

Puheterapia – liian vähän liian harvoin ei ole vaikuttavaa kuntoutusta

Puheterapia on lääkinnällistä kuntoutusta, jonka tavoitteena on parantaa asiakkaan toiminta- ja kommunikaatiokykyä jokapäiväisessä elämässä. Puheterapiaan tulevien asiakkaiden kommunikaation, kielen ja puheen sekä syömiseen ja nielemiseen tai äänenkäytön vaikeudet ja niiden kuntoutuvuus eivät ole suoraan johdettavissa asiakkaan diagnoosista, iästä, sukupuolesta, kuntoutujan sosioekonomisesta asemasta tai muista taustamuuttujista. Jotta pystyisimme vaikuttamaan yksilön toimintakykyyn, tarvitsemme yksilöllistä kuntoutuksen suunnittelua, jossa otetaan diagnoosin ja sen vaikeusasteen lisäksi huomioon sekä kuntoutujan että hänen toimintaympäristönsä mahdollisuudet muutokseen, valitaan sopivat ja vaikuttavat menetelmät sekä sitoutetaan kuntoutuja ja hänen toimintaympäristönsä mukaan kuntoutusprosessiin. **Kuntoutuksen päätöksentekoprosessin pitää pohjautua tutkimukselliseen tietoon sekä puheterapeuttien ammatilliseen substanssiosaamiseen.**

Kuntoutuksen toteuttamiseen on käytettävissä rajallisesti resursseja. **Puheterapian hyötysuhteen on laskettu olevan 1:1,3–6,43, joten kuntoutustoimiin panostaminen on yhteiskunnallisesti tarkastellen järkevää** (Marsh ym. 2010). Jotta pystymme hyödyntämään rajalliset resurssit optimaalisella tavalla, on meidän tärkeää tietää puheterapiassa käytettävien menetelmien soveltuvuuden ja vaikuttavuuden lisäksi myös kuntoutuksen annostelusta (harjoituksen sisällä toteutuneet toistot, käyntikerran kesto, käyntikertojen tiheys ja terapiajakson kokonaiskesto).

Suomen Puheterapeuttiliitto on huolestuneena seurannut yli vuosikymmenen jatkunutta kehitystä, jossa sekä perus- että erityissairaanhoidosta suositeltujen ja Kelan, kuntayhtymien, sairaanhoitopiirien ja kuntien myöntämien sekä niissä toteutettujen kuntoutusjaksojen pituuksia on supistettu. **Nähdäksemme nyt ollaan tilanteessa, jossa useilla alueilla kuntoutuksen vaikuttavuus on vaarassa liian lyhyiden arviointi- ja kuntoutusjaksojen takia.** Lisäksi joudutaan tekemään asiakasryhmäkohtaista priorisointia.

Laadullisesti korkeatasoisen vaikuttavuustutkimuksen määrä on ollut valitettavan vähäistä, mutta onneksi tasokkaiden tutkimusten määrä on lisääntynyt viime vuosina. Kuntoutustutkimuksissa arvioidaan usein yksittäisen rajatun osa-alueen kuntoutusta, eikä tarkastella toimintakykyä ja osallistumismahdollisuuksia laajassa mittakaavassa. Vaikuttavuusnäytön vähäinen määrä tai puuttuminen ei kuitenkaan tarkoita, etteikö kuntoutuksella pystyittäisi vaikuttamaan yksilön toimintakykyyn (ks. esim. Savinainen-Makkonen & Kunnari, 2012a; Saarni, 2010, s. 30–31; Paltamaa, Karhula, Suomela-Markkanen & Autti-Rämö, 2011).

Suomessa toteutettu kuntoutustutkimus on vielä vähäistä ja sitä on ehdottoman tärkeää kerätä. Kuitenkin kansainvälisistä tutkimuksista saatava tieto on kuitenkin pääosin sovellettavissa Suomeen, joten olemme pystyneet koostamaan muutamasta keskeisestä puheterapian asiakasryhmästä olemassa olevaa vaikuttavuustietoa.

