen, hoiva- tai vanhainkodin avokuntoutuksessa tai päiväkeskuksessa	9	26
Kuntoutuskeskuksessa laitospääntöjaksolla	2	6
Kuntoutuskeskuksessa avokuntoutuksena	6	17
Potilaan kotona	6	17
Muualla	1	3

Näiden lisäksi työssä selvitettiin fysioterapeuttien pääsääntöisen työpaikan mukaan arviointimenetelmien käytettävyyseroja. 15 vastaajista työskenteli sairaalassa, seitsemän terveyskeskuksessa, neljä kuntoutuskeskuksessa, kaksi yksityissektorilla, viisi useammassa eri toimipisteessä ja kaksi muualla. Arviointimenetelmien käytettävyyserot työpaikkojen välillä on esitetty seuraavassa kuviossa 3. Siinä arviointimenetelmien käyttöä kuvataan työpaikoittain prosentuaalisesti yhteenlaskettuna, jolloin suurin mahdollinen arvo yksittäiselle arviointimenetelmälle on 500 %.

KUVIO 3. Arviointimenetelmien käyttö työpaikoittain



## 7.4 Yhteenveto

Asiantuntijakyselyyn vastanneita oli 35. Ikäjakauma oli 22 - 58 vuoden välillä, keski-ikä ollessa 41 vuotta. Osallistuneiden koulutustausta vaihteli opistoasteisesta fysioterapeutin tutkinnosta tohtorin tutkintoon. Ryhmässä oli yksi tohtori, kaksi maisteria, yhdeksän ammattikorkeakoulun käynnyttä fysioterapeuttia sekä yhdeksän opistotason fysioterapeuttia.

Suurin osa vastaajista koki pätevyytensä keskinkertaiseksi Parkinson-potilaiden hoidossa. Vain yksi tunti pätevyytensä alhaiseksi, kun taas kahdeksan koki pätevyytensä korkeaksi tai erittäin korkeaksi. Vastaajien mielestä Parkinson-potilaita tulisi hoitaa keskimäärin 14 vuodessa, jotta asiantuntemus pysyisi yllä. Tämä on lähellä todellisuudessa hoidettujen potilaiden keskiarvoa, joka oli 13.

Eniten käytössä olevat arviointimenetelmät olivat Bergin tasapainotesti sekä 10 metrin kävelytesti, joita käyttivät 74 % arviointimenetelmiin vastanneista henkilöistä. Timed Up and Go -testiä käytti 60 % vastanneista. Borgin RPE rasittavuusasteikkoa sekä 6 minuutin kävelytestiä käytti vastaajista 46 %.

Yli 85 % kyselyyn vastanneista fysioterapeuteista koki arviointimenetelmien käytön tukevan kliinistä päättelyä, terapian suunnittelua sekä fysioterapeuttisen diagnoosin laatimista. Silti vain 74 % kaikista vastaajista käyttää arviointimenetelmiä terapiatarpeen tai terapian toteutuksen arviointiin. Vastaajat kokivat yhden fysioterapiakäyntikerran kannalta olevan toimivinta valita ajallisesti nopeimmat, helpoimmin käytettävät ja tutut arviointimenetelmät työelämän kiireisyyden vuoksi.

Työssä selvitettiin myös arviointimenetelmien käytettävyyseroja fysioterapeuttien pääsääntöisten työpaikkojen mukaan. Fysioterapeutit jaoteltiin työpaikkojensa perusteella terveyskeskuksen, sairaalan, kuntoutuskeskuksen ja yksityisen työntekijöihin, sekä useassa paikassa työtä tekeviin. Tämän perusteella määritimme fysioterapeuttien pääsääntöisen työpaikan mukaan arviointimenetelmien käytettävyyseroja. Huomattavia eroja eniten käytettyjen arviointimenetelmien käytettävyydessä ei työpaikkojen välillä havaittu.

## 8 POHDINTA

### **Aiheen valinta**

Hirsjärvi ym. (2009, 66) tuovat esiin, että kokeneellekin kirjoittajalla aiheen valinta ja myös sen rajaaminen ovat haastavia tehtäviä. Opinnäytetyön aiheen valinta neurologisen fysioterapian osa-alueelta tuntui meille luontevalta. Aihe kiinnosti meitä erityisesti sen vuoksi, että saimme käsitellä kyselytutkimuksen esiin tuomaa ajankohtaista ja mielenkiintoista tietoa fysioterapeuttien käytännöistä Parkinson-potilaiden kuntoutuksessa. Toimintakyvyn arvioinnin liittyessä olennaisesti fysioterapiaan, rajasimme aiheen arviointimenetelmien käyttöön. Rajaamisen haastavuus tuli esiin kysymysten valitsemisessa ja sopivan lukumäärän määrittämisessä.

Valmis aineisto loi lähtökohdiltaan hieman poikkeavan tilanteen opinnäytetyön aloittamiselle. Pääsimme mukaan isoon tutkimukseen, johon meillä ei olisi ollut resursseja. Saimme valita laajasta kysymysmäärästä haluamamme ja kyselyyn osallistujajoukko oli suuri. Tältä osin valmis materiaali oli helpottava, mutta toi myös joitain haasteita. Haastavinta oli, ettemme voineet itse määrittää tutkimuksen kysymyksiä, mikä vaikutti myös tutkimusongelmiamme valintaan. Tutkimuskysymyksemme tarkentuivatkin prosessin aika-

na. Kuten Hirsjärvi ym. (2009, 221) kirjoittavat, analysointivaiheessa voi tutkijalle ilmetä, mitä ongelmia hänen olisi pitänyt asettaa.

