



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

SYÖMISHÄIRIÖKUNTOUTUJIIEN HOITOPOLKU

Peruskouluikäisten psykofyysinen
fysioterapia Tampereen kaupungilla

Ellen Mäenrinta

Kehittämistehtävä
Joulukuu 2015
Psykofyysisen fysioterapian
erikoistumisopinnot

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu

Psykofyysisen fysioterapian erikoistumisopinnot

MÄENRINTA ELLEN

Syömishäiriökuntoutujien hoitopolku

Peruskouluikäisten psykofyysinen fysioterapia Tampereen kaupungilla

Kehittämistehtävä 28 sivua, joista liitteitä 1 sivu

Joulukuu 2015

Syömishäiriöt ovat yleisiä nuorten psykiatrisia sairauksia ja useimmiten uhkaavat nuoren normaalia kehitystä. Fysioterapia voi kuulua syömishäiriötä sairastava lapsen tai nuoren hoitoon jo heti alusta alkaen yhteistyössä moniammatillisen tiimin kanssa. Fysioterapia toteutetaan psykofyysisestä näkökulmasta yksilön omien tarpeiden ja tavoitteiden mukaisesti. Fysioterapiassa käsitellään muun muassa sairastuneen vääristyneitä kokemuksia omasta kehostaan, kielteistä suhtautumista omaan ulkonäköönsä ja kehoonsa sekä liikunnan määrän normalisointia.

Kehittämistehtävän aihe nousi työelämäntarpeesta. Työskentelen fysioterapeuttina Tampereen kaupungin avokuntoutuksessa. Kehittämistehtäväni tavoitteena oli kehittää sekä lisätä varhaista tunnistamista ja puuttumista syömishäiriötä sairastavien hoidossa Tampereen kaupungin avokuntoutuksen fysioterapeuttien keskuudessa. Kehittämistehtävän tarkoituksena on lisätä tietoa syömishäiriötä sairastavista lapsista ja nuorista sekä heidän hoitopolustaan työyhteisössäni. Syömishäiriötä sairastavien lasten ja nuorten hoitopolun tavoitteena on parantaa syömishäiriöiden tunnistamista, tutkimista ja hoitamista. Lapsilla tarkoitetaan alle 13-vuotiaita ja nuorilla 13–17-vuotiaita.

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Specialization programme in psychophysical physiotherapy

MÄENRINTA ELLEN

Eating disorder patients clinical pathway
School aged children and teens psychophysical physiotherapy in Tampere

Bachelor`s thesis 28 pages, Appendices 1 page

December 2015

Eating disorders are common mental disease among children and teens. Eating disorders threatens their normal development and affects one`s self-esteem ja self-respect. Children and teens have un-normal beliefs concerning their own body for exampel weight and body parts. Psychophysical phystoherapy is used part of childrens and teens` rehabilitation in multiprofessional collaboration. Psycophysical physiotherapy is always individual with every patient and aims to affect body image, body awerness, ability to relax, breathing and muscle tenseness.

The purpose of this study was to give more information about children and teens with eating disorder and their clinical pathways to physiotherapists in Tampere city`s health-care centers. In this study I handle only anorexia nervosa and bulimia nervosa with 7-17 year old boys and girls. The aim of this study was to developpe early identification with eating disorder children and teens among my kollegues and with it to improve their rehabilitation.

Key words: clinical pathway, psychophysical physiotherapy, eating disorder

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
1 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TOTEUTUS	7
2 FYSIOTERAPIA TERVEYSKESKUKSISSA TAMPEREELLA.....	8
3 SYÖMISHÄIRIÖT	10
3.1. Laihuushäiriö (anoreksia nervosa).....	10
3.2. Ahmimishäiriö (bulimia nervosa).....	11
3.3. Lasten syömishäiriöt	12
3.4. Nuorten syömishäiriöt.....	13
4 PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA OSANA SYÖMISHÄIRIÖISTEN KUNTOUTUSTA.....	15
4.1. Mitä on psykofyysinen fysioterapia?.....	15
4.2 Psykofyysisen fysioterapian vaikuttavuus.....	17
5 SYÖMISHÄIRIÖTÄ SAIRASTAVIEN HOITOPOLKU JA FYSIOTERAPIA	18
5.1. Perusterveydenhuolto.....	18
5.2. Erikoissairaanhoido	20
5.3. Jatkohoito.....	22
6 POHDINTA.....	24
LIITTEET	28

1 JOHDANTO

Syömishäiriöihin liittyy poikkeavaa syömiskäyttäytymistä sekä psyykkisen, fyysisen tai sosiaalisen toimintakyvyn vakava häiriintyminen. Yleisimmät syömishäiriöt ovat laihuushäiriö, eli anoreksia nervosa ja ahmimishäiriö, eli bulimia nervosa. Tässä työssä käsittelen juuri edellä mainittuja syömishäiriöiden muotoja ja olen rajannut ikäluokan peruskouluikäisiin (7-16 vuotiaat). Olen rajannut ikäluokan lapsiin ja nuoriin, koska varhainen puuttuminen on hoidon ennusteen kannalta olennaista. Työskentelen fysioterapeuttina Tampereen kaupungilla ja tämä kehittämistehtävä on työväline minulle ja muille kollegoilleni.

Syömishäiriöt ovat yleisiä nuorten psykiatrisia sairauksia ja useimmiten uhkaavat nuoren normaalia kehitystä. Fysioterapia voi kuulua syömishäiriötä sairastava lapsen tai nuoren hoitoon jo heti alusta alkaen yhteistyössä moniammatillisen tiimin kanssa. Fysioterapia toteutetaan psykofyysisestä näkökulmasta yksilön omien tarpeiden ja tavoitteiden mukaisesti. Fysioterapiassa käsitellään muun muassa sairastuneen vääristyneitä kokemuksia omasta kehostaan, kielteistä suhtautumista omaan ulkonäköönsä ja kehoonsa sekä liikunnan määrän normalisointia.

Psykofyysisen fysioterapian tarve ja vaikuttavuus on tullut viime vuosina enemmän sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten tietoisuuteen. Syömishäiriötä sairastavien lasten ja nuorten kohdalla havaitaan tutkimusten perusteella, että psykofyysisellä fysioterapialla pystytään vaikuttamaan positiivisesti heidän kehonkuvaansa ja edistämään heidän kuntoutustaan. Psykofyysisen fysioterapian vaikuttavuus havaitaan myös Tampereen kaupungilla. Tämä näkyy lääkinnällisen kuntoutuksen kautta haettujen ja myönnettyjen maksusitoumusten määrän kasvamisena viime vuosien aikana. Lääkinnällisen kuntoutuksen sosiaalityöntekijä Helinä Laineen (2015) mukaan vuonna 2009 ja 2011 myönteisiä maksusitoumuspäätöksiä ei myönnetty yhdellekään lapselle tai nuorelle. Vuonna 2012 maksusitoumuksia myönnettiin 3 lapselle/nuorelle, yhteensä 45 fysioterapiakertaa. Vuonna 2013 määrä nousi 253 fysioterapiakertaan 24 lasta/ nuorta kohden. Määrä kasvoi edelleen vuonna 2014, jolloin myönteisiä maksusitoumuksia oli 42 lasta/nuorta kohden 425 kertaa. Tämän vuoden syksyyn mennessä 23 lapselle/nuorelle on myönnetty yhteensä 285 fysioterapiakertaa. Tällainen kasvu kertoo,

että psykofyysisen fysioterapian osaajia tarvitaan laajasti eri sektoreille. Lasten ja nuorten hyvän hoidon ja sujuvan kuntoutuksen kannalta olisi tärkeää varhainen puuttuminen ja nopea hoitoon pääseminen. Parhaimmat hoitotulokset saadaan, kun työskennellään moniammatillisessa työryhmässä yhdessä lapsen ja nuoren sekä heidän lähipiirinsä kanssa.

