

Varsinais-Suomen hyvinvointialueen toimintakyköpoliklinikan pilotti

– kuntoutusohjelma ja tutkimusasetelma

Salminen Marika, ft, FT, dosentti, marika.j.salminen@varha.fi, Varsinais-Suomen hyvinvointialue (Varha), Yliopistollinen sote-keskus; Turun yliopisto/yleislääketiede

Salonen Anna, LL, anna.salonen@varha.fi, Varsinais-Suomen hyvinvointialue (Varha), Yliopistollinen sote-keskus

Saarre Satu, ft (AMK), satu.saarre@varha.fi, Varsinais-Suomen hyvinvointialue (Varha), Yliopistollinen sote-keskus

Helliäinen Aapo, tt (AMK), aapo.helliainen@varha.fi, Varsinais-Suomen hyvinvointialue (Varha), Yliopistollinen sote-keskus

Alitalo Taina, psykologi, taina.alitalo@varha.fi, Varsinais-Suomen hyvinvointialue (Varha), Yliopistollinen sote-keskus

Reunanen Outi, sh (YAMK), outi.reunanen@varha.fi, Varsinais-Suomen hyvinvointialue (Varha), Yliopistollinen sote-keskus

Laivoranta-Nyman Susanna, LT, johtaja, susanna.laivoranta-nyman@varha.fi, Varsinais-Suomen hyvinvointialue (Varha), Yliopistollinen sote-keskus

Kirjeenvaihto: Marika Salminen, s-posti: marika.j.salminen@varha.fi, puh: 040-8364115

Abstrakti

Varsinais-Suomen hyvinvointialueella (Varha) aloitettiin elokuussa 2023 pilottihankkeena Toimintakyköpoliklinikka, jossa hoidettiin pitkittyneistä kehollisista oireista, kuten toiminnalliset häiriöt ja pitkittyneet uupumusoireet, kärsiviä potilaita. Toiminnassa keskityttiin biopsykososiaaliseen, moniammatilliseen ja yksilöllisesti räätälöityyn kuntoutukseen, jonka tavoitteena oli kohentaa potilaiden toimintakykyä ja elämänlaatua, auttaa potilaita löytämään keinoja selvitä arjessa oireidensa kanssa, tukea työhön ja/tai opiskeluun paluuta sekä vähentää epätarkoituksenmukaisia tutkimuksia. Poliklinikan henkilöstöön kuului projektikoordinaattori, lääkäri, toimintaterapeutti, fysioterapeutti, psykologi, kuntoutusohjaaja ja osastonsihteeri. Kuntoutusohjelma koostui lääkärin ja kuntoutustiimin arviointikäynneistä, pitkittyneiden kehollisten oireiden kuntoutuskurssista sekä yksilöllisen tarpeen mukaan toimintaterapeutin, fysioterapeutin, psykologin sekä kuntoutusohjaajan toteuttamasta ryhmä- ja/tai yksilökuntoutuksesta ja -ohjauksesta. Potilailta kerättiin kyselylomakkein laaja-alaisesti tietoa oireista, toimintakyvystä ja elämänlaadusta kuntoutuksen alussa sekä kuusi ja 12 kuukautta kuntoutuksen alkamisesta. Lisäksi potilailta kerättiin palautetta kuntoutusprosessista ja sen vaikutuksista. Poliklinikan henkilökunnan näkemyksiä poliklinikan toiminnasta ja kuntoutusprosessista tiedusteltiin teemahaastattelulla. Varhan rekistereistä pyydetään tiedot poliklinikalla hoidettujen potilaiden sosiaali- ja terveystalveluiden käytöstä vuoden ajalta ennen kuntoutuksen alkua, kuntoutusjakson aikana sekä vuoden ajalta kuntoutusjakson jälkeen.

Toiminnalliset oireet ovat yleisiä väestössä. Terveyskeskuslääkärin vastaanotolla kävijöistä toiminnallinen oire on käynnin syynä noin joka kolmannella ja erikoissairaanhoidon potilaista ja terveyspalveluiden suurkuluttajista jopa puolella. Vaikeista oireista kärsii 3–5 % (1, 2). Mikäli oireet pitkittyvät ja alkavat merkittävästi haitata toimintakykyä, puhutaan toiminnallisista häiriöistä (2).