Kielellisen erityisvaikeuden kuntoutuksesta on vuonna 2016 valmistunut koostettu tutkimustietoon ja kliinisiin käytänteisiin pohjautuva Hyvät puheterapiakäytännöt –suositus (ks. Miettinen ym., 2016; <http://www.puheterapeuttiliitto.fi/fi/puheterapia/hyvat+puheterapiakaytannot/kielellisen+erityisvaikeuden+kuntoutus/>). Työryhmä kävi läpi yhteensä 1271 vuosina 2000–2014 julkaistua tutkimusta kielellisen erityisvaikeuden kuntoutukseen liittyen. Suosituksen mukaan lasten, joilla on kielellisen erityisvaikeuden riskitekijöitä, vanhempien ohjauksella lapsen varhaisvaiheen kehityksen tukemiseen näyttäsi olevan suotuisia vaikutuksia kielellisten taitojen ja käyttäytymisen kehitykseen (ks. myös Käypä hoito: Kielellinen erityisvaikeus). Kielellisen erityisvaikeuden kuntoutuksessa äännejärjestelmän eli fonologian kuntoutumisesta puheterapian keinoin on olemassa vahvaa näyttöä. Kuntoutus on aloittaa syytä viipymättä, kun fonologiset vaikeudet havaitaan, sillä spontaania korjaantumista ei useinkaan tapahdu. Puheen ymmärtämisen, kieliopillisten rakenteiden sekä dyspraksian kuntoutuksesta saadun kohtalaisen vahvan tutkimusnäytön perusteella tarkoin suunnitelluilla kuntoutusohjelmilla on mahdollista saada muutosta aikaiseksi. Kuulotiedon prosessoinnin, sanavaraston, pragmaattisten taitojen, kerrontataitojen, fonologisen tietoisuuden ja sananlöytämisvaikeuksien kuntoutuksesta saatu vaikuttavuustieto on vielä vähäistä, mutta kliinisen kokemuksen perusteella esimerkiksi kompensatoristen keinojen ja ympäristön ohjauksen keinoin pystymme vaikuttamaan yksilön toimintakykyyn. Lisäksi kielellisen erityisvaikeuden yhteydessä puheterapeuttien on ensiarvoisen tärkeää ohjata lasta ja hänen ympäristöään puhetta tukevien ja korvaavien kommunikaatiokeinojen käyttöön, mikäli lapsen omat keinot ilmaista itseään ovat puutteelliset.

Kuntoutuksen määrästä ja tiheydestä lasten kielellisten vaikeuksien kuntoutuksessa on olemassa tutkimuksia aivan viime vuosilta. Allenin (2013) tutkimuksen mukaan intensiivistä kuntoutusta (3x viikossa) saaneiden kielihäiriöisten lasten kuntoutus teipsi paremmin kuin harvajaksoisesti (1x viikossa) toteutettu kuntoutus. Myös Schooling ym. (2010) totesivat meta-analyyssissään korkeamman intensiteetin ja annosmäärän vaikuttavan positiivisesti kuntoutumiseen. Verbaalin dyspraksian kuntoutuksessa suurempi kuntoutuksen annostelu johtaa parempiin tuloksiin kuin vähäisempi annostelu (Ruscello, 2012; Edeal & Gildersleeve-Neumann, 2011; Williams, 2015; Namasivayam ym., 2015). Kuitenkin Thomas ym. (2014) havaitsivat, että kuntoutuksen määrän lisääminen kahdesta neljään kertaan viikossa ei tuottanut merkitseviä eroja kuntoutumiseen lyhyellä aikavälillä.

Aikuisasiakkaiden osalta **afasian kuntoutuksesta** on olemassa tutkimusnäyttöä, jonka mukaan riittävän pitkäkestoinen ja usein toteutuva kuntoutus on olennaista arkielämän kielenkäytön ja afasian vaikeusasteen paranemisessa (Brady ym., 2016). Jo kolmen viikon intensiivisellä kuntoutuksella pystytään helpottamaan afasiaan liittyviä vaikeuksia myös kroonistuneessa afasiassa (Breitenstein ym., 2017).

