

Lasten ja nuorten puheterapiakuntoutuksen tarpeen ja määrän arviointi

Suomen Puheterapeuttiliiton suositus

Tarvainen, S., Elo, H., Haukilehto, M., Huuskonen, K., Konola, H.,
Kurola, S., Nylander, N., Rantanen, E., Ruponen, U.-M., Ståhlberg-Forsén,
E., Sundstedt, S., Vikkula, L., Vuoti, K. & Piirto, H.

Sisällys

1. Johdanto	3
1.1 Suosituksen tarkoitus.....	3
1.2 Suosituksen laatiminen.....	4
2. ICF-luokitus yksilöllisen arvion viitekehyksenä	5
3. Puheterapiakuntoutuksen ajoitus	6
4. Puheterapiakuntoutuksen tarve ja määrä	7
4.1 Malli puheterapiakuntoutuksen tarpeen ja määrän arviointiin.....	8
4.2 Vaihtoehto puheterapian määrän muotoiluun.....	20
5. Yksilöllinen, ohjauksellinen ja yhteisöllinen puheterapia.....	21
6. Resurssien vaikutus suosituksen käyttöön.....	23
7. Lopuksi	24
Liite 1: Sovellusesimerkkejä mallin käytöstä	25
Liite 2: Mallin keskeiset taulukot ja listat	37
Lähteet	38
Suosituksen tekijät	42

Lasten ja nuorten puheterapiakuntoutuksen tarpeen ja määrän arviointi Suomen Puheterapeuttiliiton suositus

Tarvainen, S., Elo, H., Haukilehto, M., Huuskonen, K., Konola, H., Kurola, S., Nylander, N., Rantanen, E., Ruponen, U.-M., Ståhlberg-Forsén, E., Sundstedt, S., Vikkula, L., Vuoti, K. & Piirto, H.

ISBN 978-951-9441-23-8

Suomen Puheterapeuttiliitto ry, 2022. Päivitetty 2024.

1. Johdanto

Vuorovaikutus, kommunikaatio, kielelliset taidot, puhuminen, syöminen ja nieleminen ovat ihmisen elämässä keskeisiä toimintakykyyn ja osallisuuteen liittyviä taitoja. Näiden osalta toimintakyky voi häiriintyä eri syistä ja vaikeuksia voi olla monella eri osa-alueella. Toimintakyvyn heikkeneminen voi vaikuttaa kielteisesti yksilön kehittymismahdollisuuksiin, elämänlaatuun, mielenterveyteen, osallisuuteen sekä hänen läheistensä hyvinvointiin, ja se voi pitkään jatkuessaan tai ilman kuntoutusta aiheuttaa merkittäviä kuluja yhteiskunnalle esimerkiksi syrjäytymisenä. Syrjäytymisestä aiheutuneet kulut voivat nousta henkilöä kohden jopa yli kahteen miljoonaan euroon (2,3 miljoonaan puntaan, ks. Coles ym., 2010).

Toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia edellytyksiä selviytyä itselle merkityksellisistä ja välttämättömistä toiminnoista. Osallisuudella puolestaan tarkoitetaan mahdollisuutta kuulua itselle tärkeisiin ryhmiin ja yhteisöihin sekä vaikuttaa itselle tärkeisiin asioihin (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, n.d.).

Vuorovaikutuksen, kommunikaation, kielellisten taitojen (sisältäen lukemisen ja kirjoittamisen taidot), puhumisen, syöminen ja nielemisen vaikeuksia kuntoutetaan puheterapiassa. Puheterapia on hoitotakuun piiriin kuuluvaa lääkinnällistä kuntoutusta, jonka tavoitteena on vahvistaa toimintakykyä sekä mahdollisuuksia osallistumiseen ja osallisuuteen. Puheterapiakuntoutus ei koske ainoastaan yksilöä, vaan lähi-ihmiset ovat myös kuntoutuksessa osallisina. Puheterapiakuntoutus toteutetaan puheterapeutin tai moniammatillisen työryhmän tekemän arvion ja kuntoutussuunnitelman pohjalta.

Ei ole kuitenkaan yksinkertaista päättää kenelle puheterapiaa tarjotaan ja minkä verran. Suomessa tai kansainvälisesti ei ole olemassa yksilölliseen tarveharkintaan perustuvaa ja puheterapeuttisesta osaamisesta nousevaa mallia, joka antaisi tukea pohdittaessa tarvitaanko puheterapiakuntoutusta ja jos tarvitaan, kuinka paljon sitä tarvitaan.

Puheterapia on hoitotakuun piiriin kuuluvaa lääkinnällistä kuntoutusta, jonka tavoite on vahvistaa toimintakykyä sekä mahdollisuuksia osallisuuteen.

1.1 Suosituksen tarkoitus

Tämän kansallisen suosituksen tarkoituksena on toimia ensiaskeleena kyseisen aukon paikkaamisessa, ja tukea asiantuntijoita puheterapiakuntoutuksen tarpeen ja määrän arvioinnissa.

Suositus on tarkoitettu pohjaksi keskustelulle ja se tarjoaa tukea päätöksentekoon.

Suosituksen tavoitteena on edistää yhtenäisiä käytänteitä valtakunnallisesti ja vahvistaa lasten ja nuorten tasa-arvoa puheterapiakuntoutuksen suhteen. Suositus koskee alle 18-vuotiaita lapsia ja nuoria. Se on tarkoitettu kaikille niille tahoille, jotka arvioivat puheterapian tarvetta ja määrää sekä päättävät puheterapian myöntämisestä. Suositus koskee kaikkea puheterapiatarpeen arviointia hyvinvointialueilla tuotetusta puheterapiapalvelusta Kansaneläkelaitoksen (KELA) kustantamaan vaatimaan lääkinnälliseen kuntoutukseen. Suositus on tarkoitettu pohjaksi (moniammatilliselle) keskustelulle ja se tarjoaa tukea päätöksentekoon. Suositusta voivat hyödyntää esimerkiksi arvioiva ja kuntouttava puheterapeutti sekä puheterapian tarvetta arvioivat ja kertamääristä päättävät muut ammattilaiset. Kuulon apuvälinettä käyttävän lapsen ja nuoren hyvästä kuntoutuskäytännöstä on oma suosituksensa, johon suosittelemme myös tutustumaan. Kyseinen suositus löytyy osoitteesta: [Kuulon-apuväline_hyva-kuntoutuskaytanto_Kuntoutussaatio_Tyoselosteita-53-2017.pdf](#)

Suosituksen tavoitteena on edistää yhtenäisiä käytänteitä valtakunnallisesti ja vahvistaa lasten ja nuorten tasa-arvoa puheterapiakuntoutuksen suhteen.

1.2 Suosituksen laatiminen

Suosituksen on laatinut Suomen Puheterapeuttiliiton asettama työryhmä, johon oli jäsenille avoin kutsu. Työryhmä muodostettiin kaikista kiinnostuksensa ilmoittaneista ja Suomen Puheterapeuttiliitto rahoitti suosituksen laatimisen.

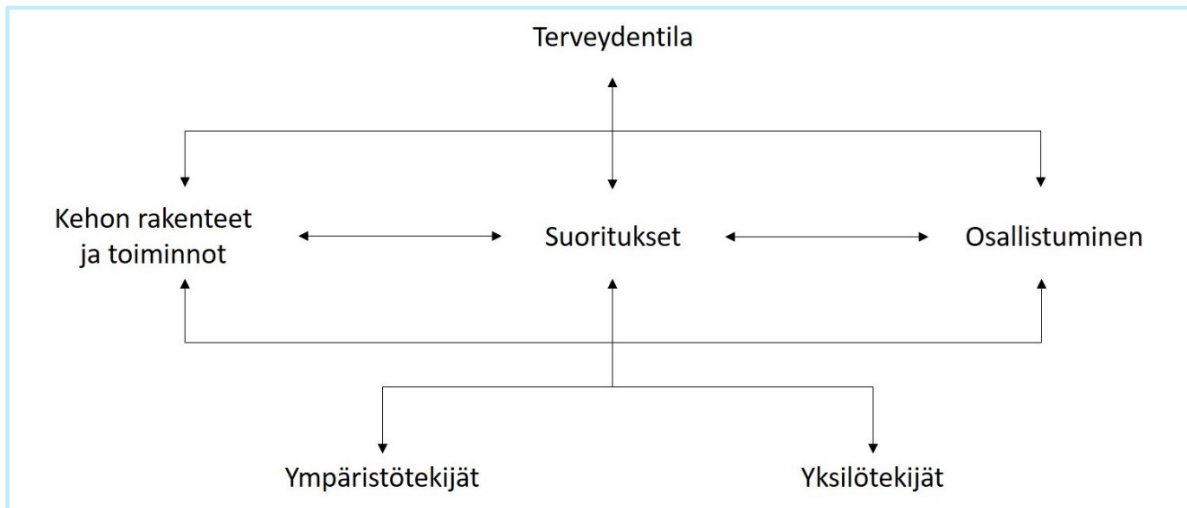
Suositus perustuu työryhmän jäsenten kliiniseen kokemukseen, tutkimusnäyttöön sekä nykyiseen kansalliseen toimintatapaan kuntoutuksen järjestämisessä. Suositus on työryhmän konsensus ja se on syntynyt yhteisen keskustelun pohjalta. Asiakasesimerkkien yhteydessä konsensusta on haettu myös äänestyksen ja keskiarvon laskemisen avulla.

Suosituksen työstäminen alkoi huhtikuussa 2019. Suosituksen pilottiversio oli kommentointikierroksella Suomen Puheterapeuttiliiton hallituksessa huhtikuussa 2021. Kommenttien perusteella suositusta muokattiin, minkä jälkeen suosituksen ensimmäinen versio oli kommentoitavana alan sisäisesti syys-lokakuussa 2021. Suositusta muokattiin edelleen palautteen perusteella. Suositus oli kaikkien kiinnostuneiden avoimesti kommentoitavana helmikuun lopusta huhtikuun alkuun 2022. Palautetta pyydettiin moniammatillisesti kuntoutusta suosittelevilta ja sen maksavilta tahoilta, kuntoutuksen toteuttavilta toimijoilta sekä kuntoutuksen palvelunkäyttäjiä edustavilta tahoilta. Kommenttien pohjalta työryhmässä tehtiin lopullinen versio suosituksesta, joka julkaistiin syksyllä 2022. Työ päivitettiin elokuussa 2024.

2. ICF-luokitus yksilöllisen arvion viitekehyksenä

Puheterapian tarvetta ja kuntoutuksen määrää arvioitaessa asiakkaan tilannetta tulee tarkastella yksilöllisesti. Tarkastelun viitekehyksenä käytetään kansainvälistä toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokitusta (International Classification of Functioning, Disability and Health) eli ICF-luokitusta (World Health Organization, 2013).

Kuvio 1. ICF-luokitus: Osa-alueiden yhteydet toisiinsa



Lähde: World Health Organization, 2013

ICF-luokitus on tarkoitettu toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden järjestämiseen ja luokitteluun (World Health Organization, 2013). ICF-luokituksessa huomioidaan yksilön terveydentila ja sen vaikutus toimintakykyyn sekä osallistumiseen. Lisäksi huomioidaan yksilön toimintakykyyn ja osallistumiseen vaikuttavat ympäristö- ja yksilötekijät. ICF auttaa toimintarajoitteen määrittelyssä ja mittaamisessa. ICF-luokituksesta löytyy lisätietoa esimerkiksi ICF-oppaasta (World Health Organization, 2013), ICF-perustietoa puheterapeuteille -oppaasta (Suvanto & Piirto, 2019), THL:n verkkosivuilta (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2021) ja ICF lasten kuntoutuksessa -hankkeen verkkosivuilta (ICF lasten kuntoutuksessa -hanke, 2021).

ICF-luokitus huomioi laajasti yksilön toimintakykyyn ja osallistumiseen sekä ympäristöön vaikuttavia tekijöitä. Koska nämä ovat olennaisia myös puheterapiassa, ICF-luokituksen tekijöitä voidaan käyttää puheterapian tarpeen ja määrän määrittelyn tukena. Vaikka häiriö ja sen vaikeusaste kahdella yksilöllä olisikin sama, kuntoutuksen tarve voi olla erilainen riippuen esimerkiksi ympäristötekijöistä. Mikään diagnoosi ei siis sinällään johda tiettyyn kuntoutustarpeeseen (vrt. Kiviranta ym., 2016).

Tässä suosituksessa esitelty malli perustuu joustavan intervention ajatukselle, jonka mukaan kuntoutusta tai kuntoutuksen osioita tarjotaan eri yksilöille, tai yksilöille eri ajankohtina, perustuen kunkin henkilön sen hetkiseen kuntoutustarpeeseen.

Tässä suosituksessa esitelty malli perustuu joustavan intervention (adaptive intervention) ajatukselle, jonka mukaan kuntoutuksen määrä riippuu yksilön tarpeista (Collins ym., 2004). Joustava interventio on toimintatapa, jossa tiettyä kuntoutusta tai kuntoutuksen osioita tarjotaan eri yksilöille, tai yksilöille eri ajankohtina, perustuen kunkin henkilön sen hetkiseen kuntoutustarpeeseen. Jotta kuntoutustarve voidaan arvioida ja

päittää tarvittava kuntoutusmäärä, tarkastellaan kunkin yksilön suhteen tiettyjä ennalta määriteltyjä tekijöitä. Tässä suosituksessa nämä ennalta määritellyt tekijät ovat häiriön vaikutus osallisuuteen, ympäristön ohjauksen tarve, häiriön aste ja hyötymisennuste. Esimerkiksi vanhemmille, jotka eivät koe tarvitsevansa juurikaan lisää ohjausta ja joilla on ammattilaisenkin arvioimana hyvät taidot tukea lastaan, ei ole syytä osoittaa paljon resursseja ohjaukseen. Sen sijaan runsas ohjaus on tarpeen muun muassa niille vanhemmille, joiden lapsella on vasta todettu selkeästi arkea haittaava logopedinen häiriö ja jolle on suositeltu puhetta tukevia ja korvaavia kommunikaatiokeinoja.

3. Puheterapiakuntoutuksen ajoitus

Kuntoutuksen keskeiset elementit ovat ajoitus, laatu ja määrä. Tässä dokumentissa keskitytään näistä viimeksi mainittuun eli puheterapian tarpeen ja määrän arviointiin. Tätä ennen tässä luvussa kuvataan kuntoutuksen ajoitukseen liittyviä tekijöitä. Vaikuttaviksi todetuista puheterapiakäytännöistä, eli puheterapian laadusta, voi lukea esimerkiksi Suomen Puheterapeuttiliiton Hyvät puheterapiakäytännöt -suosituksista (Laiho ym., 2021, 2023; Miettinen ym., 2016, 2019).

Puheterapiakuntoutuksen ajoituksella on selkeä yhteys sen vaikuttavuuteen (Kehityksellinen kielihäiriö: Käypä hoito -suositus, 2019). Vaikka häiriön laatu ja vaikeusaste sekä lapsen kehitystaso (Bishop & Edmundson, 1987; Davis ym., 2016) vaikuttavat kuntoutumiseen ja sen nopeuteen, nuoremmat lapset kuntoutuvat yleisesti ottaen nopeammin kuin vanhemmat lapset (Jacoby ym., 2002; Schmitt ym., 2017; ks. myös Frizelle ym., 2021). Mitä varhemmin kuntoutus aloitetaan, sitä parempaan tulokseen on mahdollista päästä. Siksi on tärkeää, että heti kun epäily vaikeuksista herää, puheterapeutti arvioi tilanteen, ohjaa vanhempia ja lähiympäristöä sekä aloittaa tarvittavan muun puheterapiakuntoutuksen. Mahdollista iän myötä tapahtuvaa taitojen kehittymistä tai ongelman poistumista ei siis pidä jäädä odottamaan. Muun muassa vuorovaikutuksen ja kielen haasteisiin tulee puuttua esimerkiksi ohjauksen tai ryhmämuotoisen puheterapian avulla jo kahden vuoden iässä, ellei aiemminkin. Varhaisella ohjauksella ja kuntoutuksella pystytään ennaltaehkäisemään ja lieventämään muun muassa lasten kielellisiä vaikeuksia (Law ym., 2017). Kuntoutuvuus, yksilön ja hänen lähiympäristönsä etu sekä vastuullinen julkisen rahan käyttö puoltavat varhaista kuntoutusta.

Toisaalta iän karttuminen ei puolla puheterapian lopettamista, jos toimintarajoite on edelleen havaittavissa ja hyötymispotentiaalia on. Kuntoutumista tapahtuu edelleen kouluikässä ja nuorena (ks. esim. Ebbels ym., 2017). Nuoruudessa ja aikuisiässä kielellisten ja sosiaalisten kielenkäytön taitojen puutteet voivat johtaa sosiaalisten suhteiden, oppimisen sekä koulu-/työsuoriutumisen vaikeuksiin. Puutteelliset kielelliset taidot ovat yhteydessä mm. heikompiin sosiaalisiin suhteisiin (Clegg ym., 2005; Durkin & Conti-Ramsden, 2007), alhaiseen sosio-ekonomiseen asemaan (Elbro ym. 2011), työttömyyteen (Arkkila ym., 2008; Elbro ym. 2011), mielenterveysongelmiin (Arkkila ym., 2008; Botting ym. 2016), itsenäistymisen haasteisiin (Arkkila ym., 2008), korkeampaan riskiin joutua seksuaalisen hyväksikäytön uhriksi (Brownlie ym., 2017) sekä ajautua rikoksiin (Bryan ym. 2007; Snow ym., 2016), ja siksi oikea-aikaisen ja riittävän tuen varmistaminen on yhteiskunnankin kannalta järkevää. Puheterapiakuntoutuksen avulla lasten ja nuorten mahdollisuudet osallistua, oppia, opiskella ja työllistyä paranevat ja yhteiskunnan kuluja on mahdollista säästää (Marsh ym., 2010).

4. Puheterapiakuntoutuksen tarve ja määrä

Puheterapiakuntoutuksen tarvetta ja tarvittavaa määrää arvioivat perustasolla puheterapeutit ja erityistasolla yleensä moniammatillinen tiimi. Tarpeen arviointi on yleensä yksinkertaisempaa kuin tarvittavan määrän arviointi. Määrä (dosage) koostuu kolmesta osasta (kuvio 2). Ensimmäinen niistä on oikein toteutettujen kuntoutustapahtumien määrä yhden käynnin aikana (dose; esim. mallinnuksen osuus yksittäisen käynnin kestosta) (Frizelle ym. 2021). Se koostuu puolestaan kolmesta tekijästä: a) kuntoutustapahtumien toistuvuus tietyssä ajassa, b) yksittäisen käynnin kesto ja c) kuntoutustapahtumien jakautuminen yhden käynnin sisällä. Toinen osa on kuntoutuksen tiheys (frequency; esim. käyntiä viikossa) ja kolmas on kuntoutuksen kesto (duration; esim. kuntoutuksen kesto kuukausissa).

Kuvio 2. Puheterapiakuntoutuksen määrän koostuminen

1. Oikein toteutettujen kuntoutustapahtumien määrä yhden käynnin aikana
 - a. Kuntoutustapahtumien osuus yksittäisen käynnin kestosta
 - b. Yksittäisen käynnin kesto
 - c. Kuntoutustapahtumien jakautuminen yhden käynnin sisällä
2. Kuntoutuksen tiheys
3. Kuntoutuksen kesto

Lähde: Frizelle, Tolonen, Tulip, Murphy, Saldaña & McKean, 2021

Näistä voidaan laskea kumulatiivinen kuntoutuksen intensiteetti: kuntoutustapahtumat x tiheys x kesto. Tämä voi olla esimerkiksi 240 kuntoutustapahtumaa (mallinnusta, uudelleentuottoa, laajennusta) kahden kuukauden aikana. Tässä suosituksessa kuntoutuksen määrään viitataan yksinkertaisuuden vuoksi yksittäisen käynnin kestosta (esim. 45min), käyntien tiheydestä (esim. 1x/vko) ja kuntoutusjakson kestosta (esim. 6kk) muodostuvalla tuntimäärällä, jolloin lopputulos voi olla

Tässä suosituksessa kuntoutuksen määrään viitataan yksittäisen käynnin kestosta (esim. 45min), käyntien tiheydestä (esim. 1x/vko) ja kuntoutusjakson kestosta (esim. 6kk) muodostuvalla tuntimäärällä.

esimerkiksi 24x45min.