Euroopan alueen yhdenmukainen fysioterapiasuositus on hyödyllinen Parkinsonin taudin ollessa kaikkialla samankaltainen. Haasteena on kuitenkin jokaisen maan erilaiset terveydenhuoltojärjestelmät, esimerkiksi Suomen ja Espanjan hoitokäytänteiden välillä on varmasti eroja. Fysioterapiasuositusten yhtenä tarkoituksena onkin luoda yhteneviä linjoja terapiaan (Keus ym. 2012). Yhtenevät linjat fysioterapiassa ovat varmasti tarpeen, jotta päästäisiin optimaalisiin tuloksiin asiakkaiden kanssa. Myös Suomen Fysioterapeuttien (2006, 5 - 6) mielestä yhtenäiset käytänteet ja arviointimenetelmät helpottavat terveydenhuollon ammattilaisten yhteistyötä sekä parantavat hoitoketjun laatua. Vaikka Hollannin fysioterapiasuositus on edelleen käyttökelpoinen, on sen jälkeen julkaistu kuitenkin jo uusia tutkimuksia ohjaamaan fysioterapeuttien toimintatapoja (Keus & Munneke 2012).

Parkinson-potilaan iästä riippuu kuntoutuksen järjestämisvastuussa oleva taho. Kela järjestää kuntoutusta vain alle 65-vuotiaille (Kansaneläkelaitos 2011), joten nuorempana sairastuneiden kuntoutumisvastuu siirtyy julkisen sektorin puolelle potilaiden saavutettua tämän iän. Fysioterapiasuosituskäsikirjassa (Suomen Fysioterapeutit 2006, 5) nostetaan esiin terveydenhuoltomme rajalliset voimavarat sekä kustannustehokkuus, joka voi vaikeuttaa potilasta saamasta yhtä tehokasta kuntoutusta julkisella sektorilla. Aiemmin sama potilas on voinut saada kotona kaksi kertaa viikossa fysioterapiaa, kun siirron jälkeen hän mahdollisesti käy terapiassa terveyskeskuksessa kerran viikossa. Parkinson-potilaat ovat kuitenkin pääosin yli 65-vuotiaita, joten heidän hoitovastuunsa on alun perinkin julkisen sektorin puolella (Virtanen 2004, 6).



## Tiedonhankinta

Keräsimme lähteitä ammattikorkeakoulun kirjaston lisäksi yliopiston kirjaston laajemmasta valikoimasta. Aiempia fysioterapiasuosituksia etsimme internetin välityksellä. Kriteereinä pidimme luotettavuutta ammattikirjallisuutta etsien sekä näyttöön perustuvuutta. Koulun kirjaston sähköisen Nelli-portaalin kautta etsimme myös tutkimuksia aiheeseen liittyen. Tiedustelimme myös työssä olevilta fysioterapeuteilta lähdekirjallisuutta sekä hyödynsimme haastattelun mahdollisuutta. Etsiessämme lähteitä tietoperustaan pyrimme valitsemaan saatavilla olevista lähetistä mahdollisimman tuoreet sekä luotettavimmat. Toivoimme lähteiden olevan korkeintaan kymmenen vuotta vanhoja, mutta hyödynsimme myös alkuperäislähteitä mahdollisuuksien mukaan. Käytimme vanhemmista lähteistä ainoastaan muuttumattomina pysyviä ja tarpeellisempia tietoja.

Olimme yllättyneitä suositusten sekä tutkimusten runsaudesta etsiessämme tietoa Parkinson-potilaan kuntoutuksesta. Suomessa harvat suositukset ovat kuitenkin käytössä eikä niitä tunneta, kuten Fysioterapia-lehden artikkelissa (Paltamaa & Bärlund 2012, 6) kerrotaan. Osa löytämistämme suosituksista koski kuntoutusta ja hoitoa yleisesti, eikä kohdennetusti fysioterapiaa, josta olisimme kaivanneet tietoa.

Hirsjärvi ym. (2009, 231 - 232) muistuttavat luotettavuuden arvioinnista reliabiliteetin ja validiteetin keinoin, jonka pohjalta pohdimme kyselytutkimuksen sekä oman työmme luotettavuutta. Tarkastelemamme kyselytutkimus on asiantuntijoiden laatima. Se on myös käännetty usealle kielelle, joten kysely on ollut monien eri maiden ammattilaisten käsissä. Käännöstyössä on jouduttu miettimään paljon sitä, vastaavako kysymykset kansainvälisesti samaa asiaa. Tämä tietysti lisää riskiä väärinymmärryksiin, mutta tiedämme kirjoittajatyöryhmän jäsentä haastateltuamme, että näihin on panostettu ja uskomme

lopputuloksen olevan hyvin luotettava ja pätevä. Olemme arvioineet myös meidän oman työmme luotettavuutta eri kanteilta. Osasimmeko analysoida tulokset oikein? Olemmeko laskeneet vastaajien määrät oikein? Olemmeko tulkinneet oikein englanninkielisiä lähteitämme? Teimme huolellista työtä ja pohdimme usein yhdessä luotettavuutta muun muassa edellä mainituista asioista. Vaikeissa tilanteissa kysyimme myös opinnäytetyön ohjaajien näkökantaa.

