

HELSINGIN YLIOPISTO
HELSINGFORS UNIVERSITET
UNIVERSITY OF HELSINKI

MUISTISAIRAIDEN IHMISTEN PUHETERA- PIAPALVELUT SUOMESSA

Johanna Kohonen
Logopedian pro gradu -tutkielma
Käyttäytymistieteiden laitos
Helsingin yliopisto
Ohjaaja: FT, dos. Seija Pekkala
Huhtikuu 2014



Tiedekunta - Fakultet - Faculty Käyttäytymistieteellinen tiedekunta		Laitos - Institution - Department Käyttäytymistieteiden laitos	
Tekijä - Författare - Author Johanna Kohonen			
Työn nimi - Arbetets titel - Title Muistisairaiden ihmisten puheterapiapalvelut Suomessa			
Oppiaine - Läroämne - Subject Logopedia			
Työn laji/ Ohjaaja - Arbetets art/Handledare - Level/Instructor Pro gradu -tutkielma/Seija Pekkala		Aika - Datum - Month and year Huhtikuu 2014	Sivumäärä - Sidoantal - Number of pages 71 + 15
Tiivistelmä - Referat - Abstract <p><i>Tavoitteet.</i> Suomen väestö ikääntyy, ja muistisairaiden ihmisten lukumäärä kasvaa tämän myötä huomattavasti. Muistisairauden edetessä myös kielellis-kognitiiviset kyvyt yleensä heikkenevät. Muistisairaiden henkilöiden kognitiivis-kommunikatiivisiin häiriöihin voidaan vaikuttaa suorilla ja epäsuorilla interventioilla. Kansainvälisiin tutkimuksiin perustuva näyttö puheterapiasta muistisairaiden ihmisten toimintakykyyn ja hyvinvointiin vaikuttavana menetelmänä lisääntyy jatkuvasti, mutta sen vaikutuksista tarvitaan vielä paljon lisää tietoa. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, minkälaisia ovat muistisairaiden ihmisten puheterapiapalvelut Suomessa. Tutkimuksessa tarkastellaan, miten muistisairaajat ihmiset ohjautuvat puheterapiaan Suomessa, mitä muistisairaajan ihmisen puheterapeuttiseen arvioon kuuluu, mitä muistisairaille ihmisille suunnattu puheterapia on ja mitkä tekijät vaikuttavat puheterapian toteutumiseen.</p> <p><i>Menetelmät.</i> Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena Helsingin yliopiston sähköisellä e-lomakkeella. Kysely lähetettiin Suomen Puheterapeuttiliiton kautta 1404 laillistetulle puheterapeutille ympäri Suomea. Vastausta pyydettiin muistisairaiden ihmisten kanssa työskennelleiltä, ja kyselyn palautti 72 vastaajaa. Aineistoa analysoitiin määrällisesti IBM SPSS Statistics 21 -ohjelmalla, jolla monivalinta- ja kyllä/ei-kysymyksistä laskettiin frekvenssejä ja suhteellisia osuuksia. Asenteita mitaavalle osiolle suoritettiin faktorianalyysi. Faktorianalyysin tuottamien faktoreiden yhteyttä taustatekijöihin tutkittiin varianssianalyysin ja t-testin keinoin. Laadullinen analyysi perustui avoimien kysymysten ryhmittelyyn.</p> <p><i>Tulokset ja johtopäätökset.</i> Suomessa tutkimusta muistisairaiden ihmisten puheterapiapalveluista ei ole aikaisemmin tehty, joten tutkimusta voidaan pitää pilottiluonteisena. Tutkimus osoitti, että muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin liittyvät käytänteet ovat kirjavia ja kuntoutuksen nykytila vakiintumatonta. Tulokset osoittavat puheterapiaresurssien riittämättömyyden ja rajallisuuden monella alueella. Ne tarjoavat lähtökohdan jatkotutkimukselle muistisairaiden ihmisten puheterapiapalveluista Suomessa ja antavat suuntaa opetukselle, lisäkoulutukselle ja muistisairaiden ihmisten palveluiden edistämiseksi. Muistisairaiden ihmisten puheterapialle ei Suomessa ole olemassa virallisia hoitolinjauksia tai -käytäntöjä, ja puheterapeutin työnkuva muistisairaajan henkilön kuntoutuksessa on vasta muotoutumassa.</p>			
Avainsanat - Nyckelord - Keywords muistisairaudet, kuntoutus, puheterapia, puheterapiapalvelut, kyselytutkimus			
Säilytyspaikka - Förvaringsställe - Where deposited Helsingin yliopiston kirjasto, Keskustakampuksen kirjasto, Käyttäytymistieteet / Minerva			
Muita tietoja - Övriga uppgifter - Additional information			



Tiedekunta - Fakultet - Faculty Faculty of Behavioural Sciences		Laitos - Institution - Department Institute of Behavioural sciences	
Tekijä - Författare - Author Johanna Kohonen			
Työn nimi - Arbetets titel - Title Speech and language therapy (SLT) services for people with dementia in Finland			
Oppiaine - Läroämne - Subject Logopedics			
Työn laji/ Ohjaaja - Arbetets art/Handledare - Level/Instructor Master's thesis/Seija Pekkala		Aika - Datum - Month and year April 2014	Sivumäärä - Sidoantal - Number of pages 71 + 15
Tiivistelmä - Referat - Abstract <p><i>Aim.</i> The population of Finland is aging and the number of people with dementia increases rapidly. The progression of memory impairment also affects the linguistic-cognitive competence. The cognitive-communicative impairments of people with dementia can be treated with direct and indirect interventions. Evidence is accumulating to support speech and language therapy (SLT) as a functioning and well-being enhancing rehabilitation method but further research is required. The purpose of this study was to find out what SLT services for people with dementia in Finland are like. The aim was to investigate how people with dementia were referred to SLT in Finland, what kind of evaluation methods Speech-Language Pathologists (SLPs) apply when working with people with dementia, what SLT for people with dementia consists of and which factors influence the realization of SLT for people with dementia.</p> <p><i>Methods.</i> The study was carried out as a survey using the electronic questionnaire of University of Helsinki. The questionnaire was sent via the Finnish Association of Speech Therapists to 1404 Speech-Language Pathologists (SLPs) in Finland. Participation was requested from those SLPs who had worked with people with dementia. A total of 72 SLPs participated in the survey. The IBM SPSS Statistics 21 program was used for quantitative analysis of the data. Frequencies and percentages concerning multiple choice and closed questions were computed, and a factor analysis was performed to examine the attitudes of the respondents. The relations between factor dimensions and the respondents' background information were examined using the analysis of variance and independent samples t-test. The qualitative analysis was based on the classification of recurring themes in the answers for open-ended questions.</p> <p><i>Results and conclusions.</i> This research is a pilot study of the SLT services in Finland. The results indicate that SLT practices for people with dementia are diverse and the rehabilitation is currently unestablished. SLT resources for people with dementia are insufficient and there tend to be restrictions in many areas (e.g. resources, referral, prioritization and knowledge). The results can be applied to arrange education and promote services for people with dementia. No official guidelines of practices concerning SLT for people with dementia exist, and the role of the SLP in the rehabilitation of people with dementia is only gradually taking shape.</p>			
Avain sanat - Nyckelord - Keywords memory impairment, dementia, rehabilitation, speech and language therapy (SLT) services, survey			
Säilytyspaikka - Förvaringsställe - Where deposited Helsinki University Library, City Centre Campus, Behavioural Sciences / Minerva			
Muita tietoja - Övriga uppgifter - Additional information			

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	MUISTISAIRAUDET	2
2.1	Muistisairauksien määrittelyä	2
2.2	Muistisairauksien esiintyvyys	3
2.3	Muistisairauksien aiheuttamat kielellis-kognitiiviset ongelmat	5
3	MUISTISAIRAUDET JA PUHETERAPIA	9
3.1	Perusteet muistisairaiden ihmisten puheterapialle	9
3.2	Puheterapeutin rooli muistisairaiden ihmisten hoidossa	12
3.3	Puheterapiaan ohjautuminen ja arviointi	13
3.4	Muistisairaiden ihmisten logopedinen kuntoutus	17
3.4.1	Kuntoutuksen tavoitteet ja keinot	17
3.4.2	Suora terapia	18
3.4.3	Epäsuora terapia	23
4	TUTKIMUSKYSYMYKSET	24
5	MENETELMÄ	25
5.1	Aineisto	25
5.1.1	Tutkimusjoukon valinta	25
5.1.2	Kyselyn laatiminen ja toteutus	25
5.1.3	Tutkimusaineiston muodostuminen	27
5.2	Aineiston analysointi	27
5.3	Vastaajien taustatiedot	29
6	TULOKSET	33
6.1	Puheterapiaan ohjautuminen ja arviointi Suomessa	33
6.1.1	Puheterapiaan ohjautuminen	33
6.1.2	Arviointimenetelmät	35
6.2	Muistisairaiden ihmisten saama puheterapia	37
6.3	Terapian toteutumiseen vaikuttavat tekijät	42
7	POHDINTA	47
7.1	Ohjautuminen ja puheterapeuttinen arvio	47
7.1.1	Puheterapiaan ohjautuminen	47
7.1.2	Arviointi	48
7.1.3	Diagnosointi	49

7.2	Puheterapian sisältö	50
7.3	Puheterapian saatavuuteen vaikuttavat tekijät	51
7.3.1	Resurssit.....	51
7.3.2	Ohjautuminen.....	52
7.3.3	Asiakaslähtöiset syyt.....	52
7.3.4	Muiden priorisointi	53
7.3.5	Tiedon puute	54
7.4	Menetelmän pohdinta	55
7.4.1	Kyselylomakkeen luominen	55
7.4.2	Käsitteiden moninaisuus	57
7.4.3	Aineiston analyysi.....	58
7.5	Tutkimuksen tieteellinen ja kliininen anti	59
7.5.1	Tieteellinen ja yhteiskunnallinen hyöty	59
7.5.2	Käytännön kliininen logopedinen hyöty	60
7.6	Jatkotutkimussuunnitelmat	60
7.7	Yhteenvedo ja johtopäätökset.....	61
	LÄHTEET	63
	LIITE 1: Kyselylomake	
	LIITE 2: Avoimien kysymysten teemoittelu	

1 JOHDANTO

Muistisairauksiin liittyviä kielen, puheen ja kommunikaation muutoksia on tutkittu Suomessa hyvin vähän (Pekkala, 2010). Muistisairaiden ihmisten puheterapiaa varten ei Suomessa ole olemassa varsinaisia arviointimenetelmiä, eikä tiedetä, minkä verran ja millaista kuntoutusta muistisairaille ihmisille on tarjolla. Muualla maailmassa, kuten Yhdysvalloissa, Australiassa, Iso-Britanniassa ja Ruotsissa tilanne on toisenlainen. Kansainvälisiä tutkimustuloksia puheterapian vaikuttavuudesta muistisairaiden ihmisten toimintakykyyn ja hyvinvointiin on jo jonkin verran, ja uusia tutkimuksia tulee jatkuvasti lisää.

Suuri tulevaisuuden haaste on kehittää keinoja, joilla voidaan ylläpitää muistisairaiden henkilöiden kommunikaatiokykyä. Omaisille ja hoitohenkilökunnalle voidaan antaa ohjeita muistisairaiden henkilöiden itseilmais- ja ymmärtämiskyvyn tukemisen lisäämiseksi. Puheterapian tavoitteena on kommunikaatiokyvyn säilyminen tai lisääminen ja siten sosiaalisen vuorovaikutuksen tukeminen kielellis-kommunikatiivisten harjoitusten keinoin. Myös nielemisvaikeuksia voidaan helpottaa terapialla. Puheterapeutin konsultaatiota voidaan käyttää osana moniammatillista kuntoutustiimiä, mutta Suomessa se ei ole kovin tavallista.

Tämän tutkimuksen tulosten tarjoama tieto voi olla hyödyksi muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluja ja -käytäntöjä kehitettäessä. Lisääntyvä tutkimustieto tukee myös muiden ammattiryhmien työntekijöiden ja muistisairaiden ihmisten omaisten tietoisuutta puheterapian tarpeesta ja puheterapeutin roolista muistisairauden kuntoutuksessa. Lisääntyvän tutkimustiedon valossa nykyisten hoitokäytäntöjen tulee muuttua, jotta ne voivat tarjota muistisairaille ihmisille optimaalisen mahdollisuuden ylläpitää sekä parantaa kognitiivisia ja kommunikatiivisia toimintoja ja näin tukea heidän minäkuvaansa ja estää ylimääräisen haitan syntymisen (Mahendra, Scullion & Hamerschlag, 2011).

2 MUISTISAIRAUDET

2.1 Muistisairauksien määrittelyä

Muistisairaudella tarkoitetaan aivoissa tapahtuneiden muutosten aikaansaamia oireita, joista päälimmäisin on yleensä muistivaikeus (Loehr & Malone, 2014). Myös kognitiivisia sekä käyttäytymiseen ja persoonallisuuteen liittyviä muutoksia voi ilmetä. Suomalaisessa muistisairauksien Käypä hoito -suosituksessa (2010) muistisairaus määritellään sairaudeksi, joka ”heikentää sekä muistia että muita tiedonkäsittelyn alueita, kuten kielellisiä toimintoja, näönvaraista hahmottamista ja toiminnanohjausta”. Muistisairaus voi ilmetä useista eri aivoihin tai somaattisiin tiloihin liittyvistä syistä (WHO, 1992). DSM-IV:n (American Psychiatric Association, 1994) määritelmän mukaan muistisairauden oireisiin liittyy muistin heikentymistä ja vaikeuksia ainakin yhdessä seuraavista kognitiivisista kyvyistä: 1) kyky tuottaa koherenttia puhetta tai ymmärtää kirjoitettua kieltä, 2) kyky tunnistaa tai tuntee esineitä, olettaen sensoristen toimintojen olevan normaalit, 3) kyky motoriseen toimintaan, olettaen että tehtävänanto on ymmärretty ja että motoriset kyvyt sekä aistitoiminnot ovat normaalit, 4) kyky ajatella abstraktisti, tehdä harkittuja päätöksiä ja toteuttaa monimutkaisia tehtäviä. Lisäksi kognitiivisten kykyjen heikkenemisen tulee olla niin vakavaa, että se häiritsee päivittäistä elämää.

Muistisairaalla ihmisellä on kognitiivisia vaikeuksia, kuten lyhyt- ja pitkäkestoisen muistin ongelmia sekä ainakin yksi seuraavista: kielihäiriö, apraksia, agnosia ja/tai toiminnanohjauksen heikentymistä (American Psychiatric Association, 2000). Edetessään muistisairaus voi aiheuttaa dementia-asteisen henkisten kykyjen heikentymän (Juva, 2011). Dementia on oireyhtymä, johon liittyy muistihäiriön lisäksi laajempi henkisen toiminnan ja muiden korkeampien aivotoimintojen heikentyminen henkilön aiempaan tasoon verrattuna (Bayles & Tomoeda, 2007). Tila rajoittaa henkilön itsenäistä ammatillista ja sosiaalista selviytymistä. Useat eri etiologiat, joista osa on ohimeneviä, osa pysyviä, voivat johtaa dementiaoireyhtymään (Loehr & Malone, 2014). Muistisairauksien ja dementian diagnostiset kriteerit perustuvat Alzheimerin taudin ominaispiirteisiin, mihin liittyy olennaisena osana episodisen muistin häiriö (Rossor, Mummery, Schott & Warren, 2010). Tämä aiheuttaa sen, että muihin etiologioihin liittyvät kognitiiviset häiriöt saattavat jäädä määriteltyjen diagnostisten kriteerien ulkopuolelle (Kurz & Lautenschlager, 2010).

Tutkimustyössä on kiinnostuttu siitä, mikä on rajapinta normaalin ikääntymisen ja muistisairauksiin liittyvien kognitiivisten muutosten välillä (Petersen ym., 2001). Nykyään normaalin kognitiivisen toiminnan ja patologisen ikääntymisen väliin jäävää siirtymäaluetta nimitetään lieväksi kognitiiviseksi heikentymiseksi, jolle on määritelty omat diagnostiset kriteerinsä (Winblad ym., 2004). Lievässä kognitiivisessa heikentymisessä (Mild cognitive impairment; MCI) henkilö kokee suurempia muistivaikeuksia kuin hänen ikänsä perusteella olisi odotettavissa, mutta ei täytä kliinisesti todettavan muistisairauden kriteerejä (Petersen ym., 2001). Lievä kognitiivinen heikentyminen etenee 5-15 prosentilla vuoden päästä muistisairauden tasolle (Petersen ym., 2001; Busse, Bischoff, Riedel-Heller & Angermeyer, 2003; Mitchell & Shiri-Feshki, 2009).

Viime vuosina *dementia*-käsitteen käyttö on kyseenalaistettu muistisairauksiin liittyvän laajan etiologian ja lisääntyneen tutkimustiedon myötä (Kurz & Lautenschlager, 2010; Bourgeois & Hickey, 2009). Aiemmin muistisairautta pidettiin ”ällyn ja muistin yleisenä huonontumisena” ja uskottiin, ettei eri muistisairauksien muotoja voi erottaa kliinisin ja neuropsykologisin perustein (Kindell & Griffiths, 2006). Suomessa on viime vuosina otettu käyttöön *muistisairaus*-termi ja pyritty aktiivisesti vähentämään *dementia*-käsitteen käyttöä sekä siihen liittyviä negatiivisia käsityksiä ja asenteita (Granö, Härmä, Pikkarainen, Nikumaa, Riikonen & Aavaluoma, 2011). Dementian sijaan huomio on suunnattu erilaisiin neurologisiin sairauksiin, jotka aiheuttavat dementiatyypisiä oireita. Englanninkielisessä kirjallisuudessa puhutaan vielä yleisesti dementiasta, mutta Suomessa keskeinen käsite on muistisairaudet.

2.2 Muistisairauksien esiintyvyys

Arvioidaan, että noin 75 erityyppistä patologiaa voi aiheuttaa muistisairauden tai kroonista kognitiivista heikentymistä (Bourgeois & Hickey, 2009). Etenevät muistisairaudet jaetaan degeneratiivisiin eli aivojen rappeumasairauksista johtuviin ja vaskulaarisiin eli aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttamiin muistisairauksiin (Juva, 2011). Muistisairauksista yleisin on Alzheimerin tauti (Bourgeois & Hickey, 2009). Taulukkoon 1 on koottu yleisimmät muistisairaudet. Muita sairauksia, joissa muistisairaus voi olla yhtenä komponenttina, ovat Huntingtonin tauti, MS-tauti ja progressiivinen supranukleaarinen halvaus (PSP) (Loehr & Malone, 2014).

Taulukko 1. Muistisairauksien esiintyvyys

Sairaus	% kaikista muisti-sairauksista	Lähde
Alzheimerin tauti (AT)	50–70 %	Bourgeois & Hickey, 2009; Bayles & Tomoeda, 2007
Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen (Vascular cognitive impairment; VCI)	15–20 %	Suhonen ym., 2010
Lewyn kappale -tauti	20–30 %	Bayles & Tomoeda, 2007; Bourgeois & Hickey, 2009
Otsa-ohimolohkorapeumat	alle 5 %	Juva, 2011
Alzheimerin taudin ja samanaikaisen aivoverenkiertosairauden yhdistelmä (AT + AVH)	10 %	Suhonen ym., 2010
Parkinsonin tauti	3-4 %	Aarsland, Zaccai & Brayne, 2005; Emre ym., 2007
Sekamuotoinen muistisairaus (piirteitä kahdesta tai useammasta eri muistisairaudesta)	n. 20 %, mm. AT + VCI	Swanson & Carnahan, 2007; Rone-Adams, Stern, Olivier & Blodget, 2013

Otsa-ohimolohkorapeumat jaetaan frontotemporaaliseen dementiaan, primaariin progressiiviseen afasiaan ja semanttiseen dementiaan (Jellinger, 2006). Joskus mukaan lasketaan myös Pickin tauti ja amyotroofinen lateraaliskleroosi eli ALS (Bayles & Tomoeda, 2007). Primaari progressiivinen afasia (PPA) jaetaan tuoreen luokittelun mukaan kolmeen eri muotoon, joita ovat sujumaton/agrammaattinen PPA, semanttinen PPA ja logopeninen PPA (Gorno-Tempini ym., 2011). Semanttiseen PPA:han voidaan viitata myös nimellä semanttinen dementia (Bonner, Ash & Grossman, 2010). Myös Parkinsonin tautiin voi liittyä muistisairaus, ja esiintyvyyshluvut vaihtelevat 25 prosentista 30 prosenttiin (Aarsland, Zaccai & Brayne, 2005; Hedge & Freed, 2011). Tulevaisuudessa yleisin muistisairauden alatyyppeistä saattaa ikääntyneemmässä väestössä olla Al-

zheimerin taudin ja samanaikaisen aivoverenkiertosairauden yhdistelmä (Suhonen ym., 2010).

Iäkkäiden osuus Suomen väestössä kasvaa, ja vuoteen 2040 mennessä 65 vuotta täyttä-neitä arvioidaan olevan noin 26 prosenttia väestöstä (Tilastokeskus, 2012). Väestön ikä-rakenteen muutos ja noussut elinajanodote johtavat tilanteeseen, jossa muistisairaiden lukumäärä ja heidän osuutensa väestössä kasvaa voimakkaasti (Rone-Adams ym., 2013; Bayles & Tomoeda, 2007). Vuonna 2060 Suomessa tulee olemaan 239 000 keskivaike-aa tai vaikeaa muistisairautta sairastavaa henkilöä, kun heitä vuonna 2010 oli arviolta noin 89 000 (Viramo & Sulkava, 2010). Muistisairaiden kokonaismäärän kasvu on pit-kälti seurausta väestön ikärakenteen muutoksista ja mahdollisesti muistisairauksien var-haisemmasta ja tarkemmasta diagnostiikasta (Maxim & Bryan, 2002) sekä parantunees-ta ennusteesta, eikä muistisairauksien yleistymisestä näin ollen voida puhua.

Työikäisiä dementiatasoisesti muistisairaita henkilöitä arvellaan olevan Suomessa 7000–10 000 (Käypä hoito -suositus, 2010). Dementia on harvinainen alle 55-vuotiailla, mutta sen esiintyvyys kasvaa voimakkaasti iän mukana: dementiaa on 3 prosentilla yli 65-vuotiaista ja 20 prosentilla yli 80-vuotiaista (Nicholl, 2006). Dementia on oireyhty-mä, jolla on vaikutusta sairastuneen yhteisöön (Drennan & Iliffe, 2006). Sen yleensä keskeytymätön kulku vaatii perushoidon työntekijöiltä kykyjä diagnostiikkaan, hoitoon ja tuen antamiseen sekä haastaa erikoissairaanhoidon muistisairaiden ihmisten tukemi-nessä ja taudinkulun hallitsemisessa ja hidastamisessa. Muistisairauksien taloudellisia, sosiaalisia ja emotionaalisia vaikutuksia muistisairaisiin henkilöihin ja heidän omaisiin-sa ei voida sivuuttaa (Kumar, 2013). Dementian hoidon kokonaiskustannukset ovat Suomessa yli 3 miljardia euroa vuosittain (Suhonen ym., 2008). Vuonna 2009 sosiaali- ja terveydenhuollon laitospalveluiden, palveluasumisen ja säännöllisen kotihoidon pii-rissä oli yhteensä 36 000 muistisairasta asiakasta (THL, 2011). Suhteellisesti eniten muistisairaita asiakkaita on ollut koko 2000-luvun ajan terveyskeskusten vuodeosastoil-la, joissa yli puolella asiakkaista oli diagnosoitu jokin muistisairaus.

2.3 Muistisairauksien aiheuttamat kielellis-kognitiiviset ongelmat

Vuorovaikutus voi muuttua iän myötä kahdesta eri syystä (Worrall & Hickson, 2003): pelkkä ikääntymisprosessi voi yksin vaikuttaa kommunikaatioon, minkä lisäksi ikään-

tymisen myötä vuorovaikutukseen vaikuttavien sairauksien ja vammojen esiintyvyys kasvaa. Muistiongelmien lisäksi kommunikaation vaikeudet ovat keskeinen oire eri muistisairauksissa, ja nämä vaikeudet koskettavat myös muistisairaahan henkilön läheisiä (Smith ym., 2011). Koska muistisairailta ihmisillä on useita kognitiivisia häiriöitä, mukaan lukien muistihäiriö, kommunikaatioon liittyvät toiminnot kärsivät myös (Bayles & Tomoeda, 2007). Muistisairaiden ihmisten kognitiivis-kommunikatiiviset oireprofiilit heijastavat heidän sairauteensa liittyvää, aivoissa ilmenevää neuropatologista jakautumista. Erilaisilla muistisairauksilla on omat neuropatologiset tunnuspiirteensä ja sen seurauksena ominaiset kognitiivis-kommunikatiiviset oireensa.

Kielen tuottaminen ja ymmärtäminen kytkeytyvät kognitioon (Bayles & Tomoeda, 2007). Kognitioon kuuluu useita ylemmän tason prosesseja, kuten muisti, tarkkaavuus, kieli ja päätöksenteko (Borson ym., 2013). Kielellisen informaation tuottaminen on työlästä muistisairaille ihmisille, koska heillä on vaikeuksia luoda ja järjestää ajatuksia (Bayles & Tomoeda, 2007). Osaksi tämä johtuu deklaraatiivisen ja työmuistin tiedon prosessointikyvyn häiriintyneisyydestä, osittain tiedon rappeutumisesta. Kielen ymmärtäminen vaikeutuu havaitsemisen, tarkkaavuuden, tunnistamisen, päättelyn ja muistin kognitiivisten prosessien heikentyessä. Kognitiiviset ongelmat vaikuttavat myös omaisiin, sillä ne tulevat esille jokapäiväisessä elämässä ja aiheuttavat kuormitusta ja turhautumista (Bahar-Fuchs, Clare & Woods, 2013).

Muistisairailta ihmisillä on säilyneitä kykyjä, joita voidaan hyödyntää kuntoutuksessa (Mahendra ym., 2011). Lievässä ja keskivaikeassa Alzheimerin taudissa keskeisimmät säilyneet kyvyt ovat henkilöstä riippuen tarkkaavuuden osa-alueet, tunnistusmuisti (kyky tunnistaa aiemmin esitettyjä ärsykeitä), implisiittinen ja proseduraalinen muisti, vihjeiden vastaanottaminen (hyötyminen kielellistä tai ei-kielellisistä kehotuksista) sekä tietyt toiminnalliset ja sosiaaliset vuorovaikutuskyvyt. Muistisairaiden ihmisten näkökulmaa ja subjektiivisia kokemuksia ei ollut tapana huomioida tutkimuksessa, hoitokäytännöissä tai päätöksenteossa 1990-luvulle asti (Hubbard, Downs & Tester, 2003). Muistisairaajat ihmiset nähtiin usein kykenemättöminä välittämään ajatuksiaan ja tunteitaan kielellisesti, mikä teki henkilöiden omakohtaisten kuvausten selvittämisestä todella vaikeaa.

Vuorovaikutus on olennainen osa ikääntyneiden ihmisten elämänlaatua useista syistä (Worrall & Hickson, 2003). Ikääntyneiden ihmisten pitää pystyä kommunikoimaan so-

peutuakseen muutoksiin, ylläpitääkseen ystävyyssuhteita sekä osallistuakseen ja oppiakseen uusia asioita. Muistisairaana ihmisen kommunikaatioon vaikuttavat muun muassa terveydellinen tilanne, lääkitys, sensoriset kyvyt sekä koettu elämänhistoria (Loehr & Malone, 2014). Vuorovaikutusta voidaan tukea vähentämällä kieliopillisten rakenteiden käyttöä lauseissa, toistamalla, kyllä/ei-kysymyksin tai vaihtoehtoja antamalla, puhettaita hidastamalla, häiriötekijöiden minimoimisella sekä ilmeitä ja eleitä käyttämällä (Smith ym., 2011).