Puheterapiakuntoutuksen määrän tutkimus on alkutekijöissään (Frizelle ym., 2021) eikä esimerkiksi kehityksellisen kielihäiriön suhteen voida antaa yleistä suositusta puheterapian määrästä, intensiteetistä ja kestosta (Kehityksellinen kielihäiriö: Käypä hoito -suositus, 2019). Tiedetään kuitenkin, että kuntoutuksen määrän tulee olla riittävä, jotta kuntoutus on vaikuttavaa, eli on olemassa ns. kriittinen minimi (Frizelle ym., 2021). Tämä tarkoittaa, että mikäli määrä on liian vähäinen, lapsi ei hyödy kuntoutuksesta, vaikka lapsella olisi hyötymispotentiaalia. Lisäksi kehityksellistä kielihäiriötä koskeva tutkimus antaa viitteitä siitä, että paljon ja hieman harvemmin tai vähän ja tiiviisti olisivat optimaalisia puheterapian toteutustapoja (Frizelle ym., 2021; Schmitt ym., 2017). Tämä toteutustapa näkyy kehityksellisen kielihäiriön kuntoutuksen kliinisissä käytänteissä Euroopassa: suora kuntoutus toteutuu yleisimmin 1–2x/vko (McKean ym., 2019). Tyypillisin käynnin kesto on 30–45 min, seuraavaksi tyypillisin 45–60 min. Epäsuora puheterapia, eli lähiympäristön ihmisten puheterapeutin ohjauksessa toteuttama kuntoutus, toteutuu yleisimmin 3–5x/vko alle puoli tuntia kerrallaan. Paljon ja hieman harvemmin vaikuttaa siis toteutuvan yksilöllisessä puheterapiassa (1–2x/vko 30–60 min), usein ja vähän (3–5x/vko alle 30 min) on mahdollista toteuttaa lähi-ihmisiä ohjaamalla (McKean ym., 2019). Optimaalisen määrän määrittely on monitahoinen asia sillä kielenoppimisesta ja esimerkiksi siitä, mikä kehityksellisen kielihäiriön aiheuttaa, on useita teorioita, jotka esittelevät erilaisia oppimisen mekanismeja (Botting & Marshall, 2017). Tästä johtuen voidaan arvella, että optimaalinen puheterapiamäärä voi myös vaihdella kielen eri osa-alueiden ja eri logopedisten häiriöiden välillä. Ennen puheterapian määrää koskevan tutkimusnäytön karttumista on määristä päätettäessä hyödynnettävä tutkimustiedon lisäksi myös kliinistä kokemusta ja toimivia nykykäytänteitä.

4.1 Malli puheterapiakuntoutuksen tarpeen ja määrän arviointiin

Puheterapian määrä tulee päättää tapauskohtaisesti yksilön kulloinenkin tilanne, tarpeet ja kuntoutuksen tavoitteet huomioiden. Tämän suosituksen mallin tarkoituksena ei ole korvata yksilöllistä tarveharkintaa vaan toimia päätöksenteon tukena. Malli on tarkoitettu avuksi terveydenhuollon ammattilaisille, jotka

Puheterapian määrä tulee päättää tapauskohtaisesti yksilön tilanne ja kuntoutuksen tavoitteet huomioiden.

arvioivat tarvitseeko lapsi tai nuori puheterapiaa ja kuinka paljon hän sitä tarvitsee.

Tämän suosituksen mallin tarkoituksena ei ole korvata yksilöllistä tarveharkintaa vaan toimia päätöksenteon tukena.

Puheterapialla tarkoitetaan puheterapeutin tarjoamaa tiedonvälitystä, ohjausta, konsultointia, neuvontaa ja kuntoutusta asiakkaalle ja tämän lähiympäristölle. Se voi olla esimerkiksi ohjausta vanhemmille, tavoitteellista yhteistyötä asiakkaan muiden lähihenkilöiden kanssa, ryhmämuotoinen taikka yksilöllinen puheterapiakuntoutusjakso tai yhdistelmä näitä kaikkia. Mallia suositellaan käytettäväksi aina puheterapiatarvetta ja tarvittavaa kuntoutusmäärää arvioitaessa. Kuntoutuksen tarve on syytä arvioida säännöllisesti ja perustaa suositus yksilön sen hetkiselle tarpeelle (Collins ym., 2004). Esimerkiksi niin alkuarvion kuin jokaisen kuntoutusjakson jälkeen tehtävän seuranta-arvion yhteydessä lapsen tilanteen voi käydä mallin avulla lävitse ja arvioida sen perusteella uudelleen puheterapian tarvetta ja tarvittavan puheterapiakuntoutuksen määrää. Tässä prosessissa on olennaista vuoropuhelu ammattilaisten ja perheen sekä arvioivan ja kuntouttavan tahon välillä.

Tämän suosituksen malli on tarkoitettu avuksi terveydenhuollon ammattilaisille, jotka arvioivat tarvitseeko lapsi tai nuori puheterapiaa ja kuinka paljon hän sitä tarvitsee.

Mallin keskeisiä kuntoutustarpeeseen vaikuttavia tekijöitä on neljä: häiriön vaikutus osallisuuteen, ympäristön ohjauksen tarve, häiriön vaikeusaste sekä asiakkaan ja lähiympäristön hyötymisennuste. Kuntoutustarvetta tulee näiden neljän tekijän suhteen ajatella logopedisen häiriön näkökulmasta. Logopedisellä häiriöllä tarkoitetaan tilannetta, jossa kyky olla vuorovaikutuksessa, kommunikoida, ymmärtää, tuottaa tai käyttää kieltä, puhua, syödä tai niellä poikkeaa tavanomaisesta siten, että häiriöstä aiheutuu arjessa haittaa itselle ja/tai muille.

Keskeisiä kuntoutustarpeeseen vaikuttavia tekijöitä ovat häiriön vaikutus osallisuuteen, ympäristön ohjauksen tarve, häiriön vaikeusaste sekä hyötymisennuste.

1) Häiriön vaikutus osallisuuteen

Häiriön vaikutus osallisuuteen kuvaa sitä, mikä vaikutus häiriöllä on vuorovaikutukseen eri ihmisten kanssa ja oman elämän kannalta merkitykselliseen toimintaan osallistumiseen. Häiriön vaikutusta osallisuuteen on verrattava oletettuun lapsen omaan parhaaseen tasoon tai henkilökohtaiseen potentiaaliin, jota kognitiiviset taidot suhteessa ikätasoon heijastavat. Alla oleva jaottelu perustuu löyhästi ICF-luokitukseen ja Aivoliiton kuvaukseen kehityksellisen kielihäiriön vaikeusasteesta ja sen vaikutuksesta osallisuuteen (Aivoliitto, n.d.; World Health Organization, 2013). Tässä mallissa häiriön vaikutuksella osallisuuteen viitataan yleisesti minkä tahansa logopedisen häiriön vaikutukseen.

VÄHÄINEN: Lapsen toimintakyky on tutuissa arkipäivän tilanteissa yleensä hyvä iän ja kapasiteetin asettamissa rajoissa. Uusissa tai harvemmin esiin tulevissa tilanteissa lapsi ei pysty osallistumaan ikänsä ja kapasiteettinsa mukaisesti, ellei häiriön aiheuttamia puutteita huomioida ja kompensoida.

KESKISUURI: Häiriö haittaa iän ja kapasiteetin mukaista toimimista ja osallistumista myös arjen tutuissa tilanteissa, jos häiriön aiheuttamia puutteita ei huomioida eikä kompensoida. Lieväasteinenkin häiriö voi aiheuttaa keskivaikeaa tai vaikeaa haittaa osallistumiseen.

SUURI: Lapsi ei pysty osallistumaan ikänsä ja kapasiteettinsa mukaisesti edes tuttuihin arjen toimintoihin, jos häiriön aiheuttamia vaikeuksia ei huomioida ja kompensoida systemaattisesti. Mikäli häiriön aiheuttamia ongelmia ei huomioida, on iso riski siihen, että häiriön aiheuttamat ongelmat rajoittavat lapsen yleisen toimintakyvyn kehittymistä merkittävästi.

EHDOTON: Lapsen osallisuus on hyvin rajoittunutta ja hän tarvitsee arjessa merkittävää, jatkuvaa ja systemaattista tukea.

Häiriön vaikutus osallisuuteen on valittu tekijäksi ICF-luokituksen mukaisesti (World Health Organization, 2013). Toimintakyvyn kannalta on keskeistä, miten yksilö pystyy taitojensa puitteissa olemaan vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa ja osallistumaan oman elämän kannalta merkitykselliseen toimintaan. Diagnoosi tai häiriön aste eivät suoraan ennusta osallisuutta (Almqvist & Granlund, 2005), joten häiriön vaikutusta osallisuuteen on syytä tarkastella itsenäisesti.

Diagnoosi tai häiriön aste eivät suoraan ennusta osallisuutta, joten häiriön vaikutusta osallisuuteen on syytä tarkastella itsenäisesti.

Mahdollisia apukysymyksiä häiriön vaikutuksen selvittämisessä ovat esimerkiksi: Kuinka paljon häiriö heikentää lapsen mahdollisuuksia olla vuorovaikutuksessa ihmisten kanssa? Kuinka paljon lapsi tai perhe kokee toimintarajoitteen hankaloittavan osallistumista? Miten häiriö vaikuttaa lapselle tärkeiden ja merkityksellisten taitojen oppimiseen? Miten häiriö vaikuttaa osallistumiseen lapselle/nuorelle tärkeisiin arjen vuorovaikutustilanteisiin, tapahtumiin tai toimintaan?

Arvio häiriön vaikutuksesta osallisuuteen edellyttää keskustelua lapsen lähi-ihmisten ja myös lapsen kanssa, jos se on lapsen ikä ja kehitystaso huomioiden mahdollista. Lapsen kanssa käytetään tarpeen mukaan puhetta tukevia ja korvaavia kommunikaatiomenetelmiä (esim. arjen tilanteita havainnollistavat kuvat, joiden avulla lapsi voi osoittaa minkälaisien tilanteiden toivoisi sujuvan paremmin). Asiakkaan ja lähi-ihmisten haastattelun lisäksi häiriön vaikutusta osallisuuteen voidaan arvioida muun muassa esitietojen, eri ympäristöissä havainnoinnin, moniammatillisen arvioinnin ja 'ICF lasten kuntoutuksessa' -materiaalin (ICF lasten kuntoutuksessa -hanke, 2021) avulla. Asiakkaan, perheen sekä lapsen arjessa työskentelevien ammattilaisten kuuleminen on tärkeää, kun arvioidaan häiriön vaikutusta osallisuuteen.

Taulukko 1 on tarkoitettu tukemaan sen arviointia, mikä on häiriön vaikutus osallisuuteen. Taulukoiden 1–4 pisteytystä avataan taulukossa 5.

Taulukko 1. Häiriön vaikutus osallisuuteen

Mahdollisuus osallistua (tiettyyn toimintaan)	Tuen tarve osallisuuteen (tiettyssä asiassa)	Toimintarajoitteen vaikutus osallisuuteen	Häiriön vaikutus osallisuuteen	Pisteet
kykenee aina osallistumaan	ei tarvitse muita enempää tukea	0–4%	ei vaikutusta	0
kykenee lähes aina osallistumaan	tarvitsee satunnaista tukea	5–24%	vähäinen	2
kykenee osallistumaan säännöllisesti	tarvitsee säännöllistä tukea	25–49%	keskisuuri	4
kykenee osallistumaan satunnaisesti	tarvitsee lähes jatkuvaa tukea	50–95%	suuri	6
osallistuminen lähes mahdotonta	tarvitsee jatkuvaa tukea	96–100%	ehdoton	8

Mahdollisuus osallistua (tiettyyn toimintaan), tuen tarve osallisuuteen (tiettyssä asiassa) ja pisteet: työryhmä.

Toimintarajoitteen vaikutus osallisuuteen ja häiriön vaikutus osallisuuteen: ICF (World Health Organization, 2013).

2) Ympäristön ohjauksen tarve

Ohjauksella tarkoitetaan puheterapeutin ja asiakkaan lähiympäristön ihmisten välistä yhteistyötä asiakkaan vuorovaikutuksen, kommunikaation, kielellisten taitojen, puhumisen, syömisen ja nielemisen vahvistamiseksi. Lähiympäristöt ovat niitä arjen toimintaympäristöjä, joihin lapsi tai nuori ottaa osaa tai haluaisi ottaa osaa. Lapsen tai nuoren lähiympäristön muodostavat useimmiten koti/perhe sekä varhaiskasvatus tai koulu.

Vaikka ohjaus-termistä voi välittyä kuva yksisuuntaisesta toiminnasta, sillä tarkoitetaan yhteistä toimintaa, jossa puheterapeutti alan ammattilaisena ja lähi-ihmiset lapsen ja hänen arkensa parhaina asiantuntijoina työskentelevät yhdessä.

Vaikka ohjaus-termistä voi välittyä kuva yksisuuntaisesta toiminnasta, sillä tarkoitetaan yhteistä toimintaa, jossa puheterapeutti alan ammattilaisena ja lähi-ihmiset lapsen ja hänen arkensa parhaina asiantuntijoina työskentelevät yhdessä. Tämä on olennainen osa jokaista puheterapiajaksoa. Tuen tarve määritellään yhteisten keskusteluiden ja havaintojen pohjalta. Uusia ja toimivampia tapoja tukea lasta etsitään yhdessä ja sovitaan muutosten toteuttamisesta, yhteistyöstä ja seurannasta. Ohjaus on liki aina osa yksilöllistä puheterapiaa ja joidenkin asiakkaiden kohdalla kuntoutus koostuu kokonaan ohjauksellisista elementeistä. Ohjaus sovitetaan kuntoutukseen asiakkaan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. Ohjauksen tavoitteena on mahdollistaa lähi-ihmisten osallistuminen parhaalla mahdollisella tavalla tukemaan kuntoutujan toimintakykyä. Ohjaamalla autetaan lähi-ihmisiä ja asiakasta omaksumaan tiedon lisäksi uusia toimintamalleja arkeen. Näitä voivat olla esimerkiksi puhetta tukevien ja korvaavien kommunikaatiokeinojen käyttöönotto tai lapsen syömistaitojen kehittymistä tukeva harjoitusohjelma. Ohjaukseen tarvitaan aikaresurssia, sillä se sisältää muun muassa runsaasti keskustelua, mallittamista sekä yhdessä harjoittelua.

Ohjaukseen tarvitaan aikaresurssia, sillä se sisältää muun muassa runsaasti keskustelua, mallittamista sekä yhdessä harjoittelua.

Ympäristön ohjauksen tarve nostettiin mallissa yhdeksi tekijäksi, sillä lapsen ympäristöllä tiedetään olevan merkittäviä ja kauaskantoisia vaikutuksia lapsen vuorovaikutukseen, kommunikaatioon, kielellisiin taitoihin, yleiseen kehitykseen sekä puhumisen, syömisen ja nielemisen taitojen kehittymiseen. Esimerkiksi aikuisen ja lapsen keskusteluvuorojen (sinun vuoro – minun vuoro) määrä taaperoiässä selittää kielellisiä taitoja ja älykkyydosamäärää vielä 10 vuoden kuluttua (Gilkerson ym., 2018). Lisäksi tiedetään, että vanhemman ohjaaminen yhä sensitiivisemmäksi vuorovaikutuskumppaniksi kehittää niin lapsen puheen tuottoa kuin ymmärtämistä (Roberts & Kaiser, 2011; Roberts ym., 2019). Vanhempien ohjaus on myös syömisen kuntoutuksessa keskeistä (Gosa ym., 2017). Lähiympäristön ihmiset tarvitsevat useita tunteja ohjausta ja harjoittelua uuden toimintatavan omaksumiseen. On esimerkiksi todettu, että vanhemmat tarvitsevat keskimäärin viisi ohjaukikäyntiä osatakseen käyttää lapsen vuorovaikutuksen ja kielellisen kehityksen tukemiseen seuraavia keinoja: lapsen kommunikointiin vastaaminen, vuorottelu, odottaminen, lapsen toiminnan toistaminen ja kielellistäminen (Roberts & Kaiser, 2012). Mikäli vanhemmille halutaan opettaa myös mallinnusta, laajennusta tai muita vuorovaikutusta tukevia keinoja, tarvitaan ohjaukikäyntejä vielä lisää. Vanhempia ja muita lähi-ihmisiä ohjaamalla voidaan merkittävässä määrin ja myös kustannustehokkaasti tukea lapsen kuntoutumista. Lähi-ihmisten ohjaus on tärkeää, jotta kuntoutuksellinen arki voi toteutua.

Lähi-ihmisten ohjaus on tärkeää, jotta kuntoutuksellinen arki voi toteutua.

Ympäristön ohjauksen tarvetta arvioitaessa täytyy pohtia, kuinka paljon lähiympäristön ihmiset tarvitsevat logopediseen häiriöön liittyvää ohjausta. Ohjausta voivat tarvita esimerkiksi vanhemmat, varhaiskasvatus- tai opetushenkilöstö, muu lapsen tai nuoren lähipiiri, yhteisö tai hänen kanssaan tekemisissä olevat ammattilaiset. Ohjauksen tarpeeseen vaikuttavat muun muassa lähi-ihmisten taidot, heiltä odotettava toiminta sekä heidän oma kokemuksensa ohjauksen tarpeesta. Vanhempien taitoja reagoida lapsensa toimintaan voi arvioida esimerkiksi Parental Responsiveness Rating Scale (Barnett ym., 2021) tai Coding Observations of Parent–Child Interactions (Sylvestre, 2021) -menetelmillä. Lisäksi tulee arvioida vanhemmalle asetettuja odotuksia: jos lapselle suositellaan puhetta tukevia tai korvaavia kommunikaatiokeinoja, ohjauksen tarve on aluksi suuri tai ehdoton. Toisaalta, vaikka vanhemmat olisivat jo saaneet ohjausta, heidän tulisi saada sitä lisää, mikäli he kokevat edelleen tarvitsevansa sitä. Ohjausta saatetaan tarvita myös kommunikaatioympäristön muuttuessa, esimerkiksi lapsen siirtyessä uuteen oppimisympäristöön. Ohjauksen merkittävä tarve vain yhdessä lapsen ympäristössä riittää nostamaan ohjauksen tarpeen suureksi.

Taulukko 2 on tarkoitettu tukemaan ympäristön ohjauksen tarpeen arviointia. Mikäli lähi-ihmisten keinot ja kokemus ohjauksen tarpeesta poikkeavat huomattavasti toisistaan, voidaan laskea pisteiden keskiarvo ja/tai arvioida kokonaisuutta yleisesti ympäristön ohjauksen tarpeen arvioimiseksi.