Finch ym. (2002, 4 - 5) tuovat esille, miten haastavaa on arviointimenetelmien käyttö monikulttuurisesti. On erittäin tärkeää, että arviointimenetelmät ovat päteviä ja luotettavia mittaamaan tarvittavaa asiaa. Tietyn menettelytavan mukaan arviointimenetelmät käännetään toiselle kielelle ja vakioidaan toiseen maahan sopivaksi, niiden menettämättä alkuperäistä tarkoitustaan. Suomesakin on käytössä paljon sellaisia arviointimenetelmiä, jotka ovat kansainvälisiä ja pohjaltaan englanninkielisiä. Arviointimenetelmät tulee kääntää ja validoida tarkasti, jotta arviointimenetelmän käyttö on luotettavaa. (Finch ym. 2002, 4 - 5.) Esimerkiksi mittayksiköt voivat erota maiden välillä aiheuttaen epäkäytännöllisyyttä arviointimenetelmän hyödyntämiseen käytännössä. Tietysti myös kulttuureiden väliset tapaperot ja arviointikäytänteet vaihtelevat.

Moniulotteisen neurologisen kuntoutuksen tavoitteena on edistää potilaan itsenäistä selviytymistä. Kun tämä ei ole enää mahdollista, tärkeintä on helpottaa ja auttaa potilasta hyväksymään ja mukautumaan tilanteeseen. Eimotorisia oireita ei tule unohtaa Parkinson-potilaan fysioterapiassa. (Sarwar ym. 2008, 66.) Fysioterapeuttien työ liittyy paljolti fyysiseen toimintakykyyn. Potilaita tulisi arvioida ja tutkia kokonaisvaltaisesti ottaen huomioon myös henkiset voimavarat. Parkinsonin tauti on parantumaton sairaus ja diagnoosiin sopeutuminen ei varmasti ole yksinkertaista, joten mielialavaihtelut sekä henkinen jaksaminen ovat varmasti ajoittain pinnalla. Potilailla ja terapeuteilla

on usein pitkä yhteinen kuntoutushistoria, joka helpottaa luottamussuhteen rakentumista.

Sarwar ym. (2008, 65 - 66) kirjoittavat arviointimenetelmien käytön rajoitteista. Yksi niiden haasteista on subjektiivisuus, sillä monet arviointimenetelmät mitaavat potilaan omaa kokemusta tilanteesta. Myös tilavaihtelut vaikuttavat suuresti tuloksiin, jotka voivat näyttää aivan toista mitä todellisuus on. Mietimme, kuinka arviointimenetelmien tuloksiin vaikuttaa potilaiden tilanvaihtelut sekä heidän kykynsä arvioida realistisesti omaa tilannettaan. Yleisestikin ihmisten vointi vaihtelee päivien mukaan ja muun muassa vireystila vaikuttaa todella paljon arviointimenetelmien tuloksiin. Tietysti terapeutit arvioivat varmasti tilanteen mukaan, minä päivänä ja ajankohtana tekevät arviointeja asiakkailleen.

Mielenkiintoisena yksityiskohtana henkiseen jaksamiseen liittyen nousi esiin Sarwarin ym. (2008, 66) teoksesta Parkinson-potilailla ilmenevä lievä otsalohkon toimintahäiriö, joka on osasyynä käyttäytymisen muutoksille kuten apaattisuudelle. Tämä syvensi tietämystämme käytöksen muuttumisen syistä.

### **Tavoitteet ja niiden toteutuminen**

Opinnäytetyömme kautta halusimme saada tietoa, miten Suomessa toteutetaan fysioterapiaa Parkinson-potilaille ja kuinka terapian vaikuttavuutta arvioidaan. Meitä kiinnosti myös arviointimenetelmien hyödyntäminen sekä suositusten tarpeellisuus fysioterapiassa. Saimme vastaukset kaikkiin tutkimusongelmiimme sekä arvokasta tietoa arviointimenetelmien käytöstä Parkinson-potilailla. Saavutimme siis asettamamme tavoitteet mielestämme hyvin. Tietysti olisimme saaneet vielä perusteellisempaa tietoa, jos vastanneiden joukko olisi ollut suurempi.

Yksi opinnäytetyömme tarkoituksista on saada fysioterapeutit miettimään omia arviointimenetelmien käyttötottumuksia. Arviointimenetelmien käytössä puhutaan luotettavuudesta ja pätevyydestä, tärkeää olisi miettiä myös miksi arviointimenetelmiä kussakin tilanteessa käytetään ja mitä tuloksella voidaan saavuttaa. Monesti saatamme tehdä asioita tietyllä rutiinilla, esimerkiksi käyttäen aina tutuimpia arviointimenetelmiä, jolloin tarkka tilanteen pohtiminen saattaa jäädä vähemmälle. Yleisesti arviointimenetelmien käyttö fysioterapiassa koetaan hyödylliseksi, mutta niitä käytetään varmasti liian vähän. Nähtäväksi jää, hyödyntävätkö fysioterapeutit tulevan suosituksen mukaisia arviointimenetelmiä. Suositukset ovat helpottavia, sillä fysioterapeutin ei tarvitse käyttää aikaansa pohtiessaan arviointimenetelmien pätevyyttä kussakin tilanteessa.

TOIMIA tietokantaan (<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/>) tullaan tekemään yhteenveto Parkinsonin taudille suositelluista arviointimenetelmistä, mihin tämä opinnäytetyö toimii tausta-aineistona. Opinnäytetyötä hyödynnetään myös tulevaa fysioterapiasuositusta ja arviointimenetelmiä käsittelevään artikkeliin, joka julkaistaan Fysioterapia-lehdessä myöhemmin keväällä. Opinnäytetyötämme olisi voinut hyödyntää varmasti vielä enemmän, jos se olisi valmistunut nopeammalla aikataululla. Tiedossa kuitenkin oli opinnäytetyömme valmistuminen keväällä 2013.