Jatkuvasti lisääntyvä tutkimustieto selkiyttää sitä, minkä tyyppisiä kielelliset vaikeudet kussakin muistisairauden eri muodossa ovat (Bryan & Maxim, 2002). Näyttää siltä, että ongelmat kielellisessä prosessoinnissa johtuvat enemmänkin vaikeudesta päästä käsiksi informaatioon kuin sen totaalisesta häviämisestä. Joissakin muistisairauksien muodoissa, kuten semanttisessa PPA:ssa, kielelliset ongelmat voivat olla ensimmäinen selvä oire ilman muita vaikeuksia (Gorno-Tempini ym., 2011). Toisissa dementiaoireyhtymissä, kuten Alzheimerin taudissa, voivat sen sijaan episodisen ja työmuistin vaikeudet sekä toiminnanohjauksen heikkeneminen edeltää kielellisiä vaikeuksia (Bayles & Tomoeda, 2013).

Kognitiiviset ja muistitoiminnot ovat kommunikaation perusta, ja niiden heikkeneminen vaikuttaa kykyyn ymmärtää ja tuottaa kielellistä informaatiota (Bayles & Tomoeda, 2013). Muistisairauden edetessä myös kielelliset kyvyt yleensä heikkenevät (Loehr & Malone, 2014). Muistisairailta ihmisillä voi olla vaikeuksia osallistua keskusteluun, tuottaa sisällöllisesti informaatorikasta puhetta tai noudattaa annettuja ohjeita. Muistisairauden myöhäisessä vaiheessa jopa perustarpeiden ilmaiseminen voi olla äärimmäisen vaikeaa. Suppea sanavarasto, jatkuvat toistot tai äkilliset topiikinvaihdot sekä epäselvät selitykset häiritsevät iäkkäämpien ihmisten kommunikaatiota (Buller & Ptok, 2005).

Joissakin muistisairauksissa, kuten frontotemporaalisessa dementiaassa, saattaa ensimmäinen oire olla käyttäytymiseen ja persoonallisuuteen liittyvät muutokset (Hedge & Freed, 2011). Oiretiedostus on heikko, ja arvostus- ja päättelykyky heikkenevät huomattavasti. Henkilö saattaa esittää tilanteeseen sopimattomia, impulsiivisia kommentteja ja käyttäytyä ailahtelevasti tai jopa aggressiivisesti. Muistisairas henkilö saattaa konfabuloida eli satuilla, mikä nähdään yrityksenä säilyttää oma identiteetti ja ymmärtää sen hetkistä tilannetta (Örülv & Hydén, 2006). Frontotemporaalisessa dementiaassa kielelli-

set muutokset ilmenevät stereotyyppisinä ilmauksina sekä juuttuvina ja ekolalisina vastauksina (Bourgeois & Hickey, 2009).

Alzheimerin taudissa ilmenee usein sananlöytämisen vaikeudesta johtuvia taukoja, kieroilmauksia ja nimeämistä vaikeutta (Bayles & Tomoeda, 2013). Kommunikaatiokyvyt heikkenevät asteittain: tulee nimeämisen, koherenssin ja keskustelun tuottamisen vaikeuksia, informaation sisältö köyhtyy, merkitykselliset ilmaukset vähenevät ja pronomien käyttö lisääntyy (Bayles & Tomoeda, 2007; Egan, Bérubé, Racine, Leonard & Rochon, 2010). Alzheimerin taudin myöhemmässä vaiheessa puhe on yhä sujuvaa, vaikkakin hitaampaa ja katkonaista (Bayles & Tomoeda, 2007). Henkilöstä riippuen tila voi vaihdella puhumattomuudesta ekolaliaan, palilaliaan tai jargoniin, tai henkilö voi vielä pitkälle edenneessäkin tilassa kyetä keskusteluun. Ymmärtäminen ja kirjoittaminen heikkenevät vähitellen, vaikka fonologiset ja syntaktiset taidot yleensä säilyvätkin aina taudin pitkälle edenneeseen vaiheeseen asti (Egan ym., 2010; Bayles & Tomoeda, 2013).

Joissakin muistisairauksissa, kuten semanttisessa dementiassa, etenevässä sujumattomassa afasiassa ja toisinaan VCI:ssä tietyt kielelliset vaikeudet voivat olla todennäköisempiä (Bourgeois & Hickey, 2009). PPA:ssa kielellinen toiminta tyypillisesti heikkenee kognitiivisten toimintojen säilyessä suhteellisen hyvin (Bonner, ym., 2010). PPA:lle on ominaista sananlöytämisen vaikeudet ja työläs, kielioppivirheitä sisältävä spontaanipuhe (Bayles & Tomoeda, 2007). Puheen apraksiasta johtuen ilmenee äänneiden vääristymisiä, korvautumisia, poisjäämisiä ja vaihtumisia (Gorno-Tempini ym., 2011). Lauseet ovat lyhyitä ja yksinkertaisia, taivutus päätteet voivat puuttua ja puheen prosodia on häiriintynyt. Semanttisessa PPA:ssa hallitsevin piirre on nimeämistä vaikeus, mikä on seurausta laaja-alaisesta semanttisen muistin vauriosta. Ymmärtäminen on vaikeutunut frekvenssiltään harvinaisempien sanojen kohdalla, mikä on usein anomian lisäksi taudin varhainen oire. Logopenisessä PPA:ssa sananhaku ja lauseiden toistaminen ovat hankaloituneet. Spontaani puheentuotto on hidasta ja sisältää paljon fonologisia virheitä, mutta on muutoin kielioppillisesti ja prosodisesti normaalia. Sananlöytämistä vaikeudet eivät ole niin merkittäviä kuin semanttisessa PPA:ssa, ja fonologisen lyhytkestoisen muistin häiriön katsotaankin olevan logopenisen PPA:n taustalla.

Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen (VCI) vaikuttaa merkittävimmin muistitoimintoihin, ja kielelliset oireet vaihtelevat aivoissa tapahtuneiden muutosten sijaintipa-

kan mukaan (Bayles & Tomoeda, 2007). VCI:ssä episodinen muisti voi olla suhteellisen säilynyt, mutta toiminnanohjaukselliset kyvyt heikentyneet (O'Brien ym., 2003; Pedelty & Nuenhuis, 2006). Tämä ilmenee hidastuneena tai epäjohdonmukaisena tiedonkäsitteilynä, heikkona toiminnan suunnitteluna ja vaikeutena pysyä tehtävässä tai vaihtaa sujuvasti tehtävästä toiseen (O'Brien ym., 2003). Riippuen vaurion paikasta, henkilöllä voi olla myös kielellisiä tai avaruudelliseen hahmottamiseen liittyviä vaikeuksia.

Parkinsonin tauti on hitaasti etenevä sairaus, johon liittyy yleensä tahdonalaisten liikkeiden häiriöitä (Loehr & Malone, 2014). Parkinsonin taudissa sekä useissa muissa etenevissä aivosairauksissa esiintyy usein dysartriaa (Bourgeois & Hickey, 2009). Hanka-luuksia voi ilmetä myös toiminnanohjauksessa ja pragmaattisissa taidoissa, kuten kasvojen ilmeiden tulkitsemisessa. Osalla henkilöistä, joilla on Parkinsonin tauti, ilmenee vaikeuksia muistissa, nimeämisessä, sanasujuvuudessa, kertomusten ymmärtämisessä ja visuospatiaalisessa havaitsemisessa (Loehr & Malone, 2014). Kognitiivis-kommunikatiivisten vaikeuksien lisäksi on yleistä, että muistisairaalla henkilöllä on myös nielemisvaikeuksia eli dysfagiaa (Easterling & Robbins, 2008). Arvioiden mukaan 45 prosentilla laitoshoidossa olevista muistisairaista henkilöistä on nielemisvaikeus.

3 MUISTISAIRAUDET JA PUHETERAPIA

3.1 Perusteet muistisairaiden ihmisten puheterapialle

Näyttö kognitiivisesta kuntoutuksesta muistisairaiden henkilöiden kommunikaatioon ja muistiin vaikuttavana menetelmänä lisääntyy koko ajan, mutta sen vaikutuksista tarvitaan vielä paljon lisää tietoa (Clare & Woods, 2004; Bahar-Fuchs ym., 2013). Muistisairaus on yleensä etenevä, jolloin muistisairaahan ihmisen tila tulee väistämättä huonontumaan (Bayles & Tomoeda, 2007). Tämä johtaa kysymykseen, onko muistisairailta ihmisillä edes mahdollisuutta hyötyä kuntoutuksesta. Se on rajatussa määrin mahdollista, sillä vaikka terapia ei pysäytäkään muistisairauden perimmäistä etenemistä, se antaa yksilölle mahdollisuuden käyttää jäljellä olevia kykyjä kompensoimaan menetetyistä taidoista aiheutunutta haittaa ja auttaa yksilöä tuetusti toimimaan parhaalla mahdollisella tasolla (Bayles & Tomoeda, 2007). Joidenkin taitojen kehittäminen tai vahvistaminen

voi tiettyyn rajaan asti olla mahdollista joillakin muistisairailla henkilöillä (Buchanan, Christenson, Houlihan & Ostrom, 2011).

On tiedostettu, että jopa pitkälle edenneestä muistisairaudesta kärsivällä ihmisellä on tarve kommunikoida ja vuorovaikutuksesta voidaan puheterapian avulla tehdä toimivaa (Smith ym., 2011; Bryan & Maxim, 2002). Jos muistisairaatt ihmiset pystyvät (uudelleen)oppimaan merkityksellisiä toimintoja ja taitoja, tämä voi edistää heidän kykenevyyden tunnettaan ja vähentää hoitavien henkilöiden taakkaa (de Werd, Boelen, Rikkert & Kessels, 2013).

Tarkka diagnoosi on tärkeä, sillä on parannettavissa olevia muutoksia ja tiloja, joissa heikentymistä voidaan hidastaa tai jopa pysäyttää taudin eteneminen (Loehr & Malone, 2014). Näihin kuuluvat esimerkiksi masennus ja tulehdukselliset tilat. Muistisairaus tunnistetaan ja diagnosoidaan nykyään aikaisemmassa vaiheessa, jolloin kognitiivista reserviä ja hermoverkon muovautuvuutta rakentavista kuntoutusmenetelmistä on hyötyä (Mahendra ym., 2011). Kognitiivisen kuntoutuksen on aivojen kuvantamistutkimuksissa havaittu lisäävän aivojen aktiviteettia henkilöillä, joilla on alkuvaiheessa oleva Alzheimerin tauti (van Paasschen ym., 2013) sekä tuottaneen muutoksia niiden henkilöiden aivoissa, joilla on MCI (Bayles & Tomoeda, 2013). Kielellisesti aktivoivien liikunnallisten harjoitusten on yhdessä sosiaalisten aktiviteettien kanssa havaittu hidastavan kognitiivista heikkenemistä henkilöillä, joilla on lievä tai kohtalainen Alzheimerin tauti (Arkin, 2007). Lisäksi puheterapialla on voitu estää kielellisten taitojen heikkenemistä PPA:ssa (Farrajota, Maruta, Maroco, Martins, Guerreiro & de Mendonça, 2012).

Vain harvoilla puheterapeuteilla oli koulutusta muistisairaiden ihmisten kuntoutukseen 1970-luvulla (Bayles & Tomoeda, 2007). Yhdysvalloissa alkoi 1970-luvun puolivälistä alkaen yleistyä käytäntö kutsua puheterapeutti arvioimaan muistisairauksiin liittyviä nielemis- ja kognitiivis-kommunikatiivisia ongelmia. Vuonna 1987 ASHA (American Speech-Language Hearing Association) julkaisi raportin kognitiivisten häiriöiden kuntouttamisesta (Bayles & Tomoeda, 2007). ASHA:n (2005) julkinen kannanotto (Position statement) kertoo kommunikaatiohäiriöisten muistisairaiden henkilöiden parissa työskentelevien puheterapeuttien rooleista. Kannanoton mukaan puheterapeuttien koulutustausta ja kliininen harjoittelu valmentaa heidät toimimaan monissa eri kommunikation ja dementian hoitoon liittyvissä rooleissa, joita ovat muun muassa tunnistami-

nen, arviointi, interventio, neuvonta, yhteistyö, yksilöllinen palveluohjaus, koulutus, vaikuttamistyö ja tutkimus.

ASHA:n (2005) julkisen kannanoton mukaan puheterapeutilla katsotaan olevan eettinen velvollisuus tarjota yksilöä hyödyttäviä, asianmukaisia palveluja, jotka maksimoivat kognitiivis-kommunikatiivisen toimintakyvyn muistisairauden kaikissa vaiheissa. On todettu, että muistisairailta ihmisillä on säästyneitä neuropsykologisia kykyjä sairauden jokaisessa vaiheessa, jolloin he voivat hyötyä tietyistä farmakologisista ja kognitiivisista, elämänlaatua ja toimintakykyä parantavista menetelmistä (Mahendra ym., 2011). Heillä voi aivojen patologisista muutoksista huolimatta olla jäljellä kognitiivista reserviä, jota voidaan hyödyntää kuntoutuksessa (Yamaguchi, Maki & Yamagami, 2010). Lievän kognitiivisen heikentymän etenemistä varsinaiseksi muistisairaudeksi voidaan hidastaa käyttämällä kognitiivista reserviä hyväksi uuden oppimisessa (Bayles & Tomoeda, 2013).

Saksassa muistisairauksien aiheuttamista kielellisistä ja kommunikatiivisista ongelmista huolimatta puheterapiaa ei tällä hetkellä toteudu toivotunlaisesti (Buller & Ptok, 2005). Puheterapiatarjonta henkilöille, joilla on muistisairaus, ei ole riittävää, ja vain harvojen terapiamuotojen yhteydessä edes viitataan kommunikaatioharjoitteluun tai puheterapiaan. Kuntouttavan näkökulman ottaminen vaatii selvästi muutosta ajattelutavassa, joka monilla ihmisillä on muistisairaiden ihmisten hoidosta (Buchanan ym., 2011). Puheterapiapalvelut on suunnattu usein jollekin tietylle asiakasryhmälle, kuten aivoverenkiertohäiriön saaneille, jolloin tietty väestöjoukko, kuten iäkkäät muistisairaajat ihmiset, eivät välttämättä selkeästi kuulu palvelujen kohdejoukon piiriin (Bryan & Maxim, 2002).

Monet kuntoutuksen tarpeessa olevat muistisairaajat henkilöt jäävät ilman puheterapiaa (Maxim & Bryan, 2002; Bourgeois & Hickey, 2009). Kanadassa tehty kyselytutkimus puheterapiapalveluiden tarjoamisesta muistisairaille ihmisille osoitti, että puheterapeuttien mielestä muistisairaiden ihmisten oli mahdollista hyötyä puheterapiasta (Hopper, Cleary, Oddson, Donnelly & Elgar, 2007). Palveluiden tarjoamisessa oli kuitenkin esteitä, kuten rahoituksen puute, muiden asiakkaiden määrä ja heidän sijoittamisensa muistisairaiden asiakkaiden edelle. Muistisairaajat ihmiset eivät myöskään saaneet lähetettä puheterapiaan rutiininomaisesti (Hopper ym., 2007). Myös Zeienin (2007) Yhdysvalloissa puheterapeuteille teettämä kysely osoitti, että muistisairaiden ihmisten puheterapiapalveluiden saamisessa on esteitä. Iso-Britanniassa hoitokäytännöt niiden henkilöiden koh-

dalla, joilla on Parkinsonin tauti, eivät usein vastanneet suosituksia läheteiden syyn tai ajoituksen, tarkastelu- ja arviointitapojen tai kuntoutuksen fokuksen suhteen (Miller, Deane, Jones, Noble & Gibb, 2011). Lisäksi muistisairauden vaikeusaste näyttää vaikuttavan käsitykseen terapian hyödyllisyydestä (Zeien, 2007).

Muistisairauksiin liittyvä lisäkoulutus koetaan tarpeellisena, minkä vuoksi on tärkeää, että gerontologinen puheterapia ja audiologia nähdään ammattien erikoisalueina ja huomioidaan opetussuunnitelmissa sekä ammatillisissa koulutusohjelmissa (Worrall & Hickson, 2003). Muistisairauksiin liittyvä koulutus ei kuitenkaan ole vielä pakollista puheterapeutin tutkintoon johtavassa koulutuksessa niin Yhdysvalloissa, Kanadassa, Iso-Britanniassa kuin Australiassakaan (Reilly, Rodriguez, Lamy & Neils-Strunjas, 2010; ks. myös ASHA Curriculum Guidelines, 2008). Tämän lisäksi tarjolla olevien kurssien laajuus ja taso vaihtelee suuresti (Worrall & Hickson, 2003). Tästä johtuen monien valmistuneiden puheterapeuttien osaaminen muistisairaiden henkilöiden kuntoutuksen ja lähi-ihmisten neuvonnan osalta voi olla puutteellista.

3.2 Puheterapeutin rooli muistisairaiden ihmisten hoidossa

Puheterapeutin tehtävänä on arvioida muistisairaahan henkilön kognitiiviset, kommunikatiiviset ja toiminnalliset vahvuudet sekä heikkoudet (Bourgeois & Hickey, 2009). Nielimisongelmien ilmetessä puheterapeutti voi muokata ruokavaliota tai ympäristöä syömisen helpottamiseksi (Loehr & Malone, 2014). Puheterapeutin rooli on avustaa diagnostisessa prosessissa ja käytettävissä olevien kommunikatiivisten kykyjen hallinnassa muistisairaahan eri vaiheissa (Drummond, 2006). Puheterapeutti voi myös osallistua muistisairaahan erotusdiagnoosin tekemiseen ja kuntoutuksen suunnitteluun. Diagnoosin saamisen jälkeen hänen tehtävänsä on antaa tietoa muistisairaudesta sekä muistisairalle henkilölle että hänen läheisilleen (Loehr & Malone, 2014).

Hoitoprosessiin kuuluu kommunikaatioympäristön ajoittainen mukauttaminen yksilön ja lähi-ihmisten jonkinasteisen vuorovaikutuksen ylläpitämiseksi (Drummond, 2006). Puheterapeutti voi opettaa muistisairaahan henkilön läheisille tehokkaita kommunikaatiokeinoja, joiden avulla selvitä haastavasta käyttäytymisestä, tukea arkipäivän aktiviteetteja ja edistää sosiaalista vuorovaikutusta (Hopper ym., 2007). Ilmeisistä syistä voi olla haastavaa saada vakavasti muistisairaant ihmiset mukaan osallistumaan terapiapalvelui-

den suunnitteluun, mutta se ei saa estää selvittämästä muistisairaahan henkilön tai hänen läheistensä mielipiteitä (Harwood, 2012).

Muistisairaiden ihmisten hoitaminen kuuluu kanadalaisten puheterapeuttien mielestä heidän tehtäviinsä ja muistisairaahan ihmiset voivat rajoitteistaan huolimatta oppia toiminnallista informaatiota ja hyötyä kognitiivisesti stimuloivasta ympäristöstä (Hopper ym., 2007). Näkemysten ja terapiakäytäntöjen välillä on kuitenkin ristiriita, sillä puheterapeutit eivät käytännössä suunnitelleet tai toteuttaneet tällaisia ohjelmia. Puheterapeutit eivät välttämättä ole täysin selvillä roolistaan muistisairaiden ihmisten kommunikaation edistämiseksi, jolloin he eivät aina aja mukaan ottamistaan tähän järjestelyyn niin tarkkasti (Bryan & Maxim, 2002).

Puheterapeuttien rooli pitkäaikaishoidossa on merkittävä, sillä kognitiiviset ja kommunikatiiviset vaikeudet haittaavat merkittävästi yksilön toimintakykyä ja vaikuttavat elämänlaatuun (Bayles & Tomoeda, 2007). Iso-Britanniassa noin 10 prosenttia puheterapeuttien ensikontakteista liittyi iäkkäiden ihmisten sairaalassa tapahtuvaan geriatriseen hoitoon, ja 25 prosenttia kaikista puheterapeuttien ensikontakteista oli 75-vuotiaiden ja sitä vanhempien ihmisten kanssa tapahtuvia (Department of Health, 2003). Yhdysvalloissa puheterapeuteille on rutiininomaista arvioida asukkaita, kehittää hoitosuunnitelmia ja määräjain arvioida asukkaan tilanne uudelleen (Bayles & Tomoeda, 2007). Hoitosuunnitelma voi olla joko kuntouttava tai nykyistä toimintakyvyn tasoa ylläpitävä. Kuntouttavaa hoitoa eli suoraa terapiaa annetaan silloin, kun katsotaan että muistisairaahan henkilön kykyjä voidaan vielä kehittää.

3.3 Puheterapiaan ohjautuminen ja arviointi

Englanninkielisissä maissa yleisimmin käytetty kommunikaation arviointimenetelmä on Arizona Battery for Communication Disorders in Dementia (ABCD) (Bourgeois & Hickey, 2009). Taulukkoon 2 on koottu testejä, joiden avulla puheterapeutti voi arvioida muistisairaahan henkilön kielellisiä tai vuorovaikutukseen liittyviä kykyjä, mutta jotka eivät ole käytössä Suomessa. Suurin osa testeistä on kehitetty ja käytössä Yhdysvalloissa. Yksi vaivattomimmin käytettävistä menetelmistä on Bostonin nimentätesti (Boston Naming Test eli BNT), jonka alkuperäinen käyttötarkoitus on ollut afaattisten ihmisten testaaminen (Nebreda, García-Caballero, Asensio, Revilla, Rodríguez-Girondo & Mate-

os, 2011; ks. myös Goodglass, Wingfield & Hyde, 1998). Edellä mainitut menetelmät sopivat lievistä keskivaikean muistisairauden arvioimiseen (Bayles & Tomoeda, 2007). Myös sanasujuustehtävät, joissa 60 sekunnin aikana tulee luetella mahdollisimman monta samaan semanttiseen kategoriaan kuuluvaa tai samalla alkukirjaimella alkavaa sanaa, voivat olla tehokas muistisairauksien seulontakeino (Bayles & Tomoeda, 2013; Pekkala, 2004). Uuden oppiminen ja viivästetty palauttaminen voivat toimia hyvinä keinoina erotella muistivaikeuksia (Bayles & Tomoeda, 2007).

Taulukko 2. Muistisairaiden henkilöiden kielellisten taitojen ja vuorovaikutuksen arvioimiseen käytetyt testit

Testi	Arvioi	Tekijä
Arizona Battery for Communication Disorders (ABCD)	puheen tuottaminen ja ymmärtäminen, kielellinen muisti	Bayles & Tomoeda, 1993
Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status (RBANS)	muisti, tarkkaavuus, kielelliset sekä useat kognitiiviset kyvyt	Randolph, 1998
Functional Linguistic Communication Inventory (FLCI)	toiminnalliset vuorovaikutustaidot (esim. tervehtiminen, keskusteluun osallistuminen)	Bayles & Tomoeda, 1994
Communication Activities of Daily Living (CADL-2)	vuorovaikutus erilaisissa arkipäivän tilanteissa	Holland, Fratalli & Fromm, 1998
Ross Information Processing Assessment-Geriatric (RIPA G-2)	välitön muisti, kategorinen sanasto, kuullun ymmärtäminen, avaruudellinen orientaatio	Ross-Swain & Fogle, 2011

Taulukossa käytetyt lähteet: Bayles & Tomoeda, 2007; Bourgeois & Hickey, 2009; Loehr & Malone, 2014

Muistisairauden tunnistaminen ja määrittäminen aikaisessa vaiheessa on noussut tieteellisesti tärkeäksi, koska tällöin voidaan käyttää taudin etenemistä hidastavia kuntoutusmenetelmiä (Borson ym., 2013). Merkittävä osa muistisairauksista jää yhä diagnosoimatta, ja etenkin kaikkein vanhimpien ikäryhmien osalta diagnostiikka on puutteellista (Suhonen ym., 2008 & Suhonen ym., 2010). Erityisesti muistisairauksien varhaisen vai-

heen tunnistamista varten on kehitettävä vielä luotettavampia kognitiivisia mittareita (Oksengard & Winblad, 2004). Kliinisessä käytössä olevien muistisairauksien arviointivälineiden tulee olla tarkkoja, luotettavia ja käyttäjäystävällisiä, jotta niistä on hyötyä jokapäiväisessä kliinisessä työssä. Kanadassa muistisairaiden ihmisten arvioinnissa käytetään yleisesti afasian testipatteristoja (Hopper ym., 2007). Ne eivät ole sopivia muistisairaille asiakkaille, sillä testit eivät huomioi tarpeeksi muistisairauksiin olennaisena osana liittyvää kognitiota eikä niiden standardoimisessa ole käytetty muistisairaita ihmisiä. Niiden hyöty muistisairauksien arvioimisessa on rajattu, sillä useat ovat liian helpoja lievästi ja kohtalaisesti muistisairaille henkilöille, minkä lisäksi niistä puuttuu erotusdiagnostisesti tärkeitä kielellisen episodisen muistin testejä (Bayles & Tomoeda, 2013). Monista vuorovaikutuksen ja nielemisen arviointimenetelmistä ei ole normatiivista aineistoa ikääntyneiden ihmisten osalta, etenkin kaikkein vanhimmissa ikäryhmissä (Worrall & Hickson, 2003; Brumback-Peltz, Balasubramanian, Corrada & Kawas, 2011). Tämä rajoittaa testitulosten tulkitsemista, kun ikään liittyviä vaikeuksia ei ole huomioitu. On tärkeää tunnistaa normaaliin ikääntymiseen kuuluvat kielelliset muutokset, sillä ne vaikuttavat arviointimenetelmiin ja arvioinnin toteuttamiseen (Bourgeois & Hickey, 2009).

Muistisairauksien erotusdiagnostiikkaa hankaloittavat eri muistisairauksien samantyyppiset alkuvaiheen oireet (Reilly ym., 2010). Puheen ja kielen piirteet ovat kuitenkin osoittautuneet luotettaviksi tekijöiksi eri muistisairauksien erottamisessa toisistaan, joten puheterapialla voi tulevaisuudessa olla entistä näkyvämpi rooli muistisairauksien diagnostiikassa ja kuntoutuksessa. Kokonaisvaltaisen kognitiivis-kommunikatiivisen arvion tulisi antaa tietoa muistisairaana henkilön henkisestä tilasta, kielellisestä muistista sekä puheen tuottamisen ja ymmärtämisen kyvyistä (Bayles & Tomoeda, 2013). Erotusdiagnostiikassa pitää ottaa huomioon tutkittavan koko neuropsykologinen ja neurologinen suoritusprofiili, mahdolliset käyttäytymiseen ja sosiaalisiin suhteisiin liittyvät muutokset sekä neuropatologia (Pekkala, 2010). Vaikka puheterapeutin arvio keskittyy kielellisiin prosesseihin, pitäisi arvioinnissa ottaa huomioon myös mahdollisesti häiriintyneet kognitiiviset toiminnot, joilla voi olla vaikutusta kommunikaatioon (Kindell & Griffiths, 2006). Muistisairauden ensimmäinen oire ei aina välttämättä ole muistin heikentyminen, vaan siihen voi liittyä suorituskyvyn lasku päivittäisissä toiminnoissa, käyttäytymisen ongelmia tai vaikeuksia suoriutua työtehtävistä tai kotitöistä (Buntinx ym., 2011).