Taulukko 2. Ympäristön ohjauksen tarve

Lähi-ihmisten taidot ja keinot tukea lasta ikätasonsa mukaisesti	Lähi-ihmisten kokemus tarpeesta yhteistyölle	Ympäristön ohjauksen tarve	Pisteet
taitoja ja keinoja on hyvin	ei tarvetta yhteistyölle	ei ole	0
taitoja ja keinoja on varsin hyvin	vähäinen tarve yhteistyölle	vähäinen	1
on joitakin taitoja ja keinoja	selvä tarve yhteistyölle	keskisuuri	2
taitoja ja keinoja on vähän	runkas tarve yhteistyölle	suuri	3
ehdoton tarve taidoille ja keinoille	huomattava tarve yhteistyölle	ehdoton	4

Lähi-ihmisten taidot ja keinot tukea lasta ikätasonsa mukaisesti ja lähi-ihmisten kokemus tarpeesta yhteistyölle: työryhmä. Ympäristön ohjauksen tarve: ICF:n pohjalta työryhmä. Pisteet: ICF (World Health Organization, 2013).

3) Häiriön vaikeusaste

Häiriön vaikeusasteella tarkoitetaan häiriön vakavuutta. Vaikeusaste määritellään tässä lieväksi, keskivaikeaksi, vaikeaksi tai ehdottomaksi ICF-luokituksen mukaisesti (World Health Organization, 2013). On kuitenkin huomioitava, että rajanveto vaikeusasteiden välillä ei ole yksiselitteistä (Käypä hoito -suositus, 2019). Häiriön vaikeusaste on yhteydessä toimintarajoitteen asteeseen ja vaikuttaa siten kuntoutustarpeeseen. Lisäksi häiriön vaikeusaste näyttää vaikuttavan tarvittavan kuntoutuksen määrään: yleisesti ottaen, mitä vaikeampi häiriö, sitä enemmän puheterapiaa lapset tarvitsevat taidoissa edetäkseen (Davis ym. 2016; Roberts ym., 2019).

Häiriön vaikeusaste näyttää vaikuttavan tarvittavan kuntoutuksen määrään: mitä vaikeampi häiriö, sitä enemmän puheterapiaa lapset tarvitsevat taidoissa edetäkseen.

Tästä johtuen häiriön vaikeusaste otettiin yhdeksi kuntoutuksen tarvetta ja määrää määrittäväksi tekijäksi. On huomioitava kuitenkin myös se, että tavoitteet eri häiriöryhmien lapsilla eivät useinkaan vastaa toisiaan, eikä puheterapiaa siksi suositella aina eniten niille lapsille, joilla on vaikeimmat häiriöt. Puolestaan melko kapea-alainen vaikeus, johon juuri puheterapialla voidaan vaikuttaa, on tärkeää saada kuntoutuksen piiriin.

On huomioitava kuitenkin myös se, että tavoitteet eri häiriöryhmien lapsilla eivät useinkaan vastaa toisiaan, eikä puheterapiaa siksi suositella aina eniten niille lapsille, joilla on vaikeimmat häiriöt. Puolestaan melko kapea-alainen vaikeus, johon juuri puheterapialla voidaan vaikuttaa, on tärkeää saada kuntoutuksen piiriin.

Häiriön vaikeusastetta pohdittaessa on keskityttävä siihen, mikä on logopedisen häiriön aste. Lapsen tilannetta on verrattava muihin saman ikäisiin lapsiin kullakin interventiota vaativalla osa-alueella. Vaikeusastetta voidaan arvioida esimerkiksi esitietojen, kliinisten havaintojen, haastattelun, aiemman arvion, moniammatillisen arvioinnin, puheterapeuttien käyttämien

arviointimenetelmien ja häiriöstä olevan kliinisen tiedon avulla. Lisäksi on olemassa erilaisia luokituksia, joita voidaan myös käyttää apuna häiriön vaikeusasteen määrittelyssä, kuten CP-vamman yhteydessä käytettävä Communication Function Classification System, CFCS (Hidecker ym., 2011) ja Eating and Drinking Ability Classification System for Individuals with Cerebral Palsy, EDACS (Sellers ym., 2014), sekä yleisesti ICF-luokitus (World Health Organization, 2013). Kehityksellisen kielihäiriön Käypä hoito -työryhmän näkemyksen mukaan kielellinen ongelma on vaikea ainakin silloin, jos yksikin seuraavista todetaan: 3 vuotta täyttänyt lapsi ei pysty ilmaisemaan itseään puhumalla, tai hänellä on huomattava kielellinen ymmärtämisvaikeus; Kielelliset vaikeudet haittaavat huomattavasti lapsen mahdollisuuksia osallistua arjen vuorovaikutustilanteisiin ja oppia uutta; Pystyäkseen toimimaan, osallistumaan ja kehittymään ikänsä ja kykyjensä mukaisesti lapsi tarvitsee puhetta tukevia ja korvaavia kommunikointikeinoja kaikissa muissa paitsi päivittäin toistuvissa tilanteissa (Kehityksellinen kielihäiriö: Käypä hoito -suositus, 2019). Taulukko 3 on tarkoitettu tukemaan häiriön vaikeusasteen arviointia.

Taulukko 3. Häiriön vaikeusaste

Toiminta suhteessa ikätasoon	Toimintarajoitteen aste	Häiriön vaikeusaste	Pisteet
ikätasolla	0–4%	ei vaikutusta	0
hieman ikäodotuksia alhaisempi	5–24%	vähäinen	1
selvästi ikäodotuksia alhaisempi	25–49%	keskisuuri	2
merkittävästi ikäodotuksia alhaisempi	50–95%	suuri	3
erittäin heikko	96–100%	ehdoton	4

Toiminta suhteessa ikätasoon: työryhmä. Toimintarajoitteen aste, häiriön vaikeusaste ja pisteet: ICF (World Health Organization, 2013).

4) Hyötymisennuste

Hyötymisennusteella tarkoitetaan tutkimustietoon ja kliiniseen asiantuntemukseen perustuvaa kuntoutuksen oletettua vaikuttavuutta eli arviota siitä, kuinka paljon yksilön ja hänen lähiympäristönsä on mahdollista hyötyä kuntoutuksesta. Hyötymisennustetta arvioitaessa on hyvä huomioida myös moniammatillisen työryhmän tutkimukseen perustuva tieto lapsen toimintakyvystä osa-alueittain ja ikään suhteutettuna, sekä lähetteestä, vanhempien antamista tiedoista ja varhaiskasvatuksen ja koulun palautteista ja muilta mahdollisilta lapsen tai perheen kanssa työskenteleviltä tahoilta saadut tiedot lapsen ja perheen kokonaistilanteesta. Hyötymisennusteeseen vaikuttavat muun muassa henkilön diagnoosi, oma motivaatio ja ympäristöltä saatava tuki sekä tieto aiemman kuntoutuksen vaikuttavuudesta. Aiempaa hyötymistä tarkastellessa on otettava huomioon edellisen terapiajakson toteuma. Mikäli kaikkia myönnettyjä kertoja ei erinäisistä syistä ole voitu käyttää, ei edistymisenkään ole voinut ylittää tavoitetasolle. Puheterapian hyödyt voivat näkyä sekä tietyllä logopedisellä osa-alueella että laajemmin arjen toimintakyvyssä. Esimerkiksi kehitysvammaisen tai vaikeasti autistisen lapsen kohdalla

Puheterapian hyödyt voivat näkyä sekä tietyllä logopedisellä osa-alueella että laajemmin arjen toimintakyvyssä.

puheterapiakuntoutuksen hyöty voi näkyä arjen yleisenä helpottumisena tai aggressiivisuuden vähentymisenä, vaikka taidot olisivat yleisesti edelleen varhaisella tasolla.

Hyötymisennusteen valinta yhdeksi mallin kriteeriksi nousee alan eettisestä velvollisuudesta toimia asiakkaan edun mukaisesti ja julkisia varoja vastuullisesti käyttäen (Suomen Puheterapeuttiliitto, 2015). Vaikuttavuus on myös yleisesti kuntoutuksen keskeinen peruste.

Mikäli asiakas tai lähiympäristö ei pysty hyötymään puheterapiasta, ei puheterapiaa (sillä hetkellä) ole syytä tarjota.

Mikäli asiakas tai lähiympäristö ei pysty hyötymään puheterapiasta, ei puheterapiaa (sillä hetkellä) ole syytä tarjota tai jatkaa (ks. myös Kehityksellinen kielihäiriö: Käypä hoito -suositus, 2019). Puheterapian lopettaminen on monitahoinen asia, johon vaikuttavat useat seikat (Roulstone & Enderby, 2010). Tämän mallin mukaan yleisesti voidaan sanoa, että puheterapia on syytä lopettaa, kun siitä ei ole odotettavissa merkittävää arjen toimintakykyä, elämänlaatua, osallisuutta tai tulevaisuudennäkymiä vahvistavaa vaikutusta asiakkaalle ja/tai hänen lähiympäristölleen.

Kun arvioidaan hyötymisennustetta, apukysymyksinä voidaan käyttää seuraavia: Mikä on kyseisen häiriön kuntoutuvuus? Kuinka todennäköisesti toimintakykyyn voidaan vaikuttaa kohdentamalla puheterapiakuntoutus tiettyyn taitoon, osa-alueeseen tai toimintaan? Esimerkiksi puheen epäselvyys, syömisvaikeudet, änkytys ja artikulaatiohäiriöt voivat kuntoutua hyvin. Kehityksellinen kielihäiriö näkyy yleensä jossain muodossa myös nuoruudessa ja aikuisuudessa. Autismikirjon piirteistö ja kehitysvamma säilyvät läpi elämän. Puheterapialla voidaan kuitenkin vaikuttaa taitojen lisäksi myös muun muassa osallisuuteen, toimintakykyyn, asenteisiin ja ympäristön toimintaan. Lisäksi on tärkeä pohtia, kuinka todennäköistä on, että asiakas ja/tai hänen lähiympäristönsä hyötävät puheterapiasta tällä hetkellä. Myös asiakkaan ja lähiympäristön motivaatiosta ja yhteistyöhalusta on syytä keskustella, kun hyötymisennustetta arvioidaan.

Yksilöterapiaa suunniteltaessa hyötymisennusteeseen vaikuttavat muun muassa asiakkaan motivaatio ja yhteistyöhalu sekä häiriön kuntoutuvuus. Lähiympäristön motivaation ja yhteistyöhalun arvioiminen on puolestaan tärkeää erityisesti ohjauksellista terapiaa suunniteltaessa. Lapsi ei kuitenkaan voi jäädä ilman puheterapiaa sen vuoksi, että vanhemmat eivät sitoudu kuntoutukseen. Mikäli hyötymisennusteesta ei ole varmuutta, tulee tulkita niin, että asiakkaan tai lähiympäristön on mahdollista hyötyä puheterapiasta. Hyötymisennustetta tulee arvioida sekä suhteessa seuraavan kuntoutusjakson aikana kuntoutumiselle asetettaviin tavoitteisiin että kuntoutuksesta potentiaalisesti saatavaan pidemmän aikavälin kokonaishyötyyn. Esimerkiksi 1,5–5-vuotiaan lapsen vanhempien ohjaus johtaa yleensä pieneen efektikokoon lapsen puheen ymmärtämisen taidoissa (Roberts & Kaiser, 2011), mutta tällä pienellä, esimerkiksi kahden vuoden iässä tapahtuvalla muutoksella voi olla merkittävä kerrannaisvaikutus lapsen myöhempiin taitoihin ja tulevaisuudennäkymiin. Vaikka jossakin kohdassa lapsen elämässä kuntoutuksesta ei

vaikuta olevan hyötyä, se voi myöhemmin olla tarpeen esimerkiksi lapsen kehityksestä, uudentlaisista vaatimuksista tai ympäristön vaihtumisesta johtuen.

Taulukko 4 on tarkoitettu tukemaan hyötymisennusteen arviointia. Mikäli kuntoutuvuuden ja motivaation pisteet poikkeavat huomattavasti toisistaan, voidaan laskea pisteiden keskiarvo ja/tai arvioida kokonaisuutta yleisesti hyötymisennusteen muodostamiseksi.

Taulukko 4. Hyötymisennuste

Häiriön/osataidon kuntoutuvuus	Asiakkaan ja lähi-ihmisten motivaatio ja yhteistyöhalu	Hyötymisennuste	Pisteet
ei ole/heikko	ei ole/heikko	ei vaikutusta	0
vähäinen	vähäinen	vähäinen	2
keskisuuri	keskisuuri	keskisuuri	4
suuri	suuri	suuri	6
erinomainen	erinomainen	ehdoton	8

Häiriön/osataidon kuntoutuvuus, asiakkaan ja lähi-ihmisten motivaatio ja yhteistyöhalu, hyötymisennuste ja pisteet: työryhmä.

Näille mallin neljälle tekijälle (häiriön vaikutus osallisuuteen, ympäristön ohjauksen tarve, häiriön vaikeusaste, hyötymisennuste) annetaan yksi viidestä arvosta: ei ole / ei vaikutusta, vähäinen, keskisuuri, suuri tai ehdoton. Nämä neljä tekijää ja viisi arvoa muodostavat matriisin, jonka avulla voidaan laskea kokonaispistemäärä auttamaan puheterapiatarpeen ja -määrän määrittelyssä (Taulukko 5).

Taulukko 5. Puheterapian tarpeen ja määrän määrittelyn pisteytysmalli

	EI OLE / EI VAIKUTUSTA	VÄHÄINEN	KESKISUURI	SUURI	EHDOTON
HÄIRIÖN VAIKUTUS OSALLISUUTEEN	0	2	4	6	8
YMPÄRISTÖN OHJAUKSEN TARVE	0	1	2	3	4
HÄIRIÖN VAIKEUSASTE	0	1	2	3	4
HYÖTYMISENNUSTE	0	2	4	6	8
PISTEITÄ YHTEENSÄ: _____					

Mikäli yhteenlaskettu pistemäärä on kuusi tai enemmän, yksilö ja/tai hänen lähiympäristönsä tarvitsee puheterapiaa.

Matriisin arvioitavat tekijät saavat arvon väliltä 0–8 tai 0–4. Häiriön vaikutus osallisuuteen ja hyötymisennuste saavat korkeammat pisteet kuin ympäristön ohjauksen tarve ja häiriön vaikeusaste, sillä työryhmä katsoo ne merkittävimmiksi kuntoutuksen tarpeeseen vaikuttaviksi seikoiksi. Mikäli yhteenlaskettu pistemäärä on kuusi tai enemmän, yksilö ja/tai hänen lähiympäristönsä tarvitsee puheterapiaa. Mitä korkeamman pistemäärän matriisista saa, sitä suurempi tarve puheterapialle

on. Periaatteena tulee olla, että mikäli jotain asiaa ei tiedetä, on valittava vaihtoehto, joka on lapsen ja tämän lähipiirin edun kannalta paras.

Mikäli arvioidaan, että asiakas ja hänen lähiympäristönsä eivät pysty hyötymään puheterapiasta ja hyötymisennuste saa arvon 0, puheterapiaa ei ole syytä tarjota, vaikka pistemäärä olisikin kuusi tai enemmän.

Mikäli arvioidaan, että asiakas ja hänen lähiympäristönsä eivät pysty hyötymään puheterapiasta ja hyötymisennuste saa arvon 0, puheterapiaa ei ole syytä tarjota, vaikka pistemäärä olisikin kuusi tai enemmän. Kun hyötymisennusteesta ollaan epävarmoja, tämä kohta tulkitaan niin, että asiakkaalla on mahdollisuus hyötyä puheterapiasta. Tällöin voidaan esimerkiksi kokeilla lyhyttä kuntoutusjaksoa, jonka aikana hyötyä arvioidaan tarkemmin. Edeltävien kuntoutusvuosien määrän ei tulisi vaikuttaa päätöksentekoon. Jos häiriö vaikuttaa osallisuuteen ja hyötymispotentiaalia on, puheterapiaa tulisi edelleen saada. Kaikissa tapauksissa vaikeampi häiriö ei tarkoita terapiamäärän lisäämistä. Hyötymisennuste on tarkoitettu otettavaksi painotetusti huomioon tällaisissa tilanteissa. Vaikka häiriö olisi vakava, ei puheterapiaa välttämättä kannata tarjota paljon, mikäli hyötymisennuste on vähäinen.

Vaikka häiriö olisi vakava, ei puheterapiaa välttämättä kannata tarjota paljon, mikäli hyötymisennuste on vähäinen.

Pisteytysmallin käyttö edellyttää niin asiakasperheen kuin eri ammattilaisten kuulemista. Mallia käytettäessä tulee kuunnella lapsen/nuoren näkemyksiä, mikäli se on hänen ikänsä, kognitiivisen kykynsä ja muiden seikkojen puolesta mahdollista. Keinoja lapsen kuulemiseen löytyy esimerkiksi 'Lapsen Oikeus Osallistua Kuntoutukseensa' -hankkeen materiaaleista (Lapsen oikeus osallistua kuntoutukseensa – lapsen edun arviointi, 2015).

Lisäksi vanhempien/omaisten, kuntouttavan ja arvioivan puheterapeutin sekä mahdollisten muiden asiakkaan vuorovaikutuksen, kommunikaation, kielellisten taitojen, puhumisen, syömisen ja nielemisen tilannetta tuntevien henkilöiden näkemyksiä on tärkeää kuulla mallia käytettäessä. Keskustelun kuntouttajan kanssa tulee olla olennainen osa arviointiprosessia.

Mallin käyttö edellyttää keskustelua niin asiakasperheen kuin eri ammattilaisten kanssa.

Matriisista saatu pistemäärä voidaan muuntaa puheterapiamääräksi, joka asiakkaalle ja hänen lähiympäristölleen on syytä tarjota.

Pisteytysmallista saatu pistemäärä voidaan muuntaa puheterapiamääräksi, joka on syytä tarjota asiakkaalle ja hänen lähiympäristölleen. Suosituksen tarkoitus on kääntää yksilöllinen tarve ja tilanne puheterapian määräksi ennakoitavan ja kaikille yhteisen tavan mukaisesti. Mallin avulla

onkin mahdollista vahvistaa asiakkaiden tasa-arvoista kohtelua valtakunnallisesti yhteneväisen käytännön kautta. Tarkoituksena ei ole nostaa, ei myöskään laskea, nykyisin suositeltuja puheterapiamääriä, vaan ehdottaa tapaa, joka auttaa määrän määrittelyssä. Kasvava pistemäärä kertoo suuremmasta tuen tarpeesta ja siksi pistemäärän kasvun mukaan myös suositeltu puheterapian määrä kasvaa. Suurin käyntimäärä (80x/vuosi) on määriteltä sen mukaan, mitä työryhmän tietojen mukaan Suomessa enimmillään tarjotaan. Kehityksellisen kielihäiriön hoitoa selvittäneessä Euroopan laajuisessa kyselyssä yleisin vastaus (35,6 %) siihen, kuinka paljon puheterapiaa voitiin tarjota, jos määrä oli rajoitettu, oli >50 kertaa (McKean ym., 2019). Suomen linja vaikuttaa tältä osin siis vastaavan eurooppalaisia käytänteitä. Pisteiden muuntamista puheterapiamääräksi kuvataan taulukossa 6.