1 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TOTEUTUS

Kehittämistehtäväprosessi käynnistyi heti tammikuussa 2015 erikoistumisopintojen alettua. Prosessin ensimmäinen vaihe kesti noin kuusi kuukautta ja se sisälsi lähdemateriaalin keräämistä eri tietokannoista ja kirjastosta. Prosessin toinen vaihe, kirjoittamisvaihe käynnistyi puolella välissä opintoja ja kesti kokonaisuudessaan joulukuuhun 2015 asti. Kehittämistehtäväni aihe syntyi osittain työelämän tarpeesta ja osittain omasta mielenkiinnostani. Aihevalintaani vaikutti myös se, että psykofyysisen fysioterapian vaikuttavuutta syömishäiriökuntoutujiin on tukittu, vaikkakin edelleen tutkimusnäyttöä on niukasti.

Kehittämistehtäväni tavoitteena onkin kehittää sekä lisätä varhaista tunnistamista ja puuttumista syömishäiriötä sairastavien hoidossa Tampereen kaupungin avokuntoutuksen fysioterapeuttien keskuudessa. Kehittämistehtävän tarkoituksena on lisätä tietoa syömishäiriötä sairastavista lapsista ja nuorista sekä heidän hoitopolustaan työyhteisössäni. Tampereen kaupungin avokuntoutuksen asiakaskunta on hyvin laaja. Avokuntoutuksessa ei tarjota erikseen fysioterapiaa psykofyysisestä näkökulmasta, mutta tosinaan vastaanotoille lähetetään syömishäiriötä sairastavia nuoria tai aikuisia fysioterapia-arvioon tai toisinaan fysioterapeutille itselle saattaa herätä epäily mahdollisesta syömishäiriöstä. Tämän vuoksi koen tärkeäksi, että avokuntoutuksen fysioterapeutit ovat tietoisia syömishäiriötä sairastavien hoitopolusta, jotta osaavat tarpeen mukaan ohjata heidät oikean hoidon tai kuntoutuksen piiriin. Rajasin aiheitani vielä nuoriin ja lapsiin, sillä sairaus puhkeaa usein nuorella iällä ja haluan korostaa varhaista sairauteen puuttumista.

Työssäni käsittelen teoreettisesta viitekehyksestä lasten ja nuorten syömishäiriöitä keskittyen laihuus- ja ahmimishäiriöihin, sillä ne ovat yleisimpiä syömishäiriöiden muotoja. Lisäksi käsittelen psykofyysisistä fysioterapiaa osana syömishäiriöisten kuntoutusta lähdemateriaaliin pohjautuen. Työni lopussa pohdin, mikä vaikutus on psykofyysisen fysioterapian osaamisella Tampereen kaupungin avokuntoutuksen fysioterapiayksiköissä.

2 FYSIOTERAPIA TERVEYSKESKUKSISSA TAMPEREELLA

Fysioterapia toteutetaan moniammatillisessa yhteistyössä osana kuntoutujien hoito- ja palveluketjua. Fysioterapiapalveluita annetaan tamperelaisille viidellä eri terveysasemalla, jotka sijaitsevat Hatanpäällä, Tammelassa, Hervannassa, Linnainmaalla ja Tipotiellä. Vuoden vaihteessa alkaneen keskitetyn ajanvarauksen jälkeen asiakkailta on ollut mahdollisuus valita, mihin näistä terveysasemista haluaa fysioterapiaan. Fysioterapiasarjoihin tarvitaan terveyskeskuslääkärin lähete, mutta 1-2 kerran neuvontafysioterapiaan voi hakeutua myös terveydenhoitajan tai lääkärin ohjaamana ilman sähköistä lähetettä. Apuväline- ja asunnonmuutostyöarvioissa asiakkaat voivat ottaa suoraan yhteyttä fysioterapiaosastoihin, joista tarpeen mukaan tehdään 1-2 kotikäyntiä asiakkaan luokse. Apuvälineyksikössä on omat fysioterapeutit, jotka arvioivat vaikeavammaisten apuvälineet, kuten pyörätuolit, sairaalasängyt, nostolaitteet ja seisomatelineet. Apuvälineyksiköstä on myös mahdollisuus lainata erilaisia tukia koekäyttöön. (Tampereen kaupunki 2015.)

Fysioterapiapalveluihin kuuluu sekä yksilö – että ryhmämuotoinen kuntoutus. Yksilöfysioterapiaan lähetetään pääsääntöisesti tule-oireisia, postoperatiivisia ja neurologisia kuntoutujia. Yksilöterapia alkaa terapeuttisella tutkimisella, jonka pohjalta selvitetään asiakkaan sen hetkinen toimintakyky ja kuntoutuksen tavoitteet. Fysioterapiassa painottuvat aktiiviset kuntoutusmenetelmät. Kliinisten tutkimusten perusteella asiakkaalle laaditaan yksilöllinen kuntoutussuunnitelma, jossa asiakas on aktiivisessa roolissa. Asiakkaalle laaditaan tavoitteiden mukainen kotiharjoitusohjelma, jota asiakas sitoutuu tekemään annettujen ohjeiden mukaisesti. Yksilövastaanotolle asiakas kutsutaan tarpeen mukaan noin 1-5 kertaa. (Tampereen kaupunki 2015.)

Ryhmäfysioterapiaa tarjotaan tarpeen sekä toimintakyvyn mukaan tule-oireisille, neurologisille kuntoutujille ja ikäihmisille. Tule-ryhmissä ohjataan kehonhallintaa, keinoja oireiden hallintaan ja erilaisia itsehoitomenetelmiä. Neurologisissa ja ikäihmisten ryhmissä harjoittelun pääpaino on toimintakyvyn ja tasapainon ylläpitämisessä ja harjoittamisessa. Neurologisiin ryhmiin osallistutaan fysioterapiasuunnitelmien mukaisesti. Kaikki ryhmäläiset ohjataan jatkamaan harjoittelua ryhmien jälkeen

liikuntapalveluiden tai kolmannen sektorin palveluiden piirissä. (Tampereen kaupunki 2015.)

Neurologisille kuntoutujille laaditaan fysioterapia-arvio- ja suunnitelma joko omana toimintana tapahtuvan terapian tai ostopalveluna toteutetun fysioterapian järjestämiseksi. Neurologisille kuntoutujille omana toimintana toteutetun yksilöfysioterapian määrä on 20 kertaa vuodessa. Osalla kuntoutujista fysioterapiasuunnitelmassa voi olla sekä omana toimintana että ostopalveluna tapahtuvaa fysioterapiaa. (Tampereen kaupunki 2015.)

Peruskoulun, lukion ja toisen asteen koulutuksen oppilaat ohjataan fysioterapeutin vastaanotolle kouluterveydenhoitajan tai koululääkärin lähettämänä. Yleisimpiä käyntisyitä ovat niska- ja hartiasseudun ongelmat, ryhtiongelmat tai tarkastukset ergonominen ohjaus ja jalkojen pituuseroarviointi. Neuvolaikäiset lapset lähetetään lasten fysioterapiaan erikoistuneiden fysioterapeuttien vastaanotolle. Neuvolalääkäri, omalääkäri tai neuvolan terveydenhoitaja voi kirjoittaa fysioterapia-lahetteen. Leikki-ikäisten tutkiminen ja ohjaus tapahtuu keskitetysti Lasten ja nuorten poliklinikan fysioterapeutin vastaanotolla. (Tampereen kaupunki 2015.)

Psykofyysistä fysioterapiaa ei tarjota tällä hetkellä terveyskeskuksen omana toimintana. Psykofyysinen fysioterapia hankitaan erityistapauksissa lääkinnällisen kuntoutuksen maksusitoumuksella. Lääkinnällinen kuntoutus tarkoittaa kuntoutus- ja apuvälinepalveluja, joita voi saada vamman tai sairauden vuoksi. Kuntoutuksen tavoitteena on tukea kuntoutujan arjessa selviytymistä sekä ylläpitää ja parantaa fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. (Tampereen kaupunki 2015.)