Muistisairaus on usein krooninen, ja sillä on ajan myötä vaihtelevia seurauksia sekä muistisairaaseen henkilöön että hänen lähi-ihmisiinsä liittyen (Buntinx, de Lepeleire, Paquay, Iliffe & Schoenmakers, 2011). Tämän vuoksi näiden muutosten seuraaminen ja hoidon sopeuttaminen sen mukaisesti on välttämätöntä. Muistisairaiden ihmisten tutkimisessa on neljä haastetta: kielellisen kommunikaation vaikeus, muistivaikeus, päätöksentekokyky ja emotionaaliset taipumukset (Hubbard ym., 2003). Muistisairaana ihmisen tarpeet voidaan saada paremmin selville käyttämällä jokaiselle muistisairaalle ihmiselle yksilöllisesti sopivia toimintatapoja, joustavuudella ja runsaammalla ajankäytöllä, tapaamalla muistisairasta ihmistä jo etukäteen, keskustelemalla hoitavien henkilöiden kanssa ja kouluttamalla tutkijoita. Kaikkein ikääntyneimpien ja vaikeimmin kommunikaatio- tai kognitiohäiriöisten ihmisten kohdalla ei välttämättä ole muuta arviointikeinoa kuin tarkkailla arkielämän käyttäytymistä ja haastatella saadakseen tietoja heidän jokapäiväisestä käyttäytymisestään (Worrall & Hickson, 2003). Puheterapeutti voi tarkkailla, kuinka vastaanottavainen ja reagoiva henkilö on ja yrittääkö hän olla vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa. Muistisairaana henkilön, hänen läheistensä ja hoitohenkilökunnan kanssa puhuminen on toinen merkittävä kommunikaatio- ja nielemiskykyihin liittyvän tiedon lähde.

Hoidon epääminen pelkästään iän perusteella on yksi ikäsyryjinnän muoto (Worrall & Hickson, 2003). Vaikka ikä yksin ei ole este onnistuneelle kuntoutukselle, on vanhempia ihmisiä, jotka eivät halua käyttää rajattuja voimavarojaan kuntoutukseen, ja päättävät pärjätä sillä, mitä heillä jo on. Päätös hoitamisesta tai hoitamatta jättämisestä ei kuulu pelkästään hoitavalle taholle. Myös ikääntyneiden ihmisten sosiaaliset tilanteet ovat erilaisia kuin nuoremmilla henkilöillä, mikä täytyy ottaa huomioon. Läheisten mukaan ottaminen on olennainen osa puheterapiaohjelmaa. Omaiset, jotka ovat tietoisia siitä, että muistisairaille ihmisille on olemassa tuloksellista puheterapiaa, saattavat myös pyytää sitä (Hopper ym., 2007).

3.4 Muistisairaiden ihmisten logopedinen kuntoutus

3.4.1 Kuntoutuksen tavoitteet ja keinot

Suomessa kuntoutus on vain vähän hyödynnetty toimintamuoto muistisairaiden ihmisten hoidossa (Suhonen ym., 2008). Kuntoutuksen tavoitteita ja keinoja muokataan sairauden vaiheen mukaan. Kuntoutuksen tulisi keskittyä muistisairaahan ihmisen kommunikatiivisen ja muistitoiminnan parantamiseen (Bourgeois & Hickey, 2009). Nonfarmakologisten hoitomuotojen merkitystä lääkehoidon rinnalla tai sen vaihtoehtona pidetään yhä tärkeämpänä muistisairaiden ihmisten hoidossa (Bahar-Fuchs ym., 2013). Muistisairaiden henkilöiden kuntoutustavoitteet jakautuvat usein kolmelle osa-alueelle: kommunikaatioon, nielemiseen ja kognitioon (Loehr & Malone, 2014).

Sekä säilyneiden kykyjen ja tietojen että vaurioiden tunnistaminen on tärkeää terapian suunnittelussa, sillä säilyneitä kykyjä voidaan käyttää kompensoimaan vaurioituneita (Bayles & Tomoeda, 2007). Muistisairaahan henkilön hoitaminen tuo eteen suuremman haasteen kuin sellaisen henkilön hoitaminen, jolla on aivovamma tai aivoverenkiertohäiriö, sillä muistisairaudet ovat yleensä eteneviä. Ihmisaivoilla on kuitenkin enemmän kuin vain yksi oppimis- tai muistijärjestelmä, ja jo nyt on osoitettu, että muistisairaatt ihmiset voivat käyttää niitä kompensoidakseen sairauden vaurioittamia järjestelmiä.

Kanadalaisen kyselytutkimuksen mukaan muistisairaiden henkilöiden yleisimmät kuntoutusmenetelmät olivat omaisten tai hoitohenkilökunnan kouluttaminen ja nielemiskuntoutus (Hopper ym., 2007). Harvinaisempaa oli suora yksilöterapia, ryhmäterapiaa ei käytetty juuri lainkaan. Puheterapeutit eivät toteuttaneet kognitiivisesti stimuloivaan ympäristöön keskittyvää kuntoutusta, vaikka he kokivat, että muistisairaatt ihmiset hyötyisivät siitä.

Muistisairaiden henkilöiden kognitiivis-kommunikatiivisiin häiriöihin voidaan vaikuttaa suorilla ja epäsuorilla interventioilla (Bayles & Tomoeda, 2007). Aiemmin muistisairaiden ihmisten saama puheterapian arvo kyseenalaistettiin taudin parantumattoman tilan vuoksi. Todennäköisesti tämä johtui siitä, että ”terapia”-sanan nähtiin viittaavan ongelman syyn vähenemiseen tai häviämiseen. Viime vuosina terapian on tulkittu tarkoitta-

van henkilön maksimaalisen toimintakyvyn varmistamista. Optimaalisen hoitotuloksen saamiseksi puheterapeutti työskentelee moniammatillisessa työryhmässä, jolloin henkilön yksilölliset ravitsemukseen ja elämänlaatuun liittyvät tarpeet pystytään huomioimaan parhaiten (Bourgeois & Hickey, 2009).

Muistisairaiden ihmisten kuntoutusmenetelmissä on havaittu piirteitä, jotka edistävät intervention onnistumista ja tuloksellisuutta (Mahendra ym., 2011). Näihin lukeutuvat kohdeinformaation toistuva esittäminen, tekemällä oppiminen ja kohdevastausten aktiivisen tuottamisen vaatiminen, virheiden tekemisen mahdollisuuden vähentäminen oppimisen aikana, ärsykkeiden minimoiminen ja suhteellisen säilyneen tarkkaavuuden ylläpidon hyödyntäminen sekä muistista haun tukeminen runsaiden ja todellisten sensoristen ärsykkeiden ja merkityksellisten vihjeiden avulla. Puheterapiassa edistyminen ei muistisairailta henkilöillä ole mitattavissa yhtä tehtäväkohtaisesti kuin esimerkiksi nimeämisvaikeuden kuntoutuksessa, vaan edistymistä pitää arvioida suhteessa muutoksiin arkipäivän aktiviteeteissa ja osallistumisessa (Hopper ym., 2007; Bourgeois & Hickey, 2009).

3.4.2 Suora terapia

Yhä lisääntyvä tutkimusnäyttö tukee suoran puheterapian antamista muistisairaille henkilöille (Hopper ym., 2007). Suoralla interventiolla tarkoitetaan puheterapeutin antamaa yksilö- tai ryhmäterapiaa (Bayles & Tomoeda, 2007). Behavioraaliset terapiamenetelmät ovat osoittautuneet tehokkaiksi muistisairaiden ihmisten hoidossa (Drummond, 2006). Tähän kuuluvat esimerkiksi kognitiivisten interventioiden eri muodot: kognitiivinen harjoittelu, kognitiivinen stimulaatio ja kognitiivinen kuntoutus (Bayles & Tomoeda, 2013).

Muistisairaiden ihmisten kognitiivinen kuntoutus keskittyy henkilön jokapäiväisen toiminnan maksimoimiseen ja optimoimiseen pyrkimyksenä ylläpitää tai parantaa kognitiivisia kykyjä (Buchanan ym., 2011). Kognitiiviseen kuntoutukseen kuuluu runsaasti kielellisiä ja kommunikatiivisia aktiviteetteja, ja kieltä käytetään usein kompensoivana keinona heikentyneen muistijärjestelmän tukemiseksi (Davis, 2007). Muistisairaille ihmisille sovellettuna menetelmä keskittyy pääasiassa yksilöllisiin kuntoutustavoitteisiin, mutta siihen sisältyy myös muististrategioiden sekä tarkkaavuuden ja keskittymisen yll-

läpittämiseen tähtäävien strategioiden ohjausta ja harjoittelua, stressin hallintaa sekä käytännöllisten kompensatoristen strategioiden ja muistin apuvälineiden käyttöönottoa (van Paasschen ym., 2013).

Virheetön oppiminen on yksi kognitiivisen kuntoutuksen menetelmistä, ja viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana siitä on kiinnostuttu muistisairauksien hoitomuotona (de Werd ym., 2013). Virheettömän oppimisen avulla voidaan opettaa uutta tietoa ihmisille, joiden muisti ja toiminnanohjaus ovat huonontuneet. Se on ohjaava ja opastava menetelmä, jonka avulla pyritään erilaisin keinoin vähentämään virheiden määrää oppimisen lukuisten vaiheiden aikana. Virheiden vähentyminen aikaansaadaan vaiheistetuilla tehtävillä, joissa käsillä oleva tehtävä jaetaan pieniin osiin, virheet korjataan välittömästi, rohkaistaan osallistujia olemaan arvaamatta, mallinnetaan tehtävän vaiheita ja käytetään väheneviä vihjeitä tai aikavälikertausta. Virheetöntä oppimista on käytetty muun muassa Alzheimerin taudin ja semanttisen dementian hoidossa. Virheetön oppiminen vaikuttaa parhaalta menetelmältä erityisesti semanttisen dementian aiheuttamien ymmärtämis- ja nimeämisvaikeuksien hoidossa (Jokel & Anderson, 2012). Sen avulla voidaan myös opettaa lievästä tai keskivaikeasta muistisairaudesta kärsiville arkipäivän askareita (de Werd ym., 2013). Virheetön oppiminen auttaa lisäämään osaamisen tunnetta, aktiivisuustasoa ja motivaatiota ryhtyä uusiin aktiviteetteihin (de Werd ym., 2013). Tämä voi johtaa muistisairaahan ihmisen itsenäisyyden ja riippumattomuuden sekä elämänlaadun lisääntymiseen. Virheettömään oppimiseen pohjautuvat kuntoutusmenetelmät tarjoavat terveydenhuollon ammattilaisille mahdollisuuden olla vuorovaikutuksessa hoidettaviensa kanssa positiivisemmalla tavalla keskittyen jäljellä oleviin taitoihin ja oppimiskapasiteettiin vaikeuksien ja heikkenemisen sijasta. Semanttiseen dementiaan kohdistuvan puheterapian positiiviset vaikutukset tarjoavat lisänäyttöä ja oikeuttamisperusteita kielellisen kuntoutuksen tarjoamiseen etenevien kielellisten sairauksien osalta (Jokel & Anderson, 2012). Eteneviin sairauksiin on olennaisena osana liittynyt pessimismi, mikä voi olla osasyynä siihen, ettei hoidon vaikuttavuutta ole juuri tutkittu. Vaikuttavuustutkimuksien määrä kasvaa kuitenkin hitaasti, ja ne näyttävät ansaitsevan paikkansa kuntoutustutkimuksessa.

Toinen menetelmä on virittäminen, jossa kahden peräkkäisen, toisiinsa liittyvän ärsyksen välille kehitetään assosiatiivinen yhteys tarkkaavuuden ylläpitämiseksi ja vastauksen tuottamisen helpottamiseksi (Drummond, 2006). Virittäminen on laajentunut käsit-

tämään useita tekniikoita, jotka tukevat kohdesanan tai -tiedon tuottamista (Bayles & Tomoeda, 2013). Siihen luetaan toistaminen tai suora virittäminen sekä assosiatiiivinen tai epäsuora virittäminen, joka voi olla joko käsitteellistä tai semanttista. Käytännössä puheterapeutit käyttävät menetelmää usein mieleen palauttamisen tukemiseksi vihjeistämällä henkilöä esimerkiksi kohdesanan vastakohtalla tai yläkäsitteellä.

Tuoreimmat näyttöön perustuvat menetelmät, kuten aikavälikertaus ja avustettu mieleen palauttaminen, tähtäävät kognitiivisen toiminnan parantamiseen muistisairauden alkuvaiheissa (Boccardi & Frisoni, 2006). Aikavälikertaus perustuu implisiittiseen muistiin: siinä informaatio (kuten nimi tai tapahtuma) palautetaan mieleen yhä pitenevin aikavälein välissä olevine tehtävineen ja häiriötekijöineen, kunnes henkilö oppii tavoitellun sanan (Bayles & Tomoeda, 2013, Boccardi & Frisoni, 2006, ks. myös Brush & Camp, 1998). Kun mieleen palauttaminen ei onnistu, lyhennetään aikaväliä. Aikavälikertaus on tehokas semanttisen muistin harjoittelutekniikka henkilöille, joilla on Alzheimerin tauti (Oren, Willerton & Small, 2014) ja vaikuttaa suotuisasti harjoitellun tiedon mielessä säilyttämiseen myös muistisairailta ihmisillä (Drummond, 2006). Vaikka Alzheimerin tauti on etenevä tila, voi muistiharjoittelu olla toteuttamiskelpoinen menetelmä muistin toiminnan edistämiseksi muistisairaalle ihmiselle (Oren ym., 2014). Aikavälikertausta on käytetty monenlaisissa muistivaikeuksissa semanttiseen (esim. nimien ja paikkojen muistaminen), proseduraaliseen (toimintojen suorittaminen, kuten tuolista nouseminen), prospektiiviseen (tulevien aktiviteettien tai tehtävien muistaminen) ja viimeaikaiseen episodiseen muistiin (esim. henkilökohtaiset tapahtumat) liittyen. Aikavälikertaus on sekä taloudellinen että helppo toteuttaa, ja sitä ovat käyttäneet sekä omaiset, hoitohenkilökunta että kuntoutuksen ammattilaiset. Muistisairaot ihmiset oppivat ja säilyttävät toiminnallisesti tärkeää tietoa tai taitoja jopa useiden kuukausien ajan, jos näitä tietoja käytetään toistuvasti (Mahendra ym., 2011; Bayles & Tomoeda, 2013). Tämä uuden oppiminen vuorostaan tukee toimintakykyä sekä riippumattomuutta vähentäen tuen tai vihjeiden tarvetta tiettyjen aktiviteettien aikana (Mahendra ym., 2011).

Pidemmälle edenneen muistisairauden hoidossa on käytetty yleisesti realiteettiorientaatiota ja validaatioterapiaa, jotka pitkään olivat muistisairauden kuntoutuksessa eniten käytetyt menetelmät (Boccardi & Frisoni, 2006). Realiteettiorientaatio on psykososiaalinen kuntoutusmuoto, jossa muistisairasta ihmistä pyritään toistuvasti orientoimaan ympäristöönsä, kuten aikaan, paikkaan ja henkilöihin (O'Connell ym., 2007). Sen on

todettu ylläpitävän tai parantavan pitkäaikaishoidossa olevien muistisairaiden henkilöiden kognitiivisia ja käyttäytymiseen liittyviä toimintoja. Realiteettiorientaatiosta suuresti poikkeava validaatioterapia perustuu yleiseen validaation periaatteeseen: henkilön todellisuuteen ja omakohtaiseen totuuteen liittyvien kokemusten hyväksymiseen (Neal & Barton, 2003). Se on kehittynyt käytännön pohjalta, kun potilaiden ja hoitajien kokemuksiin ongelmiin pyrittiin etsimään käytännöllisiä ratkaisuja. Jokaisen henkilön kanssa toimitaan yksilöllisesti sen perusteella, millä tasolla hän menetelmän luokittelun mukaan on (ks. Feil, 1993). Lisäksi sovelletaan erilaisia tekniikoita.

Lähi-ihmisten ja muistisairaana henkilön välistä vuorovaikutusta voidaan lisätä aktiviteeteilla, kuten muisteluterapialla tai elämäntarinatyöskentelyllä (Woods, Spector, Jones, Orrell & Davies, 2005; Thompson, 2011). Muisteluterapiassa osallistujat puhuvat muistoistaan ja kokemuksistaan, joihin suhtaudutaan terapeuttisesti kuunnellen (Woods ym., 2005; Yamaguchi ym., 2010). Yleensä apuna on tuttuja esineitä tai asioita, kuten valokuvia, musiikkia tai kodin esineitä. Elämäntarinatyöskentelyn on todettu stimuloivan keskustelua ja tarjoavan lohtua agitoituneille henkilöille (Thompson, 2011).

Montessori-menetelmää on sovellettu muistisairaiden henkilöiden hoidossa (Bourgeois & Hickey, 2009; Malone & Camp, 2007). Montessori-menetelmään perustuva kuntoutus tarjoaa stimuloivan, kokemusperäisen ympäristön ja mahdollisuuden oppia omaan tahtiin itsenäisyyttä tukien (Mahendra ym., 2011). Se tarjoaa tavan maksimoida henkilön jäljellä olevat kyvyt sitouttamalla tämän kiinnostavaan ja hänelle merkitykselliseen aktiviteettiin (Malone & Camp, 2007). Menetelmän etuna on, että toiminta voidaan sopeuttaa muistisairaana henkilön sen hetkiseen toimintakykyyn sopivaksi ja se tarjoaa hoitohenkilökunnalle ja omaisille enemmän työskentelymahdollisuuksia.

Taulukko 3. Suorat kuntoutusmenetelmät

Menetelmä	Perusta	Tavoite
Aikavälikertaus (Spaced Retrieval Technique)	Informaation mieleen palauttaminen yhä pitenevin aikaväleihin	Uuden informaation tai toiminnon oppiminen
Virheetön oppiminen (Errorless Learning)	Virheiden minimoiminen, tehtävien osittaminen, mallintaminen	Uuden informaation tai toiminnan oppiminen
Realiteettiorientaatio (Reality Orientation Therapy)	Aikaan, paikkaan ja toimintaan liittyvät kehotukset ja vihjeet	Orientaation ja jokapäiväisten toimintojen tukeminen
Validaatioterapia (Validation Therapy)	Muistisairaahan henkilön tunteiden tunnistaminen ja hyväksyminen	Käyttäytymisen takana piilevien tekijöiden tunnistaminen ja vahvistaminen
Muisteluterapia (Reminiscence Therapy)	Elämäntapahtumien muisteleminen ja jakaminen	Lisääntynyt sosiaalinen vuorovaikutus ja positivististen tunteiden välittäminen
Montessori-menetelmä (Montessori-Based Dementia Programming)	Strukturointi, sopeuttaminen, osallistuminen mielekkäisiin aktiviteetteihin	Tehokkaampi osallistuminen arkipäivän toimintoihin
Ulkoiset muistin apuvälineet ja kuvalliset vihjeet	Muistivaikeuksien kompensoiminen	Muistin tukeminen ja toistuvan kielellisen käyttäytymisen vähentäminen

Taulukossa käytetyt lähteet: Bayles & Tomoeda, 2007; Loehr & Malone, 2014; Bourgeois & Hickey, 2009; Skrajner, Megan, Malone, Camp, McGowan & Gorzelle, 2007; Woods ym., 2005, ks. myös Landauer & Bjork, 1978

Ramström (2011) arvioi tutkimuksessaan vuoden aikana tapahtuvaa kielellistä kehitystä henkilöillä, joilla on lievä tai kohtalainen Alzheimerin tauti. Henkilöt osallistuivat kognitiivisia, fyysisiä ja sosiaalisia harjoituksia sisältävään ohjelmaan, jonka lisäksi heillä oli henkilökohtainen tietokonejärjestelmä harjoituksineen. Vuoden jakson aikana koehenkilöiden kielelliset kyvyt säilyivät ennallaan tai osoittivat vähäisiä muutoksia, joten

ohjelma yhdistettynä muihin arkipäivän aktiviteettien yhteydessä toteutettuihin interventioihin voi auttaa muistisairaita henkilöitä säilyttämään nykyiset kykynsä ja tarjoaa mahdollisuuksia parantaa heidän kielellistä kompetenssiaan. Tietokonepohjaisella kuntoutuksella voidaan parantaa tiettyjä kognitiivisia toimintoja, jonka lisäksi harjoittelu on kustannustehokasta, tarjoaa useita vaihtoehtoja ja on helppo toteuttaa sekä kotona että kliinisesti (Bayles & Tomoeda, 2013).

Kommunikaatioryhmät tarjoavat mahdollisuuden ajatustenvaihtoon terapeutin avustuksella ja roolipelien avulla voidaan jäljitellä arkipäivän tilanteita, joita ryhmän osallistujat voivat ratkaisukeskeisesti työstää keskenään (Buller & Ptok, 2005). Nielemisongelmissa puheterapeutti voi työskennellä muistisairaahan henkilön lähi-ihmisten kanssa turvallisen nielemisen varmistamiseksi (Easterling & Robbins, 2008). Tähän voi kuulua kompensatoristen keinojen opettaminen syömisen helpottamiseksi tai erilaiset strategiat syömisen ja nesteytyksen lisäämiseksi sekä ruokailun mielekkyyden parantamiseksi. Omaisia ja hoitohenkilökuntaa voidaan kouluttaa nielemisvaikeuksiin liittyvissä asioissa ja muistisairaahan henkilön ruokailun avustamisessa (Bourgeois & Hickey, 2009).

3.4.3 Epäsuora terapia

Epäsuorassa interventiossa fyysistä ja/tai kielellistä ympäristöä muokataan tukemaan kognitiota ja kommunikaatiota kouluttamalla hoitohenkilökuntaa tai omaisia (Bayles & Tomoeda, 2007 & 2013). Muistisairaasta ihmisestä huolehtivien ihmisten kouluttaminen on olennaista optimaalisen hoitotuloksen saavuttamiseksi (Swanson & Carnahan, 2007). Tietoa ja ohjausta muistisairaille ihmisille ja heidän läheisilleen tarjoavat palvelut voivat jossain määrin edistää elämänlaatua ja estää muistisairaiden ihmisten neuropsykiatrisia oireita (Corbett ym., 2008). Läheisten tulisi saada kattavasti tietoa muistisairauksiin, niiden hoitoon ja tukipalveluihin liittyen jo sairauden diagnosoimisvaiheessa (Georges ym., 2008).

Muistin apuvälineitä käytetään tukemaan sanalöytämistä ja muistia tai ”muistamaan” tietoja, joita muistisairaalla ihmisellä on taipumusta unohtaa (Buchanan ym., 2011). Nii-tä ovat muun muassa listat, sanakirjat, päiväkirjat, kalenterit, kellot, valokuva-albumit, nimilaput (esim. kuvaamaan laatikon tai kaapin sisältöä), yhteystiedot (kuten tärkeät puhelinnumerot) sekä muistikirjat ja -lompakot (Buchanan ym., 2011; Mahendra ym.,

2011). Ympäristön ärsyksiä voi kontrolloida sijoittamalla henkilökohtaiset, tärkeät tavarat johdonmukaisesti omille paikoilleen (Drummond, 2006). Ympäristöä muokkaamalla pyritään luomaan turvallinen, rauhallinen ja järjestelmällinen ympäristö, joka aikaansaa positiivista käyttäytymistä ja mielialaa (Balyes & Tomoeda, 2007).

Muistin apuvälineiden on havaittu lisäävän muistisairaiden ihmisten toimintakykyä ja elämänlaatua parantamalla kielellistä kommunikaatiota ja keskusteluiden todenperäistä sisältöä (Mahendra ym., 2011). Ne tukevat vuorovaihtoa ja topiikin aloittamista, rohkaisevat mielekkääseen keskusteluun muistisairaahan henkilön ja hänen vuorovaikutuskumppaninsa välillä sekä vähentävät vuorovaikutuskumppanin negatiivista vuorovaikutusta. Muistikirjojen ja lompakoiden avulla muistisairas ihminen voi ilmaista perustarpeitaan helpommin ja niillä voidaan helpottaa muistisairaahan henkilön aika- ja paikkaorientaatiota sekä orientoitumista omaan itseensä. Niiden avulla toistuva kysymysten kysely ja häiritsevä ääntely voi myös vähentyä. Muistikirjat soveltuvat parhaiten lievästi tai keskivaikeasti muistisairaille ihmisille, joilla on riittävän hyvä lukutaito, visuaalinen prosessointikyky, proseduraalinen muisti ja motivaatiota lisätä toiminnallista vuorovaikutustaan.

4 TUTKIMUSKYSYMYKSET

Suomen väestö ikääntyy, ja muistisairaiden ihmisten lukumäärä tulee kasvamaan tämän myötä huomattavasti. Muistisairaiden ihmisten puheterapiaa ja sen saatavuutta ei Suomessa ole juuri tutkittu. Tutkimustuloksia puheterapian vaikuttavuudesta muistisairaiden ihmisten toimintakykyyn ja hyvinvointiin on varsin niukasti. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, minkälaisia ovat muistisairaiden ihmisten puheterapiapalvelut Suomessa. Tutkimus nojautuu terapiapalveluiden toteuttajien, muistisairaiden ihmisten kanssa työskentelevien puheterapeuttien, omakohtaisiin käsityksiin ja kokemuksiin. Tutkimuksessa haettiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

- 1) Miten muistisairaath ihmiset ohjautuvat puheterapiaan Suomessa?
- 2) Mitä muistisairaahan ihmisen puheterapeuttiseen arvioon kuuluu?
- 3) Mitä muistisairaille ihmisille suunnattu puheterapia on?

4) Mitkä tekijät vaikuttavat puheterapian toteutumiseen?

5 MENETELMÄ

5.1 Aineisto

5.1.1 Tutkimusjoukon valinta

Tämän tutkimuksen perusjoukko oli muistisairaiden ihmisten kanssa työskentelevät puheterapeutit, jotka saatiin mukaan tutkimukseen lähettämällä kyselylomake Suomen Puheterapeuttiliiton kautta (ks. 5.1.2). Perusjoukon määrä ei kuitenkaan ollut Suomen Puheterapeuttiliiton jäsenrekisterien tai muiden lähteiden kautta selvitettävissä, koska ei ole olemassa rekisteriä siitä, ketkä puheterapeuteista esimerkiksi työskentelevät aikuisten ja ketkä lasten parissa. Tämän takia vastausta pyydettiin niiltä laillistetuilta puheterapeuteilta, jotka edes joskus uransa aikana olivat työskennelleet muistisairaiden ihmisten kanssa. Muita kriteerejä ei asetettu, koska oli oletettavissa, että muistisairaiden ihmisten puheterapia ei Suomessa ole eriytynyt omaksi erityisalueekseen, vaan heidän kanssaan työskentelevillä puheterapeuteilla voi olla muitakin asiakkaita. Kyselyyn sai vastata myös Puheterapeuttiliittoon kuulumaton puheterapeutti, ja saateviestissä kerrottiin, että kyselyä saa mielellään levittää eteenpäin myös liittoon kuulumattomille kollegoille.