### **Pohdintaa tutkimustuloksista**

Euroopassa vastausprosentti koko kyselytutkimukseen oli 35 % ja Suomessa 52 % (Paltamaa & Bärlund 2012, 5). Olemme kiitollisia kyselyyn vastanneiden aktiivisuudesta. Vastauksien perusteella uskomme, että vastaajat ovat huolellisesti pohtineet vastauksiaan kysymyksiin. Asiantuntijakyselyn osalta taustatietoja koskeviin kysymyksiin vastaajat ovat vastanneet kattavasti. Kysymyk-

siin arviointimenetelmistä vastaukset olivat puutteellisempia, mikä vaikutti tulosten analysointiin ja tulkintaan.

Lähes kaikki kyselyyn vastaajista olivat naisia. Asiantuntijakyselyyn vastaajien joukossa oli vain yksi mies ja koko kyselyyn miehiä oli vastannut 5 %. Pohdimme olisiko tähän voinut olla syynä se, että yleisesti fysioterapia on naisvaltainen ala. Suurimmalla osalla fysioterapeuteilla oli opistotason tai ammattikorkeakoulun tutkinto korkeimpana tutkintonaan. Vain kolmella oli maisterin tai tohtorin tutkinto. Pohdimme johtuuko siitä, että korkeammin koulutetut fysioterapeutit työskentelevät todennäköisemmin muussa kuin kliinisessä kenttätyössä.

Keskimäärin Euroopassa 16 % fysioterapeuteista arvioi oman erityispätevyyden erittäin korkeaksi Parkinson-potilaita kuntouttaessaan (Keus ym. 2012). Suomessa erityispätevyyden erittäin korkeaksi määritti vain 1 % ja korkeaksi vain 9 % terapeuteista. Pohdimme, johtuuko erityispätevyyden kuvaaminen keskitasoiseksi tai alhaiseksi suomalaisten muutenkin tyypillisestä itsensä vähättelystä.

Kysymykset vastaajien vuosittain hoitamien Parkinson-potilaiden määrästä ja arviosta asiantuntevuuden ylläpitämiseksi hoidettavien potilaiden määrästä toivat esiin hajontaa vastaajien välillä. Osa vastaajista koki kolmen potilaan riittävän ammattitaidon ylläpitämiseksi, kun toiset kokivat vasta 55 potilaan olevan riittävä määrä. Osa vastaajista hoiti vain asiantuntijakyselyyn vastaamisen rajana pidetyn viisi potilasta vuodessa, kun kahdella vastaajista hoidettavien määrä oli jopa 50 ja 90. Keskiarvot vastauksissa olivat kuitenkin lähellä toisiaan, asiantuntijuuden ylläpitämiseksi hoidettavien määrän ollessa 14 ja todellisuudessa hoidettujen potilaiden määrän 13. Käsitellessämme näitä kysymyksiä 7 ja 15 pohdimme kuinka realistisesti fysioterapeutit olivat vastaan-

neet. Pohdimme vastauksissa ilmoitettujen potilaiden määrästä osan vastaan-  
neen mahdollisesti pidemmän ajanjakson kuin vain vuoden ajalta.

Kuvioiden perusteella voisi päätellä, että yksityisellä sektorilla arviointimene-  
telmiä käytetään enemmän muihin työpaikkoihin verrattuna. Vastaajista kui-  
tenkin vain kaksi henkilöä työskenteli yksityisessä fysioterapiayrityksessä,  
jonka vuoksi prosenttiosuudet ovat suuremmat toisiin verrattuna. Muita työ-  
paikkoja koskevissa vastauksissa oli enemmän puutteellisia tietoja, josta seu-  
rasi alhaisemmat prosenttiosuudet. Puutteellisista vastauksista johtuen pro-  
sentit eivät voineet ylittää täyteen 100 %.

Osa tutkimuksen kysymysten asettelusta oli vastausten perusteella helposti  
väärinymmärrettävissä. Esimerkiksi kysymyksen 11 jaottelu toi analysointiin  
haastavuutta, kun kysymyksessä tuli prosentein arvioida, missä on hoitanut  
Parkinson-potilaita viimeisen 12 kuukauden aikana. Muutamilla vastauspro-  
sentti oli 100 % sijasta 200 %, sillä he työskentelivät yksityissektorilla, mutta  
toteuttivat Parkinson kuntoutusta potilaan kotona tai he työskentelivät kah-  
dessa työpaikassa ymmärtämättä jakaa prosentteja useammalle osa-alueelle.  
Tämän takia jouduimme järkeistämään tuloksia sen mukaan, kuinka vastaaji-  
en olisi tullut vastata, haluamamme tiedon taulukkomuotoon saattamiseksi.