Toiminnallisiksi luokitellut häiriöt voivat olla hyvin vaikeita, jopa invalidisoivia, minkä vuoksi potilaat usein ajautuvat pitkittyneisiin tutkimuskierteisiin, joissa ei kuitenkaan löydy syytä oireille. Tästä on seurannut potilaille työ- ja toimintakyvyn laskua, elämänlaadun heikkenemistä, ajautumista taloudellisiin vaikeuksiin ja epätarkoituksenmukaista terveys- ja sosiaalipalveluiden käyttöä (2, 3).

Vuoden 2018 Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) suosituksessa toiminnallisten häiriöiden hoidon yhtenäisistä perusteista todettiin, että toiminnallisten häiriöiden hoitopolut ja hoitokäytännöt Suomessa ovat hajanaisia eikä vaikuttavaa hoitoa ja kuntoutusta ole systemaattisesti tarjolla (4). Suomen ensimmäinen toiminnallisten häiriöiden poliklinikka perustettiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) alueelle 2019 (5). Varsinais-Suomen hyvinvointialueen (Varha) yliopistollisen sote-keskuksen Toimintakykypoliklinikan toiminta alkoi elokuussa 2023 pilottihankkeena. Poliklinikalla hoidettiin pitkittyneistä kehollisista oireista, kuten toiminnalliset häiriöt ja pitkittyneet uupumusoireet, kärsiviä potilaita. Poliklinikan toiminnassa keskityttiin biopsykososiaaliseen, moniammatilliseen ja yksilöllisesti räätälöityyn kuntoutukseen, jonka tavoitteena oli kohentaa potilaiden toimintakykyä ja elämänlaatua, auttaa potilaita löytämään keinoja selvitä arjessa oireidensa kanssa, tukea työhön ja/tai opiskeluun paluuta sekä vähentää epätarkoituksenmukaisia tutkimuksia ja vastaanottokäyntejä.

Tavoitteet

Tässä artikkelissa kuvataan Varhan yliopistollisen sote-keskuksen toimintakykypoliklinikan pilotin kuntoutusohjelma sekä tutkimusasetelma.

Aineisto ja menetelmät

Aineisto

Varhan yliopistollisen sote-keskuksen toimintakykypoliklinikan pilotin rekisteritutkimuksen aineiston muodostivat työikäiset potilaat, jotka kärsivät pitkittyneistä kehollisista oireista, kuten toiminnalliset häiriöt ja pitkittyneet uupumusoireet (esim. krooninen väsymysoireyhtymä ja post-COVID), joista oli tehty lähete toimintakykypoliklinikalle 1.8.2023–30.4.2025, todettu kuntoutukseen soveltuviksi ja jotka olivat antaneet suostumuksensa tutkimukseen osallistumiseen ($n = xxx$) (xx % kuntoutukseen valituista potilaista). Tutkimuksen kulkukaavio on esitetty kuviossa 1. Potilaita seurataan 12 kuukauden ajan kuntoutuksen alkamisesta.

Toimintakykypoliklinikka

Poliklinikan henkilöstöön kuului projektikoordinaattori, lääkäri, toimintaterapeutti, fysioterapeutti, psykologi, kuntoutusohjaaja ja osastonsihteri. Alkuvaiheessa poliklinikan asiantuntijoiden tukena toimi tarvittaessa erikoissairaanhoidon asiantuntijoista koostuva konsultaatiotyöryhmä. Poliklinikka ei ollut potilaan pääasiallinen hoitava taho vaan toimi ensisijaisesti konsultoivassa roolissa lähettävän tahon tukena. Potilaalla oli perusterveydenhuollossa, työterveyshuollossa tai yksityisellä lääkäriasemalla hoitava lääkäri, joka huolehti pääosin sosiaalivakuutusjärjestelmän edellyttämistä lausunnoista, perushoidosta ja hoidon jatkuvuudesta. Muut sairaudet poissulkevat erityistutkimukset ja diagnostiikka perustasolla ja tarvittavilla erikoisaloilla tuli olla pääsääntöisesti tehtynä ennen poliklinikalle lähettämistä. Poliklinikan asiantuntijoita oli mahdollista konsultoida lähetejärjestelmän kautta tai jättämällä soittopyynnön osastosihterille.