5.1.2 Kyselyn laatiminen ja toteutus

Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena Helsingin yliopiston sähköisellä lomaketyökalulla, e-lomakkeella (ks. Helsingin yliopisto, opetusteknologiakeskus, 2010). Erikseen tätä tarkoitusta varten suunniteltiin kyselylomake kirjallisuuden ja aiempien tutkimusten pohjalta (muun muassa Hopper ym., 2007; Miller ym., 2011). Kyselyyn laatimiseen saatiin asiantuntija-apua kahdelta puheterapeutilta (vastaava puheterapeutti Antti Ahvenainen Laakson sairaalasta ja vanhustyön erikoisammattitutkinnon suorittanut puheterapeutti Peppi Haapala Porvoon sairaalasta). He kommentoivat ja tekivät ehdotuksia kysymyksenasettelua ja kysymysten sisältöä koskien. Kyselyn rakenteen muokkaamisessa

ja tilastollisten menetelmien käytössä konsultoin valtiotieteiden maisteri Annukka Valkeapäästä sosiaalitieteiden laitokselta.

Kysely oli jaettu neljään eri osaan vastaamisen selkiyttämiseksi: 1) puheterapian toteutuminen, 2) puheterapiaan ohjautuminen ja arviointi, 3) puheterapeuttinen kuntoutus ja 4) vastaajien taustatiedot. Osat koostuivat useista osioista eli tässä tapauksessa yksittäisistä kysymyksistä tai väittämistä (Vehkalahti, 2008). Näistä osioista koostuvaa kokonaisuutta kutsutaan mittariksi, joka puolestaan mittaa useita, toisiinsa yhteydessä olevia asioita. Kysely piti täyttää kerralla kokonaan, ja siinä edettiin osa kerrallaan. Jokainen osa oli omalla sivullaan, millä pyrittiin vähentämään vastausväsymystä. Osiot olivat suljettuja tai avoimia kysymyksiä sekä strukturoituja monivalintakysymyksiä. Osiot pyrittiin muotoilemaan mahdollisimman yksiselitteisiksi, jotta saadut tulokset olisivat reliabeleja ja valideja (Heikkilä, 2008). Kysely muotoiltiin puhuttelemaan vastaajaa henkilökohtaisesti ja helpottamaan hänen ajatustyötään kysymykseen vastaamisessa. Kyselyn alaosassa olevasta palkista vastaaja pystyi seuraamaan kyselyn edistymistä ja näki alusta alkaen, kuinka monta sivua kyselyssä on.

Kyselyn osat 1-3 kattavat koko puheterapiaprosessin aina arvioinnista kuntoutuksen toteutumiseen. Kyselyn osien lopullinen järjestys muotoutui sen perusteella, että eniten henkilökohtaista pohdintaa vaativat osiot sijoittuivat kyselyn alkuosaan, ja helposti ilmoitettavat tiedot, kuten vastaajien taustatiedot, kyselyn loppuun. Vaikka henkilötietojen täyttäminen on vastaajalle helppoa, on havaittu paremmaksi kysyä niitä vasta kyselyn lopussa, jotta henkilö ei vastaa kysymykseen liikaa taustatietojen hänelle luomien raamien perusteella (Heikkilä, 2008). Kolme ensimmäistä osaa aloitettiin avoimella kysymyksellä, jolla vastaajan ajatukset viritettiin kyseistä teemaa varten, ja hänen oli helppo tuoda esille omia käsityksiään aiheesta ilman valmiiden vastausvaihtoehtojen mahdollisesti luomia ennakkokäsityksiä. Monivalintakysymysten yhteydessä oli annettu aina myös *jokin muu, mikä* – tyyppinen vastausvaihtoehto, jonka vastaaja saattoi valita ennalta annettujen vastausvaihtoehtojen asemesta tai lisäksi. Kysymyksenasettelun jälkeen vastaajalle tarkennettiin, kuinka monta vastausta hän voi antaa (esimerkiksi *valitse yksi tai useampi* tai *valitse kaikki joiden kanssa olet tehnyt yhteistyötä*).

Sähköinen kyselylomake lähetettiin Puheterapeuttiliiton välityksellä kaikille liiton varsinaisille jäsenille ympäri Suomen (n = 1404, Suomen Puheterapeuttiliitto ry, 2013). Puheterapeuttiliitto välitti liiton jäsenille sähköpostitse viestin, jonka yhteydessä oli

linkki kyselyyni (ks. liite 1). Viestissä kerrottiin tutkimuksen perustiedot: kuka tutkimusta tekee, miten vastaajat on valittu ja mihin tutkimustuloksia tullaan käyttämään (Vehkalahti, 2008). Lähettämällä kysely kaikille liiton jäsenille pyrittiin mahdollisimman kattavaan otokseen koko Suomen puheterapeuteista. Kyselylomake on ratkaiseva tekijä koko kyselytutkimuksen onnistumisen kannalta, joten se on syytä suunnitella hyvin (Vehkalahti, 2008). Myös saatekirjeellä on merkittävä rooli, sillä se selvittää tutkimuksen taustaa ja vaikuttaa suuresti vastaajan vastausmotivaatioon (Heikkilä, 2008). Tässä tutkimuksessa vastaajien määrää yritettiin kasvattaa lähettämällä muistutusviesti kyselystä kaksi viikkoa sen lähettämisen jälkeen. Tämän jälkeen annettiin vielä viikko vastausaikaa, eli vastaajilla oli yhteensä kolme viikkoa aikaa vastata kyselyyn.

5.1.3 Tutkimusaineiston muodostuminen

Tutkimukseen valituiksi tulleet vastaajat muodostavat tutkimuksen otoksen (Vehkalahti, 2008). Vastauksia tuli yhteensä 72 kappaletta, jolloin otoskoko on 5 prosenttia. Kolme vastaajaa oli täyttänyt kyselyn puutteellisesti, joten heidän vastauksensa on huomioitu vain osittain. Yksi heistä oli jättänyt vastaamisen kesken ensimmäisen sivun jälkeen. Syyksi hän ilmoitti sen, että työkokemuksesta muistisairaiden ihmisten kanssa oli kulu-
nut pitkä aika. Kaksi vastaajaa oli työtehtäviensä luonteen vuoksi vastannut vain osaan kysymyksistä. Kaikki eivät myöskään olleet ilmoittaneet syntymävuottaan. Näistä syistä vastaajien määrä vaihtelee tulososiossa hiukan ($n = 68-72$). Kaikki vastaukset huomioitiin kuitenkin niiltä osin, mihin vastaaja oli kyennyt vastaamaan.

5.2 Aineiston analysointi

Tutkimusta analysoitiin osin määrällisin ja osin laadullisin keinoin. Kyselystä saatu aineisto siirrettiin e-lomakkeelta IBM SPSS Statistics 21 -ohjelmaan, jolloin muuttujien siirtämisessä tapahtuvien virheiden todennäköisyys minimoitiin. Tämän jälkeen havaintomatriisi tarkastettiin vielä mahdollisten virheiden osalta. Monivalinta- ja kyllä/ei-kysymyksistä laskettiin frekvenssejä ja prosentiosuuksia. Kyselyssä oli lisäksi tilaa vapaille kommentteille ja avoimia kysymyksiä, jotka analysoitiin ryhmittelemällä ne vastausten perusteella aineistosta nouseviin teemoihin ja esittelemällä näin saatuja teemoja. Puheterapeuttien käsityksiä puheterapian toteutumiseen vaikuttavista tekijöistä tutkittiin yhdentoista väittämän avulla, joiden vastausvaihtoehdot esitettiin viisiportaisella Likertin asteikolla. Likert-asteikko on järjestysasteikollinen asteikko, jota käytetään erityises-

ti mittareissa, joissa vastaaja arvioi omia käsityksiään väitteen tai kysymyksen sisällöstä (Metsämuuronen, 2011). Asteikon väittämät muodostuivat seuraaviksi: 1 = täysin eri mieltä, 2 = jonkin verran eri mieltä, 3 = ei mielipidettä, 4 = jonkin verran samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä. On tärkeää, että keskimäinen vaihtoehto on neutraali, kuten ”ei samaa eikä eri mieltä” (Vehkalahti, 2008).

Yhdelletoista väittämälle suoritettiin eksploraatiivinen *faktorianalyysi*, jonka avulla voidaan tarkastella useiden muuttujien samanaikaista yhteisvaihtelua tiivistämällä aineiston muuttujat faktoreiksi (Nummenmaa, 2009). Tarkoituksena oli löytää latenteja eli piileviä muuttujia yhdistämällä faktoreiksi ne muuttujat, joilla on samankaltaista vaihtelua keskenään (Nummenmaa, 2009). Faktorointimenetelmäksi valittiin Maximum Likelihood Solution ja rotaatiomenetelmänä käytettiin Varimaxia, joka maksimoi kullekin faktorille tulevien latausten varianssit (Metsämuuronen, 2011). Maximum Likelihood Solution tarkoittaa suurimman uskottavuuden menetelmää, joka puolestaan maksimoi mallin lataukset mahdollisimman uskottaviksi. Faktorit, joiden ominaisarvo oli yli yksi, tulkittiin rotatoidusta faktorimatriisista, jolloin faktoreiden ei anneta korreloida keskenään (Vehkalahti, 2008). Tämän jälkeen faktorit nimettiin voimakkaimmin latautuneiden muuttujien mukaan. Noin 0,3:n arvoa pidettiin rajana sen suhteen, otettiinko muuttuja mukaan faktoriin vai ei (ks. esim. Tabachnick & Fidell, 2001).

Faktorianalyysin tuottamille faktoreille suoritettiin jatkoanalyysia, jossa selvitettiin varianssianalyysin ja t-testin keinoin, onko taustatekijöiden ja puheterapian toteutumiseen vaikuttavien tekijöiden välillä tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä. Kaikki taustatekijät käytiin läpi, ja tulososiossa raportoidaan ne tulokset, joissa tilastollisesti merkitsevä yhteys löydettiin. *Varianssianalyysissä* verrataan ryhmien välisiä keskiarvoja toisiinsa ja pyritään löytämään tilastollisesti merkitseviä eroja (Metsämuuronen, 2011). Hypoteesina on siis se, että tietyn muuttujan eri ryhmissä on samat keskiarvot. *T-testillä* voidaan testata kahden toisistaan riippumattoman ryhmän keskiarvoja (Heikkilä, 2008). T-testi antaa luotettavia tuloksia, kun otoskoko ylittää 30 ja kyseessä on ollut vähintään hyvä järjestysasteikollinen muuttuja, kuten Likertin asteikko (Metsämuuronen, 2011). Varianssianalyysin oletuksena on, että havainnot ovat toisistaan riippumattomia ja kunkin ryhmän varianssit ovat yhtä suuret. Varianssianalyysin ja t-testin suorittamista varten osa muuttujista jouduttiin luokittelemaan uudestaan niiden pienen määrän vuoksi. Tämä tarkoittaa sitä, että joitakin muuttujia yhdistettiin lukumäärältään suuremmiksi, uusiksi

muuttujiksi. Tällä pyrittiin kasvattamaan tulosten luotettavuutta tasaamalla eri ryhmien välisiä lukumääriä.

Testin p-arvo eli havaittu merkitsevyystaso kertoo, kuinka suuri riski on tehdä väärä johtopäätös silloin, kun nollahypoteesi hylätään (Vehkalahti, 2008). Monissa kyselytutkimuksissa noin 0,05:n suuruista p-arvoa on pidetty riittävänä todisteena, joten 0,05:n arvo otettiin käyttöön myös tässä tutkimuksessa. P-arvo 0,05 tarkoittaa viiden prosentin mahdollisuutta tehdä virheellinen päätelmä.

5.3 Vastaajien taustatiedot

Kyselyyn vastasi yhteensä 72 puheterapeuttia, jotka kaikki olivat naisia. Vastaajilta kysyttiin syntymävuotta, sillä luotettavin tapa mitata ikää on epäsuora (Vehkalahti, 2008). Syntymävuoden perusteella vastaajat jaettiin ikäluokkiin. Suurin osa vastaajista (n = 30) kuului 30–44-vuotiaiden ikäluokkaan. Ikäluokkaan 45–59 kuului 21 vastaajaa, ja ikäluokkaan 60 tai yli kuului 6 vastaajaa. Alle 30-vuotiaiden ikäluokkaan kuului 11 vastaajaa.

Taulukko 4. Vastaajien ikäjakauma

vuotta	lukumäärä	%
alle 30	11	16,2
30–44	30	44,1
45–59	21	30,9
60 ja yli	6	8,8
kaikki	68	100

Suurin osa vastaajista ilmoitti olevansa filosofian maistereita (n = 53). Kymmenen vastaajaa oli humanististen tieteiden kandidaatteja, minkä lisäksi he olivat käyneet klinisen puheterapeuttikurssin. Viisi vastaajaa ilmoitti olevansa filosofian lisensiaatteja ja yksi vastaaja oli filosofian tohtori. Kohdassa ”jokin muu” vastaajat (n = 2) ilmoittivat koulutukseensa kasvatustieteiden maisterin. Toinen vastaajista oli lisäksi käynyt puheterapeutti-kurssin.

Taulukko 5. Vastaajien koulutus

	lukumäärä	%
HuK + kliininen kurssi	10	14,1
FM	53	74,6
FL	5	7,0
FT	1	1,4
jokin muu	2	2,8
kaikki	71	100

Suurin osa vastaajista (n = 39) ilmoitti työpaikakseen terveyskeskuksen. Kohtaan ”jokin muu” vastanneista yksi ilmoitti työpaikakseen perheneuvolan, yksi terveydenhuollon kuntayhtymän (sairaala ja terveyskeskus), yksi vammaisjärjestön kuntoutusosaston ja yksi perhekeskuksen. Kuusi vastaajista ilmoitti työskentelevänsä kahdessa työpaikassa: terveyskeskuksessa ja yksityisenä ammatinharjoittajana (n = 3), terveyskeskuksessa ja kaupunginsairaalassa (n = 2) sekä kaupunginsairaalassa ja erityiskuntoutuslaitoksessa (n = 1). Yksi ilmoitti työpaikakseen kaupunginsairaalan ja kaupungin pitkäaikaishoito- paikkojen konsultaation tarvittaessa.

Taulukko 6. Vastaajien työpaikka

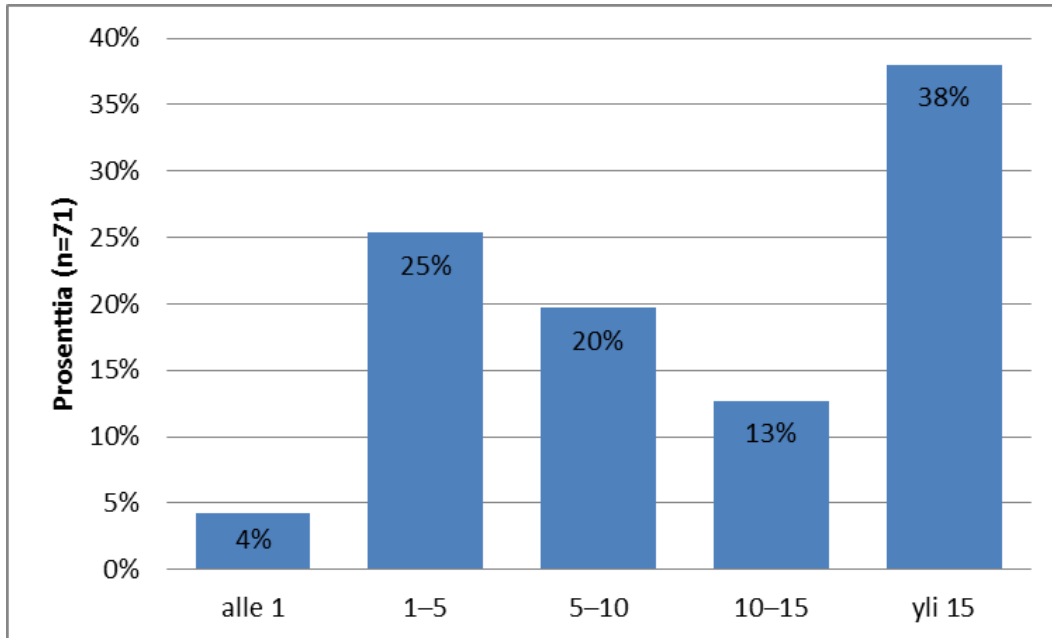
	lukumäärä	% (n = 71)
terveyskeskus	39	54,2
kaupunginsairaala	10	13,9
yliopistosairaala	8	11,1
yksityinen ammatinharjoittaja	5	6,9
yksityinen sektori	4	5,6
jokin muu	4	5,6
keskussairaala	3	4,2
erityiskuntoutuslaitos	2	2,8

Suurin osa vastaajista (n = 31) työskenteli Länsi-Suomen alueella ja lähes yhtä suuri osa (n = 30) Etelä-Suomen alueella. Itä-Suomessa työskenteli 4 vastaajaa ja Pohjois-Suomessa 6.

Taulukko 7. Vastaajien työalueet

	lukumäärä	%
pääkaupunkiseutu	19	26,8
muu Etelä-Suomi	11	15,5
Itä-Suomi	4	5,6
Länsi-Suomi	31	43,7
Pohjois-Suomi	6	8,5
kaikki	71	100

Vastaajilta kysyttiin myös työkokemusta puheterapeuttina. Suurin osa vastaajista (n = 27) ilmoitti työskennelleensä puheterapeuttina yli 15 vuotta. 10–15 vuoden työkokemus oli 9 vastaajalla ja 5-10 vuoden työkokemus 14 vastaajalla. 18 vastaajaa oli työskennellyt 1-5 vuotta puheterapeuttina. Vain kolme vastaajaa oli työskennellyt puheterapeuttina alle vuoden. Vastaajajoukkoa voidaan siis pitää asiantuntevana työkokemuksen puolesta.



Kuvio 1. Työkokemus puheterapeuttina (vuosina).

Suurin osa vastaajista (n = 41) työskenteli suurimmaksi osaksi lasten kanssa. 25 vastaajalla suurin asiakasryhmä oli aikuiset. Ikääntyneet oli suurin asiakasryhmä vain

kolmella vastaajalla, ja kahdella vastaajalla ei asiakasryhmässä ollut selvää ikäjakaumaa.

Taulukko 8. Vastaajien suurimmat asiakasryhmät

	lukumäärä	%
lapset	41	57,7
aikuiset	25	35,2
ikääntyneet	3	4,2
ei selvää ikäjakaumaa	2	2,8
kaikki	71	100,0

Vastaajia pyydettiin myös ilmoittamaan, kuinka usein he työssään tapaavat muistisairaita ihmisiä. Suurin osa vastaajista (n = 44) ilmoitti tapaavansa muistisairaita ihmisiä vuosittain. Yksi tähän joukkoon kuuluvista vastaajista ilmoitti, että hänen vastauksensa olisi harvemmin kuin vuosittain. Kaksi vastaajaa korosti lisäksi, että he ovat tavanneet muistisairaita ihmisiä työssään vain yksittäisiä kertoja, jolloin kysymykseen oli hankala antaa vastausta. Kuukausittain muistisairaita ihmisiä tapasi 20 vastaajaa ja viikoittain 5 vastaajaa. Vain kaksi vastaajaa tapasi muistisairaita ihmisiä työssään päivittäin.

Taulukko 9. Muistisairaiden ihmisten kohtaamisen määrä puheterapeutin työssä

	lukumäärä	%
vuosittain	44	62,0
kuukausittain	20	28,2
viikoittain	5	7,0
päivittäin	2	2,8
kaikki	71	100,0

Vastaajista 73 % (n = 52) ilmoitti, että heidän opintoihinsa ei ollut sisältynyt muistisairauksia koskevaa opintokokonaisuutta. Muistisairauksia käsittelevistä opintokokonaisuuksista vastaajat mainitsivat geriatrisen puheterapian, neurologian, afasiologian ja puhemotoristen häiriöiden kurssit.

Taulukko 10. Opintoihin sisältyneet muistisairauksia käsittelevät opintokokonaisuudet

	lukumäärä	%
ei	52	73,2
kyllä	19	26,8
kaikki	71	100

Vastaajista 34 % (n = 24) oli hankkinut lisäkoulutusta muistisairaiden ihmisten puheterapiaan liittyen. Vastaajista 100 % (n = 71) oli sitä mieltä, että muistisairauksiin liittyvän koulutuksen järjestäminen olisi tarpeellista.

Taulukko 11. Muistisairaiden ihmisten puheterapiaan liittyvän lisäkoulutuksen hankkiminen

	lukumäärä	%
en	47	66,2
kyllä	24	33,8
kaikki	71	100

6 TULOKSET

6.1 Puheterapiaan ohjautuminen ja arviointi Suomessa

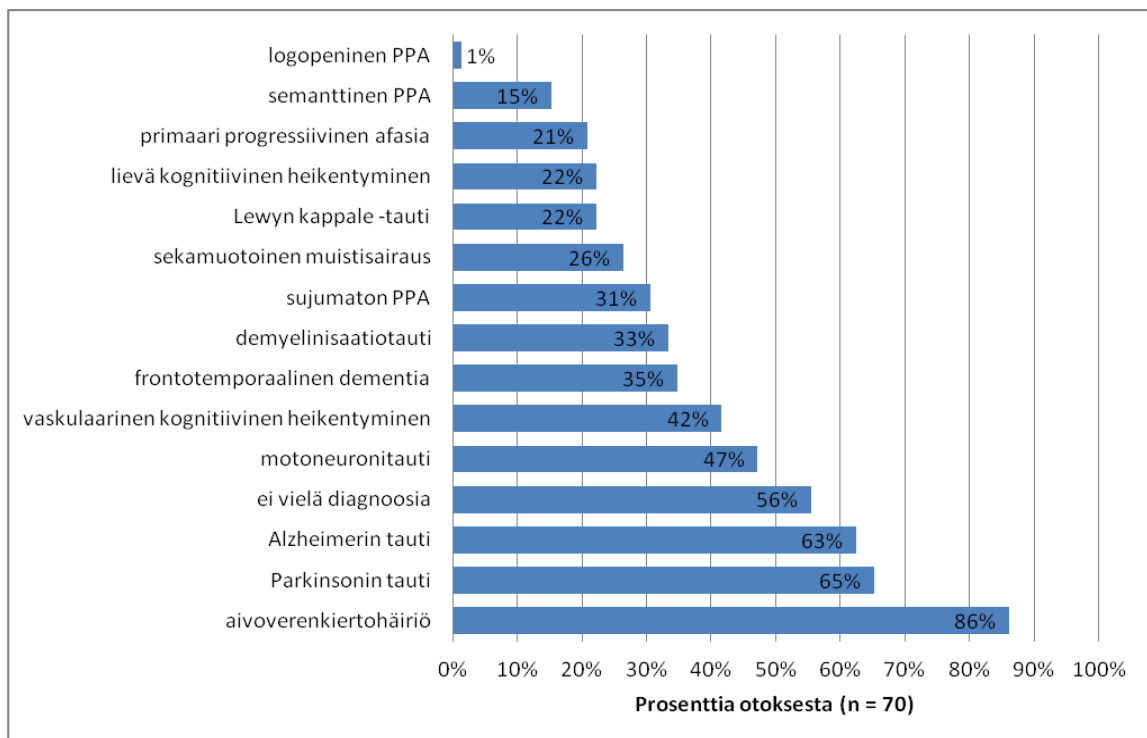
6.1.1 Puheterapiaan ohjautuminen

Taulukkoon 12 on koottuina ne puheterapialähetteen tekijät, joiden kautta muistisairaath ihmiset ohjautuvat puheterapiaan niissä organisaatioissa, joissa vastaajat työskentelevät. Suurin osa vastaajista (69 %) ilmoitti, että lähetteen puheterapiaan teki terveyskeskuslääkäri (n = 26) tai erikoislääkäri (n = 23). Vastaajista 11 ilmoitti lähetteen tekijäksi omalääkärin, ja kuusi vastaajaa ilmoitti, ettei muistisairas ihminen saa lähetettä. Kohtaan ”joku muu” vastaajat ilmoittivat kyseessä olleen keskussairaalan puheterapeutti (n = 1), kotihoito (n = 1), kaupunginsairaalan osastonlääkäri (n = 1), hoitaja tai lääkäri (n = 1) sekä osastolääkäri (n = 1). Avoimien kysymysten vastauksista selvisi, että joskus omainen, kollega, muistihoitaja tai -koordinaattori on voinut myös ilmaista henkilön olevan puheterapian tarpeessa (ks. liite 2). Lähetteitä puheterapiaan tuli myös vuodeosastoilta kielellisten tai nielemisvaikeuksien takia. Muutama vastaaja korosti, että muistisairaath ihmiset eivät yksinkertaisesti ohjaudu puheterapiaan.

Taulukko 12. Puheterapialähetteen tekijä

	lukumäärä	%
omalääkäri	11	15,5
erikoislääkäri	23	32,4
terveyskeskuslääkäri	26	36,6
ei lähetettä	6	8,5
joku muu	5	7,0
kaikki	71	100,0

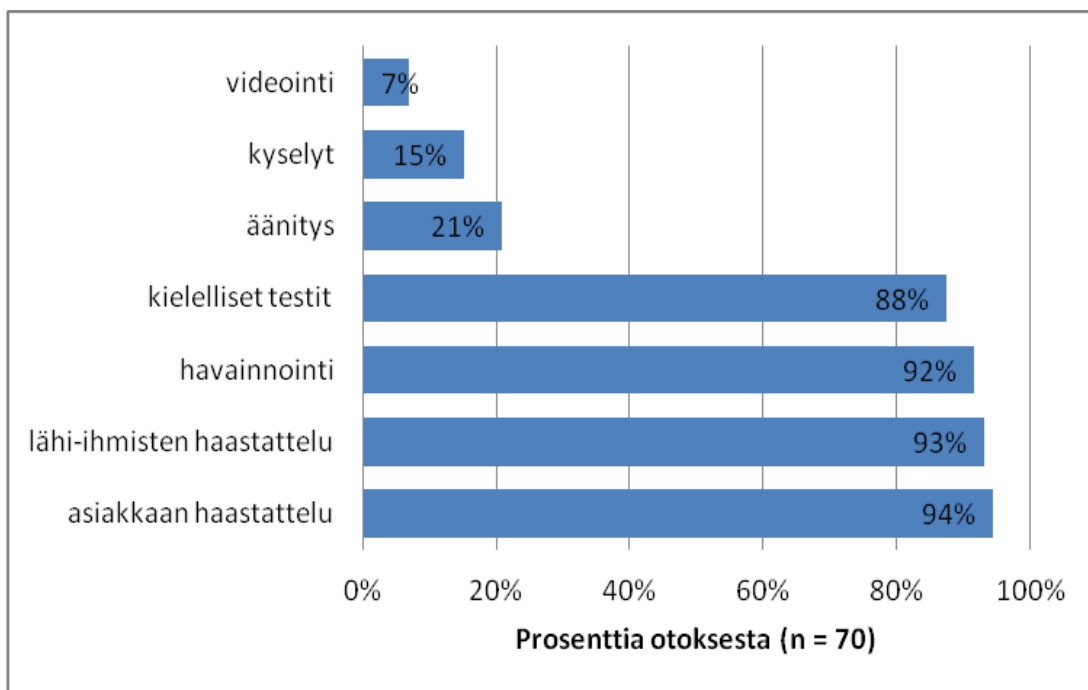
Avointen kysymysten ryhmittely ja monivalintakysymys puheterapiaan tulevien asiakkaiden yleisimmistä diagnooseista antoivat hyvin samankaltaisia tuloksia (kuvio 2, ks. myös liite 2). Näiden perusteella yleisin diagnoosi puheterapeutin vastaanotolle tulevalle muistisairaalla asiakkaalla oli aivoverenkiertohäiriö ja siitä aiheutuneet afasia, dysfasia ja/tai dysartria sekä mahdolliset muistivaikeudet. Vastaajista 56 % prosenttia (n = 40) ilmoitti, ettei muistisairaalla henkilöllä ollut vielä ollut diagnoosia puheterapiaan tullessaan. Tätä vastaajat korostivat myös vastauksissaan avoimiin kysymyksiin. Puh- taasti muistisairauksiin liittyviä diagnooseja oli eniten aivojen otsa- ja ohimolohkojen vaurioista johtuvien sairauksien ryhmässä, joihin kuuluvat muun muassa primaari progressiivinen afasia ja frontotemporaalinen dementia.