3 SYÖMISHÄIRIÖT

Syömishäiriöt ovat oireyhtymiä, joihin liittyy poikkeavaa syömiskäyttäytymistä sekä psyykkisen, fyysisen tai sosiaalisen toimintakyvyn vakava häiriintyminen (Suokas & Rissanen 2007, 355). Yleisimmät syömishäiriöt ovat laihuushäiriö, anoreksia nervosa ja ahmimishäiriö, eli bulimia nervosa. Syömishäiriöt ovat yleisiä nuorten psykiatrisia sairauksia ja useimmiten uhkaavat nuoren normaalia kehitystä. Kaikkiin syömishäiriöihin liittyy pahimmillaan myös kuolemanvaara. (Dadi & Raevuori 2013, 61) Syömishäiriöisillä esiintyy usein myös psykiatrisia ongelmia, joista tyypillisimpiä ovat paniikkihäiriöt, sosiaalisten tilanteiden pelko, pakko-oireinen häiriö ja eriateinen masennus. (Dadi & Raevuori 2013, 62)

3.1. Laihuushäiriö (anoreksia nervosa)

Laihuushäiriö on tarkoituksellisesti aiheutettu ja ylläpidetty nälkiintymistila, joka usein käynnistyy laihdutusyrityksestä. Sairastuneelle tyypillisiä piirteitä ovat hallitseva pelko lihomisesta sekä ruumiinkuvan vääristyminen. Painon kontrolloimiseksi sairastunut omaksuu niukat ja rituaalinomaiset ruokailutottumukset ja arki pyörii ruuan ympärillä. Liiallinen laihuus aiheuttaa elimistön toimintahäiriön ja vaikuttaa umpierityksen ja aineenvaihdunnan muuttumiseen. Taudinkuvaan voi kuulua myös liiallinen liikunta, tahallinen oksentelu ja ulostuslääkkeiden käyttäminen. (Suokas & Rissanen 2007, 355-356).

Useimmilla sairastuneilla laihuushäiriö on pitkäaikainen ja kulkee aaltomaisesti. Pitkien seurantatutkimusten perusteella vain noin puolet sairastuneista toipuu täysin, 30%lla oireilu jatkuu ja 20% kärsii kroonisesta sairaudesta. Kokonaiskuolleisuus on 5%. Vakavasta masennuksesta kärsii 25-80% sairastuneista. (Suokas & Rissanen 2007, 357.)

Laihuushäiriöön ei ole yhtä tiettyä syytä, vaan sen syntyyn vaikuttaa sekä altistavia että laukaisevia ja ylläpitäviä tekijöitä. Altistavia tekijöitä ovat muun muassa suorituskeskeinen, kiltti ja ympäristön odotuksia täyttävä luonteenpiirre, laihuuden ihannointi, psykologinen trauma tai kulttuuriset tekijät. Kaksostutkimusten perusteella myös perimä voi olla altistava tekijä laihuushäiriölle. Laukaisevana tekijänä saattaa

toimia yritys hallita omaa elämäänsä ja lisätä omanarvontuntoa laihduttamalla. Erilaisilla elämäntilanteilla, kuten tietyn ajanjakson päättymisellä tai menetyksillä saattaa olla myös sairautta laukaiseva vaikutus. Muita tekijöitä voivat olla ikävät huomautukset ulkonäöstä tai painosta, ihmissuhdeongelmat tai aikuistumiseen ja seksuaaliseen kehittymiseen liittyvät ongelmat. (Suokas & Rissanen 2013, 359-360.)

Laihuushäiriön diagnostiset kriteerit ovat:

- * Lääketieteellinen alipaino (15 % alle pituuden mukaisen keskipainon tai BMI on korkeintaan 17,5kg/m²), joka on itse aiheutettu laihduttamalla sekä kieltäytyminen iän ja pituuden mukaisen minipainon ylläpitämisestä.
- * Ruumiinkuvan häiriö, eli painon ja kehon muodon kohtuuton vaikutus siihen, miten henkilö kokee itsensä. Sairastunut näkee itsensä todellista kokoaan isompana ja kieltää alipainoisuuden.
- * Voimakas lihomisen pelko alipainoisuudesta huolimatta
- * Hypotalamus- aivolisäke- sukupuolirauhasakselin endokriininen häiriö, joka ilmenee tytöillä kolmen peräkkäisen kuukautiskierron poisjäämisinä ja miehillä seksuaalisen mielenkiinnon ja potenssin heikkenemisenä. (Käypä hoito 2014; Suokas & Rissanen 2007, 355; Dadi & Raevuori 2013, 62.)

3.2. Ahmimishäiriö (bulimia nervosa)

Ahmimishäiriötä sairastava pyrkii hallitsemaan syömistään ja kehonsa ulkomuotoa muilta salatuilla, toistuvilla ahmimiskohtauksilla. Ahmiessa syöminen kontrolli pettää täysin. Monet ahmimishäiriötä sairastavat ovat aiemmin sairastaneet laihuushäiriötä. Keskeistä on lihomisen estäminen oksentelemalla, laksatiiveilla, dirueeteilla, paastoamalla ja ylettömällä liikunnalla. Ahmimishäiriötä sairastavalle itsearvostus pohjautuu omaan ulkonäköön ja keskeinen piirre on lihavuuden ja lihomisen pelko. Sairastuneet ovat usein normaalipainoisia, mutta paino voi kuitenkin ajoittain vaihdella suurestikin. Ulkoisia merkkejä sairastumisesta saattaa siis olla vähän, erityisesti, jos vertaa laihuushäiriötä sairastaviin. (Suokas & Rissanen 2013, 366-367.)

Ahmimiskohtauksia seuraa usein masentuneisuus ja itsehalveksunta (Suokas & Rissanen 2013, 367.) Psykkisenä oireena saattaa esiintyä myös impulsiivista itsensä vahingoittamista, kuten viiltelyä (Vuorilehto, Larri, Kurki & Hätönen 2014, 163). Noin

80 %:lla sairastuneista on todettu myös muita mielenterveyshäiriöitä, tyypillisimmin masennusta, ahdistuneisuushäiriötä tai epävakaa persoonallisuushäiriötä. Oksentelusta ja lääkkeiden väärinkäytöstä johtuen elimistössä saattaa esiintyä elektrolyyttihäiriöitä, jonka seurauksena sairastunut voi kärsiä lihasheikkoudesta, kouristeluista ja sydämen rytmihäiriöistä. (Suokas & Rissanen 2013, 367.)

Ahmimishäiriöön saattavat altistaa kulttuuriin, perheeseen ja yksilönkehitykseen liittyvät tekijät. Sairastuneet kärsivät usein puutteellisesta itsetunnosta, masentuneisuudesta tai persoonallisuuden epävakauksesta. Laihuushäiriöön sairastuneeseen verrattuna ahmimishäiriöiset ovat useimmiten ulospäin suuntautuneempia, impulsiivisempia ja näyttävät tunteensa avoimemmin. Turvaton lapsuus ja kehitykselliset traumat ovat myös usein sairastumisen taustalla. (Suokas & Rissanen 2013, 367-368.)

Ahmimishäiriön diagnostiset kriteerit ovat:

- * Toistuvat ahmimisjaksot, joihin kuuluu suurien ruokamäärien syöminen tietyn ajanjakson aikana sekä tunne syömisestä hallinnan puutteesta jakson aikana.
- * Toistuva kompensatiokäyttäytyminen, eli ahmimisen jälkeen lihomista estetään oksentamisella, laksatiiveilla, diureeteilla tai muilla lääkkeillä. Myös paastoamisella tai liiallisella liikunnalla pyritään estämään lihomista.
- * Vähintään kolmen kuukauden ajan kahdesti viikossa toistuvat ahmimiskohtaukset ja siihen liittyvä kompensatiokäyttäytyminen.
- * Kehon muoto ja paino vaikuttavat suuresti siihen, millaisena sairastunut pitää itseään.
- * Häiriö esiintyy myös muulloin, kun laihuushäiriöjakson aikana.

(Käypä hoito 2014 & Rissanen & Suokas, 366; Dadi & Raevuori 2013, 62.)

3.3. Lasten syömishäiriöt

Lapsilla syömisestä kehittyminen alkaa äidin toteuttamasta ruokinnasta ja jatkuu lapsen omatoimisella ruokailulla. Ruokailulla on ravinnonsaannin lisäksi tärkeä sosiaalinen merkitys. Tavallisimmin ruokailujen yhteydessä koetaan mielihyvää, mutta sitä voi myös sävyttää kovatkin jännitteet perheen sisällä, päiväkodissa tai koulussa. Lapsi voi syömättömyydellä tai vaatavuudellaan pyrkiä ottamaan vanhemman roolia perheen päällä. (Ebeling & Moilanen 2004, 319-320.)