Taulukko 6. Mallista saatujen pisteiden muuttaminen puheterapiamääräksi

Pistemäärä	Suositus
6–7p.	Puheterapiaa suositellaan 1–5x/vuosi
8–10p.	Puheterapiaa suositellaan 5–15x/vuosi
11–13p.	Puheterapiaa suositellaan 15–30x/vuosi
14–17p.	Puheterapiaa suositellaan 30–50x/vuosi
18–24p.	Puheterapiaa suositellaan 50–80x/vuosi

Puheterapiamäärän tarpeen arviointia tulisi tehdä myös kuntoutusjakson aikana ja sitä tulisi tarpeen mukaan täsmentää kuntoutuksen edetessä. Esimerkiksi, jos tuen tarve poistuu, puheterapia lopetetaan suunniteltua aiemmin. Puheterapiakuntoutus tulee toteuttaa asiakkaan yksilölliseen tarpeeseen sopivalla tavalla. Puheterapia voi toteutua esimerkiksi yksi, kaksi tai kolme kertaa viikossa. Kuntoutus voi myös toteutua jaksoissa, joiden välillä on taukoa. Toisinaan kuntoutus voidaan toteuttaa kuukausittaisten käyntien muodossa. Optimaalista olisi mahdollisuus reagoida joustavasti kuntoutuksesta saatuun vasteeseen. Vauva- ja taaperoiikäisten kohdalla suosittelemme seurantaa tiheämmin kuin kerran vuodessa. Puheterapian määrää ja ajoitusta on syytä arvioida myös suhteessa lapsen saamiin muihin terapioihin. Lisäksi perheen resursseja ja lapsen jaksamista on tarkasteltava yksilö- ja perhekohtaisesti. Perheet voivat myös hyötyä monenlaisesta muusta tuesta puheterapian ja muiden terapioiden rinnalla. Muita tukimuotoja voivat olla esimerkiksi vauvaperhetyö tai kotiin jalkautuva perhetyö. Jokaisen asiakkaan kohdalla tulisikin miettiä mikä tätä lasta ja hänen lähi-ihmisiään tällä hetkellä parhaiten tukisi. Esimerkkejä mallin soveltamisesta erilaisten asiakkaiden kanssa löytyy liitteestä 1.

Yllä mainittujen pistemäärien lisäksi tulee tarkastella kuntoutujan edellytyksiä yksilölliseen työskentelyyn ja taitojen kehittymiseen. Tällä tarkoitetaan tässä yhteydessä lapsen tai nuoren kykyä toimia puheterapeutin kanssa yhteistyössä tai kehittyä vuorovaikutuksen perustaidoissa. Edellytykset yksilölliseen työskentelyyn voivat olla heikentyneet esimerkiksi vaikea-asteisesta kehitysvammaisuudesta johtuen. Mikäli lapsen tai nuoren edellytykset suoraan työskentelyyn ovat heikot tai alhaiset, mutta taulukosta saatu pistemäärä on korkea, suositellaan runsasta ympäristön ohjausta mahdollisen lapsen/nuoren ja vanhempien kanssa työskentelyn lisäksi. Runsas ohjaus voi tarkoittaa esimerkiksi noin 20–30 käyntiä vuodessa (vrt. Roberts ym., 2019; Roberts & Kaiser, 2012) ja sen tulee voida tapahtua myös ilman lapsen tai nuoren läsnäoloa ohjaustilanteessa. Systemaattinen katsaus ja meta-analyysi, jossa tarkasteltiin vanhempien käyttämiä strategioita

kielen kehityksen tukemiseen, raportoi ohjausta annetun keskimäärin 30 tuntia 23 viikon aikana, kun asiakkaana oli lapsia, joilla oli autismikirjon häiriö, kehityksellinen kielihäiriö tai riski kielellisiin vaikeuksiin (Roberts ym., 2019). Mikäli edellytykset suoraan työskentelyyn ovat keskinkertaiset tai hyvät, suositellaan ohjauksen lisäksi myös lapsen kanssa tapahtuvaa yksilöllistä tai ryhmämuotoista puheterapiaa. Mikäli yksilölliselle työskentelylle ei ole perusteita, jätetään vaikeusasteen pisteet laskematta. Tällainen esimerkki on asiakas 6 liitteessä 1.

Puheterapian tavoitteet asetetaan yhteistyössä asiakkaan ja hänen lähiverkostonsa kanssa. Tavoitteet asetetaan aina yksilöllisesti asiakkaan kokonaisvaltainen tilanne huomioiden. Arvioiva taho asettaa kuntoutuksen päätavoitteet yhteistyössä lapsen tai nuoren ja hänen perheensä sekä tilanteen mukaan myös muiden lähi-ihmisten kanssa. Kuntouttava taho täsmentää näitä tavoitteita yhdessä lapsen tai nuoren ja hänen lähiverkostonsa kanssa esimerkiksi GAS-menetelmää (Sukula ym., 2015, 2021) hyödyntäen. Puheterapiakuntoutuksen hyötyä tarkastellaan suhteessa tavoitteisiin, joten tavoitteiden huolellinen asettaminen on erittäin tärkeää. Lapsella tai nuorella voi olla puheterapian lisäksi tarve myös muulle kuntoutukselle, kuten toiminta- ja/tai fysioterapialle ja/tai neuropsykologiselle kuntoutukselle. Tämä voi joissain tilanteissa vaikuttaa suositeltujen puheterapiakertojen määrään. Yksilöllisen tarpeen tai muiden kuntoutuksen kannalta olennaisten tekijöiden perusteella voidaan harkita myös taulukoista 5 ja 6 saatua määrää suurempaa tai pienempää käyntimäärää.

Seuraavat tekijät voivat puoltaa käyntimäärän laskemista tai alhaisempaa puheterapiamäärää mallin antamassa vaihteluvälissä:

- o Hyötymisennuste on alhainen.
- o Vähäinen hyöty siihen mennessä saadusta puheterapiasta, jos kuntoutussuunnitelma on ollut asianmukainen ja se on myös toteutettu suunnitellusti.
- o Häiriön aiheuttamaa haittaa on mahdollista lieventää suhteellisen vähäisellä puheterapiamäärällä (esim. toisinaan änkytys tai artikulaatiovirheet).
- o Asiakkaalla on myös muita kuin logopedisiä häiriöitä ja siten muita samanaikaisia kuntoutuksia.
- o Puheterapiakuntoutus ei ole perheelle/lapselle sillä hetkellä tilanteen ja voimavarojen suhteen ensisijaista. Esimerkiksi jos perhe ei sillä hetkellä pysty ottamaan vastaan ohjausta, myönnetään asiakkaalle 35 käyntiä, vaikka muuten ohjauksineen perheelle olisi myönnetty 40 käyntiä.
- o Kieltä kuntoutettaessa asiakkaalla on ollut lyhyt altistus aika terapiakielelle.
- o Muut yksilölliseen tarveharkintaan pohjautuvat tekijät.

Seuraavat tekijät voivat puoltaa käyntimäärän nostamista tai korkeampaa puheterapiamäärää mallin antamassa vaihteluvälissä. Lapsella/nuorella on

- o vaikeuksia ja siten kuntoutuksen tavoitteita usealla eri osa-alueella.
- o havaittavissa voimakkaan kehityksen herkkyyksikausi.
- o logopediseen osa-alueeseen liittyvän toimintakyvyn äkillinen heikkeneminen.
- o ensisijaisista kielen, luki-taitojen, kommunikaation, vuorovaikutuksen, puheen, syömisen tai nielemisen vaikeuksista seuranneita toissijaisia ongelmia (esimerkiksi käytös- ja tunne-elämän ongelmat). Esimerkiksi pitkäaikaiset kielelliset vaikeudet voivat aiheuttaa

sekundaarisia ongelmia muun muassa ihmissuhteisiin, oppimiseen, mielenterveyteen, minäpystyvyyteen, kouluttautumiseen, itsenäistymiseen ja työllistymiseen.

- o riskitekijöitä ympäristössään.
- o useampia kuin kaksi ympäristöä, joiden ihmisiä kuntoutuksessa tulee ohjata.
- o kuntoutuksessaan tilanne, joka vaatii puheterapeutilta runsasta yhteistyötä eri sidosryhmien kanssa.
- o puheterapian aloituksessa merkittävä viivästyminen.
- o logopediseen häiriöön liittyviä laajempia kokonaismotoriikan tai aistisäätelyn ongelmia.
- o Muut yksilölliseen tarveharkintaan pohjautuvat tekijät.

Yksittäisten puheterapiakäyntien pituus vaihtelee. Puheterapiakäynnin pituus voi olla esimerkiksi 30, 45, 60, 90 tai 120 minuuttia. Lyhyet käynnit ovat paikallaan esimerkiksi valikoivan puhumattomuuden hoidon altistusvaiheessa, jolloin käyntejä tarvitaan useamman kerran viikossa. Vähintään 60 minuutin aikaa puoltavia tekijöitä voivat puolestaan olla esimerkiksi seuraavat seikat:

- o Lapsi/nuori tai omainen käyttää puhetta tukevaa tai korvaavaa kommunikointikeinoa.
- o Käynteihin sisältyy huomattavasti ympäristön ohjausta.
- o Puheterapiakäynneillä tarvitaan tulkkia (keston nosto niillä käynneillä, joilla tulkki läsnä).
- o Lapsen toiminta on hidasta ja hän tarvitsee tavanomaista enemmän aikaa toimimiseen.
- o Lapsi tarvitsee tukea toiminnanohjauksessa tai motivoinnissa. 60 minuutin käynnin pystyy myös paremmin jaksottamaan mikrotauoilla, joka on monille hyvin tärkeä tarkkaavuuden tuen keino.
- o Lapsen sensomotorinen säätely ja toimintaan valmistautuminen vaatii aikaa.
- o Lapsella on useita samanaikaisesti työstettäviä tavoitteita puheterapiassa (esim. syöminen ja vuorovaikutus).
- o Terapia toteutuu kokonaan arjen tilanteissa.
- o Muut yksilölliseen tarveharkintaan pohjautuvat tekijät.

4.2 Vaihtoehto puheterapian määrän muotoiluun

Puheterapiakäyntien määrään ja terapiakäynnin keston (esim. 40x45 min/vuosi) perustuva kuntoutuksen toteuttamisen malli on jäykkä eikä aina palvele asiakkaan tarvetta parhaalla mahdollisella tavalla. Tulevaisuudessa tulee pohtia mahdollisuutta myöntää asiakkaalle tietty tuntimäärä kuntoutusta vuodessa, jonka jakautumisesta puheterapeutti ja asiakas perheineen päättävät. Tällöin olisi mahdollista käyttää aika joustavasti lapsen ja lähiympäristön tuen tarve ja tilanne huomioiden. Esimerkiksi valikoivan puhumattomuuden hoidossa lyhyetkin käynnit (15–30 min) ovat perusteltuja ja niitä voidaan tarvita useampi viikossa. Lisäksi olisi optimaalista voida tilanteen ja tarpeen mukaan käyttää käynnit lapsen kanssa työskentelyyn, ohjaukseen ja näiden yhdistelmään yhden kuntoutusjakson aikana. Kaikkien puheterapian muotojen ja toteutustapojen tulee olla mahdollisia tarpeesta riippuen. Rakenteellisten tekijöiden ei tule olla esteenä yksilön tai tämän yhteisön edun toteutumiselle.

5. Yksilöllinen, ohjauksellinen ja yhteisöllinen puheterapia

Puheterapia voi toteutua monella eri tavalla.

Puheterapiakuntoutusta voidaan toteuttaa yksilöllisesti lapsen kanssa työskennellen, lähiympäristöä ohjaten tai, kuten yleensä, näitä yhdistellen. Puheterapiakuntoutus voi tapahtua ryhmässä, pareittain tai kahden kesken terapeutin kanssa. Puheterapiakuntoutus voidaan toteuttaa arkiympäristössä, puheterapeutin vastaanotolla, etäyhteyden tai verkkokuntoutuksen avulla tai näiden yhdistelmänä. Puheterapiakuntoutusta voidaan toteuttaa myös jakamalla jakso kahdelle puheterapeutille. Näin voidaan tehdä, mikäli lapsella on kaksi keskenään hyvin erilaista häiriö- tai ongelma-aluetta, joita kuntouttamaan ei löydy yhtä osajaa: esimerkiksi laajat kielelliset haasteet ja suuret syömistaitojen kehityksen ongelmat. Työnjako on usein myös saatavilla olevien resurssien vuoksi järkevää (vrt. toimintaterapian puolella työnjako SI-terapeuttien ja peruskoulutettujen toimintaterapeuttien kesken). Puheterapian kohteena voi yksilön ja hänen perheensä sijaan olla myös yhteisö. Toteuttamistavan tulee perustua todettuun kuntoutustarpeeseen ja kuntoutukselle asetettuihin tavoitteisiin vanhempien toiveita kuullen ja lapsen taidot huomioiden.

Yksilöllinen puheterapia on Suomessa tavallinen toteutusmuoto. Yksilöllisessä puheterapiassa puheterapeutti työskentelee lapsen kanssa. Yksilöllisen puheterapian tehokkuudesta ja vaikuttavuudesta on runsaasti näyttöä (ks. esim. Ebbels ym., 2017; Law ym., 2004). Yksilöllisessä puheterapiassa voidaan harjoitella suoraan tiettyjä taitoja. Yksilölliseen puheterapiaan yhdistyy vanhempien ja muiden lähi-ihmisten ohjaus. Tutkimusten mukaan vanhemmille annetun ohjauksen yhdistäminen yksilölliseen puheterapiakuntoutukseen tukee parhaiten lapsen kehitystä (Eberhart ym., 2011). Varteenotettava malli yksilöllisen ja ohjauksellisen työtavan yhdistämiseen on esimerkiksi Yhdysvalloissa käytetty 3:1 malli, jolloin kolme viikkoa toteutetaan yksilöllistä terapiaa ja neljäs viikko on ohjausta ja yhteisöllistä työskentelyä (Garfinkel, 2018).

Puheterapia voi toteutua myös ryhmässä tai lapsen arkiympäristössä. Ryhmämuotoisen kuntoutuksen avulla voidaan harjoitella esimerkiksi kielen käyttöä ja tukea siten osallisuutta tavalla, joka ei ole mahdollista yksilötilanteissa. Arjen tilanteissa harjoittelu, toisten lasten tarjoama kielellinen malli ja vertaisoppiminen ovat kuntoutuksen vaikuttavuuden kannalta usein merkittäviä. Asiakkaat hyötyisivät usein ryhmämuotoisesta kuntoutuksesta yksilökuntoutusjakson jälkeen. Näin asiakas pääsisi harjoittelemaan opittuja taitoja vertaisryhmässä. Samalla on mahdollista harjoitella sosiaalisia taitoja, jotka ovat heikot monilla asiakkailla (Mok ym., 2014).

Myös ohjauksellisen puheterapian tehokkuudesta on olemassa runsaasti vahvaa tutkimusnäyttöä esimerkiksi kehityksellisen kielihäiriön kuntoutuksessa (ks. esim. Roberts & Kaiser, 2011; Roberts ym., 2019). Ohjauksellisessa puheterapiassa puheterapeutti ohjaa asiakkaan lähi-ihmistä kuntouttavan toiminnan toteuttamiseen. Pienten lasten vanhempien ohjaus vaikuttaa ehkäisevän kehityksellisen kielihäiriön syntymistä (van Balkom ym., 2010). Niiden lasten taidot, joiden vanhempia oli ohjattu kommunikointistrategioidensa suhteen, täyttivät verrokkiryhmää harvemmin kielenkehityksen viivästymän tunnusmerkit (Roberts & Kaiser, 2015). Pienten lasten kohdalla ohjaavan puheterapian vaikutus on myös pysyvämpää kuin suoran puheterapian (Eberhart ym., 2011). Kuntoutuksen intensiivisyys kasvaa ja kuntouttavan toiminnan kokonaismäärä lisääntyy, kun vanhemmat ja muut lähiympäristön aikuiset saavat ohjausta

kuntoutuksellisen otteen käyttöön arjessa. Vanhempien ohjaukseen tulisikin panostaa erityisesti pienten lasten kohdalla. Vanhempien ohjaus voi toteutua monella tavalla: heitä voidaan esimerkiksi ohjata ryhmämuotoisesti, vanhempi-lapsi-parina tai vanhempaa kahden kesken. Tärkeää on, että ohjaus toteutuu eri tavoin tilanteen ja tarpeen mukaisesti. Lisäksi käytymäärissä on huomioitava moniammatillisen yhteistyön tarve muiden lapsen asioissa mukana olevien ammattilaisten kanssa (esim. verkostoneuvottelut varhaiskasvatukseen, koulun tai terveydenhuollon toimijoiden kanssa tai muu yhteistyö esim. fysio- tai toimintaterapeutin tai kommunikaatio-ohjaajan kanssa).

On tärkeää, että puheterapeutilla on mahdollisuus lähiyhteisön ohjaukseen myös ilman lapsen läsnäoloa. Joskus puheterapeutin ja vanhempien välisissä keskusteluissa voi nousta esille asioita, joiden kuuleminen ei ole lapsen edun mukaista. Lapsi tai nuori voi kielellisten vaikeuksiensa vuoksi ymmärtää väärin kuulemaansa keskustelua tai hänelle vaikeista asioista puhuminen saattaa vaikuttaa kielteisesti lapsen tai nuoren käsitykseen itsestä toimijana ja oppijana. Jos läsnä oleva lapsi tarvitsee vanhemman jatkuvaa valvontaa, vanhemman voi olla myös vaikea keskittyä ohjaustilanteeseen. Myös esimerkiksi päiväkodin henkilökunnan ohjaaminen voi välillä olla terapian kannalta hyvin olennaista, mutta heidän voi olla vaikea perehtyä yhden lapsen asioihin ja keskustella niistä lapsiryhmätilanteessa. Siksi käytännön kannalta heidän olisi helpoin omaksua tietoa ja välittää sitä esimerkiksi silloin, kun lapset ovat nukkumassa, eli kun asiakas ei ole läsnä. Vanhempien osallistuminen puheterapiakäynneille mahdollistaa kotona tapahtuvan tukemisen maksimoinnin, sillä jakson päätyttyä tuki jatkuu. Lähi-ihmisten ohjaus on myös välttämätöntä, jotta he voisivat tukea lasta taitojen yleistämisessä arjen tilanteisiin. Mahdollisuuksia vanhempien ja muiden lähi-ihmisten ryhmämuotoiseen ohjaukseen ilman lasten läsnäoloa on syytä kehittää eteenpäin.

Ohjauksellinen puheterapia on tärkeää sekä terapian alkuvaiheessa että yksilöterapian ollessa käynnissä. Ohjauksellinen puheterapia voi olla myös paikallaan, kun yksilöllisellä terapialla ei päästä enää eteenpäin, mutta ympäristö tarvitsee vielä tukea. Terapiassa saavutetut positiiviset vaikutukset voivat kadota, jos niitä ei seurata ja pidetä yllä (Eberhart ym., 2011), mikä myös puoltaa ohjausta terapian päättyessä. Kuntoutuksen päätösvaiheen sekä myöhemmissä elämänvaiheissa tapahtuvan ohjauksen tarve ja hyödyllisyys korostuvat esimerkiksi kehitysvammaisten palveluissa.

Yhteisöllisen puheterapian avulla puheterapeutti voi vaikuttaa positiivisesti tietyn yhteisön lasten taitoihin työskentelemättä suoraan yhdenkään lapsen kanssa. Yhteisöllinen puheterapia suuntautuu vanhempien ja ammattilaisten ohjaamiseen tai esimerkiksi esteettömän kommunikaatioympäristön suunnitteluun.

6. Resurssien vaikutus suosituksen käyttöön

Puheterapiaresurssit vaihtelevat Suomessa alueittain. Vaikka puheterapiaa ei olisi heti saatavilla, tulee todellinen kuntoutustarve kirjata kuntoutussuunnitelmaan. Mikäli suosituksen viitoittamia käyntimääriä ei ole mahdollista toteuttaa, on aina kuitenkin varmistettava, että suunnitellulla määrällä on mahdollista tukea lasta ja hänen ympäristöään. Liian vähäinen kuntoutus on vaikuttamatonta. Alueilla, joilla vallitsee resurssivaje, tulee olla suunnitelma siitä, kuinka resurssitilanne korjataan. Toimivat perustason puheterapiapalvelut ovat palvelujen järjestämisessä keskeisiä.

Vaikka puheterapiaa ei olisi heti saatavilla, tulee todellinen kuntoutustarve kirjata kuntoutussuunnitelmaan.