Toimintakykypoliklinikan kuntoutusohjelmaan valikoituminen

Lähteitä poliklinikalle tehtiin perustasolta (perusterveydenhuolto, työterveyshuolto ja yksityiset terveyspalvelut) sekä erikoissairaanhoidosta. Poliklinikan lääkäri, projektikoordinaattori ja kuntoutusohjaaja tutustuivat saapuneisiin lähetteisiin. Tarvittaessa kuntoutusohjaaja täydensi lähetettä tarkentaakseen potilaan sosiaalista tilannetta (perhetilanne ja tukiverkko, koulutustausta, työtilanne ja toimeentulo). Tämän jälkeen lähteet käsiteltiin yhteisesti lääkärin, projektikoordinaattorin ja kuntoutusohjaajan lähetepalaverissa. Jos potilaan ei katsottu olevan soveltuva kuntoutukseen, lähettävälle lääkärille annettiin konsultaatiovastaus. Yleisimmät syyt kuntoutukseen soveltumattomuudelle olivat potilaan tilanteen vaatimat laajat lisäselvitykset jollakin erikoissairaanhoidon alalla, heikko vointi, akuutti päihdeongelma ja/tai motivaation puute.

Toimintakykypoliklinikan kuntoutusohjelma

Kuviossa 2 on kuvattu kuntoutusohjelman eteneminen. Lähetekäsittelyn jälkeen kuntoutusohjaaja soitti kuntoutukseen soveltuvaksi arvioidulle potilaalle, kartoitti potilaan kuntoutusmotivaatiota ja sosiaalista tilannetta, kertoi kuntoutusjaksosta sekä kehotti potilasta tutustumaan etukäteen netistä löytyvään pitkäaikaisten kehollisten oireiden omahoito-ohjelmaan (PITKO) (6), johon toimintakykypoliklinikan kuntoutus pitkälti pohjautui. Kuntoutusohjaajan yhteydenoton jälkeen osastonsihtööri varasi potilaalle ajan *lääkärin alkuarviointikäynnille ja kuntoutustiimin yhteisvastaanotolle* sekä lähetti kyselylomakkeet (taulukko 1) täytettäväksi. Lääkärin alkuarviointikäynnin yhteydessä osastonsihtööri kertoi potilaalle tutkimuksesta ja antoi tutkimustiedotteen, tietosuojaselosteen ja suostumuslomakkeen potilaalle tutustuttavaksi.

Lääkäri oli etukäteen perehtynyt potilaan sairaushistoriaan, tehtyihin tutkimuksiin ja hoitoon. Tarvittaessa lääkäri konsultoi tarvittavan alan erikoislääkärinä tai potilaan tilannetta ja mahdollista tarvetta lisätutkimuksille käsiteltiin erikoissairaanhoidon konsultaatiotyöryhmässä. Lääkärin

alkuarviointikäynnillä arvioitiin stressijärjestelmän herkistymistä, käytiin läpi kuormitustekijät sekä arvioitiin oireenmukaisen (esim. krooninen kipu, univaikeudet, ahdistus, masennus, autonomisen hermoston yliaktiivisuus) lääkehoidon tarve. Lääkäri jakoi potilaalle tietoa autonomisesta hermostosta, elimistön stressijärjestelmistä (aivojen stressijärjestelmät, immuno-inflammatorinen systeemi, hypothalamus-aivolisäke-lisämunuaiskuori-akseli ja autonominen hermosto) ja niihin liittyvistä oireista, liikunnasta, ravinnosta ja unesta (psykoedukaatio).

Seuraavaksi potilas tapasi psykologin, toimintaterapeutin, fysioterapeutin ja kuntoutusohjaajan *kuntoutustiimin yhteisvastaanotolla*. Vastaanotolla suunniteltiin potilaan kuntoutusta poliklinikalla, sekä kartoitettiin mahdollisten uusien palvelujen tarvetta ja sopivaa ajankohtaa niiden liittämiseksi potilaan palvelupolkuun. Yhteisvastaanotolla tehtiin moniammatillinen arvio ja yksilöllinen kuntoutussuunnitelma, jossa oli määritelty mahdollinen tarve poliklinikan tarjoamalle yksilö- ja/tai ryhmäkuntoutukselle. Kuntoutustiimin ja potilaan yhdessä laatiman kuntoutussuunnitelman pohjana olivat lääkärin alkuarviointikäynnillä kirjaamat tiedot sekä hoitoon ja kuntoutukseen liittyvät jatkosuositukset.