Tyypillisiä lasten syömishäiriöitä ovat lihavuus (obesiteetti), liian vähäinen syöminen, ruokien valikoiminen, syötäväksi kelpaamattomien aineiden nauttiminen (pica) ja laihuushäiriö (Ebeling & Moilanen 2004, 320-321). Tässä kappaleessa keskityn ainoastaan laihuushäiriön kuvaamiseen. Laihuushäiriö on yleisimmin nuoruusikäisten sairaus, mutta myös alle murrosikäisillä esiintyy sitä. Varhaiset ongelmat syömisissä voivat altistaa myöhemmille syömishäiriöille. Lapset ovat herkempiä omaksumaan vanhempiensa ruokailutottumuksia kuin nuoret. On havaittu, että syömishäiriöstä kärsivät vanhemmat tarkkailevat enemmän myös lastensa syömistä ja pyrkivät kontrolloimaan sitä lapsen painon kontrolloimiseksi. Laihuushäiriöinen lapsi kieltäytyy ruuasta, mutta ei nuoruusikäisiin verrattuna yhtä selkeästi tuo esille pyrkimyksiään pudottaa painoaan. Perheenjäsenten ja ikätovereiden painoihanteet vaikuttavat nuoreenkin lapseen ja voivat näin altistaa yrityksiin pudottaa painoa ja sitä kautta laihuushäiriölle. Voimakas laihtuminen voi pysäyttää lapsen kasvun ja vaikuttaa murrosiän kehitykseen. Sairastumiseen voi lapsillakin liittyä ruumiinkuvan häiriöitä ja masennusta. (Ebeling & Moilanen 2004, 320-323.)

3.4. Nuorten syömishäiriöt

Kuten aiemmin mainittu syömishäiriö voi alkaa missä iässä tahansa, mutta yleisin alkamisikä on nuoruusvaiheessa, noin 12–24 vuoden iässä (Käypä hoito 2014). Ruoka on nuorelle keino välttää tiedostamattomia ulkoisia ja sisäisiä ristiriitoja ja syömishäiriö toimii tähän ratkaisuna. Ruuasta tulee nuoren arjen keskiö ja siihen liittyvät rituaalit tuovat nuorelle mielen suojaa. Yleensä nuoret jatkavat normaalisti koulunkäyntiään ja harrastuksiaan ja väittävät voivansa erinomaisesti. Laihtuminen voi olla nopeatahtista tai niin hidasta, etteivät läheiset sitä heti huomaa. (Rantanen 2004, 324.)

Sekä laihuus- että ahmimishäiriöissä normaalit elintoiminnot häiriintyvät. Nuorilla hormonitoiminta järkkyy ja kuukautiset saattavat jäädä pois. Aineenvaihdunta hidastuu ja elimistöstä häviävät kaikki vararavintolähteet sairauden edetessä. Nuorella sydämen syke on hidastunut ja verenpaine on matala. Raajat saattavat olla punertavia tai sinertävän kylmät. (Rantanen 2004, 325-326.)

Syömishäiriöistä ainakin laihuushäiriö voi vuosien kuluessa muuttaa oirekuvaansa. Anorektikoista 30-50%:sta tulee ahmijoita tai ylipainoisia aikuisia. Syömishäiriöt ovat usein pitkäkestoisia ja kroonistuvat herkästi. Niistä saattaa seurata vakavia fyysisiä tai psykososiaalisia haittoja tai työkyvyttömyyttä. Anorektikoilla lähiajan ennuste on usein kohtalaisen hyvä, erityisesti jos on onnistuttu sairauden varhaisessa diagnosoinnissa ja puuttumisessa. Pidemmällä aikavälillä sairauden ennuste on huonompi ja silloin siihen liittyy huomattava kuolleisuusriski. (Rantanen 2004, 328.)

4 PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA OSANA SYÖMISHÄIRIÖISTEN KUNTOUTUSTA

Laihuus – ja ahmimishäiriöiden hoidon tavoitteena on häiriön varhainen tunnistaminen ja siihen puuttuminen. Keskeistä hoidossa on keskustelu lapsen ja nuoren kanssa. Hoitona käytetään psykoedukaatiota sekä ohjausta normaaliin ja terveelliseen ruokailuun. (Käypä hoito 2014.) Psykoedukaatiossa lapselle tai nuorelle sekä hänen perheelleen tarjotaan tietoa syömishäiriöstä ja sen hoidosta. Sitä kautta pyritään vahvistamaan sairastuneen ymmärrystä sairautensa tilastaan sekä parantamaan hoitomyöntyvyyttä. Erityisesti lasten kanssa tulee tiedon antaminen tapahtua lapsen ikä- ja kehitystaso huomioiden. (Kieseppä & Oksanen 2013.) Fysioterapia psykofyysisen fysioterapian keinoin on osa syömishäiriöiden kuntoutusta. Fysioterapeuttien interventioilla voidaan vaikuttaa lapsen ja nuoren masennus- ja syömishäiriöoireisiin. Fysioterapiassa tavoitellaan muun muassa lapsen tai nuoren realistisen minäkuvan ja kehonkuva uudelleen rakentamista, yhteyden löytämistä omaan kehoon sekä jännityksen ja ahdistuksen lievittämistä. Sairastuneen vääristyneitä käsityksiä omasta kehostaan oikaistaan ohjauksen ja kehollisten harjoitusten kautta sekä työstetään kielteistä suhtautumista omaan ulkonäköönsä ja kehoonsa. Liikunnan määrää rajoitetaan tarvittaessa sairauden alussa ja sen jälkeen määrää pyritään normalisoimaan. Fysioterapian tavoitteet laaditaan aina yksilökohtaisesti. (Käypä hoito 2014.)

Fysioterapeutti tekee myös kliinisen somaattisen tutkimuksen sairastuneille. Lapselta ja nuorelta mitataan ja tutkitaan muun muassa normaaliin liikkumiseen ja lihastoimintaan liittyviä asioita, kuten ryhtiä, käsien puristusvoimaa, kanta-varvaskävelyä, kyykistymistä, yhdellä jalalla seisomista, siirtymisiä, riisumista ja pukeutumista. Lapsen tai nuoren nivelten liikkuvuudet ja lihasvoimat mitataan sekä arvioidaan rasituskestävyyttä ja siihen liittyvää sykkeen nousua. Ryhtiä ja liikkumista havainnoidessa arvioidaan samalla lapsen tai nuoren hengitystoimintaa, lihasjännityksiä ja rentoutumiskykyä. (Käypä hoito 2014.)

4.1. Mitä on psykofyysinen fysioterapia?

Psykofyysinen fysioterapia on yksi fysioterapian erikoisaloista, jossa terapian pohjana on psykofyysinen ihmiskäsitys. Suomessa psykofyysisen fysioterapia on saanut vaikutteita norjalaisen ja ruotsalaisen fysioterapian perinteestä, jossa se on kehittynyt fysioterapeuttien, psykologien ja psykiatrien yhteistyön tuloksena. Suomessa psykofyysinen fysioterapian kehitys alkoi vilkkaammin 1980-luvulla. Psykofyysinen fysioterapia on fysioterapian erikoisala, jonka tavoitteena on ihmisen kokonaisvaltaisen toimintakyvyn edistäminen. Psykofyysisessä fysioterapiassa keskeistä on ymmärrys kehon ja mielen muodostamasta kokonaisuudesta ja niiden jatkuvasta vuorovaikutuksesta keskenään. Erilaiset kehon kokemukset ja tunteet vaikuttavat mieleen, ja taas toisaalta tunteet ja ajatukset heijastuvat ihmisen liikkumiseen ja kokemukseen omasta kehosta. (Psykofyysinen fysioterapia 2015.)