Puheterapia kuuluu hoitotakuun piiriin. Perusterveydenhuollon hoitoon pääsystä todetaan: ”Terveystieteiden ammattihenkilön on tehtävä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas otti yhteyden terveystieteiden keskukseseen, jollei arviointia ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana. --- Hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä lääketieteellisesti --- tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu.” (Terveystieteidenhoitolaki, 2010/1326 § 51). Alueen resurssitilanteesta riippumatta kaikkien tarvitsijoiden tulee siis saada tarvitsemansa hoito ja saada se kohtuullisessa ajassa. Resurssivaje ei lain vaatimuksen vuoksi voi siten olla pysyvä.

Suomessa on vuosia vallinnut puheterapeuttipula. Tilanteeseen on kuitenkin tulossa muutos sillä Opetus- ja kulttuuriministeriön vuonna 2020 tehdyn päätöksen mukaan logopedian koulutuspaikkamääriä on kasvatettu, osin väliaikaisesti, osin pysyvästi, kaikissa viidessä tutkinto-ohjelmassa. Lisäksi Itä-Suomen yliopistossa on syksyllä 2021 aloittanut uusi logopedian tutkinto-ohjelma. Valmistuvien puheterapeuttien määrä kasvaa jatkuvasti ja viimeistään vuonna 2026 puheterapeuttipula helpottuu merkittävästi. Resurssivajeen paikkausta on syytä alkaa suunnitella heti. On tärkeää, ettei resurssipula häivyttä asiakkaiden ja heidän perheidensä kuntoutus- ja tukitoimien tarvetta.

7. Lopuksi

Toteamme, että tämä suositus ja siinä esitelty malli eivät ole täydellisiä tai sovellu joka tilanteeseen tai kaikille asiakkaille. Toivomme kuitenkin, että ne lisäävät keskustelua puheterapiakuntoutuksen tarpeen ja määrän määrittelyn periaatteista. Lisäksi tavoitteena on, että suositus auttaa yksilöllisessä tarveharkinnassa puheterapiakuntoutuksen tarpeen ja määrän määrittelyssä ja toimii askeleena yhä parempien mallien ja yhtenäisempien käytänteiden luomisessa.

Toivomme, että tämä suositus ja siinä esitetty malli lisäävät keskustelua puheterapiakuntoutuksen tarpeen ja määrän määrittelyn periaatteista.

Liite 1: Sovellusesimerkkejä mallin käytöstä

Oheiset esimerkit on tarkoitettu selkiyttämään suosituksen käyttöä. Niiden ei ole tarkoitus olla kattava kooste kaikista asiakasryhmistä. Esimerkit on luotu kliinisen kokemuksen pohjalta. Jokaisen esimerkin taustalla on ollut ajatus yhdestä tai useammasta oikeasta asiakkaasta ja hänelle myönnetystä kuntoutusmäärästä. Yksityiskohtia on muunneltu eivätkä esimerkit tai kuvaukset enää vastaa oikeita henkilöitä.

Esimerkkien pisteytykset on luotu seuraavasti: jokainen työryhmän jäsen on ensin itsenäisesti pisteyttänyt jokaisen esimerkin. Pisteytyksestä ja sen perusteista on keskusteltu yhteisesti, ja jokainen on halutessaan saanut muiden perusteet kuultuaan muokata omia pisteitään. Lopuksi pisteytyksistä on laskettu keskiarvo. Muistutamme edelleen, että terapiamäärä tulee aina miettiä lapsen yksilöllinen tilanne huomioiden.

1. Laaja-alainen kehitysviive

F83 Monimuotoiset kehityshäiriöt

J on 3;3 ikäinen lapsi, jonka äidinkieli on muu kuin suomi. Hän on ollut suomenkielisessä varhaiskasvatuksessa 2;0-vuotiaasta lähtien. Kuulo ja näkö ovat normaalit. Hän tarvitsee kuvia ja tukiviittomia oman ilmaisun ja puheen vastaanoton tueksi. J ilmaisee itseään suomeksi yksittäisillä tavuilla ja luonnollisilla eleillä. J ymmärtää tilannesidonnaisia lyhyitä sanallisia ohjeita ja kehotuksia. Vanhemmat arvioivat J:n äidinkielen taitojen olevan hyvin samanlaiset kuin suomen kielen taidot, ei selkeää vahvempaa kieltä. Vanhempien kanssa keskusteltaessa tarvitaan aina tulkkaus.

	EI OLE /	VÄHÄINEN	KESKISUURI	SUURI	EHDOTON	Pistemäärä	Suositus
	EI VAIKUTUSTA						
HÄIRIÖN VAIKUTUS OSALLISUUTEEN	0	2	4	6	8	6–7p.	Puheterapiaa suositellaan 1–5x/vuosi
YMPÄRISTÖN OHJAUKSEN TARVE	0	1	2	3	4	8–10p.	Puheterapiaa suositellaan 5–15x/vuosi
HÄIRIÖN VAIKEUSASTE	0	1	2	3	4	11–13p.	Puheterapiaa suositellaan 15–30x/vuosi
HYÖTYMISENNUSTE	0	2	4	6	8	14–17p.	Puheterapiaa suositellaan 30–50x/vuosi
						18–24p.	Puheterapiaa suositellaan 50–80x/vuosi
PISTEITÄ YHTEENSÄ: 15						On/ei	Laskevia tekijöitä
						On/ei	Nostavia tekijöitä

HÄIRIÖN VAIKUTUS OSALLISUUTEEN: KESKISUURI

J pyrkii arjessaan ilmaisemaan itseään ja toimimaan vuorovaikutuksessa, mutta ei useinkaan tule puutteellisella ilmaisullaan ymmärretyksi. J tarvitsee ympäristön tukea (AAC-keinot, uusien taitojen systemaattinen harjoittelu ja toistot oppimisen tukena) pystyäkseen ilmaisemaan itseään ja osallistumaan toimintaan sekä kielellisen ymmärtämisen tukena. Häiriön vaikutus osallisuuteen arvioidaan tällä hetkellä olevan keskisuuri, sillä lapsella on kokonaiskehityksen viive ja ikää vasta kolme vuotta.

YMPÄRISTÖN OHJAUKSEN TARVE: SUURI

J:n lähiympäristössä (päiväkoti ja koti) on vain vähän puhetta tukevia ja korvaavia keinoja käytössä. Perhe tarvitsee myös ohjausta siitä, kuinka tukea äidinkielen kehittymistä suomen kielen rinnalla.

LOGOPEDISEN HÄIRIÖN VAIKEUSASTE: KESKISUURI

J:llä on hyvät vuorovaikutustaidot, mutta ilmaisukeinojen puute rajoittaa J:n toimimista kaikissa arjen tilanteissa. J ei pysty ilman AAC-keinoja ilmaisemaan itseään ymmärrettävästi tai ymmärtämään pelkästään puhuttua kieltä.

HYÖTYMISENNUSTE: SUURI

J toimii hyvässä vuorovaikutuksessa ja hänellä on edellytyksiä omaksua tukiviittomia ja kuvien käyttöä oman ilmaisunsa tueksi. Lähiympäristön ja J:n omaksuessa AAC-keinoja J:n mahdollisuudet osallistua ja tulla ymmärretyksi lisääntyvät. Lisäksi tuleva jakso olisi J:n ensimmäinen puheterapiajakso.

Yht. 15 pistettä

SUOSITUS: Huomioiden kokonaiskehityksen viive ja lyhyt altistusaika suomen kielelle, J:lle suositellaan puheterapiaa 40x60 min painottuen arkiympäristöön ja lähi-ihmisten ohjaukseen. Käynnin pituudeksi suositellaan 60 minuuttia, sillä puheterapiakäynneillä tarvitaan tulkkia ja terapiatilanteessa käytetään AAC-keinoja.

2. Kehityksellinen kielihäiriö ja puhemotoriikan häiriö

- F80.2 Puheen ymmärtämisen häiriö
 F80.1 Puheen tuottamisen häiriö
 F90.0 Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö

A on 12-vuotias nuori, jonka kielelliset pulmat vaikeuttavat jokapäiväistä elämää merkittävästi. ADHD-lääkitys on aloitettu vajaa vuosi sitten, ja sillä on ollut merkittävä positiivinen vaikutus arkeen. A on saanut useita puheterapiajaksoja ja terapiasuhde on jatkunut pitkään. Puheen ymmärtämisen pulmat näkyvät käsitteiden oppimisen vaikeutena ja väärinymmärryksinä, mutta pääosin A pystyy jo toimimaan sanallisten ohjeiden mukaan. Suurin pulma on puheilmaisuus. Puhe on hyvin epäselvää puuttuvien äänteiden ja muuntuneiden sanojen vuoksi ja puheen vuolaus heikentää ymmärrettävyyttä. Ilmaisua vaikeuttavat myös aktiivisen sanavaraston niukkuus ja kieliopin pulmat. Ikätovereiden kanssa mahdollisuudet tulla ymmärretyksi ovat hyvin puutteelliset ja tilanteet johtavat helposti väärinymmärryksiin ja turhautumisiin puolin ja toisin. A:lla onkin huomattavia vaikeuksia koulussa ja osallistuminen toivottuun harrastukseen ei ole yrityksistä huolimatta onnistunut. A:lla on ollut psyykkistä oireilua, joten on suuri riski, että jatkossa oireilu alkaa uudelleen ja voi näkyä esim. mielialavaikeuksina, mikäli tukea ei ole riittävästi tarjolla.

	EI OLE / EI VAIKUTUSTA	VÄHÄINEN	KESKISUURI	SUURI	EHDOTON	Pistemäärä	Suositus
	HÄIRIÖN VAIKUTUS OSALLISUUTEEN	0	2	4	6		
YMPÄRISTÖN OHJAUKSEN TARVE	0	1	2	3	4	8–10p.	Puheterapiaa suositellaan 5–15x/vuosi
HÄIRIÖN VAIKEUSASTE	0	1	2	3	4	11–13p.	Puheterapiaa suositellaan 15–30x/vuosi
HYÖTYMISENNUSTE	0	2	4	6	8	14–17p.	Puheterapiaa suositellaan 30–50x/vuosi
PISTEITÄ YHTEENSÄ: 15						18–24p.	Puheterapiaa suositellaan 50–80x/vuosi
						On/ei	Laskevia tekijöitä
						On/ei	Nostavia tekijöitä

HÄIRIÖN VAIKUTUS OSALLISUUTEEN: SUURI

Kielelliset ongelmat vaikuttavat sosiaalisiin suhteisiin, opiskeluun ja harrastuksiin ja aiheuttavat myös merkittäviä sekundaarisia oireita, kuten psyykkistä oireilua.

YMPÄRISTÖN OHJAUKSEN TARVE: KESKISUURI

Koti ei juurikaan tarvitse ohjausta, mutta kommunikaation onnistuminen vasta vaihtuneen opettajan kanssa on tärkeää.

LOGOPEDISEN HÄIRIÖN VAIKEUSASTE: SUURI

Teini-ikää lähestyvä, epäselvästi puhuva nuori erottuu ikätovereiden joukosta ja saa kuulla puheestaan usein. Oma ilmaisu on tärkeässä osassa monessa muussakin asiassa nuoren tulevaisuudessa: koulussa, työharjoitteluissa, jatko-opinnoissa ja työelämässä.

HYÖTYMISENNUSTE: KESKISUURI

Häiriö ei poistu kuntoutuksella, mutta nuori pystyy oppimaan keinoja helpottaakseen viestin välittymistä. Ympäristön ohjauksella pyritään varmistamaan, että ympäristö oppii luottamaan kommunikaation onnistumiseen. Nuoren ei-kielelliset taidot ja motivaatio oppimiseen ovat hyvät. Työskentely onnistuu aiempaa paremmin lääkityksestä ja kuormituksen vähenemisestä johtuen.

Yht. 15 pistettä

SUOSITUS: Nuorelle suositellaan kuntoutusta 40x45min sisältäen lähiympäristön ohjauksen. Kielellisistä vaikeuksista johtuvat sekundaariset ongelmat (vaikeudet kaverisuhteissa ja psyykinen oireilu) ovat puheterapiamäärää nostava tekijä.

3. Haasteita monella eri kehitysalueella

- F88 Muu psyykkinen kehityshäiriö
 F90.9 Määrittämätön hyperkineettinen häiriö
 F80.9 Määrittämätön puheen ja kielen kehityshäiriö

M on 5-vuotias lapsi, jolla on vaikeuksia sosiaalisessa vuorovaikutuksessa, kommunikoinnissa ja kielellisissä taidoissa. Kuulo ja näkö ovat normaalit. Hän toimii vaihtelevasti, pääasiassa omasta mielenkiinnostaan riippuen vastavuoroisessa vuorovaikutuksessa, ja hänen yhteistyötaitonsa ovat heikot. Lapsi ilmaisee itseään lausetasoisella puheella, mutta pidempi ja monimutkaisempi kielellinen ilmaisu on ikäodotuksia heikompaa. Lapsen on myös vaikea käyttää kieltä toimivasti erilaisissa sosiaalisissa tilanteissa. Puhe on äännetasolla lievästi epäselvää ja ajoittain vaikeasti ymmärrettävää. Lapsi ymmärtää arkikieltä, mutta puheen ymmärtäminen on ikäodotuksia huomattavasti heikompaa ja hän tarvitsee kuvallista materiaalia puheen ymmärtämisen tueksi. Lapsella on todettu myös käytös- ja tunnesäätelyn sekä aktiivisuuden ja tarkkaavuuden säätelyn vaikeutta sekä impulsiivisuutta. Lapsi saa puheterapian lisäksi toimintaterapiaa ja perhe hoidosta vastaavan erikoissairaanhoidon yksikön sairaanhoitajan ohjausta arjen ongelmakohtien helpottamiseksi.

	EI OLE / EI VAIKUTUSTA	VÄHÄINEN	KESKISUURI	SUURI	EHDOTON	Pistemäärä	Suositus
HÄIRIÖN VAIKUTUS OSALLISUUTEEN	0	2	4	6	8	6–7p.	Puheterapiaa suositellaan 1–5x/vuosi
YMPÄRISTÖN OHJAUKSEN TARVE	0	1	2	3	4	8–10p.	Puheterapiaa suositellaan 5–15x/vuosi
HÄIRIÖN VAIKEUSASTE	0	1	2	3	4	11–13p.	Puheterapiaa suositellaan 15–30x/vuosi
HYÖTYMISENNUSTE	0	2	4	6	8	14–17p.	Puheterapiaa suositellaan 30–50x/vuosi
						18–24p.	Puheterapiaa suositellaan 50–80x/vuosi
PISTEITÄ YHTEENSÄ: 15						On/ei	Laskevia tekijöitä
						On/ei	Nostavia tekijöitä

HÄIRIÖN VAIKUTUS OSALLISUUTEEN: KESKISUURI

Kotona syntyy väärinymmärryksiä lapsen puheenymmärtämis- ja ilmaisuvaikeuksien vuoksi aiheuttaen haastavaa käyttäytymistä. Myös sosiaalisen vuorovaikutuksen haasteet heikentävät lapsen mahdollisuuksia osallistua. Lapsen muut kehitykselliset vaikeudet vaikuttavat kuitenkin hänen osallisuuteensa tällä hetkellä logopedisiä häiriöitä enemmän.

YMPÄRISTÖN OHJAUKSEN TARVE: KESKISUURI

Logopedisen ohjauksen tarve on keskiuuri, koska vanhemmat saavat lisäksi ohjausta kuntouttavalta toimintaterapeutilta ja hoidosta vastaavalta taholta. Myös varhaiskasvatuksen henkilökunnan ohjaus jakautuu kyseisten toimijoiden kesken.

LOGOPEDISEN HÄIRIÖN VAIKEUSASTE: SUURI

Lapsella on vaikeuksia laaja-alaisesti vuorovaikutuksessa, kommunikaatiossa ja kielellisissä taidoissa.

HYÖTYMISENNUSTE: SUURI

Lapsi ei ole aiemmin saanut puheterapeuttista kuntoutusta, mutta oirekuvan perusteella on oletettavaa, että hän hyötyy kuntoutuksesta.

Yht. 15 pistettä

***SUOSITUS:** Lapselle ja hänen lähiympäristölleen suositellaan puheterapiaa vuoden ajalle 40 kertaa. Terapiakäyntien kestoksi suositellaan 45 minuuttia, ohjaus- ja mahdollisten yhteis- ja ryhmäkäyntien kestoksi 60 min.*

4. Änkytys

F98.5 Puheen sujuvuuden häiriö, änkytys

K on 8-vuotias lapsi. Hänellä on ollut änkytystä kolmen vuoden iästä lähtien. Koulun alkamisen jälkeen änkytys on pahentunut voimakkaasti. Toistoa on lausetasolla useammassa sanassa 8–10 kertaa. Lapsi itse kertoo puhumisen olevan vaikeaa koulussa, opettaja kokee lapsen välttelevän kysymyksiin vastaamista, vaikka osaamista riittäisi. Vanhemmat ovat huolissaan ja huomaavat lapsen kärsivän vaikeuksista ja välttelevän vieraampien ihmisten kanssa puhumista. Lapsi ei ole koskaan saanut puheterapiaa. Lapsi ja perhe ovat nyt motivoituneet puheterapiaan.

	EI OLE / EI VAIKUTUSTA	VÄHÄINEN	KESKISUURI	SUURI	EHDOTON	Pistemäärä	Suositus
HÄIRIÖN VAIKUTUS OSALLISUUTEEN	0	2	4	6	8	6–7p.	Puheterapiaa suositellaan 1–5x/vuosi
YMPÄRISTÖN OHJAUKSEN TARVE	0	1	2	3	4	8–10p.	Puheterapiaa suositellaan 5–15x/vuosi
HÄIRIÖN VAIKEUSASTE	0	1	2	3	4	11–13p.	Puheterapiaa suositellaan 15–30x/vuosi
HYÖTYMISENNUSTE	0	2	4	6	8	14–17p.	Puheterapiaa suositellaan 30–50x/vuosi
Pisteitä yhteensä: 15						18–24p.	Puheterapiaa suositellaan 50–80x/vuosi
						On/ei	Laskevia tekijöitä
						On/ei	Nostavia tekijöitä

HÄIRIÖN VAIKUTUS OSALLISUUTEEN: KESKISUURI

Ennen K ei itse ole välittänyt änkytyksestään, mutta nyt änkytyksestä johtuen hän ei usein halua puhua niin paljon kuin ennen. Kotona änkytys ei vaivaa samalla tavalla, mutta vapaa-aikana lapsi välttää puhumista vieraampien kanssa ja se rajoittaa osallistumista.

YMPÄRISTÖN OHJAUKSEN TARVE: SUURI

Perhe tai opettajat eivät ole saaneet ohjausta aiemmin, vanhemmat ovat huolissaan. Lähi-ihmiset kaipaavat tietoa ja ymmärrystä asiasta sekä keinoja oman hyväksymisen avuksi. He tarvitsevat tukea siihen, että voivat tukea lapsen hyväksymisprosessia, puherohkeutta ja itseluottamusta. Lisäksi on tarjottava tietoa puheen hallinnan keinoista ja niiden harjoittelusta. Vanhempien lisäksi myös koulun ja harrastustoiminnan ammattilaiset tarvitsevat tietoa.

LOGOPEDISEN HÄIRIÖN VAIKEUSASTE: KESKISUURI

Änkytys on keskivaikeaa ja lapsen negatiivinen suhtautuminen siihen vaikuttaa osallistumiseen ja elämänlaatuun.

HYÖTYMISENNUSTE: SUURI

Tämä on K:n ensimmäinen puheterapiajakso. On tärkeää, että K oppii keinoja, jotka keventävät puhetilanteita. On odotettavaa, että hän hyötyy puheterapiasta niin emotionaalisten tekijöiden kuin sujuvuutta lisäävien keinojen opettelun kannalta. Puheterapian tavoite on änkytyksen määrän vähenemisen lisäksi puheen sujuvuuden lisääminen niissä tilanteissa, joissa se on lapselle tärkeää, lapsen myönteisempi suhtautuminen änkytykseen, puherohkeuden vahvistaminen ja itseluottamuksen lisääminen. On tärkeää, että perhe ja opettaja oppivat tukemaan puheen sujuvuutta ja että änkytys huomioidaan koulun puhetilanteissa.