Kuvio 2. Yleisimmät diagnoosit puheterapiaan tulevilla muistisairailta henkilöillä.

6.1.2 Arviointimenetelmät

Muistisairaahan ihmisen puheterapeuttisessa arvioissa yleisimmin käytetyt arviointikeinot olivat vastausten perusteella asiakkaan haastattelu (94 %, n = 68), lähi-ihmisten tai hoitajien haastattelu (93 %, n = 67), havainnointi (92 %, n = 66) ja kielelliset testit (88 %, n = 63). Vastaajista 15 ilmoitti käyttävänsä äänitystä ja 11 erilaisia kyselyitä. Videointi sai viisi mainintaa.



Kuvio 3. Puheterapeutin käyttämät arviointikeinot.

Taulukkoon 13 on koottuina ne kielellisiin ja kognitiivisiin toimintoihin liittyvät asiat, joita puheterapeutit arvioivat muistisairaalta henkilöltä. Ryhmittelyn perusteella tärkeimmät alueet olivat kielellisten taitojen testaus, vuorovaikutuksen ja kommunikaation arvio, nielemisen arviointi, potilaan ja/tai omaisten haastattelu sekä arvio terapian tarpeellisuudesta ja hyödyllisyydestä (ks. liite 2).

Taulukko 13. Muistisairaalta henkilöltä arvioitavat alueet

	lukumäärä	% (n = 69)
spontaani keskustelu	64	88,9
puheen ymmärtäminen	63	87,5
nimeäminen	62	86,1
ohjeiden ymmärtäminen	62	86,1
puheen tuottaminen	60	83,3
vuorovaikutustaidot	55	76,4
kerronta	51	70,8
lukeminen	51	70,8
kirjoittaminen	49	68,1
nieleminen	48	66,7
eleiden ja ilmeiden käyttö	47	65,3
motoriikka	39	54,2
äänenlaatu	38	52,8

Vastaajien yleisimmin käyttämä arviointimenetelmä oli Bostonin nimentätesti (BNT), jota käytti 79 % vastaajista (taulukko 14). Seuraaville sijoille sijoittuivat Western Aphasia Battery (WAB, 65 %), Bostonin diagnostinen afasiatutkimus (BDAT, 58 %) ja sanasujuvuus- eli fluenssitehtävät (57 %).

Taulukko 14. Muistisairaahan henkilön kielellis-kommunikatiiviseen arvioon käytetyt testit

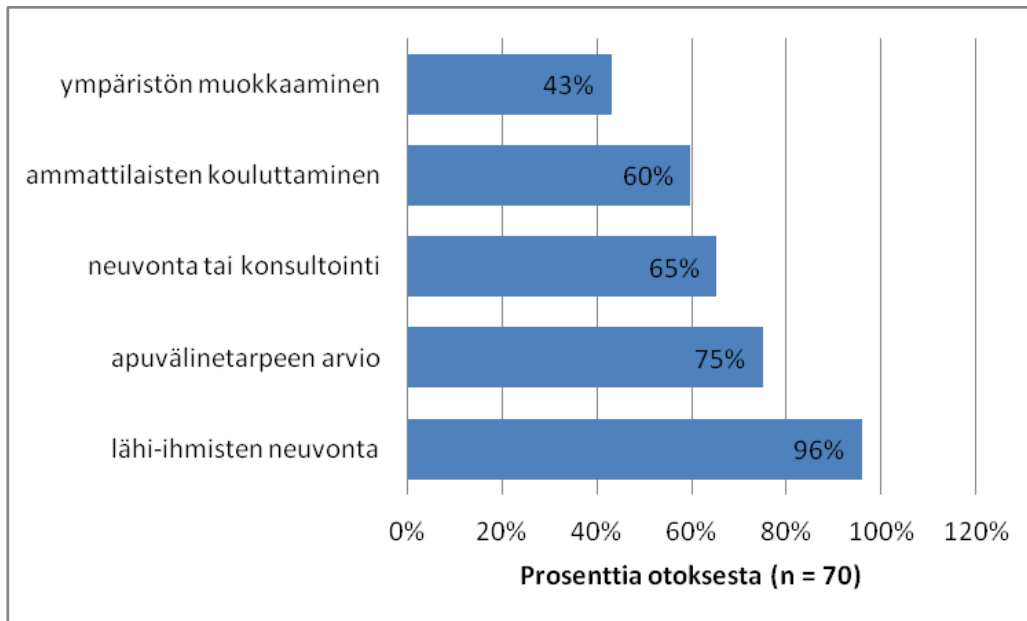
	lukumäärä	% (n = 69)
Bostonin nimentätestit (BNT)	57	79,2
Western Aphasia Battery (WAB)	47	65,3
Bostonin diagnostinen afasiatutkimus (BDAT)	42	58,3
sanasujuvuus- eli fluenssitehtävät	41	56,9
Token	40	55,6
Frenchayn dysartriututkimus	34	47,2
Lyhyt afasiatutkimus (LAT)	29	40,3
sarjakuvakerronta	29	40,3
nopean sarjallisen nimeämisen testi	25	34,7
Pizzamiglio	22	30,6
Communicative Effectiveness Index (CETI)	13	18,1
ääniharjoitukset	11	15,3
Mini-Mental State Examination (MMSE)	9	12,5
muistikysely	7	9,7
Kielelliset arviointitehtävät (KAT)	6	8,3
Vuorovaikutuksen arviointimenetelmä puhetta tukevaan kommunikaatioon (INCH)	4	5,6
CERAD-kognitiivinen tehtäväsarja	3	4,2
Paradisin kaksikielisyystesti (BAT)	2	2,8
Arizona Battery for Communication Disorders (ABCD)	1	1,4
Communicative Activity Log (CAL)	1	1,4

Avoimista kysymyksistä saadun tiedon perusteella vastaajien eniten käyttämiä testejä olivat erilaiset afasiatetit, kuten WAB ja BDAT sekä laajasti käytetty Bostonin nimen-tätesti. Muutama vastaaja (n = 13) mainitsi lisäksi MMSE:n tai CERAD:in, mutta niiden toteuttamisesta saattoi vastata myös muu hoitohenkilökunta. Yhden maininnan saivat lasten testeistä soveltaminen, tehtävien laatiminen itse, Tsvetkovan testi, tallenteiden litterointi, Token-testin lisätehtävät, NAST, TSTI¹ ja apraksiatehtävät. Muita mainittuja menetelmiä olivat nielemisen arviointimenetelmät (n = 7), kuten FEES-tutkimus ja videofluorografia.

6.2 Muistisairaiden ihmisten saama puheterapia

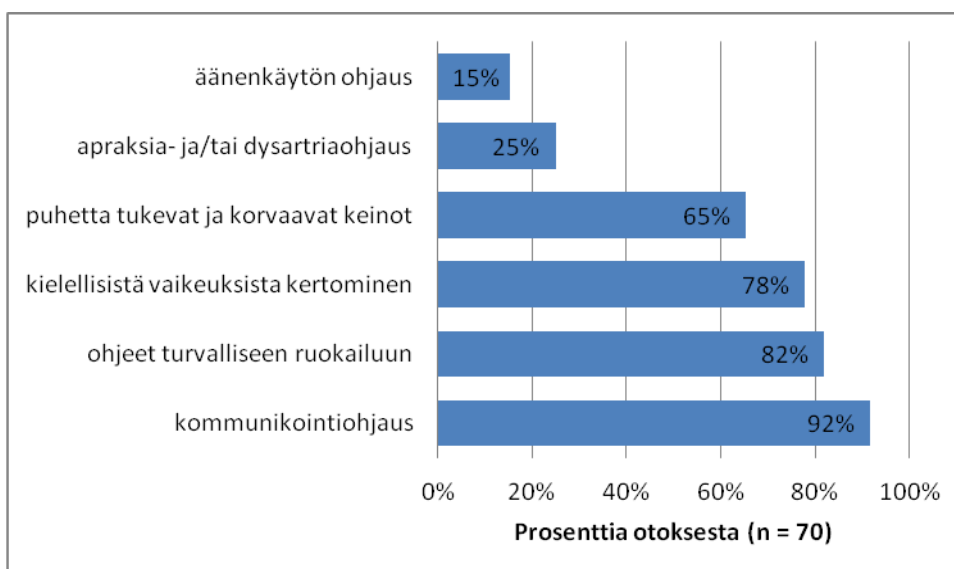
Yleisemmäksi kuntoutusmuodoksi osoittautui vastausten perusteella epäsuora terapia (59 %, n = 41), joka kyselyssä määriteltiin fyysisen ja/tai kielellisen ympäristön muok-kaamiseksi kommunikaatiota tukevaksi. Suoralla terapialla tarkoitettiin puheterapeutin antamaa yksilö- tai ryhmäterapiaa. Suurin osa vastaajista (96 %, n = 69) oli sitä mieltä, että epäsuoran terapian tavoite on lähi-ihmisten ohjaaminen tai neuvonta. Vastaajista 54 (75 %) ilmoitti tavoitteeksi kommunikoinnin apuvälineiden tarpeen selvittämisen, hankkimisen ja käytössä opastamisen. Vastaajista 47 (65 %) ilmoitti, että tavoite voi olla myös muiden muistisairaana ihmisen kuntoutuksesta vastaavien ammattilaisten neu-vonta tai konsultointi. Vastaajista 43 (60 %) oli sitä mieltä, että tavoite oli hoitohenkilö-kunnan koulutus ja 31 vastaajan (43 %) mielestä fyysisen ympäristön muokkaaminen muistisairaana ihmisen tarpeille sopivammaksi.

¹ Testeille NAST ja TSTI ei löytynyt tieteellistä lähdettä lyhenteiden avaamiseen.



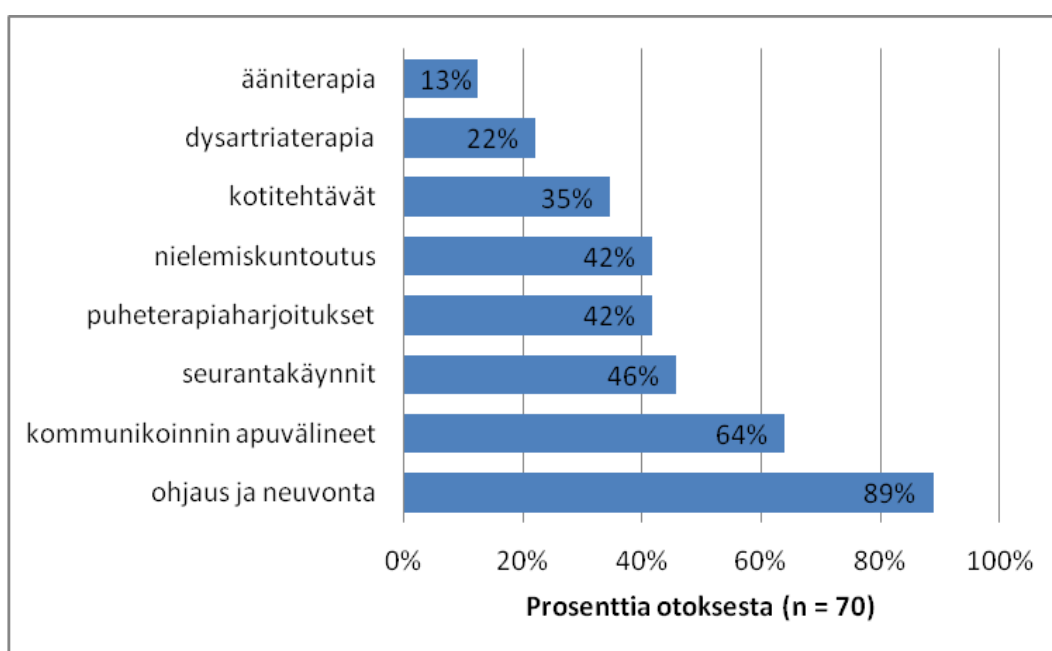
Kuvio 4. Epäsuoran terapian tavoite.

Lähi-ihmisiin kohdistuvan terapian sisällöstä eniten mainintoja sai ohjaus muistisairaahan henkilön kanssa kommunikointiin (92 %, n = 66). Vastaajista 82 % (n = 59) ilmoitti terapiaan kuuluvan ohjeiden antamisen muistisairaahan ihmisen turvallisen ruokailun ja nielemisen varmistamiseksi. Seuraavaksi eniten vastaajat mainitsivat muistisairaahan aiheuttamien kielellisten vaikeuksien selostamisen lähi-ihmisille (78 %, n = 56) sekä puhetta tukevien ja korvaavien menetelmien käytön opettamisen (65 %, n = 47). Vähiten annettiin ohjausta muistisairaahan henkilön apraksian ja/tai dysartrian kuntouttamiseen (25 %, n = 18) ja äänenkäyttöön (15 %, n = 11).



Kuvio 5. Lähi-ihmisiin kohdistuvan terapian sisältö.

Suurin osa vastaajista (93 %, n = 65) ilmoitti suoran terapian olevan yleisemmin yksilöterapiaa. Vastaajien muistisairaalle henkilölle antama puheterapia sisälsi yleisimmin ohjausta ja neuvontaa (89 %, n = 64). 64 % vastaajista (n = 46) ilmoitti puheterapiaan sisältyvän kuvakansion, kalenterin tai muiden kommunikoinnin apuvälineiden laatimista tai esittelyä. Seuraavaksi eniten mainittiin seurantakäynnit (46 %, n = 33), puheterapiaharjoitusten tekeminen (42 %, n = 30) ja nielemiskuntoutus (42 %, n = 30). 35 % vastaajista (n = 25) ilmoitti puheterapiaan kuuluvan myös kotitehtäviä. Vähiten mainintoja saivat dysartriaterapia (22 %, n = 16) ja ääniterapia (13 %, n = 9).

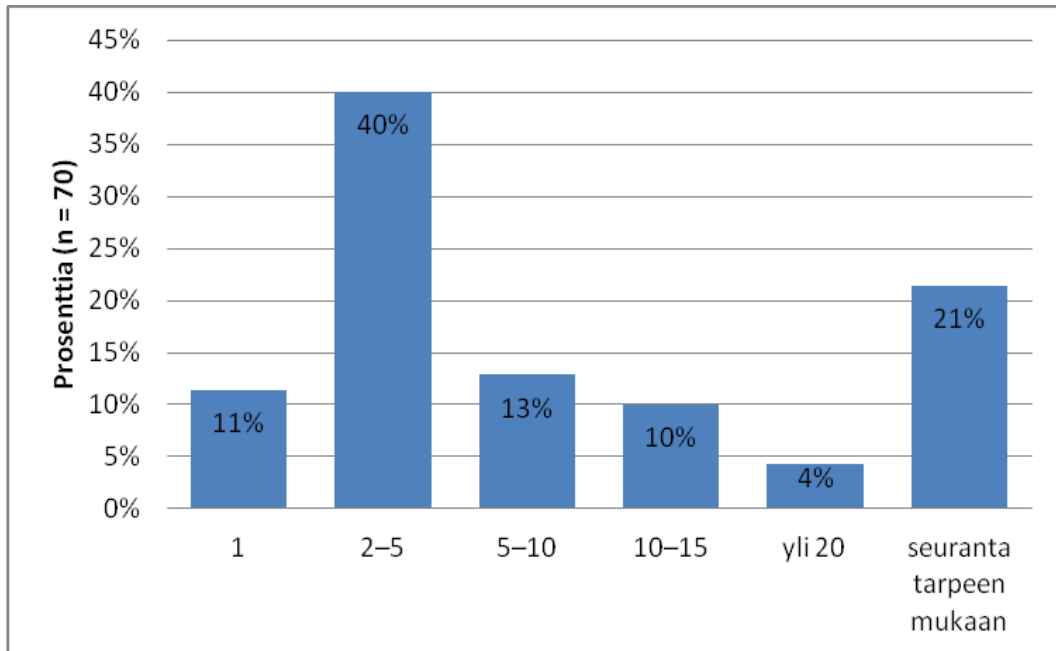


Kuvio 6. Puheterapian sisältö.

Avoimien kysymysten ryhmittelyn pohjalta puheterapian merkittävimmiksi osa-alueiksi nousivat kielellisen arvion tekeminen, nielemisen ohjeistus ja kuntoutus, suora ja epäsuora terapia eri muodoissaan sekä seuranta ja jatko-ohjaus (ks. liite 2). Suora terapia painottui kielelliseen kuntoutukseen, kun taas epäsuorassa terapiassa keskityttiin lähi-ihmisten ohjaamiseen ja neuvontaan sekä apuvälinetarpeen kartoitukseen ja ohjaukseen.

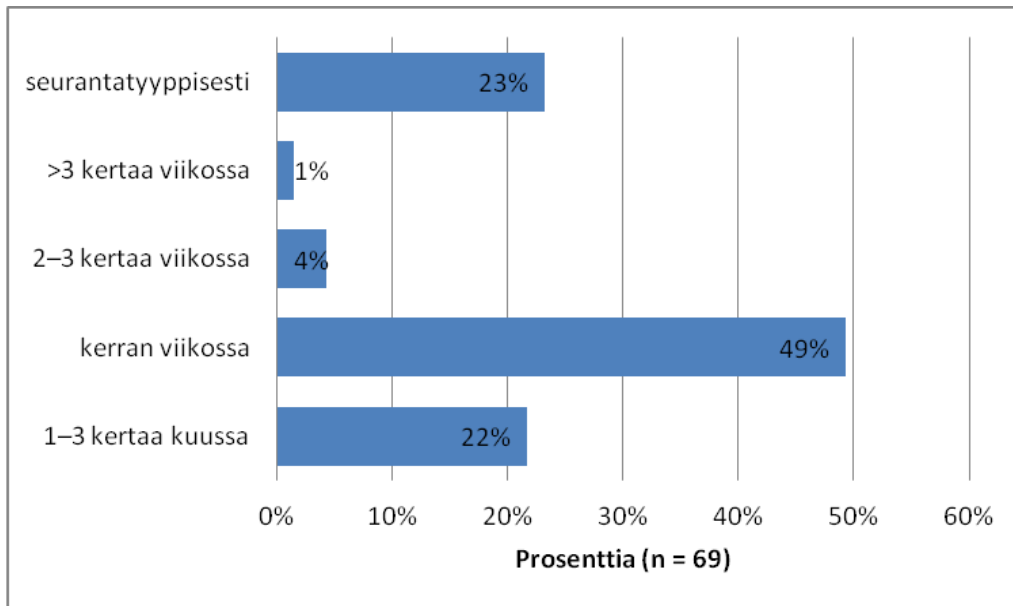
Kyselyyn vastanneiden oman arvion mukaan muistisairaahan henkilön puheterapiajakson pituus oli yleisimmin 2-5 kertaa (n = 28). Tämän jälkeen yleisin oli tarpeen mukaan tapahtuva seuranta (n = 15). Vastaajista 11 % (n = 8) ilmoitti, että muistisairas henkilö sai vain yhden puheterapiakerran, 13 % (n = 9) ilmoitti terapiajakson pituudeksi 5–10 ker-

taa ja 10 % vastaajista (n = 7) 10–15 kertaa. Vain 4 % vastaajista (n = 3) ilmoitti terapiajakson pituudeksi yli 20 kertaa. Kukaan vastaajista ei valinnut vastausvaihtoehtoa ”15–20 kertaa”. 54 % vastaajista (n = 38) seurasi muistisairasta henkilöä kontrollikäynnin jakson loputtua.



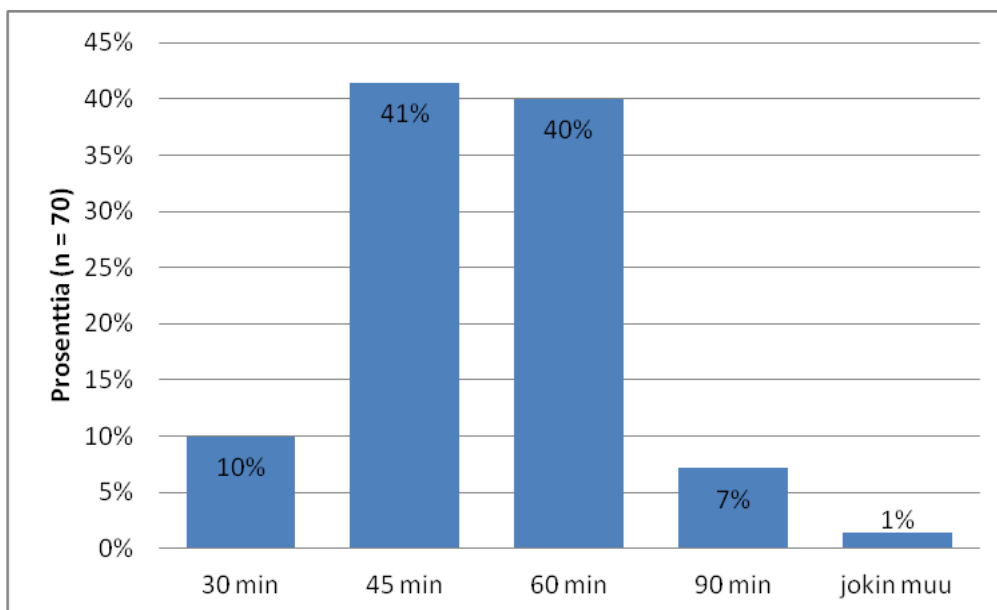
Kuvio 7. Yleisin terapiajakson pituus.

Suurin osa vastaajista (n = 34) ilmoitti, että muistisairaahan henkilön puheterapia toteutui yleisimmin kerran viikossa. 23 % (n = 16) vastaajista tapasi muistisairasta henkilöä seurantatyypillisesti ja 22 % (n = 15) 1-3 kertaa kuussa. Vain yksi prosentti vastaajista (n = 1) ilmoitti, että puheterapia toteutui yli kolme kertaa viikossa.



Kuvio 8. Puheterapiakertojen tiheys.

Puheterapiakerran kesto oli yleisimmin 45 (n = 29) tai 60 (n = 28) minuuttia. Vastaajista 10 % (n = 7) ilmoitti puheterapiakerran kestoksi 30 minuuttia ja 7 % (n = 5) 90 minuuttia. Yksi vastaajista ilmoitti puheterapiakerran kestoksi 120 minuuttia.

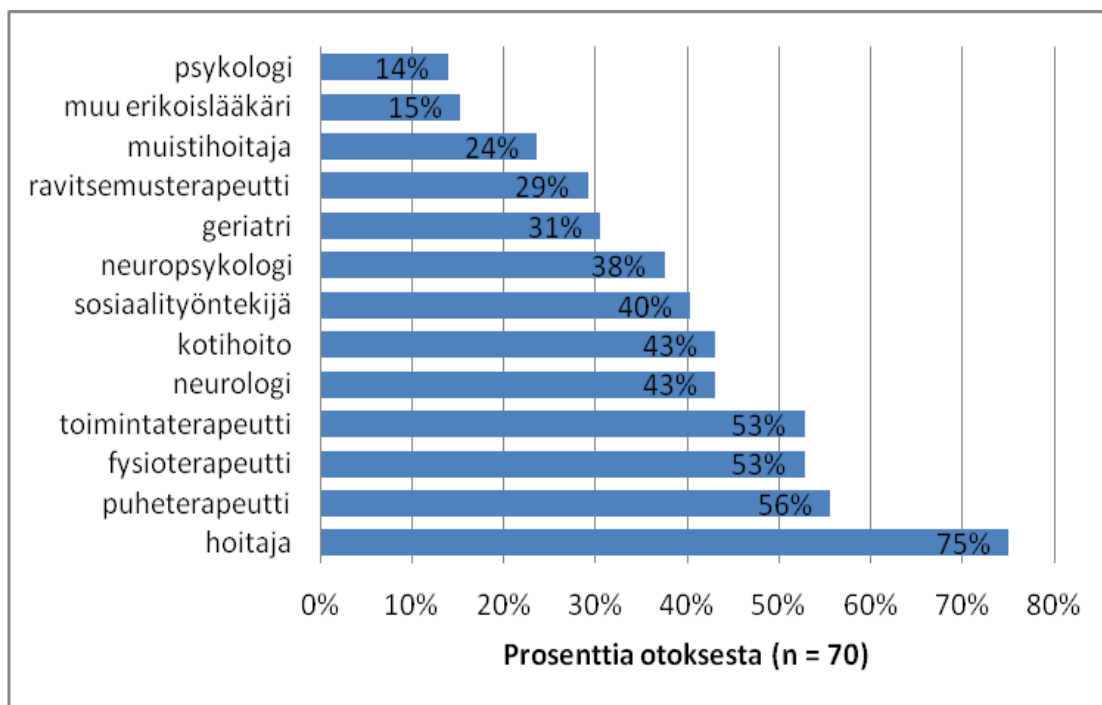


Kuvio 9. Puheterapiakerran kesto.

Vastaajista 35 % (n = 25) ilmoitti tekevänsä vastaanottotyön lisäksi myös kotikäyntejä. Avoimien vastausten ryhmittelyn perusteella kotikäynteihin sisältyi lähiympäristön tai

hoitohenkilökunnan ohjausta, kommunikaation ja/tai nielemisen arvioimista, puheterapiaharjoituksia ja kommunikaation tukemista erilaisin apuvälinein.

Muistisairaahan henkilön hoitoon liittyvistä yhteistyötahoista suurin osa vastaajista (75 %, n = 54) mainitsi hoitajan (sairaanhoitaja tai perushoitaja). Sen jälkeen eniten mainintoja saivat puheterapeutti (n = 40), fysioterapeutti (n = 38) ja toimintaterapeutti (n = 38). Lisäksi omana kohtanaan oli avoin kysymys ”joku muu taho, mikä?”, jonka yhteydessä mainittiin muistisairaahan henkilön avustaja (n = 3) ja hänen omaisensa (n = 2). Yhden maininnan saivat kuntoutusohjaaja, apuvälineyksikkö, jatkohoitopaikka, puhevammaisten tulkkipalvelutyöntekijä sekä terveystieteiden ja osastonlääkäri.

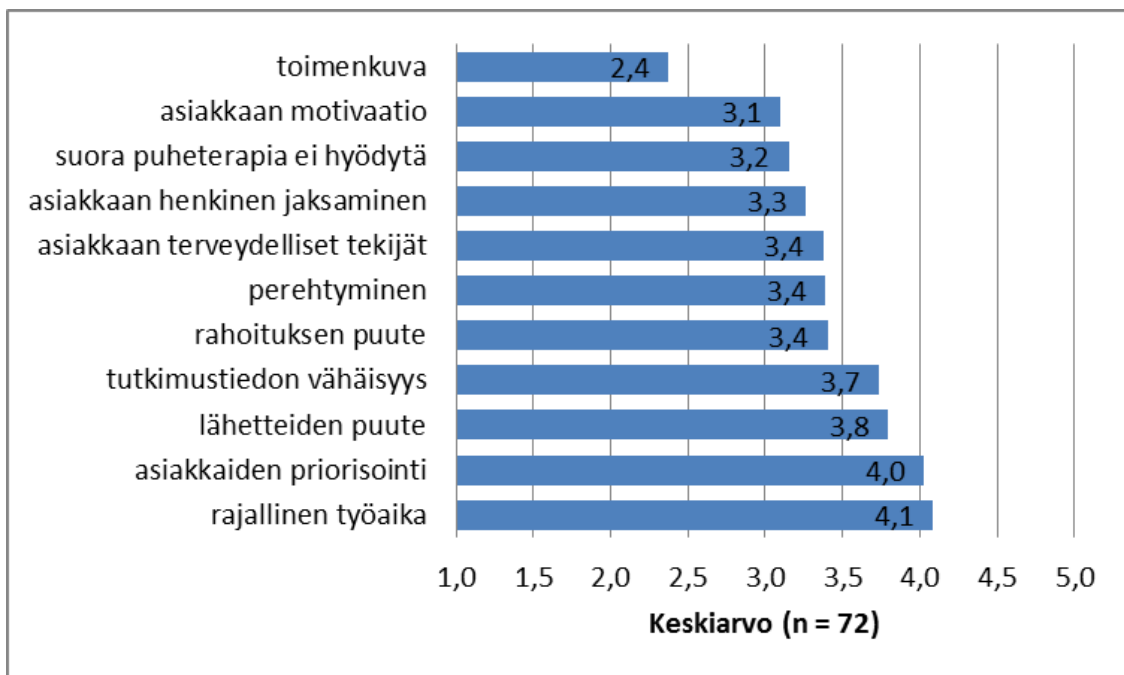


Kuvio 10. Puheterapeutin yhteistyö muiden ammattiryhmien kanssa.