Psykofyysinen fysioterapian kautta ihminen saa kokemuksia kehostaan ja samalla oppii selviytymiskeinoja ja ratkaisumalleja omaan elämäänsä. Tämä lähestymistapa mahdollistaa oman kehollisuuden kokemisen, tunnistamisen ja hyväksymisen. Kuntoutuksessa otetaan huomioon myös hengityksen, asentojen ja liikkumisen nostaminen tunteiden, ajatusten ja kokemusten tietoiselle tasolle. Fysioterapian tavoitteet määräytyvät aina yksilöllisesti henkilön sen hetkisten voimavarojen ja elämäntilanteen mukaan. (Psykofyysinen fysioterapia 2015.)

Syömishäiriökuntoutujan fysioterapian tulisi keskittyä realistisen kehonkuvan uudelleen rakentamiseen. Kuntoutujan tulisi tiedostaa heikkenevä ruumiintila sekä valmistautua painon lisäyksen myötä muuttuvaan kehoon ja sen mukanaan tuomiin tunteuksiin. Keskeistä fysioterapiassa on tutustuminen omaan kehoon ja pikku hiljaa sen hyväksymiseen. Aikuistuvan kehon hyväksyminen on myös keskeistä. Jos kuntoutujalla on historiassaan negatiivisia kokemuksia kehostaan, positiivisten kehontuntemusten aikaansaaminen on erityisen haastavaa. Fysioterapiassa tärkeää on myös kuntoutujan hyperaktiivisuuden, impulssien ja kehon jännityksen hillitseminen tietoisien harjoittelun avulla. (Probst ym. 2013, 3-4.)

Kun syömishäiriöisen vaikea aliravitsemustila on korjaantunut, ohjattu kevyt liikunta voidaan aloittaa. Liikunta lisää sairastuneilla hyvinvointia ja hoitomyöntyvyyttä. Liikunta on myös tarpeellista sairastuneen lihasvoiman ja kestävyuden parantamiseksi

sekä osteoporoosin ehkäisemiseksi. Ahmimishäiriötä sairastavilla ylipainoisilla nuorilla liikunta tukee taas painonhallintaa. (Käypä hoito 2014.)

5.2 Psykofyysisen fysioterapian vaikuttavuus

Vancampfort ym. (2014) systemaattisessa tutkimuksessa tarkasteltiin fysioterapeuttisten interventioiden vaikuttavuutta verrattuna tavanomaiseen hoitoon laihius- ja ahmimishäiriötä sairastavien hoidossa. Katsauksessa käsiteltiin kahdeksaa eri tutkimusta sisältäen 213 16–36-vuotiasta potilasta. Fysioterapiainterventiot sisälsivät aerobista harjoittelua, rentoutusharjoittelua, kehotietoisuusharjoittelua, joogaa, voimaharjoittelua, hierontaa tai näiden yhdistelmiä. Harjoitteiden tuloksellisuutta mitattiin joko syömispatologialla, antropometrisillä mittareilla (BMI, kehonkoostumus), fysiologisilla mittareilla (lihasvoima) tai psykologisilla mittareilla (elämänlaatu, ahdistus, masennus). Tutkimustulokset osoittivat, että aerobinen harjoittelu ja lihasvoimaharjoittelu lisäsivät lihasvoimaa laihiushäiriötä sairastavilla potilailla sekä vaikuttivat potilaan BMI:n kasvuun. Aerobinen harjoittelu, jooga, hieronta ja kehotietoisuusharjoittelu vähensivät taas syömishäiriöön liittyviä oireita ja masennusoireilua sekä laihius- että ahmimishäiriötä sairastavilla. (Vancampfort ym. 2014)

Alajoki ja Karttunen (2013) tutkivat kehittämistehtävässään syömishäiriötä sairastavien kuntoutujien kokemuksia psykofyysisestä fysioterapiasta. Tutkimuskyselyyn osallistui 24 syömishäiriötä sairastavaa. Vastaajista kaikki olivat käyneet psykofyysisessä fysioterapiassa viisi kertaa tai enemmän ja 58 % heistä oli käynyt fysioterapiassa 21–50 kertaa. Kyselyistä paljastui, että yli puolet vastaajista koki saaneensa fysioterapiasta paljon tai erittäin paljon hyötyä. Avoimella kysymyksellä kartoitetuista kokemuksista voimakkaimmin nousivat merkityksellinen terapiasuhte, realistisemman kehonkuvan uudelleen rakentuminen, usko paranemiseen, arvostus omaa kehoa kohtaan sekä ajatusmallien muuttuminen. Kehollinen työskentely auttoi ymmärtämään itseä uudella tavalla ja se herätti oman kehon kunnioituksen uudelleen. Terapiasuhte fysioterapeutin kanssa koettiin merkitykselliseksi. Vastaajien mukaan fysioterapeutti toimi usein kyseenalaistajana sairauden tuomille ajatuksille ja vahvisti rooleja sairaan minän ja terveen minän välisissä vuoropuheluissa. Merkityksellistä oli myös se, että vastauksissa nousi esille vahvasti paranemismotivaation syntyminen ja usko omaan paranemiseen.

5 SYÖMISHÄIRIÖTÄ SAIRASTAVIEN HOITOPOLKU JA FYSIOTERAPIA

Syömishäiriötä sairastavien lasten ja nuorten hoitopolun tavoitteena on parantaa syömishäiriöiden tunnistamista, tutkimista ja hoitamista. Lapsilla tarkoitetaan alle 13-vuotiaita ja nuorilla 13–17-vuotiaita. Hoitopolun määrittäminen tukee työntekijöitä päätöksen teossa, eli milloin ja miten lasten ja nuorten syömishäiriöön tulee puuttua. Samalla se kehittää moniammatillisessa yhteistyössä toteutettavia varhaista puuttumista tukevia hoitokäytäntöjä ja sairastuneen arjen tukiverkoston luomista. Selkeä hoitopolku helpottaa tutkimuksen ja hoidon porrastusta sekä työnjakoa, jotta hoidollisilta päällekkäisyyksiltä vältyttäisiin. Hoitoketjun avulla yhtenäistetään eri hoitotahojen välillä tutkimusmenetelmiä, jolloin tutkimustulokset ovat vertailtavissa. Lisäksi selkeä hoitoketju parantaa tiedonkulkua yli eri sektoreiden ja madaltaa kynnystä yhteistyöhön eri tahojen välillä. (Käypä hoito 2014) Olen laatinut kaavion hoitopolun selkiyttämiseksi Liitteeseen 1.

5.1. Perusterveydenhuolto

Suomessa jokainen perusopetuksen oppilas kuuluu perusterveydenhuollon järjestämän kouluterveydenhuollon piiriin ja sen tärkeimpänä tehtävänä hoitopolussa onkin tunnistaa syömishäiriöinen lapsi tai nuori. Tärkeässä roolissa ovat kouluterveydenhoitajat ja koululääkäri, sillä heillä on kouluikäisiin säännöllinen kontakti. Joskus myös terveyskeskuksen tai yksityisen palvelun sairaanhoitajan tai lääkärin vastaanotolla voi herätä epäily syömishäiriöstä. Tavallisimmin terveydenhoitaja puuttuu nuoren häiriintyneeseen syömiskäyttäytymiseen tekemiensä havaintojen pohjalta tai hän saa tiedon tai epäilyn sairastumisesta esimerkiksi lapsen tai nuoren vanhemmilta, kavereilta tai opettajalta. Säännölliset seurannat mahdollistavat varhaisen tunnistamisen ja ongelmaan puuttumisen. Koulun ammattihenkilöiden yhteistyö tukee myös tätä ajatusta ja esimerkiksi liikunnanopettajat tai luokanopettajat saattavat olla aitiopaikalla huomamaan lapsen tai nuoren ongelmaa. Lievimät häiriöt voivat korjaantua jo muutaman tiheän, selventävän ja tukea antavan terveydenhoitajankäynnin avulla. (Syömishäiriöliitto- Syli ry).