Yht. 15 pistettä

SUOSITUS: K:lle suositellaan seuraavan puolen vuoden ajalle puheterapiaa jaksoittain 20x45min, johon sisältyy vanhempien ohjausta. Änkytyksen hoito voi olla tehokasta suhteellisen lyhyessäkin ajassa, mistä johtuen terapiaa suositellaan puoleksi vuodeksi. Tämän jälkeen tilanne arvioidaan uudelleen ja jatko suositellaan sen mukaan.

5. Valikoiva puhumattomuus

F94.0 Valikoiva puhumattomuus

G on 9-vuotias lapsi, joka on saanut puheterapiaa 2,5 vuotta valikoivan puhumattomuuden helpottamiseen sekä yksittäisten äännevirheiden korjaamiseen. Muu toimintakyky on normaali. Puheterapiakuntoutuksen alkaessa lapsi on puhunut vain kotona omille perheenjäsenille. Esiopetuksessa hän ei ole päästänyt ääntäkään, ei edes nauranut ääneen. Puheterapiasta on ollut selkeä hyöty. Valikoiva puhumattomuus on helpottanut hallitun altistamisen kautta vahvassa yhteistyössä koulun ja kodin kanssa. Terapiaan on otettu mukaan uusia lapsia/aikuisia, joille puhumiseen lasta on rohkaistu. Lapsi puhuu tällä hetkellä pienissä ryhmissä (ei koko luokan kuullen), luokan avustajille kahden kesken sekä vastaa opettajalle luokassa lyhyesti. Puhuu opettajalle jo rennosti kahden kesken. Lähipiirillä on nyt paljon tietoa siitä, miten valikoivaa puhumattomuutta voi edelleen helpottaa. Koulun resurssit tosin mahdollistavat huonosti pienempiä ryhmiä. Äänneistä enää /s/-äänne vaati työstöä ja sekin onnistuu harjoittelussa ja sitä vakiinnutetaan puheeseen, muuten puhe on selkeää.

	EI OLE / EI VAIKUTUSTA	VÄHÄINEN	KESKISUURI	SUURI	EHDOTON	Pistemäärä	Suositus
HÄIRIÖN VAIKUTUS OSALLISUUTEEN	0	2	4	6	8	6–7p.	Puheterapiaa suositellaan 1–5x/vuosi
YMPÄRISTÖN OHJAUKSEN TARVE	0	1	2	3	4	8–10p.	Puheterapiaa suositellaan 5–15x/vuosi
HÄIRIÖN VAIKEUSASTE	0	1	2	3	4	11–13p.	Puheterapiaa suositellaan 15–30x/vuosi
HYÖTYMISENNUSTE	0	2	4	6	8	14–17p.	Puheterapiaa suositellaan 30–50x/vuosi
						18–24p.	Puheterapiaa suositellaan 50–80x/vuosi
PISTEITÄ YHTEENSÄ: 14						On/ei	Laskevia tekijöitä
						On/ei	Nostavia tekijöitä

HÄIRIÖN VAIKUTUS OSALLISUUTEEN: KESKISUURI

Puhumattomuus vaikuttaa vielä selkeästi lapsen arkeen ja täysipainoinen paineeton osallistuminen on vielä haastavaa. Lapsi on koko ajan jännittynyt siitä, kuka hänen puheensa kuulee.

YMPÄRISTÖN OHJAUKSEN TARVE: KESKISUURI

Koulu ja koti ovat saaneet jo paljon ohjausta. Valikoivassa puhumattomuudessa on kuitenkin tärkeää, että seuraavat askeleet puhumisen helpottamisessa ovat asiakkaalle räätälöityjä. Pahimmillaan valikoivaa puhumattomuutta voi vääränlaisella tuella tai liian isoilla tavoitteilla vahvistaa. Ympäristö tarvitsee siis vielä ohjausta asiassa.

LOGOPEDISEN HÄIRIÖN VAIKEUSASTE: KESKISUURI

Tilanne on ratkaisevasti parantunut, mutta puhumattomuus vaikuttaa edelleen päivittäiseen kouluarkeen. Vapaa-aikaan valikoiva puhumattomuus ei niinkään vaikuta ja G on uusissa tilanteissa uskaltanut puhumaan.

HYÖTYMISENNUSTE: SUURI

Eteneminen on ollut hidasta, mutta sitä on tapahtunut koko ajan. Lapsi on saanut onnistumisista lisää itseluottamusta uusille ihmisille puhumiseen. On todennäköistä, että puhuminen saadaan laajennettua myös muihin opettajiin ja luokan toista sukupuolta edustaviin lapsiin.

Yht. 14 pistettä

SUOSITUS: Asiakkaalle ja hänen lähiympäristölleen suositellaan puheterapiaa vuoden ajalle 25 x 45 min. Terapian lisäksi vanhemmille ja lähiympäristölle suositellaan ohjausta 5 x 60 min. Ohjauksen tulee toteutua ilman lasta, jotta seuraavista askelista voidaan keskustella niin, ettei lapsi kuule asiasta. Tällä tavalla vähennetään lapseen kohdistuvaa painetta ja varmistetaan edistysaskelten onnistuminen.

6. Vaikea kehitysvamma

F73 Syvä älyllinen kehitysvamma

C on 15-vuotias nuori, jolla on kromosomipoikkeama ja siitä johtuva syvä kehitysvamma. C on oikeutettu Kelan kuntoutuspalveluihin. Tuttujen ihmisten kanssa tutussa ympäristössä toimiessaan C:n toimintakyky on hyvä ja hän saa ilmaistua arkiset tarpeensa ja toiveensa, kun lähi-ihmiset osaavat tulkita hänen käytöstään ja kommunikaatiotaan. Ongelmat alkavat, kun C:n lähi-ihmiset asumisyksikössä vaihtuvat. Silloin C turhautuu ja käyttäytyy aggressiivisesti. Tämä käytös nousee esiin erityisesti siirtymätilanteissa. Haastavan käytöksen takia asumisyksikkö on vaihtunut usein. C ilmaisee itseään ilmein, elein, äänensävyillä ja ääntelyllä, esinein, kuvakansiolla, toiminnallaan, kuvin ja viittomin. Lisäksi hänellä on ensisanamaisia sanoja, joita tutut ihmiset osaavat tulkita. C ymmärtää puhetta noin 3-vuotiaan tapaan. Hän ohjautuu lyhyin lausein ja kuvin. C on saanut yksilöpuhuterapiaa Kelan kustantamana 3-vuotiaasta 6-vuotiaaksi saakka. C:llä on kuvakommunikaatiokansio, joka on ahkerassa käytössä osaavien kumppaneiden kanssa. Asumisyksikkö on saanut tukiviittomaopetusta kotikunnan vammaispalveluiden kautta kaksi kertaa. C on saanut ohjauksellista puhuterapiaa edellisen kerran aloittaessaan koulun. Nyt C on muuttanut pysyväen, pitkäaikaiseen asumisyksikköön. Kommunikaatiokatkoksiin liittyvää haastavaa käyttäytymistä on päivittäin.

	EI OLE / EI VAIKUTUSTA	VÄHÄINEN	KESKISUURI	SUURI	EHDOTON	Pistemäärä	Suositus
HÄIRIÖN VAIKUTUS OSALLISUUTEEN	0	2	4	6	8	6–7p.	Puhuterapiaa suositellaan 1–5x/vuosi
YMPÄRISTÖN OHJAUKSEN TARVE	0	1	2	3	4	8–10p. 11–13p.	Puhuterapiaa suositellaan 5–15x/vuosi Puhuterapiaa suositellaan 15–30x/vuosi
HÄIRIÖN VAIKEUSASTE	0	1	2	3	4	14–17p.	Puhuterapiaa suositellaan 30–50x/vuosi
HYÖTYMISENNUSTE	0	2	4	6	8	18–24p.	Puhuterapiaa suositellaan 50–80x/vuosi
Pisteitä yhteensä: 11						On/ei	Laskevia tekijöitä
						On/ei	Nostavia tekijöitä

HÄIRIÖN VAIKUTUS OSALLISUUTEEN: KESKISUURI

Kommunikaatiovaikeudet aiheuttavat päivittäin haastavaa käyttäytymistä. Kun C saa tarpeensa ilmaistua ja kokee olevansa turvassa, hän on iloinen ja myöntämielinen.

YMPÄRISTÖN OHJAUKSEN TARVE: SUURI

Aloite puhuterapiaan on tullut asumisyksikön henkilökunnalta. He kokevat tarvitsevansa apua.

LOGOPEDISEN HÄIRIÖN VAIKEUSASTE: (SUURI)

Ongelmat kommunikoinnissa ovat suuria ja vaikeuttavat päivittäistä toimintaa huomattavasti aiheuttaen sekundaarisia ongelmia. Vaikeusasteen pistemäärää ei tässä tapauksessa kuitenkaan lasketa, sillä asiakkaan kanssa ei työskennellä yksilöllisesti ja näissä tapauksissa vaikeusasteen pisteitä ei lasketa mukaan määrälliseen määrittelyyn.

HYÖTYMISENNUSTE: KESKISUURI

Asumisyksikön henkilökunnan taidot mukauttaa omaa toimintaansa ja ottaa C:n kommunikaatio ja tarpeet huomioon hyvin todennäköisesti vahvistuvat, mistä johtuen arki muuttuu sujuvammaksi

Yht. 11 pistettä

SUOSITUS: Suositellaan ohjauksellista puhuterapiaa arjen tilanteisiin 20x60min vuoden ajalle. Yksilöterapialle eikä korkeammalle käyntimäärälle ole perusteita, sillä taidot eivät tule karttumaan ja asumisyksikössä on jo perustietoa eri kommunikointikeinoista. Puhuterapiajakson tavoitteeksi asetettiin C:n kommunikaatiokeinojen ohjaaminen arjen lähi-ihmisille.

7. Puhemotoriset vaikeudet, syömisvaikeudet sekä tarve puhetta tukeville ja korvaaville kommunikaatiokeinoille

S on 2;0 ikäinen kaksikielisen perheen lapsi. Hän tulee vanhempiansa kanssa ensimmäistä kertaa puheterapeutin arvioon neuvolan kautta. Vanhemmat ovat hyvin huolestuneita lapsen yleisen kehityksen suhteen. Kuulo on tutkittu ja todettu normaaliksi. Vanhemmat ovat toivoneet apua ja ohjausta S:n syömisestä ja puheentuoton tueksi. Paino on kehittynyt hyvin, mutta syömisessä on sensorisia haasteita, jotka tulevat esille arjen syömistilanteissa. Lapsi on mm. hyvin tarkka ruuan koostumuksen, maun ja lämpötilan suhteen. Tämä vaikuttaa arjen suunnitteluun. S:n sosiaalinen vuorovaikutus ja arkitason puheen ymmärtäminen toimivat hyvin, mutta S:n oma kommunikaatio on epätyypillisen vähäistä. Lapsi käyttää jonkin verran eleitä, mutta ei tuota lainkaan tavuja tai sanoja. Vanhempien mukaan S on ajoittain turhautunut siitä, että ei pysty ilmaisemaan tarpeitaan. Puheterapeutin arvioinnin mukaan lapsen sosiaalinen kommunikaatio ja puheen ymmärtäminen ovat ikäodotusten mukaisia, mutta oma ilmaisu on olematonta. Suun alueen nonverbaali motoriikka on pääosin toimivaa. Jo ensimmäisen puheterapiakäynnin aikana S lähtee matkimaan terapeutin tuottamaa ääntelyä ja luonnollisia eleitä. Hän osoittaa myös kiinnostusta kuvakommunikaatiokansioon. Ohjataan kokonaiskehityksen poikkeaman vuoksi jatkotutkimuksiin ensimmäisen puheterapiajakson jälkeen ja harkitaan jatkopuheterapian tarvetta uudelleen.

	EI OLE / EI VAIKUTUSTA	VÄHÄINEN	KESKISUURI	SUURI	EHDOTON	Pistemäärä	Suositus
HÄIRIÖN VAIKUTUS OSALLISUUTEEN	0	2	4	6	8	6–7p.	Puheterapiaa suositellaan 1–5x/vuosi
YMPÄRISTÖN OHJAUKSEN TARVE	0	1	2	3	4	8–10p.	Puheterapiaa suositellaan 5–15x/vuosi
HÄIRIÖN VAIKEUSASTE	0	1	2	3	4	11–13p.	Puheterapiaa suositellaan 15–30x/vuosi
HYÖTYMISENNUSTE	0	2	4	6	8	14–17p.	Puheterapiaa suositellaan 30–50x/vuosi
						18–24p.	Puheterapiaa suositellaan 50–80x/vuosi
PISTEITÄ YHTEENSÄ: 15						On/ei	Laskevia tekijöitä
						On/ei	Nostavia tekijöitä

HÄIRIÖN VAIKUTUS OSALLISUUTEEN: KESKISUURI

Lapsen sosiaalinen vuorovaikutus ja puheen ymmärtäminen on arjessa toimivaa, mutta syömisestä ja oman ilmaisun vaikeudet vaikuttavat arkeen ja osallistumiseen (esim. päivittäiset syömistilanteet, kommunikaatiotilanteet kotona, omien tarpeiden ilmaiseminen).

YMPÄRISTÖN OHJAUKSEN TARVE: SUURI

Vanhemmat eivät ole vielä saaneet ohjausta kommunikaatioasioihin ja ovat hyvin motivoituneita. Suositellaan eleiden/viittomien tai/ja kuvallisten keinojen käyttöä ilmaisukykyyn tueksi. Syömisasioihin tarvitaan edelleen ohjausta. Lapsi on jo ajoittain turhautunut tilanteesta ja puheterapiaa tarvitaan myös sekundaaristen ongelmien ehkäisemiseksi.

LOGOPEDISEN HÄIRIÖN VAIKEUSASTE: KESKISUURI

Häiriön aste on tässä vaiheessa keskisuuri. Lapsella on vahvoja kehityksellisiä osa-alueita, mutta puheen tuotossa ja syömisessä on piirteitä, jotka puoltavat puheterapiaa jo tässä iässä.

HYÖTYMISENNUSTE: SUURI

Arvioinnin perusteella sekä vanhemmat että lapsi hyötyvät ohjauksellisesta puheterapiasta.

Yht. 15 pistettä

SUOSITUS: Asiakkaalle ja hänen lähiympäristölleen suositellaan puheterapiaa puolen vuoden ajalle 20 x 60 min. Näin nuoren lapsen kohdalla arviointia suositellaan tiiviimmin kuin vuoden välein mistä johtuen jakso suunnitellaan ensin puoleksi vuodeksi minkä jälkeen tilannetta arvioidaan uudelleen. Puheterapia suositellaan aloitettavaksi ohjauksellisella jaksolla.

8. Lapsuusiän autismi ja kehitysvammaisuus

F84.0 Lapsuusiän autismi

F70.9 Älyllinen kehitysvammaisuus

A on 4;6 ikäinen lapsi, joka tarvitsee tukea ja ohjausta kaikissa arjen toiminna. Kuulo ja näkö normaalit. Hänelle on myönnetty varhaiskasvatuksen erityinen tuki, ja hän on saanut säännöllistä puheterapiaa noin 3-vuotiaasta alkaen (2 edellistä jaksoa 40x/vuosi). Kotona puhutaan kolmea kieltä. Lapsen käyttäytymisessä on autismikirjon häiriölle tyypillisiä piirteitä. Hän ei reagoi nimeensä, ei anna pyynnöstä asioita eikä noudata pyyntöjä, mikä viittaa siihen, että puheen ymmärtäminen on erittäin vähäistä. A ilmaisee itseään pääasiassa olemuksella, toiminnalla, ääntelyllä ja osoittamisella. Hän tuottaa muutamia yksittäisiä sanoja ja luettelee numeroita. A ei suuntaudu spontaanisti kuviin tai viittomiin mutta on oppinut puheterapiassa pyytämään lausenauhalla. Esikossa esikielelliset taidot asettuvat kokonaisuudessaan 14–15 kuukauden tasoon sosiaalisen kommunikaation ollessa heikoin osa-alue (alle 1 v.). Ei leiki. A hermostuu ja turhautuu, kun asiat eivät suju toivotusti. Neuropsykologin arvioissa näönvarainen päättelysuoriutumisen asettuu noin 2,5-vuotiaille lapsille tyypilliseen tasoon. Syömisessä on haasteita: ei syö päiväkodissa juuri mitään, kotonakin valikoiden ja vain syötettynä.

	EI OLE / EI VAIKUTUSTA	VÄHÄINEN	KESKISUURI	SUURI	EHDOTON	Pistemäärä	Suositus
HÄIRIÖN VAIKUTUS OSALLISUUTEEN	0	2	4	6	8	6–7p.	Puheterapiaa suositellaan 1–5x/vuosi
YMPÄRISTÖN OHJAUKSEN TARVE	0	1	2	3	4	8–10p.	Puheterapiaa suositellaan 5–15x/vuosi
HÄIRIÖN VAIKEUSASTE	0	1	2	3	4	11–13p.	Puheterapiaa suositellaan 15–30x/vuosi
HYÖTYMISENNUSTE	0	2	4	6	8	14–17p.	Puheterapiaa suositellaan 30–50x/vuosi
PISTEITÄ YHTEENSÄ: 16						18–24p.	Puheterapiaa suositellaan 50–80x/vuosi
						On/ei	Laskevia tekijöitä
						On/ei	Nostavia tekijöitä

HÄIRIÖN VAIKUTUS OSALLISUUTEEN: SUURI

Lapsi tarvitsee tukea ja ohjausta kaikissa arjen toiminna eikä pysty itsenäisesti osallistumaan parhaan kehitystasonsa mukaisiin toimiin (vrt. neuropsykologisessa arvioissa todettu visuaalinen päättelysuoriutumisen suhteessa kielellisiin taitoihin).

YMPÄRISTÖN OHJAUKSEN TARVE: KESKISUURI

Vaikeuksien ollessa näin suuret, vanhempien ja muiden lähi-ihmisten ohjaus on oleellista. He ovat saaneet ohjausta jo noin 2 vuoden ajan, joten ohjauksen tarve on tällä hetkellä keskiuuri.

LOGOPEDISEN HÄIRIÖN VAIKEUSASTE: EHDOTON

Lapsen toimintakyky on merkittävästi heikompi kuin ikätovereid.

HYÖTYMISENNUSTE: KESKISUURI

Lapsi on saanut puheterapiakuntoutusta noin kahden vuoden ajan. Lapsi on edistynyt vuorovaikutuksen taustataidoissa, joka on mahdollistanut esimerkiksi pyytämisen kuvalla puheterapiatilanteessa. Tämän taidon yleistymisen ja muiden arjessa tarvittavien vuorovaikutustaitojen edistäminen vaatii runsasta ohjauksellista puheterapiakuntoutusta. Lisäksi lähi-ihmiset hyötyvät ohjauksesta, jonka tarkoitus on helpottaa syömistilanteita ja turvata riittävä ravitsemus.

Yht. 16 pistettä

SUOSITUS: Asiakkaalle ja hänen lähiympäristölleen suositellaan puheterapiaa vuoden ajalle 40 x 60 min. Käynnin pituudeksi suositellaan 60 minuuttia AAC:n käytön ja runsaan ympäristön ohjauksen tarpeen vuoksi.