Lähes kaikille potilailla suositeltiin osallistumista *pitkittyneiden kehollisten oireiden kurssille*. Kurssilla käsiteltäviä teemoja olivat muun muassa toiminnan rytmittäminen, kehon, mielen ja toiminnan vuorovaikutus, sopeutuminen toimintakyvyn heikentymiseen, vireystilojen tunnistaminen sekä säätely- ja palautumiskeinot. Kurssin tarkoituksena oli antaa potilaalle tietoa toiminnallisista häiriöistä sekä harjoitella käytännön keinoja ja menetelmiä toimintakyvyn ja elämänlaadun parantamiseksi. Potilaille, jotka eivät halunneet tai pystyneet osallistumaan ryhmämuotoiselle kurssille, suositeltiin tutustumista PITKOon (6). Kurssin tai PITKOon tutustumisen jälkeen potilaan kanssa yhdessä arvioitiin uudelleen tarvetta ryhmä- ja/tai yksilökuntoutukselle.

Potilaat, joiden arvioitiin hyötyvän tasapainoisen hengityksen harjoittelusta, osallistuivat psykofyysisen hengitysterapiaan pohjautuvaan *hengitysryhmään*. Ryhmän toiminta perustui

vertaistukeen, lyhyisiin tietoiskuihin, keskusteluun sekä toiminnallisiin harjoituksiin. Ryhmää ohjasivat psykologi ja fysioterapeutti.

Toimintaterapeutin, fysioterapeutin, psykologin ja kuntoutusohjaajan yksilökuntoutusta ja/tai -ohjausta tarjottiin potilaille heidän yksilöllisten tarpeidensa mukaisesti. *Toimintaterapeuttisella arviointijaksolla* toimintaterapeutti muodosti kokonaiskuvan potilaan toimintakyvystä taustatietolomakkeiden ja kuntoutustiimin yhteisvastaanotolla esiin tulleiden tietojen sekä haastattelun ja havainnoinnin avulla. Arvioinnissa keskityttiin potilaan suoriutumiseen hänelle tärkeissä toiminnoissa, kuten itsestä huolehtimisessa, työssä tai opiskelussa ja harrastuksissa. Arvioinnin perusteella toimintaterapeutti ja potilas asettivat yhdessä toimintaterapeuttisen yksilökuntoutuksen tavoitteet.

Arviointijakson jälkeisellä *toimintaterapiajaksolla* työskenneltiin yhdessä asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Terapiassa kartoitettiin mahdollisia muutostarpeita potilaan elämässä, jäsennettiin päivä- ja viikkorytmiä, mukautettiin potilaan toimintatapoja sekä suunniteltiin toiminnan jaksottamista ja tauottamista. Oleellista oli tunnistaa omat vahvuudet ja rajat, huolehtia rajoista ja tarvittaessa vähentää kuormitusta. Potilaan päivittäistä ja viikoittaista toimintakykyistä aikaa pyrittiin lisäämään varovasti kehoa kuunnellen ja toimintakyvyn romahdusta välttämällä. Tavoitteena oli pyrkiä pitämään vireystila mahdollisimman tasaisena ja välttää vireystilan äärimmäistä vaihtelua. Jaksolla suunniteltiin myös riittävän levon ja palauttavien toimintojen sekä mielihyvää ja iloa tuottavien asioiden, kuten harrastuksiin palaamisen, mahdollistamista. Terapiassa hyödynnettiin esimerkiksi musiikkia ja kuvataidetta potilaan kiinnostuksen kohteiden mukaan. Potilas sai myös jakson aikana toiminnallisiin häiriöihin liittyvää tietoa (psykoedukaatio).