Huolen herätessä perusterveydenhuollossa tehdään lapsen ja nuoren elämäntilanteen kartoitus, selvitetään ongelmatilannetta ja oireita sekä koulu- ja työtilannetta. Lisäksi selvitetään lapsen ja nuoren oma kuva tilanteesta sekä tahto hoitoon. Perusterveydenhuollon ammattilaiset tekevät tiiviisti yhteistyötä sairastuneen lapsen tai nuoren sekä heidän perheensä kanssa. Samalla perheen omia voimavaroja arvioidaan. Somaattista tilaa kartoitetaan terveydenhoitajan vastaanotolla muun muassa mittaamalla verenpainetta ja pulssia sekä pituuden ja painon kehitystä. Nuorelta selvitetään puberteetin eteneminen ja tytöiltä kuukautisten säännöllisyys. Lisäksi terveydenhoitaja voi käyttää tutkimisen tukena mielialaseulaa ja kysellä ruokailutottumuksista sekä lapsen tai nuoren suhteesta ruokaan. (Blomqvist-Lyytikäinen 2010).

Perusterveydenhuollon ammattilainen konsultoi pääasiassa oman organisaationsa toimijoita, mutta tarvittaessa voidaan konsultoida virka-aikana myös erikoissairaanhoidon. Perusterveydenhuollossa arvioidaan tilanteen vaikeusaste ja päätetään hoidetaanko lapsi/nuori perusterveydenhuollossa vai tehdäänkö lähete erikoissairaanhoidon. Mikäli lapsen/nuoren asenne ruokailuun on hyvä ja somaattinen vointi ja toimintakyky säilyvät hyvinä, hoidetaan lapsi/nuori pääsääntöisesti perusterveydenhuollon piirissä. (Lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoitoketju 2015)

Perusterveydenhuollossa terveydenhoitajan vastaanotolla jatketaan lapsen/nuoren painon, pulssin, verenpaineen ja hormonitoiminnan seuranta ja tarvittaessa reagoidaan muutoksiin. Lapselle ja nuorelle annetaan ravitsemusohjausta ja opetetaan normaalia syömiskäyttäytymistä. Lapsen ja nuoren kanssa tehdään kirjallinen hoitosopimus, jossa määritellään painotavoite ja muut hoidon tavoitteet. Liikunnan rajoituksista sovitaan koulun kanssa. Hoidettavaan ja hänen perheeseensä säilytetään keskustelukontakti. Tarvittaessa lapsi/nuori voi käydä keskustelemassa koulupsykologin tai koulukuraattorin kanssa. Tärkeää on myös yhteistyö opettajien kanssa. (Lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoitoketju 2015 ; Vesanen & Pulkkinen 2014.)

Jos lapsi tai nuori jää koulu- tai opiskeluterveydenhuollon seurantaan hänet voidaan ohjata terveystieteiden keskuksen fysioterapiaan. Fysioterapiassa lapsen ja nuoren kanssa arvioidaan sopiva määrä liikunnalle ja sen aiheuttamalle kulutukselle. Fysioterapeutti tutkii muun muassa ryhdin hallintaa, lihasten kireyksiä ja perusliikkumista. Fysioterapiakontaktiksi saattaa riittää esimerkiksi 1-3 kerran ohjauksen käynnit. Lapselle tai

nuorelle voidaan hakea myös avopuolen lääkärin tai fysioterapeutin suosituksesta lääkinnällisestä kuntoutuksesta maksusitoumusta psykofyysiseen fysioterapiaan. (Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2012 ; Vesanen & Pulkkinen 2014.)

5.2. Erikoissairaanhoito

Vaikeasti oireilevat lapset ja nuoret kuuluvat erikoissairaanhoidon piiriin, jossa heitä hoidetaan moniammatillisessa työryhmässä. Perusterveydenhuollosta laaditaan lapsesta tai nuoresta lähete erikoissairaanhoitoon asianmukaisesti tehdyllä lähetteellä, jos lapsen tai nuoren vointi ei lähde kohenemaan. Erikoissairaanhoitoon ollaan jo yhteydessä ennen lähetteen laatimista. Lähetteen saavuttua erikoissairaanhoitoon se käsitellään ylilääkärin johtamassa moniammatillisessa työryhmässä. Työryhmässä arvioidaan hoidon tarvetta ja lapset ja nuoret ohjataan joko polikliinisesti lastenvastaanotolle, intensiiviseen avohoitoon tai lasten- tai nuorisopsykiatrian osastolle. Mikäli lapsen tai nuoren kohdalla herää selkeä pelko somaattisen voinnin romahtamisesta, laaditaan lähete lastentautien poliklinikalle. Erikoissairaanhoidon ajan somaattisen puolen hoitovastuu on lasten ja nuorten yksiköillä ja psykiatrinen hoitovastuu on sovitusti joko lasten- tai nuorisopsykiatrian poliklinikalla tai osastolla. Lasten- ja nuorisopsykiatrialla hoito toteutetaan yhteistyössä lapsen, perheen ja lähiverkoston kanssa. (Lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoitoketju 2015.)

Syömishäiriön oireista kärsiville lapsille tarvitaan erikoissairaanhoidon lähete, minkä perusteella arvioidaan, missä lastenpsykiatrian yksikössä häntä voidaan parhaiten auttaa. Taysin säätelyhäiriöpsykiatrian (LPSS) yksikössä hoidetaan 4-14-vuotiaita lapsia, joilla esiintyy psyykkistä oireilua. Lapsella voi esiintyä erilaisia itsesäätelyyn liittyviä ongelmia, esimerkiksi tunteiden ja käyttäytymisen säätelyssä, syömisen säätelyssä tai oman toiminnan ohjauksen säätelyssä. Alkuarvioinnin jälkeen lapsen tutkimus- ja hoitajakso suunnitellaan yksilöllisesti lapsen ja perheen tilanteen mukaan yhdessä perheen kanssa. Hoitajakso voidaan toteuttaa joko avohoitona tai osastohoitona päivä- ja kokovuorokausiosastojaksoina. Kehitteillä on myös intensiivinen avohoitotoiminta. Hoitoon sisältyy muun muassa perheen kanssa työskentelyä, yksilöterapiaa, kotikäyntejä ja koulukäyntejä. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2015.)

Nuorisopsykiatrian poliklinikka sijaitsee Tampereella Itsenäisyydenkadulla. Siellä tutkitaan ja hoidetaan uusilla lähetteillä tulleita 13–17-vuotiaita nuoria. Poliklinikalla toimii kaksi yleispsykiatrista työryhmää, neuropsykiatrinen työryhmä ja psykoterapiatyöryhmä. Työntekijät tapaavat sekä nuorta että vanhempia ja usein myös laajempaa verkostoa. Nuorisopsykiatrisen tutkimuksen jälkeen nuori voidaan ohjata hoitoon terveyskeskukseen, kouluterveydenhuoltoon, yksityissektorille KELA:n tukemana tai sosiaalitoimen palveluihin. Vaikeimmista häiriöistä kärsivät nuoret jäävät hoitoon nuorisopsykiatrian klinikkaan, samoin ne, joille ei voida osoittaa jakohoitoa peruskunnassa. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2015.)

Nuorisopsykiatrian tehostetun avohoidon yksikkö sijaitsee Taysin Z3- rakennuksessa. Yksikkö on kuusipaikkainen ja se tarjoaa 13–17-vuotiaille, lähinnä depressiota, ahdistus- ja syömishäiriötä sairastaville kahden viikon hoitajaksoissa tehostettua avohoitoa. Yksikköön tullaan normaalilla Taysin nuorisopsykiatriseen avohoitoon suunnatulla lähetteellä. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2015.)

Pitkäniemen nuorisopsykiatrian osastolle 1 tullaan kahden viikon kriisijaksolle, neljän viikon tutkimusjaksolle tai kuuden viikon hoitajaksoille. Lähettäminen osastolle tapahtuu joko vapaaehtoisella lähetteellä (B-1- lähete) tai nuoren tahdosta riippumatta M1- lähetteellä. Erityisen vaikeahoitoisten alaikäisten psykiatrinen tutkimus- ja hoitoyksikkö (EVA) tutkii, hoitaa, kasvattaa ja kuntouttaa taas nuoria, jotka tarvitsevat mielenterveydellisiin ongelmiinsa liittyen väkivalta- ja impulssiongelmiensa välttämiseksi turvaosasto-olosuhteita. Nuoret tulevat osastolle maan nuorisopsykiatrisista yksiköistä tai sosiaalialan laitoksista lähetteellä. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2015.)