9. Kehityksellinen kielihäiriö

F80.2 Puheen ymmärtämisen häiriö

Z on 6;6 ikäinen lapsi, jonka äidinkieli on muu kuin suomi. Perhe on tullut Suomeen lapsen ollessa 2,5 v. Vanhemmat tarvitsevat ohjaustilanteissa tulkin. Lapsi on ollut suomenkielisessä varhaiskasvatuksessa 3,5 v. Hän on aloittanut juuri esiopetuksen uudessa päiväkodissa ja ensi syksynä lapsi aloittaa koulun. Kuulo ja näkö normaalit. Z on ohjautunut puheterapiaan 4,5 vuoden iässä, jolloin hän puhui äidinkielellä yksittäisiä sanoja ja puheen ymmärtämisessä oli merkittävää vaikeutta. Puheterapiaan ohjautuminen viivästyí mm. perheen muuton vuoksi ja tiiviin puheterapiakuntoutuksen aloitus on viivästynyt sekä perustason että erikoissairaanhoidon tutkimusten jonotilanteen vuoksi. Puheen ymmärtämisessä on edelleen selkeää vaikeutta. Lapsi puhuu lyhyitä lauseita sekä äidinkielellä että suomeksi. Suomen kieli on alkanut kehittyä omaa äidinkieltä vahvemmasi. Puhemotoriikassa on lievää fonologista haastetta sekä sujumattomuutta. Etenkin uusissa kommunikointiympäristöissä lapsi on vetäytyvä ja tuottaa puhetta arastellen. Kahden vuoden aikana puheterapia on toteutunut lyhyinä ohjauksellisina jaksoina vain 10x/vuosi.

	EI OLE / EI VAIKUTUSTA	VÄHÄINEN	KESKISUURI	SUURI	EHDOTON	Pistemäärä	Suositus
HÄIRIÖN VAIKUTUS OSALLISUUTEEN	0	2	4	6	8	6–7p.	Puheterapiaa suositellaan 1–5x/vuosi
YMPÄRISTÖN OHJAUKSEN TARVE	0	1	2	3	4	8–10p. 11–13p.	Puheterapiaa suositellaan 5–15x/vuosi Puheterapiaa suositellaan 15–30x/vuosi
HÄIRIÖN VAIKEUSASTE	0	1	2	3	4	14–17p.	Puheterapiaa suositellaan 30–50x/vuosi
HYÖTYMISENNUSTE	0	2	4	6	8	18–24p.	Puheterapiaa suositellaan 50–80x/vuosi
PISTEITÄ YHTEENSÄ: 17						On/ei	Laskevia tekijöitä
						On/ei	Nostavia tekijöitä

HÄIRIÖN VAIKUTUS OSALLISUUTEEN: SUURI

Kielelliset haasteet vaikeuttavat esiopetuksen toimintaan osallistumisessa ja heikentävät mahdollisuuksia luoda suhteita ikätovereiden kanssa. Vuorovaikutustilanteisiin liittyvä vetäytyminen ja puhearkuus näyttäytyvät osana kielellistä ja puhemotorista vaikeutta.

YMPÄRISTÖN OHJAUKSEN TARVE: KESKISUURI

Vanhemmat ovat hyötynet tähänastisesta ohjauksesta, mutta tarve on edelleen ilmeinen. Lisäksi ohjausta tarvitaan esiopetuksessa, mm. puhetta tukevien ja korvaavien keinojen käyttämiseen.

LOGOPEDISEN HÄIRIÖN VAIKEUSASTE: SUURI

Iälle tyypilliseen kehitystasoon nähden kielelliset taidot ovat kehittyneet sekä puheen ymmärtämisen että puheilmaisun osalta poikkeavina ja selvästi ikätasoa heikompina. Lisäksi lapsella esiintyy vaikeutta puhemotoriikassa.

HYÖTYMISENNUSTE: SUURI

Nyt saadun vähäisenkin kuntoutuksen vaikutus näkyy mm. vanhempien kommunikaatiotapojen muutoksena sekä puhetta tukevien keinojen käytön hyödyntämisenä. Näin ollen lapsi todennäköisesti hyötyy tiiviimmästä kuntoutuksesta ja ympäristön ohjauksesta.

Yht. 17 pistettä

SUOSITUS: Lapselle ja lähiympäristölleen suositellaan puheterapiaa 50x/vuosi. Terapiat suositellaan toteutettavaksi 45 minuutin ja ohjaukskäynnit 60 minuutin pituisina, sillä ohjaustilanteissa tarvitaan tulkkia.

10. Kehityksellinen kielihäiriö

F80.2 Puheen ymmärtämisen häiriö

B on 7-vuotias lapsi, joka on aloittanut koulun pienluokalla tänä syksynä. Kuulo ja näkö ovat normaalit. Kelan kustantama puheterapia puheen ymmärtämisen ja ilmaisun vahvistamiseksi on jatkunut kaksi vuotta. B on hyötynyt kuntoutuksesta ja pystyy nyt esimerkiksi vastaamaan helppoihin kysymyksiin, ymmärtää pieniä helppoja kielellisiä päättelytehtäviä ja jaksaa seurata lyhyitä tarinoita mielellään. Hänen on kuitenkin vaikea keskittyä kuuntelemaan hänelle suunnattua puhetta. B ei pysty kertomaan asioistaan loogisesti ja luotettavasti ja tarvitsee tuekseen aikuisen, joka tietää mitä hän on kertomassa. Käytössä on kansio, josta B löytää tuttuja kuvia sujuvasti. Kansio on ollut vähän käytössä päiväkodissa tapahtumista keskustelun tukena ja aikuisen tuella B pystyy kansion kanssa jonkin verran myös täydentämään kertomistaan. Koululla ei ole tällä hetkellä resurssia käyttää aikaa siihen, että kansio tulisi yhteiseen käyttöön, mutta muiden kielellisten taitojen harjoittelu olisi koulussa mahdollista ainakin jonkin verran. Puheterapiatilanteissa B jaksaa työskennellä aikuisen tuella hyvin.

	EI OLE / EI VAIKUTUSTA	VÄHÄINEN	KESKISUURI	SUURI	EHDOTON	Pistemäärä	Suositus
HÄIRIÖN VAIKUTUS OSALLISUUTEEN	0	2	4	6	8	6–7p.	Puheterapiaa suositellaan 1–5x/vuosi
YMPÄRISTÖN OHJAUKSEN TARVE	0	1	2	3	4	8–10p.	Puheterapiaa suositellaan 5–15x/vuosi
HÄIRIÖN VAIKEUSASTE	0	1	2	3	4	11–13p.	Puheterapiaa suositellaan 15–30x/vuosi
HYÖTYMISENNUSTE	0	2	4	6	8	14–17p.	Puheterapiaa suositellaan 30–50x/vuosi
PISTEITÄ YHTEENSÄ: 15						18–24p.	Puheterapiaa suositellaan 50–80x/vuosi
						On/ei	Laskevia tekijöitä
						On/ei	Nostavia tekijöitä

HÄIRIÖN VAIKUTUS OSALLISUUTEEN: SUURI

Häiriön vaikutus osallisuuteen on suuri, sillä B:n on vaikea ymmärtää hänelle annettuja ohjeita tai hänelle tehtyjä kysymyksiä ja kertoa asioistaan. Hänellä ei ole kavereita koulussa tai kotona. Lapsella ei ole puutteellisten kielellisten taitojen vuoksi keinoja osallistua iänmukaiseen toimintaan tai luoda sosiaalisia suhteita.

YMPÄRISTÖN OHJAUKSEN TARVE: KESKISUURI

Lapsi käyttää kommunikaatiokansiota vielä paljolti aikuisen tukemana. Sinänsä käyttökelpoinen apuväline uhkaa jäädä käyttämättömäksi, mikäli puheterapeutti ei jatkossa käy koululla tuomassa tätä asiaa tasaisin väliajoin esille ja tukemassa ympäristöä kansion käytössä.

LOGOPEDISEN HÄIRIÖN VAIKEUSASTE: SUURI

Lapsen vaikeudet ovat merkittäviä niin ymmärtämisen kuin tuoton osalta.

HYÖTYMISENNUSTE: KESKISUURI

Aiempien puheterapiajaksojen perusteella on nähty, että lapsi oppii hitaasti, mutta varmasti harjoiteltavia asioita. Ympäristö hyötyy puheterapeutin tuesta.

Yht. 15 pistettä

SUOSITUS: B:lle ja lähiympäristölleen suositellaan puheterapiaa vuoden aikana 40 x 45 min sisältäen ohjauksen kotona ja koulussa. Nostavia tekijöitä ovat lasta kannattelevien tekijöiden vähyys koulussa sekä kielellisistä vaikeuksista aiheutuvat toissijaiset ongelmat (ystävien puute).

11. Valikoiva syöminen ja äännevirheet

H on 5-vuotias lapsi, joka on valikoiva syöjä. Hänellä on myös äännevirheitä (/l/,/k/,/s/,/r/). Hän on saanut aiemmin jo suoraa puheterapiakuntoutusta epäselvän puheen vuoksi, mutta ei poikkeavaan sensorikkaan ja syömisestä pulmiin. Perhettä tai muuta lähiympäristöä ei ole myöskään vielä ohjattu. H:n ruokavalio on supistunut hänen kasvaessaan ja arviointihetkellä ruokavalio on suppea: lapsi suostuu syömään useimpina päivinä vain lihapullia ja karjalanpiirakoita sekä yhtä tiettyä leipää, lisäksi kolmea herkuksi luokiteltavaa ruoka-ainesta. Ruokailutilanteet ovat lapselle ja hänen lähiympäristölleen kuormittavia. H:lla on monenlaista välttämiskäyttäytymistä ruokailutilanteissa, joskus myös aggressiivisuutta sekä päivähoitossa että kotona. H on somaattisesti terve, painon kehitystä kuitenkin seurataan.

	EI OLE / EI VAIKUTUSTA	VÄHÄINEN	KESKISUURI	SUURI	EHDOTON	Pistemäärä	Suositus
HÄIRIÖN VAIKUTUS OSALLISUUTEEN	0	2	4	6	8	6–7p.	Puheterapiaa suositellaan 1–5x/vuosi
YMPÄRISTÖN OHJAUKSEN TARVE	0	1	2	3	4	8–10p.	Puheterapiaa suositellaan 5–15x/vuosi
HÄIRIÖN VAIKEUSASTE	0	1	2	3	4	11–13p.	Puheterapiaa suositellaan 15–30x/vuosi
HYÖTYMISENNUSTE	0	2	4	6	8	14–17p.	Puheterapiaa suositellaan 30–50x/vuosi
PISTEITÄ YHTEENSÄ: 18						18–24p.	Puheterapiaa suositellaan 50–80x/vuosi
						On/ei	Laskevia tekijöitä
						On/ei	Nostavia tekijöitä

HÄIRIÖN VAIKUTUS OSALLISUUTEEN: SUURI

Ruokailun valikoivuus voi johtaa jatkuessaan terveydellisiin ongelmiin ja valikoivuudesta aiheutuu myös merkittäviä sekundaarisia ongelmia suhteissa lähi-ihmisiin. H tulee puheen osalta jo melko hyvin ymmärretyksi (äännevirheet systemaattisia). Puheen pulmat kuitenkin vaivaavat lasta itseään ja hän tulistuu, mikäli ei tule ymmärretyksi. Näissä tilanteissa H myös vetäytyy vertaisvuorovaikutuksesta ja puheen epäselvyydellä on jo todettu epäsuotuisia vaikutuksia vertaisvuorovaikutukseen.

YMPÄRISTÖN OHJAUKSEN TARVE: SUURI

Valikoivan syömisestä osalta ympäristön ohjauksen tarve on suuri, äännevirheiden kuntoutuksen osalta vähäinen: perheellä on jo rutiinit puheterapeutin ohjauksessa tapahtuvaan äännevirheiden harjoitteluun.

LOGOPEDISEN HÄIRIÖN VAIKEUSASTE: SUURI

Valikoivan syömisestä osalta tilanne on huolestuttava supistuvan ravintoaineiden saannin, välttämiskäyttäytymisen ja aggressiivisuuden vuoksi. Puheen osalta häiriön vaikeusaste on lievempi. Kuitenkin H:n oma reagointi puheen epäselvyydestä johtuviin hankaluuksiin nostaa häiriön astetta myös puheen osalta.

HYÖTYMISENNUSTE: SUURI

On oletettavaa, että ohjauksen ja suoran kuntoutuksen hyöty olisi valikoivan syömisestä hoidossa suuri. H on jo aiemmalla puheterapiajaksolla edistynyt puheessaan ja edistyminen hyvin todennäköisesti jatkuu.

Yht. 18 pistettä

SUOSITUS: Asiakkaalle suositellaan puheterapiaa 50x60min/vuosi, joka kohdennetaan sekä suoraan syömisestä kuntoutukseen sekä äännevirheiden kuntoutukseen. Vanhempien säännöllinen osallistuminen kuntoutukseen on välttämätöntä. Käyntimäärään sisältyy erilliset ohjauskäynnit vanhemmille ilman lasta esimerkiksi välttämiskäyttäytymisestä ja aggressiivisuudesta keskusteluun, jos ohjausta ei muualta tarjota.

12. Äännevirheet

U on 6-vuotias esiopetuksessa oleva lapsi, jonka /s/-äänne korvautuu /t/:llä ja /r/ korvautuu /l/:llä. Lapsi on itse tietoinen asiasta ja se vaivaa häntä. Sekä lapsi että vanhemmat ovat motivoituneita harjoitteluun. Kuulo on tutkitusti normaali.

	EI OLE / EI VAIKUTUSTA	VÄHÄINEN	KESKISUURI	SUURI	EHDOTON	Pistemäärä	Suositus
HÄIRIÖN VAIKUTUS OSALLISUUTEEN	0	2	4	6	8	6–7p.	Puheterapiaa suositellaan 1–5x/vuosi
YMPÄRISTÖN OHJAUKSEN TARVE	0	1	2	3	4	8–10p.	Puheterapiaa suositellaan 5–15x/vuosi
HÄIRIÖN VAIKEUSASTE	0	1	2	3	4	11–13p.	Puheterapiaa suositellaan 15–30x/vuosi
HYÖTYMISENNUSTE	0	2	4	6	8	14–17p.	Puheterapiaa suositellaan 30–50x/vuosi
PISTEITÄ YHTEENSÄ: 10						18–24p.	Puheterapiaa suositellaan 50–80x/vuosi
						On/ei	Laskevia tekijöitä
						On/ei	Nostavia tekijöitä

HÄIRIÖN VAIKUTUS OSALLISUUTEEN: VÄHÄINEN

Lapsi saa ilmaistua itseään ymmärrettävästi äännevirheistä huolimatta. Asia kuitenkin kiusaa lasta ja vähentää intoa osallistua vuorovaikutukseen puheella.

YMPÄRISTÖN OHJAUKSEN TARVE: VÄHÄINEN

Vanhemmat ovat motivoituneita tukemaan lastaan kotiharjoittelussa. Muutamalla ohjauksikäynnillä vanhempia on mahdollista ohjata riittävällä tavalla kotiharjoitteluun.

LOGOPEDISEN HÄIRIÖN VAIKEUSASTE: VÄHÄINEN

Häiriö ei estä kommunikointia vaan lapsen puhe on ymmärrettävää vieraallekin, vaikka lapsi vaikuttaa ikäistään nuoremmalta äänneiden korvautumisista johtuen.

HYÖTYMISENNUSTE: SUURI

Vanhemmat ja lapsi hyvin todennäköisesti hyötyvät ohjauksellisista käynneistä niin, että puuttuvista äänneistä saadaan kiinni ja perhe pääsee harjoittelussa hyvään vauhtiin.

Yht. 10 pistettä

SUOSITUS: Lapselle ja vanhemmilleen suositellaan 8x30min ohjauksikäyntiä tai perheille suunnattua ryhmämuotoista artikulaatioterapiaa sekä kotiharjoittelua käyntien välissä. Mikäli äänneet opitaan, kaikkia suunniteltuja kertoja ei käytetä.

Liite 2: Mallin keskeiset taulukot ja listat

	EI OLE / EI VAIKUTUSTA	VÄHÄINEN	KESKISUURI	SUURI	EHDOTON	Pistemäärä	Suositus
	HÄIRIÖN VAIKUTUS OSALLISUUTEEN	0	2	4	6		
YMPÄRISTÖN OHJAUKSEN TARVE	0	1	2	3	4	8–10p.	Puheterapiaa suositellaan 5–15x/vuosi
HÄIRIÖN VAIKEUSASTE	0	1	2	3	4	11–13p.	Puheterapiaa suositellaan 15–30x/vuosi
HYÖTYMISENNUSTE	0	2	4	6	8	14–17p.	Puheterapiaa suositellaan 30–50x/vuosi
PISTEITÄ YHTEENSÄ: _____						18–24p.	Puheterapiaa suositellaan 50–80x/vuosi
						On/ei	Laskevia tekijöitä
						On/ei	Nostavia tekijöitä

Mahdollisia puheterapian määrää laskevia tekijöitä

- o Hyötymisennuste on alhainen.
- o Vähäinen hyöty siihen mennessä saadusta puheterapiasta, jos kuntoutussuunnitelma on ollut asianmukainen ja se on myös toteutettu suunnitellusti.
- o Häiriön aiheuttamaa haittaa on mahdollista lieventää suhteellisen vähäisellä puheterapiamäärällä (esim. toisinaan änkytys tai artikulaatiovirheet).
- o Asiakkaalla on myös muita kuin logopedisiä häiriöitä ja siten muita samanaikaisia kuntoutuksia.
- o Puheterapiakuntoutus ei ole perheelle/lapselle sillä hetkellä tilanteen ja voimavarojen suhteen ensisijaista. Esimerkiksi jos perhe ei sillä hetkellä pysty ottamaan vastaan ohjausta, myönnetään asiakkaalle 35 käyntiä, vaikka muuten ohjauksineen perheelle olisi myönnetty 40 käyntiä.
- o Kieltä kuntoutettaessa asiakkaalla on ollut lyhyt altistus aika terapiakielelle.

Mahdollisia puheterapian määrää nostavia tekijöitä

Lapsella/nuorella on

- o vaikeuksia ja siten kuntoutuksen tavoitteita usealla eri osa-alueella.
- o havaittavissa voimakkaan kehityksen herkkyyskausi.
- o logopediseen osa-alueeseen liittyvän toimintakyvyn äkillinen heikkeneminen.
- o ensisijaisista kielen, luki-taitojen, kommunikaation, vuorovaikutuksen, puheen, syömisen tai nielemisen vaikeuksista seuranneita toissijaisia ongelmia (esimerkiksi käytös- ja tunne-elämän ongelmat).
- o riskitekijöitä ympäristössään.
- o useampia kuin kaksi ympäristöä, joiden ihmisiä kuntoutuksessa tulee ohjata.
- o kuntoutuksessaan tilanne, joka vaatii puheterapeutilta runsasta yhteistyötä eri sidosryhmien kanssa.
- o puheterapian aloituksessa merkittävä viivästyminen.
- o logopediseen häiriöön liittyviä laajempia kokonaismotoriikan tai aistisäätelyn ongelmia.

Puheterapiakäyntien pituutta nostavia tekijöitä

- o Lapsi/nuori tai omainen käyttää puhetta tukevaa tai korvaavaa kommunikointikeinoa.
- o Käynteihin sisältyy huomattavasti ympäristön ohjausta.
- o Puheterapiakäynneillä tarvitaan tulkkia (keston nosto niillä käynneillä, joilla tulkki läsnä).
- o Lapsen toiminta on hidasta ja hän tarvitsee tavanomaista enemmän aikaa toimimiseen.
- o Lapsi tarvitsee tukea toiminnanohjauksessa tai motivoinnissa.
- o Lapsen sensomotorinen säätely ja toimintaan valmistautuminen vaatii aikaa.
- o Lapsella on useita samanaikaisesti työstettäviä tavoitteita puheterapiassa (esim. syöminen ja vuorovaikutus).
- o Terapia toteutuu kokonaan arjen tilanteissa.
- o Kaikissa yllä mainituissa myös muut yksilölliseen tarveharkintaan pohjautuvat tekijät.