Fysioterapeuttisella arviointijaksolla fysioterapeutti arvioi ja havainnoi potilaan perusliikkumista, kehon asentoja, alustasuhdetta, hengitystä sekä muita fyysisen toimintakyvyn osa-alueita suhteessa potilaan omiin havaintoihin. Tarvittaessa fyysistä toimintakykyä mitattiin toimintakyvyn mittareilla (esim. tuolilta nousutesti 5 tai 10 kertaa, käden puristusvoima, 10 metrin kävelytesti, manuaalinen

lihaskuntoarvio, Beightonin kriteerit). Potilas täytti tarvittavat itsearviointikyselyt, kuten kyselyn keskushermoston herkistymisestä ja epätasapainoisesta hengityksestä sekä teki oirepiirroksen. Tarvittaessa tehtiin kotikäynti mahdollisten kodin muutostöiden ja apuvälinetarpeiden kartoittamiseksi. Arviointijakson perusteella arvioitiin psykofyysisen fysioterapian tarve sekä asetettiin yhdessä potilaan kanssa konkreettiset pää- ja osatavoitteet fysioterapiajakson.

Psykofyysisen fysioterapian yksilöterapiajaksoilla pyrittiin vaikuttamaan muun muassa aktiivisuuden ja palautumisen rytmiin, vuorokausirytmin säätelyyn, autonomisen hermoston toimintaan, motorisiin järjestelmiin, kivunhallintaan ja/tai vireystilaan. Käytetyt menetelmät sisälsivät kehontietoisuus-, -hahmotus- ja -tuntemusharjoitteita, hengitysharjoitteita, vireystilan säätelyä tukevia harjoitteita, rentoutus- ja liikeharjoitteita, manuaalisia keinoja, kehon rajojen hahmottamiseen liittyviä harjoitteita, liikuntaharrastuksiin ohjaamista sekä vuorovaikutusta ja itseilmaisua tukevia harjoitteita. Tärkeintä oli potilaan kokemuksellinen oppiminen. Terapiassa potilaalle annettiin tietoa erityisesti elimistön stressijärjestelmän toiminnasta ja sen säätelystä, ylihengityksen yhteydestä tuki- ja liikuntaelimistön oireiluun sekä aktiivisuuden ja palautumisen välisestä suhteesta kuntoutumisen edistämiseksi (psykoedukaatio).

Psykologin vastaanotolla arvioitiin potilaan psyykkiseen toimintakykyyn vaikuttavia tekijöitä. Arviointi perustui taustatietolomakkeiden ja kuntoutustiimin yhteisvastaanotolla esiin tulleisiin tietoihin sekä keskusteluun potilaan kanssa. Vastaanotolla tehtiin tarvittaessa neuropsykologien haasteiden alkukartoitus (ADHD/autismin kirjo). Alkukartoituksen perusteella osa potilaista ohjattiin tarkempiin jatkotutkimuksiin. Tapaamisissa psykologin kanssa tavoitteena oli potilaan itseymmärryksen lisääntyminen. Yhdessä käsiteltiin lyhytterapeuttisia menetelmiä hyödyntäen sairastumisen aiheuttamaa kriisiä, elämän kuormitustekijöitä, suhdetta itseen ja muihin, pyrittiin arvioimaan realistisesti tilanteeseen liittyviä tekijöitä, tarjottiin tietoa stressijärjestelmästä (psykoedukaatio) sekä keskusteltiin uneen ja nukkumiseen liittyvistä asioista.

Toimintakyköpoliklinikan läheteprosessiin osallistumisen lisäksi *kuntoutusohjaaja* toimi potilaan poliklinikan yhteyshenkilönä ja auttoi potilasta virasto- ja etuusasioissa (esim. Kela, TE-palvelut, työeläkeyhtiöt, alueen sosiaalityö ja vammaispalvelut sekä muut mahdolliset toimijat). Lisäksi kuntoutusohjaaja osallistui tarvittaessa kotikäynteihin yhdessä fysio- ja toimintaterapeutin kanssa. Kuntoutusprosessin aikana kuntoutusohjaaja tarkasteli potilaan palvelupolkua palvelujärjestelmässä sekä kartoitti uusia palveluita ja liitti ne osaksi potilaan yksilöllistä palvelupolkua.