Lapsen ja nuoren hoito suunnitellaan aina yksilöllisesti. Jokaisen kohdalla arvioidaan, minkälaisesta kuntoutuksesta hän hyötyy, ja lääkäri arvioi fysioterapia-lähetteen tarpeellisuutta. Fysioterapiaa annetaan nuorisopsykiatrian poliklinikalla, tehostetun avohoidon yksikössä ja Pitkäniemen osastoilla. Tehostetut avohoidon yksikössä fysioterapeutti ehtii nähdä nuorta 1-2 kertaa hoitajakson aikana. Fysioterapeutti laatii palautteen nuoren fysioterapiasta ja sen perusteella voi suositella lääkärin lähetettä jatkofysioterapiaan joko poliklinikalle tai maksusitoumuksella yksityispuolelle. Jos nuori lähetetään osastojaksolle Pitkäniemeen, voi fysioterapia jatkua siellä. Pitkäniemessä nuorilla on mahdollisuus myös taide- ja musiikkiterapiaan, sekä

liikunnanohjaajien ohjaamiin kuntosali- ja liikuntaryhmiin. (Psykiatrian terapia- ja ohjaustoiminnat 2015.)

PSHP:n psykiatrian osastoilla työskentelee yhteensä neljä fysioterapeuttia, joista kaksi fysioterapeuttia nuorten osastoilla. Fysioterapia suunnitellaan aina yhdessä potilaan kanssa. Fysioterapian tavoitteena on auttaa potilasta tunnistamaan ja tuntemaan itseään ja voimavarojaan. Lisäksi fysioterapialla tuetaan nuoren toipumista ja edistetään hänen selviytymistään päivittäisistä toiminnoista. Nuorta kannustetaan omavastuullisuuteen ja annetaan keinoja omatoimiseen harjoitteluun. Fysioterapia koostuu sekä yksilö- että ryhmämuotoisesta harjoittelusta. Yksilölliseen fysioterapiaan tarvitaan aina lähete. Fysioterapeutti työskentelee yhteistyössä muun hoitavan henkilökunnan kanssa ja osallistuu hoitoneuvotteluihin. Lisäksi fysioterapeutti laatii potilaan fysioterapiasta kirjallisen yhteenvedon. Fysioterapeuttiset harjoitteet valitaan potilaan tarpeiden ja kokemusten mukaan. Tutkimuksen tukena käytetään erilaisia kyselyitä ja lomakkeita, joilla tutkitaan muun muassa fyysistä aktiivisuutta ja levottomuutta levossa, asennetta omaa kehoaan kohtaan, oireita ja niiden sijaintia, oman kehon hahmottamista sekä ahdistuneisuutta. (Psykiatrian terapia- ja ohjaustoiminnat 2015.)

Yksilöfysioterapiassa käytetään psykofyysisen fysioterapian lähestymistapaa. Olen aikaisemmassa kappaleessa kuvannut tarkemmin psykofyysisen fysioterapian sisältöä. Fysioterapia sisältää esimerkiksi erilaisia liike- ja hengitysharjoituksia, kehontuntemusharjoituksia, rentoutumisharjoituksia ja ahdistuksensäätelyharjoituksia. Fysioterapian tavoitteena on, että lapsi tai nuori saa konkreettisia keinoja ja harjoituksia omaan arkeensa, jotka ovat helposti toteutettavissa kotona. (Psykiatrian terapia- ja ohjaustoiminnat 2015.)

Ryhmäterapiaan osallistumisesta sovitaan aina osaston henkilökunnan kanssa. Ryhmiin osallistuminen on vapaaehtoista ja niissä harjoitellaan omien voimavarojen mukaisesti. Ryhmäterapiat koostuvat osastojen rentoutusryhmistä, avoimista rentoutusryhmistä ja kehotietoisuusryhmistä. Ryhmät kestävät noin 30min. (Psykiatrian terapia- ja ohjaustoiminnat 2015.)

5.3. Jatkohoito

Osa lastenpsykiatrian lapsista siirtyy jatkohoitoon nuorisopsykiatrian yksikköön täytettyään 13 vuotta ja osa nuorisopsykiatrian asiakkaista siirtyy aikuispsykiatriaan 18 vuotta täytettyään. Osa nuorista jatkaa taas perusterveydenhuollossa. Siirrot pyritään toteuttamaan saattaen verkostotapaamisen yhteydessä. Mikäli nuori siirtyy esimerkiksi opiskeluiden takia toiselle paikkakunnalle, pyritään hänelle järjestämään jatkohoito uudella paikkakunnalla. Päättäneestä tutkimus/hoitojaksosta tehdään aina loppuarvio. (Lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoitoketju 2015)

Pitkäaikaista laihuushäiriötä sairastavat pärjäävät yleensä avohoidossa, vaikka heidän alipainonsa on usein varsin vaikea. Tarvittaessa ollaan yhteydessä lastensuojeluun. Erikoissairaanhoidon antamat suositukset tulee huomioida lapsen ja nuoren seurannassa kouluterveydenhuollossa, terveyskeskuksessa tai terveyskeskuksen mielenterveysyksikössä. Edelleen seurantavaiheessakin tärkeää ylläpitää tiivistä yhteistyötä vanhempien ja muun lähiverkoston kanssa. Tarpeen mukaan erikoissairaanhoidosta saa konsultaatioapua. Jos lapsen tai nuoren vointi romahtaa uudelleen, on usein tarpeellista järjestää lyhyt kriisihoito sairaalassa tai pyytää sisätautipäivystyksen arviota. (Käypä hoito 2014 & Lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoitoketju 2015.)

Jos lapsen ja nuoren psykofyysistä fysioterapiaa on tarpeenmukaista jatkaa, niin nuorisopsykiatrian poliklinikalta, lasten ja nuorten poliklinikalta tai terveyskeskusten omilta yksiköiltä tehdään fysioterapiasuositus maksusitoumuksen saamiseksi. Suositus lähetetään lääkinnälliseen kuntoutukseen, jossa maksusitoumusarvio tehdään moniammatillisessa työryhmässä. Jos lapsi tai nuori on aikaisemmin saanut maksusitoumuksen fysioterapiaan, niin työryhmässä arvioidaan fysioterapeutin hoitopalautteen ja lapsen tai nuoren oman palautteen pohjalta kuntoutuksen vaikuttavuutta ja tarvetta uudelle maksusitoumukselle. Yhteistyösopimuspalvelun tuottajia ovat Tampereella Apila ja Premius. Bodymindiin on mennyt ns. suorahankintana joitakin lapsia ja nuoria. (Laine 2015.) Fysioterapiassa jatketaan edelleen kehonkuvan vahvistamista ja lasta ja nuorta ohjataan sopivaan lihasvoima -ja kestävyysharjoitteluun (Käypä hoito 2014).

6 POHDINTA

Kehittämistehtäväni tavoitteena oli kehittää ja lisätä varhaista puuttumista syömishäiriötä sairastavien lasten ja nuorten hoidossa avokuntoutuksen fysioterapeuttien keskuudessa. Tarkoituksena oli lisätä tietoa syömishäiriötä sairastavista lapsista ja nuorista, jotta fysioterapeuttien vastaanotolla olisi helpompi tunnistaa mahdollisia syömishäiriöön viittaavia merkkejä. Lisäksi tarkoitukseni oli selkiyttää ja sekä itselleni, että työyhteisölleni syömishäiriöisten lasten ja nuorten hoitopolkua, jotta, jos/kun vastaanotolle tulee syömishäiriötä sairastava lapsi tai nuori, hänet osataan ohjata oikean hoidon piiriin. Tämä tukee varhaisen puuttumisen hoitomallia, mikä on olennaisessa osassa syömishäiriötä sairastavien lasten ja nuorten kuntoutumisprosessia. Työssäni pidin teoriaosuuden kohtalaisen tiiviinä, enkä lähtenyt syvemmin paneutumaan syömishäiriöiden taustoihin tai hoitoon sekä psykofyysiseen fysioterapiaan ja fysioterapeuttisiin harjoitteisiin. Tämä siksi, että kehittämistehtäväni tulee työyhteisölleni ja halusin, että teoriaosuus on tiivis ja selkeä kaikille. Kyseisistä aiheista löytyy useita tutkimuksia, joiden avulla tietoon voi syventyä tarkemmin.