Arviointimenetelmien käytön yleisyyteen liittyvän kysymyksen 19 vastaukset  
olivat kaikkein mielenkiintoisimmat, sillä silloin selvisi todellinen tilanne jo-  
kaisen arviointimenetelmän yleisyydestä. Mielestämme arviointimenetelmiä  
oli paljon ja suurin osa niistä oli niin meille kuin tulosten perusteella myös  
vastaajille tuntemattomia. Suomessa käytetyimmät arviointimenetelmät olivat  
Bergin tasapainotesti, 10 metrin kävelytesti, Timed Up and Go -testi, Borgin  
RPE rasittavuusasteikko sekä 6 minuutin kävelytesti. Nämä arviointimene-  
telmät ovat käännetty suomeksi, mistä epäilemme johtuvan osittain niiden

suuremman käytön. Toisaalta myös muualla Euroopassa tulokset olivat melko samanlaiset, ainoastaan Tinettin tasapaino- ja kävelytesti olivat viiden käytetyimmän joukossa Borgin RPE rasittavuusasteikon sijasta. (Keus ym. 2012). Nämä yleisimmin vastaajien käytössä olevat arviointimenetelmät olivat myös meille tuttuja.

Kuten jo tutkimustulosten yhteenvedossa toimme esille, ihmettelimme vastaajien arviointimenetelmien käyttämättömyyttä verrattuna niiden käytön koettuun tarpeellisuuteen. Keskiarvoisesti Euroopassa vain 60 % käytti arviointimenetelmiä (Keus ym. 2012), kun Suomessa vastaava luku oli 74 %. Tämän tutkimuksen perusteella voidaan siis ajatella Suomen olevan arviointimenetelmien käytössä Euroopan kärkeä.

### **Opinnäytetyöprosessi ja oma oppiminen**

Opinnäytetyöprosessi alkoi keväällä 2012 aiheen valinnalla. Odotimme kesällä tutkimustulosten saapumista Hollannista, jotta pääsisimme käsittelemään aineistoa, valikoimaan kysymyksiä ja rajaamaan tutkimusongelmamme. Syksyn ja talven aikana taulukoimme tuloksia, analysoimme tutkimustuloksia sekä kokosimme teoriapohjaa. Kuviossa (ks. kuvio 4) tuodaan esille tarkemmin opinnäytetyöprosessin etenemisen vaiheet.

#### KUVIO 4. Opinnäytetyöprosessin kuvaus



Halusimme opinnäytetyöstämme olevan hyötyä fysioterapeuttien työhön ja pohdimmekin koko opinnäytetyöprosessin ajan työmme antia muille. Siksi työmme hyödyntäminen Fysioterapia-lehden artikkeliin ja TOIMIA tietokannan tausta-aineistoksi lisäsi sen merkitystä. Lisäksi työ syvensi omaa tietämystämme Parkinsonin taudista ja siihen liittyvästä fysioterapiasta, arviointimenetelmien käytöstä sekä fysioterapiasuositusten laadinnasta. Käytännössä olemme oppineet käsittelemään laajaa tutkimusaineistoa, taulukoimaan tuloksia sekä pohtimaan tuloksista esiin nousevia tietoja. Olemme oppineet myös kriittisemmin valikoimaan lähdekirjallisuutta sekä huomioimaan näyttöön perustuvan tiedon merkitystä.

Yhteistyömme on sujunut hyvin opinnäytetyöprosessin aikana. Kahdestaan työn tekeminen on antanut meille paljon. Olemme käyneet rakentavia keskusteluita työn aihealueista sekä itse työn tekemistä. Jaetun vastuun myötä olemme voineet tarkastella lähemmin yhtä työn osa-aluetta kerrallaan. Keskinäinen luottamus molempien panostuksesta on vaikuttanut myönteisesti työn tekemiseen. Molemmat osaamme olla myös kriittisiä työn lopputuloksen suhteen, joten suuntaukset esimerkiksi lähteitä etsiessä ja kirjoittamisen aikana



ovat olleet yhtenevät. Olemme erittäin kiitollisia myös ohjaajillemme sujuvasta yhteistyöstä ja erityisesti mahdollisuudesta päästä mukaan merkitsevään projektiin.

Olemme hioneet tekstiä paljon ja yrittäneet saada siitä mahdollisimman kuvaavan ja tiiviin. Kuten fysioterapiassa, myös opinnäytetyössä olisi mielestämme tärkeää kuitenkin keskittyä kokonaisuuteen ja oleellisimpiin asioihin. Sillä kuten Hirsjärvi ym. (2009, 67) muistuttavat, ei opinnäytetyö ole koskaan täydellinen ja elämä jatkuu myös tämän jälkeen.

## LÄHTEET

Aho, K. 2000. Matkakumppanina Parkinson. Neurologin kokemuksia omasta sairaudestaan. Sulkava: Finnreklama Oy.

APPDE. 2012. European Guidelines for Physiotherapy in Parkinson's Disease. Viitattu 8.2.2013. [Http://www.appde.eu/](http://www.appde.eu/), Resources, European Physiotherapy guidelines.

Deane, K. H., Jones, D., Ellis-Hill, C., Clarke, C. E., Playford, E. D. & Ben-Shlomo, Y. 2001. A comparison of physiotherapy techniques for patients with Parkinson's disease. Viitattu 10.3.2013. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, PubMed.

Deane, K. H., Jones, D., Playford, E. D., Ben-Shlomo, Y. & Clarke, C. E. 2001. Physiotherapy for patients with Parkinson's Disease: a comparison of techniques. Viitattu 10.3.2013. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, PubMed.

Finch, E., Brooks, D., Stratford, P. W. & Mayo, N. E. 2002. Physical Rehabilitation Outcome Measures. A Guide to Enhanced Clinical Decision Making. 2.p. Kanada, Hamilton, Ontario: BC Decker.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud. p. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Hou, J.-G. G. & Lai, E. C. 2008. Overview of Parkinson's disease: Clinical Features, Diagnosis and Management. Teoksessa Neurorehabilitation in Parkinson's Disease. Toim. M. Trail, E. J. Protas & E. C. Lai. USA: SLACK Incorporated. 1 - 39.