Väli- ja loppuarvioinnit

Potilas tapasi lääkärin uudestaan noin kuusi (väliarviointi) sekä 12 kuukautta (loppuarviointi) kuntoutusjakson alkamisesta. Tilanteissa, joissa potilaan kuntoutusprosessi päättyi pian kuuden kuukauden väliarvioinnin jälkeen, loppuarviointi suoritettiin puhelimitse. Arvioinneissa hyödynnettiin potilaalta kuntoutusjakson alussa, kuuden ja/tai 12 kuukauden kohdalla kyselylomakkein kerättyä tietoa (taulukko 1).

Kuntoutusjakson lopussa kaikki kuntoutustiimin jäsenet tekivät omat loppuarvionsa sekä jatkokuntoutussuunnitelmansa. Näiden perusteella toimintaterapeutti tai fysioterapeutti laativat yhdessä potilaan kanssa hyvinvointisuunnitelman, johon potilas saattoi kuntoutusjakson jälkeen tarvittaessa tukeutua. Osalle potilaista pyrittiin järjestämään omalääkäri perusterveydenhuollosta, jos sellaista ei vielä ollut. Tarvittaessa kuntoutustiimin jäsenet ja/tai lääkäri ottivat yhteyttä jatkohoidon ja/tai -kuntoutuksen järjestäjään/järjestäjiin tai antoivat omat yhteystietonsa konsultointia varten. Kuntoutusohjaaja saattoi myös järjestää potilaan jatkohoito- ja -kuntoutustahon kanssa moniammatillisen verkostotapaamisen, jos se katsottiin tarpeelliseksi.

Aineiston keruu

Potilailta kyselylomakkein kerätty tieto on kuvattu taulukossa 1. Lisäksi potilailta on kerätty strukturoidulla kyselylomakkeella palautetta pitkittyneiden kehollisten oireiden kurssista luentosarjasta sekä hengitysryhmästä. Viimeisellä poliklinikkakäynnillä potilailta kerättiin nimettömänä palautetta kuntoutusprosessista strukturoidulla kyselylomakkeella, joka sisälsi myös avoimia kysymyksiä. Poliklinikan henkilökunnan näkemyksiä poliklinikan toiminnasta ja kuntoutusprosessista tiedusteltiin teemahaastattelulla. Varhan rekistereistä pyydetään potilaiden sosiaali- ja terveystalveluiden käytöstä vuoden ajalta ennen kuntoutuksen alkua, kuntoutusjakson aikana sekä vuoden ajalta kuntoutusjakson jälkeen.

Eettisyys ja tietosuoj

Tutkimus on saanut Varhan tutkimuslupan 18.1.2024 (T139833-2023). Tutkittavat antoivat tietoon perustuvan suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimuksessa kerättäviä henkilötietoja käsitellään tietosuojasetuksen mukaisesti.

Pohdinta

Toiminnallisiksi luokitellut häiriöt aiheuttavat työ- ja toimintakyvyn laskua, elämänlaadun heikkenemistä, ajautumista taloudellisiin vaikeuksiin ja kuormittavat palvelujärjestelmää (2, 3). Edellä mainituista syistä maassamme on viime vuosina pyritty kehittämään toiminnallisista häiriöistä kärsivien hoitoa ja kuntoutusta. Suomen ensimmäinen toiminnallisten häiriöiden poliklinikka perustettiin HUS-alueelle vuonna 2019 (5), ja Varhan Toimintakykypoliklinikan pilotti aloitti toimintansa vuonna 2023. Lisäksi useisiin sairaaloihin on perustettu moniammatillisia työryhmiä toiminnallisista häiriöistä kärsivien hoidon kehittämiseksi (15).

Varhan Toimintakykypoliklinikan biopsykososiaalinen, moniammatillinen ja potilaan tarpeiden mukaan räätälöity kuntoutusohjelma on suunniteltu PITKOa (6) ja HUS-alueen toiminnallisten oireiden poliklinikan (5) kuntoutusohjelmaa sekä aikaisemmissa tutkimuksissa toimiviksi todettuja toimintamalleja ja terapioiden (3, 16–19) sekä kehittämisideoita (20) mukaillen. Potilaiden hoidon ja kuntoutuksen kehittämisen lisäksi Toimintakykypoliklinikan tehtävänä on lisätä tietoa toiminnallisten häiriöiden hoidosta ja kuntoutuksesta Varhan alueella ja kouluttaa alueen toimijoita.