Yhteenvetona toteamme, että puheterapeuttista kuntoutusta on oltava tarjolla riittävästi, jotta yksilön toimintakyvyn kohentaminen on mahdollista. Olemassa olevan vaikuttavuustiedon perusteella voimme sanoa, että puheterapiasta on hyötyä. Riittämätön resursointi on kuitenkin kestäväntä puheterapian vaikuttavuuden näkökulmasta. Riittävä

määrä puheterapiaa on välttämätöntä, jotta pääsemme toteuttamaan kuntoutusta eettisesti ja taloudellisesti kestävältä pohjalta. Tällä hetkellä ne asiakkaat, jotka saavat puheterapiaa, saavat sitä keskimäärin kerran viikossa. Tämä on liian harvajaksoista ollakseen riittävän vaikuttavaa useamman asiakasryhmän kohdalla.

Tarvitsemme välittömästi lisää koulutuspaikkoja, jotta puheterapeuttipula helpottaisi. Vain tätä kautta voimme tulevaisuudessa toteuttaa toimintakykyä lisäävää puheterapeuttista kuntoutusta. Suomen Puheterapeuttiliitto tekee mielellään yhteistyötä puheterapiapalvelujen järjestämisen suunnittelussa sinä aikana, kun koulutusmäärät eivät mahdollista riittävien palveluiden tuottamista.

Helsingissä 5.5.2017

Suomen Puheterapeuttiliitto
hallitus

Allen, M. A. (2013). Intervention efficacy and intensity for children with speech sound disorders. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 56, 865–877.

Brady, M.C., Kelly, H., Godwin, J., Enderby, P. & Campbell, P. (2016). Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Haettu 5.4.2017 osoitteesta: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000425.pub3>

Breitenstein, C., Grewe, T., Flöel, A., ... Baumgaertner, A. (2017). Intensive speech and language therapy in patients with chronic aphasia after stroke: a randomized, open-label, blinded-endpoint, controlled trial in a health-care setting. Haettu 5.4.2017 osoitteesta: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30067-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30067-3)

Edeal, D. M. & Gildersleeve-Neumann, C. E. (2011). The importance of production frequency in therapy for childhood apraxia of speech. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 20, 95–110.

Marsh, K., Bertanou, E., Suominen, H. & Venkatachalam, M. (2010). An economic evaluation of speech and language therapy. Haettu 5.5.2017 osoitteesta: https://www.rcslt.org/delete/giving_voice/matrix_report

Namasivayam, A. K., Pukonen, M., Goshulak, D., ... van Lieshout, P. (2015). Treatment intensity and childhood apraxia of speech. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 50, 529–546.

Paltamaa, J., Karhula, M., Suomela-Markkanen, T. & Autti-Rämö, I. (toim.) (2011). *Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suosituksiin vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa*. Helsinki: Kela

Ruscello, D.M. (2012). Is the amount of practice an important variable in the treatment of Childhood Apraxia of Speech (CAS): The importance of production frequency in therapy for childhood apraxia of speech. *Evidence-Based Communication Assessment and Intervention*, 6, 33–57.

Saarni, S. (2010). Vaikuttavuuden huomiointi terveydenhuollon päätöksenteossa. Eettinen analyysi. Tutkimus 40. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)

Savinainen-Makkonen, T. & Kunnari, S. (2012a). Äänteellinen kuntoutus ja sen tarpeellisuus. Teoksessa S. Kunnari & T. Savinainen-Makkonen (toim.). *Pienten sanat. Lasten äänteellinen kehitys*, (s. 291–299). Jyväskylä: PS-kustannus.

Schooling, T., Venediktov, R. & Leech, H. (2010). *Evidence-based systematic review: effects of service delivery on the speech and language skills of children from birth to 5 years of age*. Rockville: American Speech-Language-Hearing Association.

Thomas, D.C., McCabe, P., Ballard, K.J. (2014). Rapid Syllable Transitions (ReST) treatment for Childhood Apraxia of Speech: The effect of lower dose-Frequency. *Journal of Communication Disorders*, 51, 29–42.

Williams, L. A. (2012). Intensity in phonological intervention: Is there a prescribed amount? *International Journal of Speech-Language Pathology*, 14, 456–461.