6.3 Terapian toteutumiseen vaikuttavat tekijät

Terapian toteutumiseen vaikuttavia tekijöitä selvitettiin sekä avoimen kysymyksen ”Mitkä tekijät sinun työssäsi vaikuttavat muistisairaahan ihmisen puheterapian toteutumiseen?” avulla että yhdestätoista väittämästä koostuvalla osiolla. Kuvioon 11 on koottu keskiarvot puheterapian toteutumiseen vaikuttavista tekijöistä. Vahvimmin vastaajat olivat samaa mieltä väittämien ”Työaikani on rajallinen” ja ”Muut asiakkaat priorisoi-

daan muistisairaiden ihmisten edelle” kanssa. Seuraavaksi eniten samaa mieltä oltiin väittämien ”Muistisairas ihminen ei saa lähetettä puheterapiaan” ja ”Aiheesta puuttuu tutkimustietoa” kanssa. Eniten eri mieltä oltiin väittämän ”Muistisairaiden ihmisten puheterapia ei kuulu toimenkuvaani” kanssa. Keskihajonta vastauksissa vaihteli välillä 0,9-1,2.



Kuvio 11. Keskiarvot puheterapian toteutumiseen vaikuttavista tekijöistä.

Ryhmittelyn perusteella suoraan puheterapeutin työhön liittyvinä tekijöinä mainittiin puheterapiaan ohjautuminen, resurssien ja tiedon vähäisyys sekä kuntoutuksen hyödyllisyys ja siihen liittyvä asiakkaiden priorisointi (ks. liite 2). Osa vastaajista oli sitä mieltä, että pitkälle edennyt muistisairaus rajoittaa puheterapiasta hyötymistä. Vastaajista 55,6 % (n = 40) oli jonkin verran tai täysin samaa mieltä, että muistisairas ihminen ei hyödy suorasta puheterapiasta. Muistisairaaseen ihmiseen liittyviä tekijöitä olivat henkilön kokonaistilanne ja jaksaminen sekä muut sairaudet, omaisten aktiivisuus ja sitoutuminen sekä hoitoon pääsy muistisairaaseen henkilön kannalta.

Lähes 80 % vastaajista (n = 57) koki, että muiden asiakkaiden priorisointi muistisairaiden ihmisten edelle on puheterapian toteutumiseen vaikuttava tekijä. Vastaajat ilmaisivat myös avoimissa kysymyksissä, kuinka aika- ja työntekijäresurssit ohjaavat valintoja. Toisaalta yksi vastaaja toi esille myös sen, kuinka ”terveyskeskuspuheterapeutti on vä-

estövastuullisena velvollinen tarjoamaan palvelujaan kaikille kunnan asukkaille”. Kaksi vastaajaa toi esille palveluiden järjestämisen puutteellisuuden: kunta ei järjestä puheterapiapalveluita muistisairaille henkilöille. Usea vastaaja korosti sitä, että lapsiasiakkaat menevät etusijalle, eikä aikuisille asiakkaille juuri riitä aikaa.

Vastaajista 63,9 % oli täysin tai jonkin verran samaa mieltä, että ei ole tarpeeksi perehtynyt muistisairaiden ihmisten puheterapiaan ja että aiheesta puuttuu tutkimustietoa. Vastaajat ilmoittivat hankkineensa lisäkoulutusta kirjallisuuteen perehtymällä sekä erilaisten täydennys- ja erikoistumiskoulutusten kautta. Avoimista kysymyksistä saadun tiedon perusteella vastaajat toivoivat saavansa perustietoa muistisairauksista ja konkreettisia neuvoja muistisairaahan ihmisen puheterapeuttisesta kuntoutuksesta. Lisätietoa kaivattiin myös muistisairaiden ihmisten kuntoutuksen vaikuttavuudesta. Yksi vastaajista totesi monien varmasti ajattelevan, ettei muistisairas ihminen hyödy puheterapiasta, mutta että olisi mielenkiintoista tietää olisiko kuitenkin osa-alueita, joilla hyötyä voisi olla.

Väittämäosiolle suoritettu faktorianalyysi tuotti viisi faktoria, joiden ominaisarvo oli yli yksi. Ensimmäiselle faktorille asettuivat muuttujat ”Muistisairaiden ihmisten puheterapia ei kuulu toimenkuvaani”, ”Työaikani on rajallinen” ja ”Muistisairaiden ihmisten puheterapiaan ei ole rahoitusta”. Muuttujat kuvaavat tekijöitä, jotka estävät tai hankaloittavat puheterapeuttia antamasta puheterapiaa muistisairaalle henkilölle. Ensimmäinen faktori nimettiin *resursseiksi* ja sen lataukset olivat välillä 0,474–0,734. Toinen faktori muodostui muuttujasta ”Muistisairas ihminen ei saa lähetettä puheterapiaan” ja se nimettiin *ohjautumiseksi*. Faktorin lataus oli 0,991. Kolmas faktori sisälsi muuttujat ”Asiakkaan terveydelliset tekijät estävät”, ”Asiakkaan henkinen jaksaminen estää puheterapian” ja ”Asiakkaalla ei ole tarpeeksi motivaatiota” (lataukset välillä 0,393–0,846) ja se nimettiin *asiakaslähtöisiksi syiksi*. Neljännelle faktorille sijoittuivat muuttuja ”Muut asiakkaat priorisoidaan muistisairaiden ihmisten edelle” (lataus 0,819) sekä negatiivisesti latautunut muuttuja ”Muistisairas ihminen ei hyödy suorasta puheterapiasta” (lataus -0,292). Tämä nimettiin *muiden priorisoinniksi* ja tulkittiin siten, että ne puheterapeutit, jotka ajattelevat muistisairaiden ihmisten hyötyvän puheterapiasta, kokivat että muut asiakkaat priorisoidaan muistisairaiden henkilöiden edelle. Viides faktori sisälsi muuttujat ”En ole tarpeeksi perehtynyt muistisairaiden ihmisten puheterapiaan” ja ”Ai-

heesta puuttuu tutkimustietoa” (lataukset välillä 0,426–0,708). Faktori nimettiin *tiedon vähäisyydeksi*.

Taulukko 15. Faktorien nimet ja kuvaukset

Faktori 1 (resurssit)	Faktori 2 (ohjautuminen)	Faktori 3 (asiakaslähtöiset syyt)	Faktori 4 (muiden priorisointi)	Faktori 5 (tiedon vähäi- syys)
Ei kuulu toi- menkuvaani	Muistisairas ei saa lähetettä	Terveydelliset tekijät	Muut asiak- kaat priori- soidaan edel- le	En ole tarpeek- si perehtynyt
Työaikani on rajallinen		Henkinen jaks- aminen	Suora puhe- terapia ei hyödytä	Tutkimustiedon puute
Ei rahoitusta		Motivaation puu- te		

Kun faktorien selitysasteet laskettiin yhteen, nämä viisi faktoria selittivät 49,34 % muuttujien varianssista eli vaihtelusta (12,15+10,55+10,31+8,25+8,06). Muuttujien komunaliteetit, jotka ilmoittavat, kuinka monta prosenttia muuttujan varianssista pystytään selittämään faktoreiden avulla (Metsämuuronen, 2011), saivat arvoja välillä 0,151–0,999.

Pyrittäessä selvittämään vastaajien työkokemuksen yhteyttä faktorianalyysillä muodostettuihin faktoreihin tehtiin yksisuuntainen riippumattomien ryhmien varianssianalyysi, jossa jokaista faktoria verrattiin omalta osaltaan työkokemuksen määrään. Tätä varten muuttuja ”työkokemus” luokiteltiin uudestaan kolmeen luokkaan: 0-5 vuotta (n = 21), 5-15 vuotta (n = 14) ja yli 15 vuotta (n = 36). Varianssianalyysin tuottama F-testi kuvaa keskiarvojen eron tilastollista merkitsevyyttä (Metsämuuronen, 2011). Ryhmät erosivat tilastollisesti merkitsevästi toisistaan tiedon vähäisyyden suhteen, $f(df1\ 2, df2\ 68) = 3,166, p = 0,048$. Post hoc -testi käyttäen Tukey HSD -korjausta osoitti, että ryhmien välinen ero liittyi erityisesti eroihin 5-15 vuotta ja yli 15 vuotta puheterapeuttina työskennelleisiin, $p = 0,039, 95\ %\ CI (-1,16, -0,025)$.

Pyrittäessä selvittämään työpaikan yhteyttä faktorianalyysin tuottamiin dimensioihin tehtiin yksisuuntainen riippumattomien ryhmien varianssianalyysi. Tätä varten muuttuja ”työpaikka” luokiteltiin uudestaan neljään luokkaan, jotka olivat ”terveyskeskus” (n =

39), ”sairaala” (n = 19), ”yksityinen sektori tai ammatinharjoittaja” (n = 8) sekä ”erityiskuntoutuslaitos tai jokin muu” (n = 5). Ryhmät erosivat tilastollisesti merkitsevästi toisistaan resurssien suhteen, $f(df1\ 3, df2\ 67) = 2,581, p = 0,044$. Post hoc -testi käyttäen Tukey HSD -korjausta osoitti, että ryhmien välinen ero liittyi erityisesti eroihin terveyskeskuksessa ja yksityisellä sektorilla tai yksityisenä ammatinharjoittajana työskennelleisiin, $p = 0,036, 95\ %\ CI (-1,66, -0,040)$.

Pyrittäessä selvittämään suurimman asiakasryhmän yhteyttä faktorianalyysin tuottamiin faktoreihin tehtiin kahden riippumattoman otoksen t-testi. Tätä varten muuttuja ”suurin asiakasryhmä” luokiteltiin uudestaan kahteen luokkaan: ”lapset” säilytettiin omana luokkana (n = 41) ja ”aikuiset” (n = 25), ”ikäntyneet” (n = 3) ja ”ei selvää ikäjakautumaa” (n = 2) yhdistettiin omaksi luokakseen. Ryhmät erosivat tilastollisesti merkitsevästi toisistaan resurssien suhteen, $t = 1,99, df = 69, p = 0,05$.

Pyrittäessä selvittämään puheterapeutin työssään kohtaamien muistisairaiden henkilöiden määrän yhteyttä faktorianalyysin tuottamiin faktoreihin tehtiin kahden riippumattoman otoksen t-testi. Tätä varten muuttuja ”työssäni kohtaan muistisairaita” luokiteltiin uudestaan kahteen luokkaan: ”vuosittain” (n = 44) ja ”kuukausittain tai useammin” (n = 27). Ryhmät erosivat tilastollisesti erittäin merkitsevästi toisistaan resurssien ($t = 4,3, df = 69, p = 0,000$) ja merkittävästi ohjautumisen ($t = 2,5, df = 69, p = 0,015$) suhteen.

Pyrittäessä selvittämään vastaajien hankkiman lisäkoulutuksen yhteyttä faktorianalyysin tuottamiin faktoreihin tehtiin kahden riippumattoman otoksen t-testi. Ryhmät erosivat tilastollisesti merkitsevästi toisistaan resurssien ($t = 2,95, df = 69, p = 0,004$) ja muiden priorisoinnin suhteen ($t = 2,69, df = 69, p = 0,009$).

7 POHDINTA

7.1 Ohjautuminen ja puheterapeuttinen arvio

7.1.1 Puheterapiaan ohjautuminen

Vaikuttaa siltä, että muistisairaajat ihmiset ohjautuvat puheterapeutin vastaanotolle liian myöhäisessä vaiheessa, jolloin puheterapiasta ei katsota enää olevan hyötyä. Henkilön kokonaistilanne ja muut sairaudet olivat asioita, jotka vaikuttivat arvioon kuntoutuksen hyödyllisyydestä. Myös muistisairaajan henkilön toiminnanohjaukselliset kyvyt saattoivat olla heikentyneet merkittävästi. Tällöin puheterapiaa ei anneta lainkaan tai huomio keskitetään turvallisen ruokailun ja nielemisen varmistamiseen. Vastaajat kokivat, että lähettävän tahon arviolla on vaikutusta siihen, kuinka paljon muistisairaita ihmisiä ohjautuu heidän vastaanotolleen. Tämä kertonee siitä, että muut ammattilaiset eivät välttämättä tunnista puheterapian osuutta muistisairauksien hoidossa tai näkevät kommunikaatiovaikeudet väistämättöminä ja siten epäoleellisina kuntoutuskohteina (Bayles ym., 2005; Hopper ym., 2007). Yksi vastaajista kuvasi asiaa näin: ”usein osastolla lääkäri toteaa, että vaikka infarkti on tullut, niin terapiasta ei ole hyötyä, kun potilas on muistisairas”. Kuntouttavan näkökulman ottaminen vaatii siis muutosta asenteisiin, jolla muistisairaiden henkilöiden hoitoon suhtaudutaan (Buchanan ym., 2011). Pelkkä muistisairaus ei tulosten mukaan yleensä ollut peruste puheterapialle, vaan se saatettiin nähdä jopa puheterapiasta hyötymistä rajoittavana tekijänä. Yksi vastaaja totesi, että muistisairas ihminen saa helpommin lähetteen puheterapeutille, jos oirekuva painottuu erityisesti kielelliselle puolelle.

On myös puheterapeutin itsensä vastuulla jakaa tietoa muistisairaiden henkilöiden puheterapiasta muulle hoitohenkilökunnalle ja alan ammattilaisille. Tällaista aloitteellisuutta kuvasi eräs vastaajista: ”olemme organisaation puheterapeuttien kesken laatineet lyhyet ohjeet sekä nielemisestä että kommunikaatiosta muistisairauksiin liittyen, ja pitäneet yhteistyöpalaverin kaupungin muistineuvojien kanssa, jotka välittävät kyseisiä esitteitä/ohjeita eteenpäin heidän asiakkailleen”.

7.1.2 Arviointi

Muistisairaat henkilöt ovat hyvin heterogeeninen ryhmä, ja muistisairauden vaihe vaikuttaa merkittävästi siihen, mitä keinoja arvioinnissa ja kuntoutuksessa voidaan käyttää. Vastaajat käyttivät muistisairaiden henkilöiden arvioimiseen yleisimmin afasiatestejä ja esimerkiksi monien eri häiriöiden arviointiin soveltuvaa BNT:tä. Toisaalta neljänneksi yleisin arviointikeino oli sanasujuvuustehtävät, joka voi olla tehokas muistisairauksien seulontamenetelmä ja on lisäksi erittäin vaivaton toteuttaa (Bayles & Tomoeda 2013; Pekkala, 2004).

BNT:n yleisyys perustuu varmasti sen vaivattomaan omaksumiseen ja käyttöön, kun taas afasiatetit ovat puheterapian alalla yleisimpiä aikuisten kanssa käytettäviä testejä ja luultavasti monelle puheterapeutille ainoita käytettävissä olevia, muistisairaahan henkilön testaamiseen edes jotenkuten soveltuvia testejä. Nämä eivät kuitenkaan huomioi kaikkia muistisairaahan henkilön arvioinnissa oleellisia alueita, kuten kognitiota ja erotusdiagnostisesti tärkeitä kielellisen episodisen muistin osa-alueita (Hopper ym., 2007; Bayles & Tomoeda, 2013). Esimerkiksi Yhdysvalloissa muistisairaiden henkilöiden logopediseen arviointiin on olemassa omia, standardoituja mittareita, kuten ABCD ja FLCI (Bayles & Tomoeda, 2007). Tutkimus osoittaa tarpeen kehittää suomenkielisiä, standardoituja testejä muistisairauksien arvioimiseen. Monista arviointimenetelmistä ei ole edes normatiivista aineistoa vanhimpien ikäryhmien osalta, jolloin vertailukohta terveen ikääntyneen henkilön suoritukselle puuttuu (Worrall & Hickson, 2003; Brumback-Peltz ym., 2011).

Muistisairaiden henkilöiden arvioiminen saattaa olla haasteellista pitkälle edenneiden kommunikaatio- ja muistivaikeuksien takia (Hubbard, ym., 2003; Worrall & Hickson, 2003). Myös muut aistit, kuten kuulo ja näkö, voivat olla heikentyneitä, minkä lisäksi lääkitys voi vaikuttaa testisuoriutumiseen. Eräs vastaaja kuvasi arviointia seuraavasti: ”kielellinen tutkiminen saattaa olla asiakkaalle ylivoimaista ja tuloksia on vaikea tulkitaa”. Puheterapeuttisen kuntoutuksen toteuttaminen on hankalaa, jos testaamista ei saada suoritettua. Vastaajista lähes kaikki käyttivät sekä asiakkaan että lähi-ihmisten haastattelua yhtenä arviointikeinona, ja omaiset voivatkin toimia erittäin merkittävänä tiedonlähteenä muistisairaahan henkilön elämänhistorian ja nykyisen tilanteen kartoittamisessa.

Avoimien kysymysten vastauksista kävi ilmi, että vastaajat eivät osaisi asettaa kuntoutukselle tavoitteita tai mitata sen vaikuttavuutta. Vastaajilla ei välttämättä ole tietoa siitä, että muistisairaana henkilön edistymistä pitää arvioida suhteessa arkipäiväisten toimintojen sujumiseen ja arjessa selviytymiseen (Hopper ym., 2007; Bourgeois & Hickey, 2009). Merkittävin tavoite on auttaa muistisairaasta henkilöä toimimaan tuetusti parhaalla mahdollisella tasolla (Bayles & Tomoeda, 2007).

Toisaalta muistisairaiden henkilöiden arviointi vaikutti avoimien kysymysten vastausten perusteella lähtökohtaisestikin erilaiselta: vastaajat korostivat, että arviointi tapahtuu pääasiassa aivoverenkiertohäiriön ja siitä seuranneen afasian, muun kielellisen häiriön tai nielemisvaikeuden takia. Muistisairaus on näissä tapauksissa yleensä sekundaarisena asiana mukana, jolloin puheterapeutin kuuluisi arvioida ensisijaisesti muita häiriöitä tai vaikeuksia kuin muistisairautta. Muistisairaana henkilön arviointiprosessissa voi siis tulla vastaan monenlaisia haasteita.

7.1.3 Diagnosointi

Tutkimus osoittaa tarpeen muistisairauksien varhaisemmalle diagnosoinnille, jolloin puheterapeuttinen kuntoutus voisi olla tuloksellisempaa (vrt. Mahendra, ym., 2011). Tuloksista ilmeni, että yli puolella muistisairaista henkilöistä diagnoosi ei vielä puheterapiaan tullessa ollut selvillä (vrt. Suhonen ym., 2008). Tämä vaikuttaa tietysti puheterapeutin työnkuvaan: ottaako hän kantaa logopediseen diagnoosiin ja tuleeko se tulevaisuudessa olemaan osa puheterapeutin työtehtäviä. Ainakin yksi vastaaja ilmoitti myös ottavansa kantaa diagnoosiin, ja toinen vastaaja kertoi puheterapeutin tutkimusten toimivan diagnoosin tukena. Myös puheterapeutin olisi ensiarvoisen tärkeää tietää, mikä muistisairaus hänen asiakkaallaan on, sillä se luo lähtökohdan kuntoutuksen suunnittelulle.

Muistisairaiden ihmisten puheterapian saaminen ei ole kiinni pelkästään puheterapeuttien resursseista ja näkemyksistä. Koko palvelujärjestelmän olisi muututtava, jotta muistisairaudet seulottaisiin ja diagnosoitaisiin entistä tarkemmin ja varhaisemmin, ja näin pystyttäisiin hidastamaan sairauden etenemistä (Borson ym., 2013). Tarvitaan moniammatillista yhteistyötä kuntoutuksen ammattilaisten välillä. On huomioitava myös,

että Suomessa aikuisneurologisen puheterapian saatavuus ei ole samalla tasolla eri alueille, eikä puheterapiatarjonta yleisestikään riitä kattamaan koko kysyntää.

7.2 Puheterapian sisältö

Suoran ja epäsuoran terapian välinen ero käytettynä kuntoutusmuotona ei ollut kovin iso (vrt. Hopper ym., 2007). Tämä osoittaa, että vastaajat käyttivät myös suoraan muistisairaaseen henkilöön kohdistuvia interventioita. Kun tarkastellaan muistisairaalle henkilölle annetun puheterapian sisältöä, olivat yleisimpiä epäsuorat keinot eli ohjaus ja neuvonta sekä kommunikoinnin apuvälineiden laatiminen tai esittely. Alle puolet vastaajista mainitsi puheterapiaharjoitukset ja nielemiskuntoutuksen, joten suoraan muistisairaaseen henkilön vaikuttavan, kuntouttavan puheterapian osuus saattaa olla pienempi kuin ensi tarkastelemalta näyttää. Yli puolet vastaajista oli jonkin verran tai täysin samaa mieltä siitä, ettei muistisairas henkilö hyödy suorasta puheterapiasta. Hopperin tutkijaryhmän (2007) saama vastaama luku oli 20 prosenttia. Tämä voi viitata siihen, että puheterapeutit eivät erinäisistä syistä näe suoraa puheterapiaa hyödyllisenä ja vaikuttavana hoitomuotona muistisairauden kuntoutuksessa. Tutkimuksissa esitetystä väittämistä ei kuitenkaan selvinnyt, kuinka pitkälle edenneestä muistisairaudesta oli kyse, millä on kiistatta vaikutusta puheterapian tuottamaan hyötyyn.

Tutkimuksen tulokset osoittivat, että muistisairaiden ihmisten puheterapiajaksot ovat pituudeltaan hyvin lyhyitä tai rajoittuvat kontrollityyppisiin seurantakäynteihin. Kaksi vastaajaa kuvasi, että jos muistisairaus on lievä, voi muistisairas henkilö saada ainakin lyhyen puheterapiajakson. Muistisairaille ihmisille ei tutkimustulosten perusteella ole saatavilla intensiivistä, 3 kertaa viikossa tai useammin toteutuvaa puheterapiaa juuri lainkaan. Myös Millerin ym. (2011) tutkimuksessa puheterapiajaksot olivat lyhyitä, eikä seurantaluonteisia hoitokäyntejä useinkaan ollut. Kyselyssä esitetty kysymys ”Muistisairaahan ihmisen terapiajakson pituus on useimmiten” saattoi osaltaan olla hieman harhaanjohtava: tulosten perusteella monesti ei voida edes puhua puheterapiajaksosta, vaan lähinnä yksittäisistä tai silloin tällöin toteutuvista seurantaluonteisista käynneistä puheterapeutin vastaanotolla. Yli puolet vastaajista kuitenkin ilmoitti seuraavansa muistisairasta asiakasta kontrollikäynnein, joten jonkinlaista seurantaluonteista puheterapiaa on jossain määrin tarjolla. Kontrollikäynnit

ovat aiheellisia, sillä muistisairauden yleensä etenevän luonteen takia muistisairaahan henkilön tilanteen säännöllinen uudelleenarvioiminen on tärkeää (Buntinx ym., 2011). Kaikki faktorianalyysin tuottamat puheterapian toteutumiseen vaikuttavat tekijät (resurssit, ohjautuminen, asiakaslähtöiset syyt, muiden priorisointi ja tiedon vähäisyys) vaikuttavat varmasti osaltaan siihen, millaista tämänhetkinen, saatavilla oleva puheterapia sisällöllisesti on.

7.3 Puheterapian saatavuuteen vaikuttavat tekijät

7.3.1 Resurssit

Tämän tutkimuksen mukaan resurssit ovat yhteydessä asiakasryhmään, puheterapeutin kohtaamien muistisairaiden henkilöiden määrään ja lisäkoulutuksen hankkimiseen. Tilastollisesti merkitsevä ero löydettiin myös resurssien ja työpaikan suhteen terveyskeskuksessa ja yksityisellä sektorilla tai yksityisenä ammatinharjoittajana työskentelevien välillä. Yksityisellä ammatinharjoittajalla on yleensä mahdollisuus valita vapaammin, kenet hän ottaa asiakkaakseen ja säädellä työmääräänsä. Terveyskeskuksessa asiakasvirta ei ole aivan samalla tavalla säädeltävissä. Tällä on suora vaikutus siihen, että puheterapeutit eivät rajallisten resurssien vuoksi kohtaa työssään niin paljon muistisairaita henkilöitä kuin teoriassa olisi mahdollista. Puheterapiaresursseja pitäisi siis lisätä, jotta esimerkiksi kunnallisella puolella työskentelevät pystyisivät ottamaan asiakkaakseen myös aikuisia ja ikääntyneitä ihmisiä. Rajalliset resurssit vaikuttavat myös siihen, että puheterapeutit eivät saa niin paljon muistisairauksiin liittyvää lisäkoulutusta kuin olisi tarpeen. Vastaajat olivatkin yksimielisiä siitä, että muistisairauksiin liittyvää koulutusta tulisi lisätä.

Annetuista vastauksista ilmeni, että tehtyjä puheterapian jatkosuosituksia ei noudateta. Puheterapia ei toteutunut suositusten mukaan rajallisten resurssien, kuten läheteiden ja rahoituksen puutteen sekä rajatun työajan takia (Miller ym., 2011; Hopper ym., 2007). Kyselyn tuloksissa oli yhdenmukaisuutta aiempien muistisairaiden puheterapiaan liittyvien tutkimusten kanssa: positiivisten asenteiden ja hoitokäytäntöjen (suoran puheterapian toteuttamisen) välillä oli havaittavissa ristiriitaa (Hopper ym., 2007).

Avoimien kysymysten vastauksista kävi lisäksi esille, että aikuisasiakkaat ovat oikeutettuja Kelan puheterapiaan 65 vuoden ikään saakka. Jos muistisairaus todetaan vasta 65 ikävuoden jälkeen, on henkilö jo liian iäkäs Kelan terapiaan (vrt. Worrall & Hickson, 2003). Tämä voidaan nähdä todellisena epäkohtana Suomen palvelujärjestelmässä. On muistisairaana henkilön edun mukaista, että hän pitkälle edenneestäkin muistisairaudesta huolimatta pystyisi vielä jollakin tasolla ilmaisemaan oman tahtonsa ja mielipiteensä häntä koskeviin asioihin liittyen, sillä tarve kommunikoida säilyy muistisairauden etenemisestä huolimatta (Smith ym., 2011; Bryan & Maxim, 2002). Tämä ei tule olemaan mahdollista, ellei muistisairaille henkilöille suunnatun puheterapian saatavuus parane.