Jones, D. & Playfer, J. 2011. Parkinson's disease. Teoksessa Physical Management for Neurological Conditions. Toim. M. Stokes & E. Stack. 3.p. Elsevier. 117 - 140.

Kaakkola, S. & Marttila, R. 2010. Liikehäiriöt. Teoksessa Neurologia. Toim. S. Soinila, M. Kaste & H. Somer. 2.p. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 211 - 237.

Kansaneläkelaitos. 2011. Lääkinnällinen kuntoutus vaikeavammaisille. Viitattu 18.1.2013. [Http://www.kela.fi](http://www.kela.fi), kuntoutus, työikäisille, vaikeavammaisen lääikinnällinen kuntoutus.

Keus, S.H.J., Hendriks, H.J.M., Bloem, B.R., Bredero-Cohen, A.B., de Goede, C.J.T., van Haaren, M., Jaspers, M., Kamsma, Y.P.T., Westra, J., de Wolff, B.Y. & Munneke, M. 2004. KNGF Guidelines for physical therapy in patients with Parkinson's disease. Supplement to the Dutch Journal of Physical Therapy 114, 3. Viitattu 9.3.2013.

[Http://www.appde.eu/pdfs/Dutch%20Parkinson%27s%20Physiotherapy%20Guidelines.pdf](http://www.appde.eu/pdfs/Dutch%20Parkinson%27s%20Physiotherapy%20Guidelines.pdf).

Keus, S. H. J. & Munneke M. 2011. European Guideline for physiotherapy in Parkinson's disease. Newsletter 1, March 2011. Viitattu 16.2.2013.

[Http://www.appde.eu/](http://www.appde.eu/), Resources, European Physiotherapy Guidelines, Newsletters, NR. 1 (March 2011).

Keus, S. H. J. & Munneke M. 2012. European Guideline for physiotherapy in Parkinson's disease. Newsletter 4, June 2012. Viitattu 16.2.2013.

[Http://www.appde.eu/](http://www.appde.eu/), Resources, European Physiotherapy Guidelines, Newsletters, NR. 4 (June 2012).

Keus, S. H. J., van der Wees, P., Burfeind, F., Wallraf, J., Graziano, M., Jones, D., Bloem, B. & Munneke, M. 2012. Physiotherapy in Parkinson's Disease. Insight in current care throughout Europe. Viitattu 11.2.2013.

[Http://www.appde.eu/pdfs/Survey\\_poster\\_ParkinsonNet.pdf](http://www.appde.eu/pdfs/Survey_poster_ParkinsonNet.pdf).

Kuikka, P., Pulliainen, V. & Hänninen, R. 2001. Kliininen neuropsykologia. 1.p. WS Bookwell Oy: Porvoo. 274 - 275.

Käypä hoito -toimitus. 2012. Hoitosuosituksen sisältörunko. Hoitosuositusryöryhmien käsikirja. Viitattu 30.1.2013.

[Http://www.terveysportti.fi/dtk/khk/koti](http://www.terveysportti.fi/dtk/khk/koti), selaa tietokantoja, osa I hoitosuosituksen laatiminen, hoitosuosituksen sisältörunko.

Lamberg, L. & Lodenius, T. 2013. Tiedonhakukäytäntö Käypä hoito -suosituksia laadittaessa. Viitattu 9.2.2013.

[Http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../nix01853](http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../nix01853).

Matinolli, M. 2009. Balance, mobility and falls in Parkinson's disease. Oulu: Oulun yliopisto. Viitattu 13.2.2013.

[Http://herkules oulu.fi/isbn9789514292330/isbn9789514292330.pdf](http://herkules oulu.fi/isbn9789514292330/isbn9789514292330.pdf).

Paltamaa, J. 2013. TtT, Kirjoittajatyöryhmän jäsen. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Haastattelu 25.1.2013.

Paltamaa, J. & Bärlund, E. 2012. Parkinson-potilaan fysioterapiakäytännöt Suomessa. Fysioterapia 59, 7, 4 - 10.

Paltamaa, J. & Kangas, H. 2012. Parkinson-fysioterapiasta Euroopan alueen suositus. *Fysioterapia* 59, 1, 26 - 29.

Ramaswamy, B., Jones, D., Goodwin, V., Lindop, F., Ashburn, A., Keus, S., Rochester, L. & Durrant, K. 2009. Quick Reference Cards (UK) and Guidance Notes for physiotherapists working with people with Parkinson's disease. Parkinson's Disease Society, London. Viitattu 16.1.2013.  
[Http://www.parkinsons.org.uk/pdf/QuickReferenceCards\\_physio.pdf](http://www.parkinsons.org.uk/pdf/QuickReferenceCards_physio.pdf).

Ruutiainen, J., Wikström, J. & Sivenius, J. 2008. Etenevät neurologiset sairaudet. Teoksessa *Kuntoutus*. Toim. P. Rissanen, T. Kallanranta, & A. Suikkanen. 2. p. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy. 235 - 250.

Sarwar, A. I., Trail, M. & Lai, E. C. 2008. Assessments and Outcome Measures for Parkinson's Disease. Teoksessa *Neurorehabilitation in Parkinson's Disease*. Toim. M. Trail, E. J. Protas & E. C. Lai. USA: SLACK Incorporated. 57 - 70.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Lääkinnällinen kuntoutus täydentää sairaanhoitoa. Viitattu 13.1.2013. [Http://www.stm.fi](http://www.stm.fi), sosiaali- ja terveystalvet, kuntoutus, lääkinällinen kuntoutus.