Jos minulla olisi ollut aikaa enemmän, olisin halunnut haastatella hoitopolun eri vaiheisiin liittyviä ammattihenkilöitä. Olisin halunnut saada vielä kokemusperäistä tietoa esimerkiksi kouluterveydenhoitajilta syömishäiriötä sairastavien lasten ja nuorten niin sanotuista tunnus/hälytysmerkeistä, joihin he kiinnittävät vastaanotolla huomiota. Olisin myös halunnut tietää, että seulovatko he mahdollisia sairastuneita muiden koululaisten joukoista esimerkiksi kyselyillä ja kuinka hyvin varhainen puuttuminen onnistuu perusterveydenhuollon puolella. Yhteen terveydenhoitajaan olin yhteydessä sähköpostitse, mutta aikataulullisista syistä hän ei ehtinyt minulle vastata.

Jatkossa olisi myös mielenkiintoista selvittää, miten hyvin yhteistyö toimii eri tahojen välillä. Eli toisin sanoen, kuinka hyvin vuorovaikutus toimii perusterveydenhuollon, erityissairaanhoidon ja yksityispuolen välillä. Onko hoitopolku katkeamaton ja saavuttaako hoitopalautteet kaikki tahot ajallaan. Pohdin myös samaa fysioterapian suhteen. Jos lapsen tai nuoren kohdalla on havaittu, että fysioterapialla on vaikuttavuutta sairastuneen hoidossa, niin pystytäänkö fysioterapiaa järjestämään, ilman

pitkiä, kuntoutusta hidastavia taukoja. Mielestäni on tärkeää, että Käypähoito-suosituksissa on huomioitu fysioterapia osana syömishäiriöiden hoitoa. Pidän myös merkittävänä sitä, että psykofyysisen fysioterapian vaikuttavuus syömishäiriöiden hoidossa on noussut viime vuosina enemmän esille ja sen vaikuttavuutta on tutkittu. Tätä samaa toin esille jo johdannossa, kun tarkastelin psykofyysisen fysioterapian maksusitoumusten määrän lisääntymistä.

Tulevaisuudessa perusterveydenhuollon rooli syömishäiriöiden kuntoutuksessa kasvaa. Kuten aiemmin totesin, perusterveydenhuollolla on merkittävä rooli hoidontarpeen tunnistamisessa ja käynnistämässä. Jatkossa perusterveydenhuollon rooli kasvaa myös jatkokuntoutuksen suhteen. Tipotiellä sijaitsevan psykiatrian yksikköön palkataan psykofyysiseen fysioterapiaan erikoistunut fysioterapeutti. Sen myötä psykiatrisen yksikön moniammatillinen tiimi saa hyvän lisävahvuuden joukkoonsa ja myös kaupunki pystyy tarjoamaan psykofyysistä fysioterapiaa lapsille ja nuorille. Lisäksi minun erikoistumisopintojen jälkeen osaaminen lisääntyy myös avokuntoutuksen puolella. Itse koen, että tämän työn pohjalta osaan paremmin tunnistaa hoidon tarpeessa olevan lapsen tai nuoren ja ohjata hänet oikeaan paikkaan. Minulla on myös keinoja syömishäiriötä sairastavan lapsen ja nuoren tutkimiseen ja ohjaamiseen.

Tulevaisuudessa Sote- muutokset tuovat mahdollisesti mukanaan uusia haasteita ja mahdollisuuksia terveydenhuollossa. Muutosten myötä toivon, että yhteistyö eri organisaatioiden välillä on mutkattomampaa, avoimempaa ja säännöllisempää. Syömishäiriökuntoutujien hoidon kannalta olisi hyvä, että hoito- ja tutkimusmenetelmiä voitaisiin yhtenäistää, jotta hoidon arvioiminen olisi tehokkaampaa ja selkeämpää. Kuntoutujan kannalta siirtyminen organisaatiosta toiseen olisi niin sanotusti turvallisempaa ja sujuvampaa, kun hänellä olisi käsitys tulevasta hoitopaikasta/kontaktista ja siellä tapahtuvasta hoidosta. Tärkeintä olisi, että sairastuneella säilyy hoitokontakti johonkin organisaatioon koko ajan ja hoidon päätyttyä sairastunutta kontrolloitaisiin jonkin tahon, mahdollisesti kouluterveydenhuollon osalta, jotta sairauden uusiutumista voitaisiin ehkäistä

7 LÄHTEET

Alajoki, K. & Karttunen, L. 2013. Syömishäiriötä sairastavien kuntoutujien kokemuksia psykofyysisestä fysioterapiasta. Psykofyysisen fysioterapian erikoistumisopinnot. Tampereen ammattikorkeakoulu. Kehittämistehtävä.

Blomqvist-Lyytikäinen, M., Aapro, S., Arola, L., Gräsbeck, M., Hovi, T., Iisalo, P., Kaltiainen, T., Kiviniemi, E.-A., Leppäkaskes, T., Metsärinne, U., Nurminen, M.-L., Peni-Kivirikko, S. & Suomalainen, E. 2010. Hoitoketjut. Lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoitoketju. Luettu 02.10.2015. Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Carea. http://www.terveysportti.fi/dtk/shp/avaa?p_artikkeli=shp00917

Dadu, Y. & Raevuori, A. 2013. Syömishäiriöt. Teoksessa Marttunen, M., Huurre, T., Strandholm, T & Viialainen, R. (toim.) Nuorten mielenterveystyö. Opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 61.

Ebeling, H. & Moilanen, I. 2004. Lasten syömishäiriöt. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 319-330.

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. 2012. Perusterveydenhuolto. Päivitetty 14.08.2012. Luettu 18.10.2015. http://www.esshp.fi/perusterveydenhuolto_in

Kieseppä, T. & Oksanen, J. 2013. Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 129 (20), 2133-2139.

Käypä hoito. 2014. Syömishäiriöt. Luettu 26.08.2015. www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50101#s1

Laine, H. Sosiaalityöntekijä. 2015. Psykofyysinen fysioterapia. Sähköpostiviesti. helina.laine@tampere.fi. Tulostettu 20.10.2015

Lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoitoketju. 2015. HUS-Länsi-Uusimaa. <http://intra.pshp.fi>

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2015. Nuorisopsykiatrian poliklinikka. Päivitetty 29.09.2015. Luettu 24.10.2015. www.pshp.fi

Probst, M. 2013. Bodyoriented therapy. Luento. 5. Psykomotoriikan kongressi 9.-11.5.2013. Barceloona.

Psyfy ry. 2015. Psykofyysinen fysioterapia. Luettu 17.05.2015. <http://www.psyfy.net/>

Psykiatrian terapia- ja ohjaustoiminnat. 2015. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Päivitetty 05.08.2015. Luettu 24.10.2015. www.pshp.fi

Rantanen, P. 2004. Nuorten syömishäiriöt. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 324-330

Vesanen, P. & Pulkkinen, S. 2014. Nuoren syömishäiriöisen potilaan hoito. Sairaanhoitajan käsikirja. Luettu 28.08.2015. <http://www.terveyportti.fi>

Suokas, J. & Rissanen, A. 2007. Syömishäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim, 355.

Syömishäiriöliitto- Syli ry. Koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon rooli. Luettu 02.10.2015. <http://www.syomishairioliitto.fi/syomishairiot/mista-apua2.html>

Tampereen kaupunki. 2015. Fysioterapia. Luettu 06.06.2015. <http://www.tampere.fi/terveyspalvelut/kuntoutus/fysioterapia.html>

Vancampfort, D., Vanderlinden, J., De Hert, M., Soundy, A., Adámkova, M., Skjaerven, L H., Catalàn-Matamoros, D., Lundvik Gyllensten, A., Gòmez-Conesa, A. & Probst, M. 2014. A systematic review of physial therapy interventions for patients with anorexia and bulimia nervosa. Disabil Rehabil 36 (8), 628-634

LIITTEET

Liite 1. Syömishäiriötä sairastavan lapsen tai nuoren hoitopolku