7.3.2 Ohjautuminen

Muistisairaana henkilön ohjautuminen puheterapiaan oli yhteydessä puheterapeutin työssään kohtaamien muistisairaiden henkilöiden määrään. Tässä tutkimuksessa terapian toteutumisessa oleellista oli se, kuinka pitkälle muistisairaus oli ehtinyt edetä. Myös Zeinin (2007) tutkimuksessa muistisairauden vaikeusaste vaikutti käsitykseen terapian hyödyllisyydestä. Puheterapian on osoitettu olevan tuloksellista lievän kognitiivisen heikentymän ja ainakin lievän tai keskivaikean muistisairauden hoidossa (van Paaschen ym., 2013; Bayles & Tomoeda, 2013; Arkin, 2007), joten puheterapiaan ohjautumista pitäisi pyrkiä aikaistamaan huomattavasti. Muistisairaus voi olla myös työikäisellä ihmisellä (Käypä hoito -suositus, 2010), jolloin nopea puheterapiaan ohjautuminen olisi työssä pärjäämisen kannalta ensiarvoisen tärkeää. Puheterapian alkaminen voi olla kiinni myös aktiivisesta omaisesta, joka osaa vaatia näitä palveluja muistisairaalle omaiselleen (Hopper ym., 2007). Monet omaiset tai varsinkaan muistisairas henkilö itse ei todennäköisesti tiedä, että tällainen voisi olla mahdollista.

7.3.3 Asiakaslähtöiset syyt

Vastaajat pohtivat puheterapian toteutumista myös muistisairaana henkilön näkökulmasta: kuinka kuljetus puheterapiaan järjestyy, osaako tai muistaako muistisairas henkilö tulla paikalle vai huolehtiiko joku muu kenties hänen vastaanottoajastaan. Paljon on kiinni myös omaisten sitoutumisesta puheterapiaan, sillä muistisairaana ihmisen omat voimavarat voivat olla hyvin rajatut, jolloin kuntoutuksen toteutuminen jää omaisten tai hoitohenkilökunnan vastuulle.

Yksi vastaajista mainitsi, että ”kotikäynneillä pystyy seuraamaan asiakkaan toimintaa omassa ympäristössä: ohjaus ja neuvonta onnistuvat luontevasti, myös kommunikoinnin apuvälineratkaisuja on helpompi miettiä, kun näkee fyysisen toimintaympäristön.” Toinen vastaaja kuvasi asiaa seuraavasti: ”Muistisairaat ovat monesti vanhoja ja monisairaita ihmisiä, joten jo pelkästään puheterapiaan kulkeminen vie voimia ja saattaa heikentää terveydentilaa. Monet ovatkin jo tuetun asumisen piirissä, jolloin mahdollisen puheterapian olisi käytännöllistä toimia asiakkaan kotona”.

Kotikäyntien tekeminen ei kuitenkaan ollut kovin yleistä, vaikka se nähtiin hyödyllisenä. Tämän voi johtua resurssien vähäisyydestä, sillä kovin monella puheterapeutilla ei ole mahdollisuutta tehdä erillisiä kotikäyntejä. Avoimien kysymysten vastauksista kävi ilmi, että moni puheterapeutti tekisi enemmänkin kotikäyntejä, mutta työorganisaation linjauksen takia niitä ei toteutettu. Puheterapeuttien asiantuntemuksesta olisi hyötyä myös pitkäaikaishoidon yksiköissä, joissa muistisairaita henkilöitä on paljon (Simula, 2007). Jatkossa olisikin hyödyllistä pohtia, voisiko puheterapeutteja sijoittaa enemmän muistisairaiden henkilöiden asuin- tai hoitopaikkoihin.

7.3.4 Muiden priorisointi

Lisäkoulutuksen hankkiminen oli yhteydessä siihen, priorisoidaanko muut asiakkaat muistisairaiden henkilöiden edelle ja koetaanko muistisairaahan henkilön hyötyvän suorasta puheterapiasta. Puheterapeutti, jolla on koulutusta muistisairauksiin liittyen, uskalletaan ehkä helpommin ottaa asiakkaakseen myös muistisairaita ihmisiä, jos tähän tarjoutuu mahdollisuus. Lisäkoulutus lisää siis tietoa siitä, että muistisairas henkilö voi hyötyä puheterapiasta ja voi vaikuttaa siihen, kuinka puheterapeutti priorisoi asiakkaitaan. Avoimista kysymyksistä saadun tiedon perusteella ainakin yksi vastaaja ilmoitti, ettei liiemmin olisi innostunut ottamaan muistisairaita henkilöitä vastaan, koska hänen mielestään kuntoutuksesta enemmän hyötyviä on runsain määrin.

Vastausten perusteella puheterapeutit mieltävät muistisairaiden ihmisten kanssa työskentelyn osaksi toimenkuvaansa (n = 48) tai eivät ainakaan rajaa sitä pois. Hopperin tutkijaryhmän (2007) tutkimuksessa vastaava luku oli 92 prosenttia, joten Suomessa ollaan vielä selvästi epävarmoja sen suhteen, tulisiko puheterapeuttien kuntouttaa muisti-

sairaita ihmisiä. Tästä huolimatta toimenkuva oli tutkimuksen perusteella puheterapian toteutumiseen vähiten vaikuttava tekijä.

7.3.5 Tiedon puute

Ikääntyneet ihmiset olivat suurin asiakasryhmä vain neljällä prosentilla vastaajista, joten suurimmalle osalle vastaajista muistisairaat ihmiset muodostavat vain pienen osan asiakaskunnasta. On huomioitava, että kaikilla ikääntyvien asiakkaiden ryhmään kuuluvilakaan ei välttämättä ole muistisairautta. Tulokset viittaavat siihen, että muistisairaiden henkilöiden kanssa työskentelyyn erikoistuneiden puheterapeuttien määrä Suomessa on hyvin vähäinen. Yli puolet vastaajista työskenteli enimmäkseen lasten kanssa, mikä osoittaa että muistisairaiden ihmisten kuntoutus ei ole eriytynyt omaksi erikoisalueekseen puheterapian alalla. Tiedon vähäisyys oli yhteydessä työkokemuksen määrään, ja ero liittyi erityisesti eroihin 5-15 vuotta ja yli 15 vuotta puheterapeuttina työskennelleisiin. Alle 5 vuotta puheterapeuttina työskennelleiden ryhmässä vastaavaa yhteyttä ei havaittu. Tämä voi selittyä sillä, että viime vuosina valmistuneilla puheterapeuteilla on saattanut kuulua opintoihin jonkin verran muistisairauksiin liittyviä opintokokonaisuuksia. Yli 15 vuotta puheterapeuttina työskennelleet omaavat todennäköisesti paljon ”hiljaista tietoa”, jonka avulla toimia heille uusienkin asiakasryhmien kanssa. 5-15 vuotta puheterapeuttina työskennelleet näyttäytyvät väliinputoajien ryhmänä, jolla ei ole koulutusta, mutta ei myöskään tietoa muistisairaiden ihmisten puheterapiaan liittyen.

Vastauksista ilmeni myös, että puheterapeutit eivät tietäisi, mitä muistisairaahan henkilön kanssa kannattaa tehdä tämän saapuessa heidän vastaanotolleen. Tiedon puute vaikuttaakin olevan vielä merkittävämpi terapian toteutumiseen vaikuttava tekijä Suomessa kuin muualla maailmassa (vrt. Hopper ym., 2007). Opintojen aikana saatu pohjatieto muistisairauksista ja niiden kuntoutusmenetelmistä ei vaikuta riittävältä. Vastauksista voidaan havaita vastaajien epävarmuus ja tiedontarve siitä, onko muistisairaiden ihmisten kuntoutus kannattavaa ja tuloksellista. Vain noin neljäsosalla vastaajista opintoihin oli kuulunut muistisairauksia koskeva opintokokonaisuus, mikä voi olla osasyynä siihen, että vastaajat eivät kokeneet muistisairaiden ihmisten kanssa työskentelyä parhaaksi osaamisalueekseen. Isossa-Britanniassakaan puheterapeutit eivät pitäneet itseään tarpeeksi koulutettuina hoitaakseen henkilöitä, joilla on Parkinsonin tauti (Miller ym., 2011). Muistisairauksia käsittelevien opintokokonaisuuksien tulisi kuulua olennaisena

osana logopedian koulutusohjelmaan, mutta tämä ei toteudu vielä monessa muussakaan maassa (Reilly ym., 2010; ks. myös ASHA Curriculum Guidelines, 2008). Myös tietoisuutta muistisairaiden ihmisten puheterapeuttisesta kuntoutuksesta tulisi lisätä sekä puheterapeuttien, muiden terveydenhuollon ammattilaisten että muistisairaiden henkilöiden omaisten keskuudessa.

7.4 Menetelmän pohdinta

7.4.1 Kyselylomakkeen luominen

Kyselylomakkeen luominen oli varsin haastavaa, sillä edes ulkomaalaisista tutkimuksista ei löytynyt sille mallia. Jouduin siis muotoilemaan kysymyksiä ikään kuin ”sokkona”, sillä niin muistisairaiden ihmisten puheterapiapalveluiden tilasta, toteutumisesta kuin sisällöstäkään Suomessa ei ollut saatavilla selkeää kuvaa. Tein kyselyä samaan aikaan teoriaosan kirjoittamisen kanssa, jotta pohjatietoni aiheeseen liittyen olisi mahdollisimman vahva, mutta ilman kliinistä kokemusta koin itse hankalaksi muodostaa kysymyksiä käytännön työhön liittyen. Ohjaajani ja asiantuntijapuheterapeuttien vahvan osaamisen ansiosta koen, että kyselyn avulla saatiin kuitenkin vastaukset asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Lomaketta ei varsinaisesti esiteltänyt, sillä asiantuntijapuheterapeuttien lomakkeen työstämisyksityydessä antamat kommentit kysymysten muotoiluun ja sisällöllisiin asioihin liittyen olivat mielestäni riittäviä. Käytin kyselyn työstämiseen runsaasti aikaa, sillä tiesin sen olevan tutkimuksen peruspilari, jolle kaikki rakentuu.

Tutkimusasetelma oli sikäli ongelmallinen, että kaikki Puheterapeuttiliiton jäsenet eivät kuuluneet tutkimuksen määrittelemään perusjoukkoon. Tämä vaikutti todennäköisesti siihen, että tutkimukseen vastasi vain 5 prosenttia Puheterapeuttiliiton varsinaisten jäsenten määrästä. Tutkimuksen otoskoko lienee pikemminkin suuntaa-antava kuin täsmällinen lukumäärä muistisairaiden henkilöiden kanssa työskentelevien puheterapeuttien määrästä. Ei ole tarkasti määriteltävissä, kuinka suuri lomakkeen palauttamatta jättäneiden osuus perusjoukosta oli. Perusjoukon tarkempi seulonta ei tähän tutkimukseen käytettävissä olevilla resursseilla ollut mahdollista, ja Puheterapeuttiliiton kautta pyrittiin antamaan mahdollisimman monelle puheterapeutille mahdollisuus osallistua kyselyyn. Vastaajajoukon valinnassa saattoi tosin näin ollen tapahtua karsintaa, sillä ne pu-

heterapeutit, jotka eivät olleet Puheterapeuttiliiton jäseniä, jäivät tutkimuksen ulkopuolelle. Vastaaminen oli sallittua heillekin, mutta luultavasti kysely ei päätyntynyt kovin monelle liittoon kuulumattomalle asti.

Toinen tutkimusasetelmaan liittyvä riski oli, että kysely saattoi houkutella myös perusjoukkoon kuulumattomia vastaamaan. Saateviestissä kerrottiin kuitenkin selkeästi vastaajakriteerit, eikä vastaajan olisi ollut helppo saada vastauksiinsa sisältöä ilman kokemusta muistisairaahan henkilön kanssa työskentelystä. Sähköisessä kyselyssä vältettiin haastattelijan läsnäolon mahdollinen vaikutus vastauksiin (Heikkilä, 2008), ja vastaajat olivatkin selkeästi uskaltaneet kirjoittaa myös tietämättömyyden ja osaamattomuuden tunteistaan.

Kyselyyn vastanneiden joukko oli varsin heterogeeninen. Kysymykset eivät aina huomioineet sitä, että vastaaja ei välttämättä sillä hetkellä työskennellyt muistisairaiden ihmisten kanssa, vaan oli saattanut tehdä sitä esimerkiksi aiemmassa työpaikassaan. Vastaajat antoivat palautetta myös siitä, että kaikki eivät tehneet sekä kuntoutusta että arviointia, vaan esimerkiksi jompaakumpaa. Työn luonne saattoi rajata työtehtäviä myös jollain muulla tavalla, jolloin vastaajat antoivat esimerkiksi vain ryhmämuotoista terapiaa. Työskentely erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa poikkeavat myös toisistaan, eikä vastaajien mukaan suoraan terapiaan ole mahdollisuuksia erikoissairaanhoidon puolella. Olisi ollut mielenkiintoista kysyä, kuinka moni vastaajista työskentelee terveyskeskusten vuodeosastoilla, sillä niillä on Suomessa suhteellisesti eniten muistisairaita asiakkaita (THL, 2011).

Heterogeeninen vastaajajoukko osoittaa lisäksi, että muistisairaiden ihmisten puheterapia herättää laajaa kiinnostusta puheterapeuttien joukossa huolimatta siitä, ovatko suurin asiakasryhmä aikuiset vai lapset tai oliko puheterapeutilla kokemusta muistisairaiden henkilöiden kanssa työskentelystä paria tapausta enempää. Vastaajia oli kaikista ikäluokista, joten muistisairaudet vaikuttavat kiinnostavan kaikenikäisiä puheterapeutteja. Suurin osa vastaajista ilmoitti työpaikakseen terveyskeskuksen, jossa puheterapeutin vastaanotolle voi tulla asiakkaita kaikista ikäryhmistä, mikä edellyttää valmiutta työntekoon hyvin erilaisista kognitiivis-kommunikatiivisista vaikeuksista kärsivien kanssa. Vastaajien alueellinen sijoittuminen enimmäkseen Etelä- ja Länsi-Suomen alueelle voi viitata puheterapeuttien vähäisyyteen Itä- ja Pohjois-Suomen alueella.

Tässä tutkimuksessa osoittautui toimivaksi menetelmäksi laittaa kyselyyn sekä avoimia että suljettuja kysymyksiä, sillä näin saatiin monipuolisemmin tietoa. Kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimusotteen sanotaankin usein onnistuneesti täydentävän toinen toisiaan (Heikkilä, 2008). Vastausvaihtoehtojen esittäminen rajasi vastausmahdollisuuksia, mutta avoimissa kysymyksissä vastaajan oli mahdollisuus korjata tai täydentää omaa vastaustaan. Ei voida sulkea pois sitä mahdollisuutta, että annetut vastausvaihtoehdot olisivat ohjailleet vastaajien ajatuksia johonkin suuntaan ja näin vaikuttaneet heidän vastauksiinsa. Tämän takia avoimet kysymykset pyrittiin kuitenkin aina sijoittamaan kunkin osan alkuun ennen monivalintakysymyksiä.

Kysymysten laadinta onnistui mielestäni hyvin, vaikka tutkimuksen pilottiluonteisuudesta johtuen joitakin aihealueeseen liittyviä asioita jäi todennäköisesti kysymättä. Vastajat vaikuttivat pääasiallisesti ymmärtäneen kysymykset ja niille asetetut vastausvaihtoehdot. Ongelmaksi muodostui enemmänkin se, että joidenkin vastaajien mielestä kysymyksiin oli vaikea vastata: vastausvaihtoehdot eivät sopineet omalle kohdalle tai vastausta oli vaikea määrittää annettuihin vastausvaihtoehtoihin. Avoimet kysymykset palvelivat osaltaan hyvin vastausten tarkentamisessa, ja niistä nousi esille myös asioita, joita en itse ollut tullut ajatelleeksi. Näihin kuuluivat muun muassa omaisten tärkeä rooli kuntoutuksen alkamisessa ja siihen sitoutumisessa, sekä muistisairaahan henkilön kokonaistilanteen huomioimisen tärkeys.

7.4.2 Käsitteiden moninaisuus

Käsite-erot suomen- ja englanninkielisen lähdekirjallisuuden välillä asettivat haasteita kirjoittamiselle, sillä useimmiten englanninkielinen termi ”dementia” ei tarkoita lainkaan samaa kuin suomen kielen sana ”dementia”. Englanninkielisessä kirjallisuudessa dementia viitataan hyvin laajaan, eri etiologioista peräisin olevaan muistisairauksien kirjoon, kun taas suomenkielisessä kirjallisuudessa dementia tarkoittaa yleensä pitkälle edennyttä muistisairautta (Juva, 2011). Muistisairauksiin liittyvät käsitteet ovat olleet murroksessa (Kurz & Lautenschlager, 2010), joten lähteen julkaisuajankohta ja kirjoittajien ammattitausta saattoivat myös vaikuttaa siihen, kuinka he ymmärsivät ja käyttivät näitä käsitteitä. Muistisairauksien etiologiset syyt tarkentuvat jatkuvasti, mikä vaikuttaa myös osaltaan niiden nimeämiseen ja luokitteluun.

Kyselyssä määriteltiin jo alkuohjeistuksessa, mitä muistisairaalla ihmisellä tarkoitetaan, joten tämän ei olisi pitänyt jäädä epäselväksi vastaajille (ks. liite 1). Myös suora ja epäsuora terapia määriteltiin selkeästi. Avoimien kysymysten kohdalla oli hiukan ongelmallista ryhmitellä yleisimpiä diagnooseja, sillä vastaajat ilmoittivat hyvin erilaisia, osin päällekkäin meneviä diagnooseja, tai vaihtoehtoisesti hyvin laajoja käsitteitä, kuten ”dementia yleisesti”. Pitää huomioida, että nykyään ei esimerkiksi puhuta enää vaskulaarisesta dementiasta, vaan vaskulaarisesta kognitiivisesta heikentymästä. Lisäksi primaari progressiivinen afasia (PPA) on saanut uuden, kolmijakoisen luokittelun (sujumaton/agrammaattinen PPA, semanttinen PPA ja logopeninen PPA) (Gorno-Tempini ym., 2011). Joskus PPA:sta käytetään myös nimeä etenevä sujumaton afasia tai sen alaluokkaan semanttinen PPA viitataan nimellä semanttinen dementia (Bonner, Ash & Grossman, 2010). Tämä käsitteisiin liittyvä moninaisuus näkyi selkeästi avoimissa kysymyksissä, mutta yleisimmät diagnoosit olivat tästä huolimatta hyvin poimittavissa.

7.4.3 Aineiston analyysi

Tutkimuksen hedelmällisintä antia oli ehdottomasti faktorianalyysi ja siitä tuotettu jatkoanalyysi eli varianssianalyysit ja kahden riippumattoman otoksen t-testit, joiden avulla löydettiin tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä taustatekijöiden ja puheterapian toteutumiseen vaikuttavien tekijöiden väliltä. Vastaajien käsityksiä mittaavien muuttujien mukaan ottaminen mahdollisti sen, että tutkimus ei jäänyt vain pintapuoliseksi frekvenssien ja prosentiosuuksien laskemiseksi. Faktorianalyysin avulla saatiin tiivistettyä muistisairaiden ihmisten puheterapian toteutumiseen olennaisesti vaikuttavia asioita: käytettävissä olevat tämänhetkiset resurssit, puheterapiaan ohjautuminen, asiakaslähtöiset syyt, muiden asiakasryhmien priorisointi muistisairaiden henkilöiden edelle ja saatavilla olevan tiedon vähäisyys. Voidaan sanoa, että tutkimus tuotti karkean yleiskuvan tutkittavaan ongelmaan liittyvistä tekijöistä ja niiden välisistä suhteista. Faktorianalyysi soveltui hyvin niin sanotuksi esianalyysiksi, ja tutkimuksessa saatuja tuloksia voidaankin hyödyntää aiheeseen liittyvässä jatkotutkimuksessa (Heikkilä, 2008). Faktorianalyysi vaatii tutkijan omaa tulkintaa ja subjektiivisia valintoja, minkä vuoksi sen tuloksia on toisinaan pidetty kyseenalaisina. Faktorianalyysi sopi kuitenkin mielestäni hyvin tähän tutkimukseen, sillä kyseessä oli nimenomaan pilottiluonteinen tutkimus.

Mittariin mukaan otettuja väittämiä olisi voitu pohtia vielä tarkemmin: muuttujien lukumäärää lisäämällä analyysin tulos olisi voinut olla vielä kuvaavampi ja moniulotteisempi. Faktorit selittivät lähes puolet muuttujien varianssista, mutta toisaalta muuttujien kommunaliteetit vaihtelivat suuresti. Alhaisemman arvon saaneet muuttujat eivät siis mitanneet luotettavasti faktoreita, sillä kommunaliteetti toimii sitä paremmin, mitä lähempänä sen arvo on ykköstä (Vehkalahti, 2008). Kaikkea muuttujien vaihtelua ei siis pystytty löydettyjen faktoreiden avulla selittämään, joten voi olla, että jokin puheterapian toteutumiseen vaikuttava tekijä jäi vielä tämän tutkimuksen tavoittamattomiin. Mittarin sisäisen reliabiliteetin nostamiseksi kyselyissä käytetään joskus kolmea samantyyppistä kysymystä mittamaan yhtä tekijää. Nyt mittarissa ei käytetty samankaltaisia kysymyksiä, sillä se olisi lisännyt jo ennestään viisisivuisen kyselyn pituutta huomattavasti.

7.5 Tutkimuksen tieteellinen ja kliininen anti

7.5.1 Tieteellinen ja yhteiskunnallinen hyöty

Tämä tutkimus antoi alustavaa tietoa muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluista Suomessa. Muistisairaiden ihmisten puheterapialle ei Suomessa ole olemassa virallisia hoitolinjauksia tai -käytäntöjä. Jos muistisairas ihminen ohjautuu puheterapiaan ja kuntoutukseen on riittävästi resursseja, jää puheterapeutin päätettäväksi millaista puheterapiaa henkilö saa. Puheterapeutin työnkuva muistisairaiden ihmisten kuntoutuksessa on Suomessa vasta muotoutumassa. Valitessani pro gradu -tutkielmani aiheita koin aiheen tärkeäksi ja mielenkiintoiseksi, sillä muistisairauksien määrä väestössä kasvaa jatkuvasti ja muistisairaiden henkilöiden osuus puheterapeutteja työllistävänä asiakasryhmänä tulee lisääntymään merkittävästi.

Tutkimuksella on painoarvoa puheterapiatyön uusia suuntia ja linjauksia etsittäessä. On äärimmäisen mielenkiintoista seurata, mihin suuntaan muistisairaiden ihmisten puheterapia Suomessa kehittyy. Yhä lisääntyvä tutkimustieto osoittaa kiistatta suoran kuntoutuksen olevan tuloksellista (Hopper ym., 2007; Bayles & Tomoeda, 2013; Buchanan ym., 2011), mutta toistaiseksi on epäselvää, tulevatko resurssit ikinä olemaan riittävät tällaisen terapian toteuttamiseen. Jos suora terapia ei resurssien rajallisuuden vuoksi ole mahdollista, voidaan sen asemesta panostaa epäsuoraan terapiaan, joka kohdentuu lähi-

ihmisten ja hoitohenkilökunnan ohjaamiseen ja neuvontaan. Tällöin he voisivat toteuttaa kuntoutusta henkilön luonnollisessa elinympäristössä.

7.5.2 Käytännön kliininen logopedinen hyöty

Tämän tutkimuksen tulosten tarjoama tieto voi olla hyödyksi muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluja ja -käytäntöjä kehitettäessä. Tutkimus voi osaltaan lisätä tietoa muistisairaiden henkilöiden logopedisesta kuntoutuksesta puheterapeuttien keskuudessa. Lisääntyvä tutkimustieto tukee myös muiden ammattiryhmien työntekijöiden ja muistisairaiden ihmisten omaisten tietoisuutta puheterapian tarpeesta ja puheterapeutin roolista muistisairauksien kuntoutuksessa.

Avoimien kysymysten vastausten perusteella tulee vaikutelma, että monet vastaajista työskentelevät muistisairaiden henkilöiden kanssa ikään kuin välillisesti: heille on tullut pyyntö arvioida esimerkiksi henkilön nielemistä tai kielellisiä taitoja aivoverenkiertohäiriön takia. Vastaajajoukkoa voidaan siis pitää kuntoutukseen oleellisesti vaikuttavat, mutta sekundaariset tekijät, tiedostavana. Välillisesti tai suoraan muistisairaiden ihmisten kanssa työskenteleviä henkilöitä saattaa olla vielä lisää, koska kaikkia muistisairauksia ei edelleenkään tunnisteta (Suhonen ym., 2008). Huomionarvoista on, että lähitulevaisuudessa yleisin muistisairauden tyyppi saattaa olla aivoverenkiertohäiriön ja Alzheimerin taudin yhdistelmä (Suhonen ym., 2010), joka tuo taatusti omat haasteensa kuntoutukseen. Kaikkien puheterapeuttien olisi näin ollen tärkeää tiedostaa ja huomioda muistisairauden merkitys tilanteissa, joissa se ei välttämättä ole ensisijaisena tekijänä ja muistaa myös, että muistisairaus on saattanut jäädä muilta terveydenhuollon ammattilaisilta huomaamatta.

7.6 Jatkotutkimussuunnitelmat

Tutkimustulokset tarjoavat lähtökohdan jatkotutkimukselle muistisairaiden ihmisten puheterapiapalveluista Suomessa ja antavat suuntaa opetukselle, lisäkoulutukselle ja muistisairaiden ihmisten palveluiden edistämiseksi. Olisi mielenkiintoista tietää, kuinka moni puheterapeuteista olisi valmis ottamaan muistisairaita henkilöitä asiakkaakseen. Tutkimuksen tulokset herättävät kysymyksen, onko puheterapeuteilla vielä tarpeeksi

tiedollisia ja taidollisia valmiuksia kuntouttaa muistisairaita henkilöitä logopedisin keinoin.

Jatkossa tarvitaan lisää tutkimustietoa suoran ja epäsuoran terapian vaikuttavuudesta. Tällä on osaltaan vaikutusta myös siihen, millaiseksi puheterapeutin työnkuva muistisairaahan henkilön kuntoutuksessa tulee muotoutumaan. Lisää tutkimustietoa tarvitaan myös suoran ja epäsuoran terapian vaikuttavuudesta. Lähi-ihmiset ja hoitohenkilökunta ovat merkittävässä roolissa muistisairaahan henkilön elämässä, ja olisi tärkeää selvittää keinoja, joilla heidän osuuttaan kuntouttavana tahona saataisiin lisättyä. Tärkeä, mutta haastava, tutkimusaihe olisi selvittää muistisairaiden ihmisten omia käsityksiä puheterapiasta muistisairauksien hoidossa ja tutkia, kuinka heidät saataisiin mukaan oman kuntoutumisensa aktiivisiksi osallistujiksi.

7.7 Yhteenveto ja johtopäätökset

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin muistisairaiden ihmisten puheterapiapalveluita Suomessa. Suomessa tutkimusta muistisairaiden ihmisten puheterapiapalveluista ei ole aikaisemmin tehty, joten tätä tutkimusta voidaan pitää pilottiluonteisena. Tutkimus on ajankohtainen ja tärkeä, minkä lisäksi sillä on painoarvoa muistisairaiden henkilöiden puheterapiakäytäntöjä kehitettäessä. Tulokset osoittavat, että muistisairaajat henkilöt eivät ohjaudu puheterapiaan rutiininomaisesti. Puheterapeuttiseen arvioon kuuluu kielellisten, kognitiivisten ja nielemistoimintojen arviointia, mutta käytetyt arviointimenetelmät eivät ole täysin muistisairaiden henkilöiden arvioimiseen soveltuvia. Yli puolella puheterapiaan tulleista muistisairaista henkilöistä diagnoosi ei ollut vielä selvillä.