Stanley, R. K. & Protas, E.J. 2008. Physical Therapy Treatment and Home Programming for Patients With Parkinson's Disease. Teoksessa *Neurorehabilitation in Parkinson's Disease*. Toim. M. Trail, E. J. Protas & E. C. Lai. USA: SLACK Incorporated. 125 - 151.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologisen Yhdistyksen asettama työryhmä. 2010. Parkinsonin tauti. Käypä hoito -suositus. Viitattu 11.2.2013. [Http://www.kaypahoito.fi/](http://www.kaypahoito.fi/), suositukset, aakkosissa, Parkinsonin tauti.

Suomen Fysioterapeutit. 2006. Fysioterapiasuosituskäsikirja. Viitattu 25.2.2013. [Http://www.suomenfysioterapeutit.fi](http://www.suomenfysioterapeutit.fi), fysioterapiasuositukset, fysioterapiasuosituskäsikirja (PDF-tiedosto).

Suomen Fysioterapeutit. 2010a. Fysioterapia ja fysioterapeutti. Viitattu 2.1.2013. [Http://www.suomenfysioterapeutit.fi](http://www.suomenfysioterapeutit.fi), fysioterapia ammattina, fysioterapia ja fysioterapeutti.

Suomen Fysioterapeutit. 2010b. Fysioterapiasuositukset. Viitattu 30.1.2013. [Http://www.suomenfysioterapeutit.fi](http://www.suomenfysioterapeutit.fi), fysioterapiasuositukset.

Turnbull, G. I. 1992. Physical Therapy Management of Parkinson's Disease. USA: Churchill Livingstone Inc.

Virtanen, T. 2004. Kuntoutus Parkinsonin taudin eri vaiheissa. Viitattu 19.1.2013. [Http://www.parkinson.fi](http://www.parkinson.fi), julkaisut, tulostettavat oppaat, kuntoutusmallin kehittäminen Parkinsonin taudin eri vaiheissa -projekti 2001 - 2004.

Wade, D. T. 2005. Clinical Rehabilitation. Describing rehabilitation interventions. Viitattu 13.2.2013. [Http://cre.sagepub.com/content/19/8/811.full.pdf](http://cre.sagepub.com/content/19/8/811.full.pdf).

# LIITTEET

## Liite 1: Kyselylomake

**1. Missä maassa työskentelet fysioterapeuttina?**

**2. Minkä ikäinen olet?**

.....vuotta

**3. Sukupuolesi on?**

Mies

Nainen

**4. Mikä on korkein ammatillinen (fysioterapeutin) koulutus?**

Opistoasteen lääkintävoimistelija / fysioterapeutti tutkinto

Fysioterapeutti AMK

Maisteri

Tohtori

Muu, nimeä .....

**5. Milloin saavutit tämän tutkinnon? (esim. 1999)**

*Vuosi:* .....

**6. Minkälaiseksi luokittelisit oman erityispätevyytesi Parkinson potilaiden hoidossa?**

Erittäin alhainen

Alhainen

Keskitasoa

Korkea

Erittäin korkea

**7. Kuinka monta Parkinson potilasta pitäisi mielestäsi hoitaa vuosittain, jotta pystyisi saavuttamaan ja ylläpitämään riittävän asiantuntemuksen?**

**9. Oletko hoitanut Parkinson potilaita viimeisen 12 kuukauden aikana?**

Olen

En ole \*

**11. Viimeisten 12 kuukauden aikana, missä olet hoitanut näitä Parkinson potilaita? (Prosenttien summan täytyy olla 100 %.)**

Sairaalan vuodeosastolla

Sairaalan poliklinikalla tai päiväsairaalassa

Yksityissektorilla

Terveyskeskuksen, hoiva- tai vanhainkodin osastolla

Terveyskeskuksen, hoiva- tai vanhainkodin avokuntoutuksessa tai päiväkeskuksessa

Kuntoutuskeskuksessa laituskuntoutusjaksolla

Kuntoutuskeskuksessa avokuntoutuksena

Potilaan koton

Muualla

Kuvaa tämä paikka:.....

**15. Kuinka monta Parkinson potilasta olet hoitanut viimeisen 12 kuukauden aikana?**

## Arviointimenetelmien käyttö Parkinson potilailla

### 17. Arviointimenetelmien käytön esteet ja mahdollistajat

Ole hyvä ja merkitse kunkin väittämän kohdalle miten vahvasti olet samaa tai eri mieltä:

	Vahvas- asti eri miel- tä	Eri mi- el- tä	Ei sa- maa eikä eri miel- tä	Sa- maa miel- tä	Vah- vasti samaa mieltä
Arviointimenetelmien käyttö tukee kliinistä päätelyä ja terapian suunnittelua					
Arviointimenetelmien käyttö tukee fysioterapeuttisen diagnoosin laatimista					
Fysioterapeutin tulee esittää terapian tulokset käyttäen arviointimenetelmiä					
Objektiivisten arviointimenetelmien avulla pystyn paremmin kertomaan potilaille heidän ennusteestaan					
Mielestäni arviointimenetelmien tuloksia on vaikea tulkita					
Minulla ei ole käytössäni arviointimenetelmiä enkä tiedä mistä niitä löytää					
En pysty päättelemään sitä, onko arviointimenetelmä riittävän laadukas					
Arviointimenetelmät eivät ole tuttuja minulle					
Tietoni ja kolutukseni ovat riittämättömiä, jotta voin käyttää arviointimenetelmiä					
Nykyiset arviointimenetelmät eivät ole käyttökelpoisia fysioterapiassa					
Arviointimenetelmien käyttö on liian kallista (hankinta, kopiot)					
Arviointimenetelmien käyttö vie liikaa aikaa					
Arviointimenetelmien käyttö rasittaa potilaita tarpeettomasti					