Toimintakykypoliklinikan toiminnan kehittämiseksi toteutettavan 12 kuukauden mittaisen seurantatutkimuksen asetelma on kontrolloimaton. Tästä syystä potilaiden oireissa ja/tai toimintakyvyssä seuranta-aikana esiin tulleita muutoksia ei ilman muuta voida yhdistää kuntoutukseen. Tutkimuksella saadaan kuitenkin kuvailevaa tietoa pilotoidun poliklinikan potilaista, alustavaa tietoa siitä, minkä tyyppiset potilaat saattaisivat hyötyä kuntoutuksesta, tietoa valittujen mittareiden soveltuvuudesta sekä potilaiden ja poliklinikan henkilökunnan arvioita kuntoutusprosessista ja sen mahdollisista kehittämistarpeista. Lisäksi tavoitteena on verrata kuntoutukseen osallistuneiden potilaiden sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöä kuntoutusta edeltäneen vuoden aikana kuntoutuksen jälkeisen vuoden vastaavaan.

Kirjallisuus

1. Loenggaard K, Bjorner J B, Fink P K, Burr H, Rugulies R. Medically unexplained symptoms and the risk of loss of labor market participation. A prospective study in Danish population. BMC Public Health 2015;15:844.
2. Selinheimo S, Vuokko A, Juvonen-Posti P. Toiminnallisten häiriöiden kuntoutus. Sovellettavuus Kelan järjestämään kuntoutukseen ja vaikuttavat kuntoutusmuodot. Kela: Kuntoutusta kehittämässä 2019:7. Helsinki 2019.
3. Sainio M, Vataja R. Toiminnallisten häiriöiden diagnostiikka ja hoito. Julkaisussa: Juva K, Hublin C, Kalska H ym. (toim.) Kliininen neuropsykiatria. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 2021: 394–407.
4. Aikuisten toimintakykyä alentavat toiminnalliset häiriöt. Teoksessa Yhtenäisen kiireettömän hoidon perusteet 2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2019:2. Helsinki, 2019: 286–7.
5. Liira H. Uusi toiminnallisten häiriöiden poliklinikka kuntouttaa, kouluttaa ja kehittää hoitoa. Duodecim 2020;136:11–3.
6. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/omahoito/pitkaaikaisten-kehon-oireiden-omahoito-ohjelma>
7. Kriston L, Hölzel L, Weiser AK ym. Meta-analysis: are 3 questions enough to detect unhealthy alcohol use? Ann Intern Med 2008;149:879–88.
8. Kessler RC, Adler L, Ames M ym. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. Psychol Med 2005;35:245–56.
9. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. Psychol Med 1998;28:551–8.

10. Ustün TB, Chatterji S, Kostanjsek N ym. Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bull World Health Organ* 2010;88:815–23.
11. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. JAMA* 1999;282:1737–44.
12. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med* 2006;166:1092–7.
13. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom Med* 2002;64:258–66.
14. Bastien CH, Vallières A, Morin CH. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Med* 2001;2:297–307.
15. <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/toiminnallisten-hairioiden-hoito-saa-vauhtia/>
16. Kleinstäuber M, Witthöft M, Hiller W. Efficacy of a short-term psychotherapy for multiple medically unexplained physical symptoms: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2011;312:146–60.
17. van Dessel N, den Boeft M, van der Wouden JC ym. Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014;11:CD011142.
18. Keurulainen M, Holma J, Pänkäläinen M, Hingtikka J, Partinen M. 'I became more aware of my actions' – A qualitative longitudinal study of a health psychological group intervention for patients with myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome. *Health Expectations* 2023;26:2312–24.

19. Kozlovska K, Scher S, Helgeland H, Chrousos G. Functional somatic symptoms in children and adolescents. Springer Nature Switzerland AG 2020. (https://library.oapen.org/bitstream/id/a931bc1e-f68b-4658-b6a7c23698a5e56/2020_Book_FunctionalSomaticSymptomsInChi.pdf)
20. Korkeamäki J, Hautamäki L, Peltonen K ym. Kuntoutusta rakentamassa. Toiminnallisten häiriöiden kuntoutuskokeilun arviointitutkimus (helsinki.fi), KELA, Sosiaali- ja terveysturvan raportteja, Helsinki 2023.