Lähteet

- Aivoliitto. (n.d.). Vaikeusasteet. <https://www.aivoliitto.fi/kehityksellinenkielihairio/tietoa/vaikeusasteet/>
- Almqvist, L. & Granlund, M. (2005). Participation in school environment of children and youth with disabilities: A person-oriented approach. *Scandinavian Journal of Psychology*, 46(3), 305–314.
- Arkkila, E., Räsänen, P., Roine, P. & Vilkmann E. (2008). Specific language impairment in childhood is associated with impaired mental and social well-being in adulthood. *Logopedics Phoniatrics Vocology*, 33(4), 179–189.
- Balkom, van, H., Verhoeven, L., van Weerdenburg, M. & Stoep, J. (2010). Effects of Parent-based Video Home Training in children with developmental language delay. *Child Language Teaching and Therapy*, 26(3), 221–237.
- Barnett, S. E., Levickis, P., McKean, C., Letts, C. & Stringer, H. (2021). Validation of a measure of parental responsiveness: Comparison of the brief Parental Responsiveness Rating Scale with a detailed measure of responsive parental behaviours. *Journal of Child Health Care*, 136749352199648. <https://doi.org/10.1177/1367493521996489>
- Bishop, D. V. M. & Edmundson, A. (1987). Language-impaired 4-year-olds: Distinguishing transient from persistent impairment. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 52, 156–173.
- Botting, N. & Marshall, C. (2017). Domain-specific and domain-general approaches to developmental disorders. Teoksessa L. Centifanti & D. Williams (toim.), *The Wiley handbook of developmental psychopathology* (s. 139–159). Wiley.
- Botting, N., Toseeb, U., Pickles, A., Durkin, K. & Conti-Ramsden, G. (2016). Depression and anxiety change from adolescence to adulthood in individuals with and without language impairment. *PLOS ONE*, 11(7), e0156678.
- Brownlie, E. B., Graham, E., Bao, L., Koyama, E. & Beitchman, J. H. (2017). Language disorder and retrospectively reported sexual abuse of girls: Severity and disclosure. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(10), 1114–1121.
- Bryan K., Freer J. & Furlong C. (2007). Language and communication difficulties in juvenile offenders. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 42, 505–520.
- Clegg, J., Hollis, C., Mawhood, L & Rutter, M. (2005). Developmental language disorders—A follow-up in later adult life. Cognitive, language and psychosocial outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(2), 128–149.
- Coles, B., Godfrey, C., Keung, A., Parrott, S. & Bradshaw, J. (2010). *Estimating the life-time cost of NEET: 16–18-year-olds not in Education, Employment or Training*. The University of York.
- Collins, L. M., Murphy, S. A. & Bierman, K. L. (2004). A conceptual framework for adaptive preventive interventions. *Prevention Science*, 5(3), 185–196.
- Davis, T. N., Lancaster, H. S. & Camarata, S. (2016). Expressive and receptive vocabulary learning in children with diverse disability typologies. *International Journal of Developmental Disabilities*, 62(2), 77–88.
- Durkin, K. & Conti-Ramsden, G. (2007). Language, social behavior, and the quality of friendships in adolescents with and without a history of specific language impairment. *Child Development*, 78(5), 1441–1457.
- Ebbels, S. H., Wright, L., Brockbank, S., Godfrey, C., Harris, C., Leniston, H., Neary, K., Nicoll, H., Nicoll, L., Scott, J. & Marić, N. (2017). Effectiveness of 1:1 speech and language therapy for older children with (developmental) language disorder. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 52(4), 528–539.

- Eberhart, B., Forsberg, J., Fäldt, A., Nilsson, L., Nolemo, M & Thunberg, G. (2011). Tidiga kommunikations- och språkinsatser till förskolebarn. Förening Sveriges Habiliteringschefer. <http://habiliteringsverige.se/site/uploads/2017/05/Tidiga-kommunikations-och-spr%C3%A5kinsatser-till-f%C3%B6rskolebarn.pdf>
- Elbro, C., Dalby, M. & Maarbjerg, S. (2011). Language-learning impairments: A 30-year follow-up of language-impaired children with and without psychiatric, neurological and cognitive difficulties. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 46(4), 437–448.
- Frizelle, P., Tolonen, A.-K., Tulip, J., Murphy, C.-A., Saldaña, D. & McKean, C. (2021). The influence of quantitative intervention dosage on oral language outcomes for children with developmental language disorder: A systematic review and narrative synthesis. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 52(2), 738–754.
- Garfinkel, M. (2018). Therapists' perceptions of the 3:1 Service Delivery Model: A workload approach to school-based practice. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*, 11(3), 273–290.
- Gilkerson, J., Richards, J. A., Warren, S. F., Oller, D. K., Russo, R. & Vohr, B. (2018). Language experience in the second year of life and language outcomes in late childhood. *Pediatrics*, 142(4), e20174276.
- Gosa M. M., Carden H. T., Jacks C. C., Threadgill A. Y. & Sidlovsky T. C. (2017). Evidence to support treatment options for children with swallowing and feeding disorders: A systematic review. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine* 10(2), 107–136.
- Hidecker, M. J. C., Paneth, N., Rosenbaum, P. L., Kent, R. D., Lillie, J., Eulenberg, J. B., Chester, K., Johnson, B., Michalsen, L., Evatt, M. & Taylor, K. (2011). Communication Function Classification System (CFCFS), Kommunikoinnin luokittelu CP-vammaisille. http://cfcs.us/wp-content/uploads/2015/12/CFCFS_Finnish.pdf
- ICF lasten kuntoutuksessa –hanke (2021). ICF lasten kuntoutuksessa. <https://helda.helsinki.fi/items/fcb8053c-573e-41bd-a723-5a23f1758acd>
- Jacoby, G. P., Lee, L., Kummer, A. W., Levin, L. & Creaghead, N. A. (2002). The number of individual treatment units necessary to facilitate functional communication improvements in the speech and language of young children. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 11(4), 370.
- Kehityksellinen kielihäiriö (kielen kehityksen häiriö, lapset ja nuoret). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Foniatriit ry:n ja Suomen Lastenneurologisen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019 (viitattu 29.03.2021). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
- Kiviranta, T., Sätälä, H., Suhonen-Polvi, H., Kilpinen-Loisa, P. & Mäenpää, H. (2016). Lapsen ja nuoren hyvä kuntoutus. Suomen lastenneurologinen yhdistys ry. https://bin.yhdistysavain.fi/1589471/t3gOd6h7cj4r7SNSHANh0SQVij/SLNY%20Lapsen%20ja%20nuoren%20hyv%C3%A4%20kuntoutus%20p%C3%A4ivitys%202016_01_15.pdf
- Laiho, A., Elovaara, H., Kaisamatti, K., Luhtalampi K., Pohja, S., Routamo-Jaatela, K., Talaskivi, L. & Vuorio, E. (2023). *Änkytys – Hyvät puheterapiakäytännöt. Osa II: Kuntoutuksen vaikutukset änkytyskäyttämiseen*. Suomen Puheterapeuttiliitto ry.
- Laiho, A., Elovaara, H., Kaisamatti, K., Luhtalampi, K., Pohja, S., Routamo-Jaatela, K., Talaskivi, L. & Vuorio E. (2021). *Änkytys – Hyvät puheterapiakäytännöt. Osa I: Änkytyksen kohtaaminen puheterapiassa*. Suomen Puheterapeuttiliitto ry. <https://puheterapeuttiliitto.fi/wp-content/uploads/2021/06/OSA-1-Ankytyksen-kohtaaminen-puheterapiassa.pdf>
- Law, J., Charlton, J., Dockrell, J., Gascoigne, M., McKean, C. & Theakston, A. (2017). Early language development: Needs, provision, and intervention for preschool children from socio-economically

- disadvantaged backgrounds. A report for the Education Endowment Foundation. <https://educationendowmentfoundation.org.uk/education-evidence/evidence-reviews/early-language>
- Law, J., Garrett, Z. & Nye, C. (2004). The efficacy of treatment for children with developmental speech and language delay/disorder: A meta-analysis. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 47(4), 924–943.
- Marsh, K., Bertranou, E., Suominen, H. & Venkatachalam, M. (2010). An economic evaluation of speech and language therapy. Final Report. Matrix Evidence. www.rcslt.org/giving_voice/matrix_report
- Miettinen, L., Heikkinen, E., Juhala, S., Suvanto, A., Vikkula, L. & Vuorio, E. (2016). *Kielellisen erityisvaikeuden kuntoutus - Hyvät puheterapiakäytännöt*. Suomen Puheterapeuttiliitto ry. https://puheterapeuttiliitto.fi/wp-content/uploads/2018/06/Kielellinen_erityisvaikeus.pdf.
- Miettinen, L., Isoaho, P., Tolonen, A-K. & Heikkinen E. (2019). *Etäkuntoutus puheterapiassa*. Suomen Puheterapeuttiliitto ry. <https://puheterapeuttiliitto.fi/wp-content/uploads/2020/02/Et%C3%A4kuntoutus-puheterapiassa.pdf>
- Mok, P. L. H., Pickles, A., Durkin, K. & Conti-Ramsden, G. (2014). Longitudinal trajectories of peer relations in children with specific language impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(5), 51–527.
- Roberts, M. Y., Curtis, P. R., Sone, B. J. & Hampton, L. H. (2019). Association of parent training with child language development: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 173(7), 671.
- Roberts, M. Y. & Kaiser, A. P. (2015). Early intervention for toddlers with language delays: A randomized controlled trial. *Pediatrics*, 135(4), 686–693.
- Roberts, M. Y. & Kaiser, A. P. (2012). Assessing the effects of a parent-implemented language intervention for children with language impairments using empirical benchmarks: A pilot study. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 55(6), 1655–1670.
- Roberts, Megan Y. & Kaiser, A. P. (2011). The effectiveness of parent-implemented language interventions: A meta-analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 20(3), 180.
- Roulstone, S. & Enderby, P. (2010). The end of an affair: Discharging clients from speech-language pathology. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 12(4), 292–295.
- Schmitt, M. B., Logan, J. A. R., Tambyraja, S. R., Farquharson, K. & Justice, L. M. (2017). Establishing language benchmarks for children with typically developing language and children with language impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60(2), 364–378.
- Sellers, D., Mandy, A., Pennington, L., Hankins, M. & Morris, C. (2014). *Development and reliability of a system to classify eating and drinking ability of people with cerebral palsy*. <https://www.sussexcommunity.nhs.uk/patients-and-visitors/resources/research-resources/eating-and-drinking-ability-classification-system-from-3-years>
- Sipari, S., Vänskä, N. & Pollari, K. (2015). *Lapsen oikeus osallistua kuntoutukseensa – lapsen edun arviointi*. <http://look.metropolia.fi/>
- Snow, P. C., Woodward, M., Mathis, M. & Powell, M. B. (2016). Language functioning, mental health and alexithymia in incarcerated young offenders. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 18(1), 20–31.
- Sukula, S., Vainiemi, K. & Autti-Rämö, I. (2021). *GAS-menetelmä*. Käsikirja, versio 5. Kela / Fpa. <https://www.kela.fi/documents/20124/951672/gas-menetelma-kasikirja.pdf/823fe47d-482d-bd03-03f7-a39a57cc0857?t=1640004717108>
- Sukula, S., Vainiemi, K. & Laukkala, T. (2015). *GAS – Menetelmästä sovellukseen*. Kela / Fpa. <https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/8379d25a-444b-4fde-b77f-ea470196e100/content>

Suomen Puheterapeuttiliitto ry (2015). *Puheterapeutin etiikka*. https://puheterapeuttiliitto.fi/wp-content/uploads/2018/06/Puheterapeutin_eettiset_ohjeet.pdf

Suvanto, A. & Piirto, H. (2019). *ICF-perustietoa puheterapeuteille -opas*. Suomen Puheterapeuttiliitto ry. <https://puheterapeuttiliitto.fi/wp-content/uploads/2020/10/ICF-opas.pdf>

Sylvestre, A., Di Sante, M., Brassart, E. & Leblond, J. (2021). Introducing the Coding Observations of Parent–Child Interactions (COPI): An observational measure of the parental behaviours that matter for language development. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology & Audiology*, 45(2), 99–112.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2021). *ICF-luokitus*. <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (n.d.). Osallisuuden osa-alueet ja osallisuuden edistämisen periaatteet—Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtaminen—THL. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/osallisuuden-edistaminen/heikoimmassa-asemassa-olevien-osallisuus/osallisuuden-osa-alueet-ja-osallisuuden-edistamisen-periaatteet>

Terveydenhuoltolaki (30.12.2010/1326). 6. luku 51 § Perusterveydenhuollon hoitoon pääsy. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L6P51>

World Health Organization. (2013). *How to use the ICF. A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/icf/drafticfpracticalmanual2.pdf?sfvrsn=8a214b01_4&download=true

Suosituksen tekijät

Tarvainen, Sirpa

FM, laillistettu puheterapeutti (Suomi ja Alankomaat). Tarvainen on väitöskirjatutkija Helsingin yliopistolla aiheenaan puheen ymmärtämisen kuntoutus. Tarvaisella on kokemusta puheterapiakuntoutuksesta niin kunnallisella kuin yksityisellä sektorilla. Tarvainen käynnisti suositustyöryhmän toimiessaan Suomen Puheterapeuttiliiton puheenjohtajana vuosina 2018–2020 ja toimi sen puheenjohtajana sekä kokoavana kirjoittajana. Tarvainen toimii koulutusyrittäjänä yrityksensä Puheterapiapalvelu Vuorovaikutuksen kautta. Hän edustaa työryhmässä HYKSin ERVA-aluetta.

Elo, Hanna

FT, laillistettu puheterapeutti. Elo työskentelee tällä hetkellä yrittäjänä ja johtavana puheterapeutina Terapiakeskus Otavala Oy:ssä. Aiemmin hän on työskennellyt puheterapeuttisissa arviointitehtävissä ja osallistunut kuntoutussuunnitelmatyöhön moniammatillisissa työryhmissä sekä perusterveydenhuollossa, että erikoissairaanhoidossa. Elo on tehnyt väitöskirjansa varhaisesta kaksoslasten kielenkehityksestä, ja hän on opettanut logopedian tutkinto-ohjelmassa Tampereen yliopistossa. Elo edustaa työryhmässä TAYSin ERVA-aluetta.

Haukilehto, Marita

FM, laillistettu puheterapeutti, OYS, kehitysvammahuolto Konsti. Haukilehto on tehnyt kliinistä työtä yhteensä kahdenkymmenen vuoden ajan. Hän on toiminut sekä kuntoutustarvetta arvioivana että kuntoutusta toteuttavana puheterapeutina. Haukilehto on myös väitöskirjatutkija Oulun yliopistossa. Haukilehto edustaa työryhmässä OYSin ERVA-aluetta.

Huuskonen, Katri

FM, laillistettu puheterapeutti, WellSaid Oy. Huuskosella on kokemusta puheterapiakuntoutuksesta sekä kunnallisella että yksityisellä sektorilla. Huuskonen edustaa työryhmässä KYSin ERVA-aluetta.

Konola, Heli

FM, laillistettu puheterapeutti. Konola toimii tällä hetkellä yksityisenä ammatinharjoittajana sekä työskentelee Oppimis- ja ohjauskeskus Valterissa. Konolalla on työkokemusta niin kunnalliselta kuin erikoissairaanhoidon sektorilta. Hän on myös osallistunut Kelan hanketyöskentelyyn varhaiskuntoutuksen kehittämiseksi (Etänä Lähelle sekä KieLo-hankkeet). Konola edustaa työryhmässä KYSin ERVA-aluetta.

Kurola, Satu

FM, laillistettu puheterapeutti. Kurola toimii yksityisenä ammatinharjoittajana Puheterapia Satukuussa. Kurolalla on työkokemusta kuntoutuksesta niin yksityiseltä kuin kunnalliselta sektorilta. Kurola edustaa työryhmässä HYKSin ERVA-aluetta.

Nylander, Niina

FM, laillistettu puheterapeutti. Nylander toimii yksityisenä ammatinharjoittajana sekä yliopisto-opettajana ja väitöskirjatutkijana Helsingin yliopistossa. Nylander on aiemmin tehnyt kuntoutustyötä kunnallisena puheterapeutina. Nylander edustaa työryhmässä HYKSin ERVA-aluetta.

Rantanen, Eveliina

FM, laillistettu puheterapeutti. Rantanen toimii HUS Lasten ja nuorten sairauksilla puheterapeuttiseen arviointiin painottuvassa työssä. Rantanen edustaa työryhmässä HYKSin ERVA-aluetta.

Ruponen, Ulla-Mari

FM, laillistettu puheterapeutti. Ruponen työskentelee Helsingin kaupungin Lasten puheterapiassa. Ruosella on kokemusta kunnallisen puheterapeutin työstä yli kymmenen vuoden ajalta niin arvioinnista, ohjauksesta kuin kuntoutuksesta. Ruponen edustaa työryhmässä HYKSin ERVA-aluetta.

Ståhlberg-Forsén, Eva

FM, laillistettu puheterapeutti. Ståhlberg-Forsén toimii tällä hetkellä Helsingin yliopiston väitöskirjatutkijana. Tutkimuksensa käsittelee pikkukeskosena syntyneiden lasten varhaista kielenkehitystä. Ståhlberg-Forsén on tehnyt kliinistä puheterapeutin työtä yli kahdenkymmenen vuoden ajan, viimeksi Vaasan keskussairaalan lastenneurologialla, ja toiminut yliopisto-opettajana. Ståhlberg-Forsén edustaa työryhmässä TYKSin ERVA-aluetta.

Sundstedt, Stina

LT (logopedian ja lääketieteen tohtorin tutkinto nielemisvaikeuksista Uumajan yliopistosta), laillistettu puheterapeutti. Sundstedt työskentelee yliopistonlehtorina Åbo Akademiassa ja toimii kunnallisena puheterapeutina Pohjanmaan hyvinvointialueella. Hänellä on noin kymmenen vuoden työkokemus arvioinnista, ohjauksesta ja kuntoutuksesta Suomessa ja Ruotsissa. Sundstedt edustaa työryhmässä TYKSin ERVA-aluetta.

Vikkula, Leena

FL, laillistettu puheterapeutti ja erikoispuheterapeutti. Vikkula toimii johtavana puheterapeutina HUS Lasten ja nuorten sairauksilla ja on tehnyt logopediseen arviointiin painottuvaa kliinistä työtä lastenneurologialla yli kahdenkymmenen vuoden ajan. Aiemmin hän on työskennellyt kunnallisena puheterapeutina ja sivutoimisesti yksityisenä ammatinharjoittajana. Vikkula edustaa työryhmässä HYKSin ERVA-aluetta.

Vuoti, Katja

KTM, FM, laillistettu puheterapeutti. Vuoti on toiminut puheterapeutina sekä yksityisellä että kunnallisella sektorilla. Nykyään päätoimisena yrittäjänä (Puheterapia Papupata Oy) toimiva Vuoti keskittyy kuntoutustyöhön ja edustaa työryhmässä TAYSin ERVA-aluetta.

Piirto, Heta

FM, laillistettu puheterapeutti. Piirto on yksityinen ammatinharjoittaja ja Suomen Puheterapeuttiliiton toiminnanjohtaja. Hänellä on lisäksi noin kymmenen vuoden kokemus arvioivasta ja ohjaavasta työstä kehitysvamma-alalla. Piirto edustaa työryhmässä HYKSin ERVA-aluetta.

Suosituksen tekijöillä ei ole muita sidonnaisuuksia suosituksen aiheeseen.