## Arviointimenetelmien käyttö Parkinson potilailla

### 18. Käytätkö standardisoituja arviointimenetelmiä terapiatarpeen tai terapian toteutuksen arvioinnissa

- En käytä  
 Käytän

### 19. Ole hyvä ja merkitse alla olevaan taulukkoon kuinka usein käytät kutakin arviointimenetelmää Parkinson potilaillasi. Mikäli listassa on arviointimenetelmä, jota et tunne, valitse kohta \*menetelmä tuntematon\*.

Arviointimenetelmän nimi	Aina	Usein	Joskus	Ei koskaan	Menetelmä tuntematon
6 minuutin kävelytesti					
10 metrin kävelytesti					
ABC-asteikko - toiminnallisen tasapainon varmuus					
Barthelin indeksi					
Bergin tasapainotesti					
Borgin RPE asteikko (6-20)					
Brownin Disability Scale (BDS)					
Dynamic Gait Indeksi (DGI)					
EuroQOL-5D (EQ-5D) - elämänlaatukysely					
Kaatumispäiväkirja (Falls Diary)					
Falls Efficacy Scale (FES) – kaatumisen pelko kysely					
Kävelyn jähmettymisen kysely					
Functional Independence Measure (FIM)					
Functional Reach – testi					
Fyysisen aktiivisuuden GPPAQ -kysely (General Practice Physical Activity Questionnaire )					
Global Perceived Effect - skaala (1-7)					
Kaatumishistoria-kysely					
LASA Physical Activity Questionnaire (LAPAQ)					
Lindop Parkinson's Assessment Scale (LPAS)					
SF-36 – elämänlaatukysely					
Parkinson's Disease Quality of Life Scale					

(PDQL) – elämänlaatukysely					
Patient Specific Index for Parkinson's Disease (PSI-PD)					
Parkinson Activity Scale (PAS)					
Parkinson Disease Questionnaire -39 (PDQ-39) – elämänlaatukysely					
Phone FITT - fyysisen aktiivisuuden haastattelu					
Ulkoisen horjutuksen testi					
Self-assessment Parkinson's Disease Disability Scale (SPDDS)					
SOT (Sensory Orientation Test) –testi					
Sickness Impact Profile (SIP) –kysely					
Timed Up and GO (TUG) – testi					
Tinettin tasapainotesti					
Tinettin kävelytesti					
Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRSFin, II): päivittäiset toiminnot					
Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRSFin, III): motorinen tutkimus					
<i>Käytän jotain muuta testiä, nimeä:</i>					
Kuinka usein käytät tätä testiä Parkinson potilaillasi?					

**20. Koetko, että sinulla on esteitä näiden arviointimenetelmien käytössä?**

- En koe  
 Koen

**20.1. Mainitse arviointimenetelmien nimet ja kirjoita lyhyt kuvaus koetuista esteistä**

(esimerkiksi Parkinson Running Test (PRT) = vie liian kauan aikaa)

## Liite 2: Luettelo mittareiden käyttöasteista

Arviointimenetelmien käytettävyys	%
Bergin tasapainotesti	74
10 metrin kävelytesti	74
Timed Up Go (TUG)	60
6 min kävelytesti	46
Borgin RPE rasittavuusasteikko(6-20)	46
Kaatumishistoria kysely	43
Ulkoisen horjutuksen testi	43
Kaatumispäiväkirja	37
Tinettin tasapainotesti	34
Functional Independence Measure (FIM)	29
Functional reach-testi	20
Barthelin indeksi	17
SF36 elämänlaatukysely	17
Tinettin kävelytesti	17
ABC-asteikko	14
Muut käytetyt mittarit	14
Dynamic Gait Indeksi (DGI)	11
Kävelyn jähmettymisen kysely	11
VAS-kipujana	11
Functional Status Questionnaire FSQ	11
Hand grip dynamometer - puristusvoima	11
Parkinson's Disease Quality of Life Scale	9
Parkinson Activity Scale	9
Sensory Orientation Test	9
Unified Parkinson's Disease Rating Scale III motorinen tutkimus (UPDRS-III)	9
Box and Block	9
Sit to stand test / Seisomaan nousutesti	9

Taulukko jatkuu seuraavalla sivulla.

Taulukko jatkuu.

Euro QOL-5D -elämänlaatukysely	6
FES -kaatumisen pelko kysely	6
Fyysisen aktiivisuuden GPPAQ-kysely	6
Unified Parkinson's Disease Rating Scale II päivittäiset toiminnot (UPDRS-II)	6
Trunk Impairment Scales (TIS)	6
Yhden jalan seisona	6
Lindop Parkinson's Assesment Scale	3
Patient Specific index for Parkinson's Disease	3
Parkinson Disease Questinaire - 39 elämänlaatukysely	3
Phone FITT - fyysisen aktiivisuuden haastattelu	3
9-hole peg test (9 HPT)	3
Brownin Disability Scale	0
Global Perceived Effect - skaala	0
LASA Physical Activity Questionaire	0
Self-Assesment Parkinson's Disease Disability Scale	0
Sickness Inpact Profile -kysely	0