Epäsuora terapia oli hieman yleisempi kuntoutusmuoto kuin suora terapia, ja siihen sisältyi useimmiten lähi-ihmisten ohjaamista tai neuvontaa. Lähi-ihmisiin kohdistuva terapia oli useimmiten kommunikointiohjausta, ohjeiden antamista turvallisen ruokailun toteuttamiseksi tai kielellisistä vaikeuksista kertomista. Muistisairaalle ihmiselle annettu puheterapia oli yleisimmin ohjausta ja neuvontaa. Tutkimus tuotti viisi puheterapian toteutumiseen oleellisesti vaikuttavaa tekijää: resurssien vähäisyys, puheterapiaan ohjautumattomuus, asiakaslähtöiset syyt, muiden asiakasryhmien priorisointi ja muistisairaiden ihmisten kuntoutukseen liittyvän tiedon vähäisyys. Taustatekijöitä tutkittaessa

merkityksellisiksi tekijöiksi nousivat puheterapeutin asiakasryhmä sekä työssään kohtaamien muistisairaiden henkilöiden määrä, työpaikka, työkokemuksen määrä ja lisäkoulutuksen hankkiminen.

Tuloksista ei voida tuottaa yleisiä johtopäätöksiä muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluista käytäntöjen suuren vaihtelun vuoksi. Tutkimuksessa havaittiin, että terapian saatavuus ja käyntikertojen määrä vaihtelevat huomattavasti puheterapeuttien välillä. Muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin liittyvät käytänteet ovat kirjavaa ja kuntoutuksen nykytila vakiintumaton. Tulokset osoittavat puheterapiaresurssien riittämättömyyden ja rajallisuuden monella eri osa-alueella sekä antavat viitteitä siitä, että monet kuntoutuksen tarpeessa olevat muistisairaajat henkilöt jäävät Suomessa ilman puheterapiaa (ks. myös Maxim & Bryan, 2002; Bourgeois & Hickey, 2009). On ajankoh- taista pohtia, kuinka vastata tähän muistisairaiden henkilöiden ja heidän omaistensa jat- kuvasti kasvavaan puheterapiatarpeeseen ja miten kehittää keinoja, joilla ylläpitää tai parantaa heidän kommunikaatiokykyjään.

LÄHTEET

Aarsland, D., Zaccai, J. & Brayne, C. (2005). A systematic review of prevalence studies of dementia in Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 10, 1255–1263.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: (4. painos)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4. uusittu painos)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Speech-Language Hearing Association (2005). The roles of speech-language pathologists working with individuals with dementia-based communication disorders: position statement. Haettu 12.3.2013 osoitteesta <http://www.asha.org/docs/pdf/PS2005-00118.pdf>

American Speech-Language-Hearing Association (2011). Speech-language pathology medical review guidelines. Haettu 26.9.2013 osoitteesta <http://www.asha.org/uploadedFiles/SLP-Medical-Review-Guidelines.pdf>

Arkin, S. (2007). Language-enriched exercise plus socialization slows cognitive decline in Alzheimer's disease. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 22, 62–77.

Bahar-Fuchs, A., Clare, L., & Woods, B. (2013). Cognitive training and cognitive rehabilitation for persons with mild to moderate dementia of the Alzheimer's or vascular type: A review. *Alzheimer's Research & Therapy*, 5, 1–14.

Bayles, K. & Tomoeda, C. (2007). *Cognitive-communication disorders of dementia*. San Diego: Plural Publishing.

Bayles, K. A. & Tomoeda, C. K. (2013). *MCI and Alzheimer's dementia. Clinical essentials for assessment and treatment of cognitive-communication disorders*. San Diego: Plural Publishing.

- Bayles, K. A., Kim, E. S., Azuma, T., Chapman, S. B., Cleary, S., Hopper, T., Mahendra, N., McKnight, P., Rackley, A., Tomoeda, C. & Zientz, J. (2005). Developing evidence-based practice guidelines for speech-language pathologists serving individuals with Alzheimer's dementia. *Journal of Medical Speech-Language Pathology*, *13*, XIII-XXV.
- Boccardi, M. & Frisoni, G. B. (2006). Cognitive rehabilitation for severe dementia: Critical observations for better use of existing knowledge. *Mechanisms of Ageing and Development*, *127*, 166–172.
- Bonner, M. F., Ash, S. & Grossman, M. (2010). The new classification of primary progressive aphasia into semantic, logopenic, or nonfluent/agrammatic variants. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, *10*, 484–490.
- Borson, S., Frank, L., Bayley, P. J., Boustani, M., Dean, M., Lin, P.-J., McCarten, J. R., Morris, J. C., Salmon, D. P., Schmitt, F. A., Stefanacci, R. G., Mendiondo, M. S., Peschin, S., Hall, E. J., Fillit, H. & Ashford, J. W. (2013). Improving dementia care: The role of screening and detection of cognitive impairment. *Alzheimer's & Dementia*, *9*, 151–159.
- Bourgeois, M. S. & Hickey, E. M. (2009). *Dementia: From diagnosis to management – a functional approach*. New York: Psychology Press.
- Brumback-Peltz, C., Balasubramanian, A. B., Corrada, M. M. & Kawas, C. H. (2011). Diagnosing dementia in the oldest-old. *Maturitas*, *70*, 164–168.
- Bryan, K. & Maxim, J. (2002). To stimulate a debate on speech and language therapy (SLT) services for people with dementia. *International Journal of Language and Communication Disorders*, *37*, 215–222.
- Buchanan, J. A., Christenson, A., Houlihan, D. & Ostrom, C. (2011). The role of behavior analysis in the rehabilitation of persons with dementia. *Behavior Therapy*, *42*, 9–21.
- Buller, N. & Ptok, M. (2005). Sprache und Kommunikationsbeeinträchtigungen bei demenziellen Erkrankungen. *Hals-Nasen-Ohren*, *53*, 177–180.
- Buntinx, F., de Lepeleire, J., Paquay, L., Iliffe, S. & Schoenmakers, B. (2011). Diagnosing dementia: No easy job. *BioMed Central Family Practice*, *12*, 1-4.

Busse, A., Bischkopf, J., Riedel-Heller, S. G. & Angermeyer, M. C. (2003). Mild cognitive impairment: Prevalence and predictive validity according to current approaches. *Acta Neurologica Scandinavica*, 108, 71–81.

Clare, L. & Woods, R. T. (2004). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: A review. *Neuropsychological Rehabilitation*, 14, 385–401.

Davis, G. A. (2012). *Aphasiology: Disorders and clinical practice*. Boston: Pearson.

De Werd, M. ME., Boelen, D., Rikkert, M. GM. O & Kessels, R. PC. (2013). Errorless learning of everyday tasks in people with dementia. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 1177–1190.

Department of Health (2003). *NHS Speech and language therapy services summary information for 2002-03*. London: Department of Health.

Drummond, S. S. (2006). *Neurogenic communication disorders. Aphasia and cognitive-communication disorders*. Springfield: Charles C. Thomas.

Easterling, C. S. & Robbins, E. (2008). Dementia and dysphagia. *Geriatric Nursing*, 29, 275–285.

Egan, M., Bérubé, D., Racine, G., Leonard, C., Rochon, E. (2010). Methods to enhance verbal communication between individuals with Alzheimer's disease and their formal and informal caregivers: A systematic review. *International Journal of Alzheimer's Disease*, 2010, 1–12.

Emre, M., Aarsland, D., Brown, R., Burn, D. J., Duyckaerts, C., Mizuno, Y., Broe, G. A., Cummings, J., Dickson, D. W., Gauthier, S., Goldman, J., Goetz, C., Korszyn, A., Lees, A., Levy, R., Litvan, I., McKeith, I., Olanow, W., Poewe, W., Quinn, N., Sampaio, C., Tolosa, E. & Dubois, B. (2007). Clinical diagnostic criteria for dementia associated with Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 12, 1689–1707.

Farrajota, L., Maruta, C., Maroco, J., Martins, I. P., Guerreiro, M. & de Mendonca, A. (2012). Speech therapy in Primary Progressive Aphasia: A pilot study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 2, 321–331.

- Georges, J., Jansen, S., Jackson, J., Meyrieux, A., Sadowska, A. & Selmes, M. (2008). Alzheimer's disease in real life – the dementia carer's survey. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 546–551.
- Gorno-Tempini, M. L., Hillis, A. E., Weintraub, S., Kertesz, A., Mendez, M., Cappa, S. F., Ogar, J. M., Rohrer, J. D., Black, S., Boeve, B. F., Manes, F., Dronkers, N. F., Vandenberghe, R., Rascovsky, K., Patterson, K., Miller, B. L., Knopman, D. S., Hodges, J. R., Mesulam, M. M. & Grossman, M. (2011). Classification of primary progressive aphasia and its variants. *Neurology*, 76, 1006–1014.
- Granö, S., Härmä, H., Pikkarainen, A., Nikumaa, H., Riikonen, M. & Aavaluoma, S. (2011). Katse tulevaisuuteen. Teoksessa H. Härmä & S. Granö (toim.), *Työikäisen muisti ja muistisairaudet* (s. 378–394). Helsinki: WSOYpro.
- Harwood, D. (2012). How to make modern dementia services. *The Health Service Journal*, 122, 24–25.
- Hedge, M. N. & Freed, D. (2011). Assessment of communication disorders in adults. San Diego: Plural Publishing.
- Heikkilä, T. (2008). Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Helsingin yliopisto, opetusteknologiakeskus (2010). E-lomake pätkinänkuoressa. Haettu 11.12.2013 osoitteesta <http://blogs.helsinki.fi/e-lomake/files/2007/08/E-lomake-p%C3%A4hkin%C3%A4nkuoressa-2010.pdf>
- Hopper, T., Cleary, S., Oddson, B., Donnelly, M. J. & Elgar, S. (2007). Service delivery for older Canadians with dementia: A survey of speech-language pathologists. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 31, 114–126.
- Hubbard, G., Downs, M. G. & Tester, S. (2003). Including older people with dementia in research: Challenges and strategies. *Aging & Mental Health*, 7, 351–362.
- Jellinger, K. A. (2006). Clinicopathological analysis of dementia disorders in the elderly – an update. *Journal of Alzheimer's disease*, 9, 61–70.
- Jokel, R. & Anderson, N. D. (2012). Quest for the best: Effects of errorless and active encoding on word re-learning in semantic dementia. *Neuropsychological Rehabilitation*, 22, 187–214.

Juva, K. (2011). Työikäisten muistihäiriöt ja muistisairaudet. Teoksessa H. Härmä & S. Granö (toim.), *Työikäisen muisti ja muistisairaudet* (s. 108–155). Helsinki: WSOYpro.

Kindell, J. & Griffiths, H. (2006). Speech and language therapy intervention for people with Alzheimer's disease. Teoksessa K. Bryan & J. Maxim (toim.), *Communication disability in the dementias* (s. 201–237). London: Whurr Publishers.

Kumar, A. (2013). Dementia: An overview. *Journal of Drug Delivery & Therapeutics*, 3, 163–167.

Kurz, A. F. & Lautenschlager, N. T. (2010). The concept of dementia: Retain, reframe, rename or replace? *International Psychogeriatrics*, 22, 37–42.

Käypä hoito -suositus (2010). Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä Haettu 12.2.2014 osoitteesta <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnu/hoi50044>

Loehr, J. L. & Malone, M. L. (2014). Here's how to treat dementia. San Diego: Plural Publishing.

Mahendra, N., Scullion, A. & Hamerschlag, C. (2011). Cognitive-linguistic interventions for persons with dementia. A practitioner's guide to 3 evidence-based techniques. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 27, 278–288.

Malone, M. L. & Camp, C. J. (2007). Montessori-based dementia programming: Providing tools for engagement. *Dementia*, 6, 150–157.

Metsämuuronen, J. (2011). Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä: Opiskelijalaitos (e-kirja). Helsinki: International Methelp.

Miller, N., Deane, K. H. O., Jones, D., Noble, E. & Gibb, C. (2011). National survey of speech and language therapy provision for people with Parkinson's disease in the United Kingdom: Therapists' practices. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 46, 189–201.

- Mitchell, A. J. & Shiri-Feshki, M. (2009). Rate of progression of mild cognitive impairment to dementia – meta-analysis of 41 robust inception cohort studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119, 252–265.
- Neal, M., & Barton, W. P. (2003). Validation therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 1–19.
- Nebreda, M. C., García-Caballero, A., Asensio, E., Revilla, P., Rodriguez-Gironde, M. & Mateos, R. (2011). A short-form version of the Boston Naming Test for language screening in dementia in a bilingual rural community in Galicia (Spain). *International Psychogeriatrics*, 23, 435–44.
- Nummenmaa, L. (2009.) Käyttätymistieteiden tilastolliset menetelmät. Helsinki: Tammi.
- O’Brien, J. T., Erkinjuntti, T., Reisberg, B., Roman, G., Sawada, T., Pantoni, L., Bowler, J. V., Ballard, C., DeCarli, C., Gorelick, P. B., Rockwood, K., Burns, A., Gauthier, S. & DeKosky, S. T. (2003). Vascular cognitive impairment. *The Lancet Neurology*, 2, 89–98.
- O’Connell, B., Gardner, A., Takase, M., Hawkins, M. T., Ostaszkievicz, J., Ski, C. & Josipovic, P. (2007). Clinical usefulness and feasibility of using reality orientation with patients who have dementia in acute care settings. *International Journal of Nursing Practice*, 13, 182–192.
- Oksengard, A. R. & Winblad, B. (2004). Dementia diagnostics made evidence-based: A critical evaluation of cognitive assessment tools in clinical dementia diagnostics. *Current Opinion in Psychiatry*, 17, 439–442.
- Oren, S., Willerton, C. & Small, J. (2014). The effects of spaced retrieval training on semantic memory in Alzheimer’s disease: A systematic review. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 57, 247-270.
- Pedely, L. & Nyenhuis, D. L. (2006). Vascular cognitive impairment. *Current Treatment Options in Cardiovascular Medicine*, 8, 243–250.
- Pekkala, S. (2004). Semantic fluency in mild and moderate Alzheimer’s disease (Puhetieteiden laitoksen julkaisu 47). Helsingin yliopisto.

Pekkala, S. (2010). Dementiaan liittyvät puheen, kielen ja kommunikaation muutokset. Teoksessa P. Korpilahti, O. Aaltonen & M. Laine (toim.), *Kieli ja aivot* (293–299). Turun yliopisto: kognitiivisen neurotieteen tutkimuskeskus.

Pekkala, S. (2011). Normaaliin ikääntymiseen liittyvät kielelliset muutokset ja niiden syyt. *Gerontologia*, 25, 35–43.

Petersen, R. C., Doody, R., Kurz, A., Mohs, R. C., Morris, J. C., Rabins, P. V., Ritchie, K., Rossor, M., Thal, L. & Winblad, B. (2001). Current concepts in mild cognitive impairment. *Archives of Neurology*, 58, 1985–1992.

Ramström, I. (2011). Linguistic development in Alzheimer's disease: 12 months language training including use of a personal computer system - a pilot study. *Developmental Neurorehabilitation*, 3, 156–163.

Reilly, J., Rodriguez, A. D., Lamy, M. & Neils-Strunjas, J. (2010). Cognition, language, and clinical pathological features of non-Alzheimer's dementias: An overview. *Journal of Communication Disorders*, 43, 438–452.

Rone-Adams, S., Stern, D. F., Olivier, T. W. & Blodgett, M. G. (2013). Understanding dementia: Etiology, communication, and exercise intervention. *Strength and Conditioning Journal*, 35, 88–98.

Ross, G. W., Cummings, J. L. & Benson, D. F. (1990). Speech and language alterations in dementia syndromes: Characteristics and treatment. *Aphasiology*, 4, 339–352.

Rossor, M. N., Fox, N. C., Mummery, C. J., Schott, J. M. & Warren, J. D. (2010). The diagnosis of young-onset dementia. *The Lancet Neurology*, 9, 793–806.

Simula, M. (2007). Dementoituvien ihmisten ja hoitajien välinen kommunikaatio dementiaryhmäkodissa. Logopedian pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto, käyttäytymistieteiden laitos.

Skrajner, M. J., Malone, M. L., Camp, C. J., McGowan, A. & Gorzelle, G. J. (2007). Montessori-based dementia programming. *Alzheimer's Care Quarterly*, 8, 53–64.

Smith, E. R., Broughton, M., Baker, R., Pachana, N. A., Angwin, A. J., Humphreys, M. S., Mitchell, L., Byrne, G. J., Copland, D. A., Gallois, C., Hegney, D. & Chenery, H. J.

(2011). Memory and communication support in dementia: Research-based strategies for caregivers. *International Psychogeriatrics*, 23, 256–263.

Suhonen, J., Alhainen, K., Eloniemi-Sulkava, U., Juhela, P., Juva, K., Löppönen, M., Makkonen, M., Mäkelä, M., Pirttilä, T., Pitkälä, K., Remes, A., Sulkava, R., Viramo, P. & Erkinjuntti, T. (2008). Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa. *Suomen lääkirilehti*, 63, 9–22.

Suhonen, J., Pirttilä, T., Erkinjuntti, T., Koponen, H., Makkonen, M., Puurunen, M., Raivio, M., Rinne, J., Rosenvall, A., Strandberg, T., Vanninen, R. & Vataja, R. (2010). Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito. Käypä hoito -suositusten päivitystiivistelmä. *Duodecim*, 126, 2167–2168.

Suomen Puheterapeuttiliitto ry (2013). Suomen Puheterapeuttiliitto. Haettu 6.12.2013 osoitteesta <http://www.puheterapeuttiliitto.fi/fi/liitto/>

Swanson, K. A. & Carnahan, R. M. (2007). Dementia and comorbidities: An overview of diagnosis and management. *Journal of Pharmacy Practice*, 20, 296–317.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2011). Muistisairaajat asiakkaat sosiaali- ja terveystal-veluissa 2009. Tilastoraportti. Haettu 27.1.2014 osoitteesta http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80099/Tr12_11.pdf?sequence=1

Thompson, R. (2011). Using life story work to enhance care. *Nursing Older People*, 23, 16–21.

Tilastokeskus (2012). Väestö ikäryhmittäin koko maa 1900–2060 (vuodet 2020–2060: ennuste). Haettu 27.1.2014 osoitteesta http://www.stat.fi/til/vaenn/2012/vaenn_2012_2012-09-28_tau_001_fi.html

Van Paasschen, J., Clare, L., Yuen, K. S. L., Woods, R. T., Evans, S. J., Parkinson, C. H., Rugg, M. D. & Linden, D. E. J. (2013). Cognitive rehabilitation changes memory-related brain activity in people with Alzheimer disease. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 27, 448–459.

Vehkalahti, K. (2008). Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi.

Winblad, B., Palmer, K., Kivipelto, M., Jelic, V., Fratiglioni, L., Wahlund, L.-O., Nordberg, A., Backman, L., Albert, M., Almkvist, O., Arai, H., Basun, H., Blennow, K.,

De Leon, M., Decarli, C., Erkinjuntti, T., Giacobini, E., Graffi, C., Hardy, J., Jack, C., Jorm, A., Ritchie, K., Van Duijn, C., Visseri, P. & Petersen, R. C. (2004). Mild cognitive impairment – beyond controversies, towards a consensus: Report of the international working group on mild cognitive impairment. *Journal of Internal Medicine*, 256, 240–246.

Woods, B, Spector A. E., Jones C. A., Orrell M., Davies S.P. (2005). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, 1–34.

World Health Organization (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research. Geneva: Author.

Worrall, L. E. & Hickson, L. M. (2003). Communication disability in aging: from prevention to intervention. New York, NY: Delmar Learning.

Yamaguchi, H., Maki, Y. & Yamagami, T. (2010). Overview of non-pharmacological intervention for dementia and principles of brain-activating rehabilitation. *Psychogeriatrics*, 10, 206–213.

Zeien, J. A. (2007). Communication therapy for people with dementia in long-term care facilities: Perceptions and practices of speech-language pathologists. Ann Arbor, MI: ProQuest Information and Learning Company.

Örülv, L. & Hydén, L.-C. (2006). Confabulation: Sense-making, self-making and world-making in dementia. *Discourse Studies*, 8, 647–673.

LIITE 1: KYSELYLOMAKE

Kysely muistisairaiden ihmisten puheterapiapalveluista

Muistisairaiden ihmisten puheterapiaa ja sen saatavuutta ei juuri ole tutkittu Suomessa, eikä tiedetä minkä verran ja minkälaista kuntoutusta muistiongelmistä kärsivät ihmiset saavat. **Vastaathan kyselyyn, jos olet edes joskus työskennellyt muistisairaana ihmisen kanssa**, sillä tarvitsen juuri sinun asiantuntemustasi asiassa! Kaikki vastaukset ovat tärkeitä ja antavat arvokasta lisätietoa tärkeästä aiheesta. Voit kirjoittaa nimenomaan omista kokemuksistasi ja käsityksistäsi muistisairaiden ihmisten puheterapiaan liittyen.

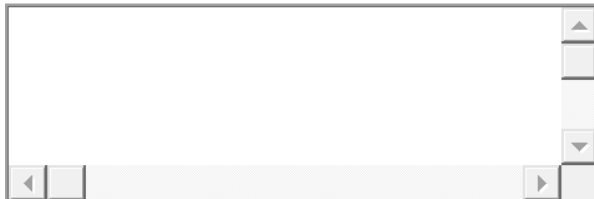
Muistisairaalla ihmisellä tarkoitetaan tässä yhteydessä henkilöä, jolla on epäily muistisairaudesta tai jo olemassaoleva diagnoosi, johon liittyy muistin huonontumista, heikentymistä ja/tai muistiongelmia tai -häiriöitä. Vastausaikaa on 29.11.2013 asti.

Kysely on osa logopedian opintojeni pro gradu -tutkielmaa, ja kaikki vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja anonymisti. Lomakkeen täyttäminen kestää 10–15 minuuttia. Muistathan lopuksi lähettää tiedot klikkaamalla "Valmis"-painiketta.

Kiitos osallistumisesta tutkimukseeni!

Puheterapian toteutuminen

Mitkä tekijät sinun työssäsi vaikuttavat muistisairaana ihmisen puheterapian toteutumiseen?

An empty rectangular text input field with a light gray border. It features a vertical scrollbar on the right side and a horizontal scrollbar at the bottom, indicating it is a multi-line text area.

Seuraavaksi esitän sinulle joitakin edelliseen kysymykseen liittyviä väittämiä. Valitse mielipidettäsi kuvaava vastausvaihtoehto.

LIITE 1 JATKUU

LIITE 1

Puheterapian toteutumiseen vaikuttaa mielestäni se, että

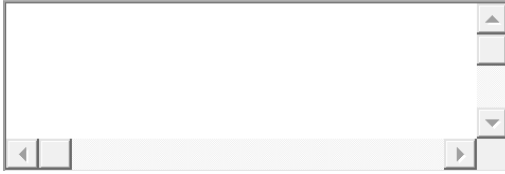
	Täysin samaa mieltä	Jonkin verran samaa mieltä	Ei mieli- pidettä	Jonkin verran eri mieltä	Täysin eri mieltä
Muistisairas ihminen ei hyödy suorasta puheterapiasta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työaikani on rajallinen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asiakkaalla ei ole tarpeeksi motivaatiota	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muistisairas ihminen ei saa lähetettä puheterapiaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muistisairaiden ihmisten puheterapiaan ei ole rahoitusta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En ole tarpeeksi perehtynyt muistisairaiden ihmisten puheterapiaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asiakkaan terveydelliset tekijät estävät	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aiheesta puuttuu tutkimustietoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asiakkaan henkinen jaksaminen estää puheterapian	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muut asiakkaat priorisoidaan muistisairaiden ihmisten edelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muistisairaiden ihmisten puheterapia ei kuulu toimenkuvaani	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

LIITE 1 JATKUU

LIITE 1

Puheterapiaan ohjautuminen ja arviointi

Miten muistisairaat ihmiset ohjautuvat puheterapiaan siinä organisaatiossa, jossa työskentelet?



Lähetteen puheterapeutille on tehnyt

- Omalääkäri
- Erikoislääkäri
- Terveyskeskuslääkäri
- Ei lähetettä
- Joku muu

Joku muu, kuka?

Mitkä ovat yleisimpiä diagnooseja vastaanotollesi tulevalla muistisairaalla asiakkaalla? (voit laittaa yhden tai useamman, yleisin ensin)



Onko muistisairaalla asiakkaallasi ollut diagnoosina jokin seuraavista? (valitse kaikki, joita olet työssäsi kohdannut)

- Aivoverenkiertohäiriö
- Alzheimerin tauti
- Parkinsonin tauti
- Lewyn kappale -dementia
- Primaari progressiivinen afasia (PPA)
- Sujumaton primaari progressiivinen afasia (Etenevä sujumaton afasia)
- Semanttinen primaari progressiivinen afasia (Semanttinen dementia)
- Logopeninen primaari progressiivinen afasia
- Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen eli VCI (Vaskulaarinen dementia)
- Frontotemporaalinen dementia
- Motoneuronitauti (esim. ALS)

LIITE 1 JATKUU

LIITE 1

- Demyelinisaatiotauti (esim. MS-tauti)
- Ei vielä diagnoosia
- Sekamuotoinen muistisairaus
- Lievä kognitiivinen heikentyminen (MCI)

Jokin muu, mikä?

Mitä muistisairaahan asiakkaan puheterapeuttiseen arvioon sinun työssäsi kuuluu?

Mitä käytät arviointivälineenä muistisairaahan henkilön kanssa? (valitse 1 tai useampi)

- Kielelliset testit
- Videointi
- Äänitys
- Havainnointi
- Asiakkaan haastattelu
- Asiakkaan lähi-ihmisten/hoitajien haastattelu
- Kyselyt

Jotain muuta, mitä?

Mitä asioita arvioit muistisairaalta henkilöltä? (valitse 1 tai useampi)

- Puheen ymmärtäminen
- Puheen tuottaminen
- Eleiden ja ilmeiden käyttö
- Spontaani keskustelu
- Kerronta
- Nimeäminen
- Lukeminen
- Kirjoittaminen
- Käytännön ohjeiden ymmärtäminen

LIITE 1 JATKUU

LIITE 1

- Vuorovaikutus-/ sosiaaliset taidot
- Äänentuotto
- Motoriikka
- Nieleminen

Jotain muuta, mitä?

Mitä arviointimenetelmiä käytät? (valitse 1 tai useampi)

- CERAD -kognitiivinen tehtäväsarja
- MMSE (Mini-Mental State Examination)
- BDAT (Bostonin diagnostinen afasiatutkimus)
- WAB (Western Aphasia Battery)
- BNT (Bostonin nimentätesti)
- Token-testi
- LAT (Lyhyt afasiatutkimus)
- Nopean sarjallisen nimeämisen testi
- Sarjakuvakerronta
- Fluenssit eli sanasujuvuustehtävät
- Pizzamiglio
- BAT (Bilingual Aphasia Test eli Paradisin kaksikielisyystesti)
- ABCD (Arizona Battery for Communication Disorders of Dementia)
- KAT-testi (Entiset lisätehtävät)
- INCH-lomake (Vuorovaikutuksen arviointimenetelmä puhetta tukevaan kommunikaatioon)
- CETI (Kommunikaation tehokkuuden arviointi)
- CAL (Kommunikaation aktiivisuuden itsearviointi)
- Muistikysely asiakkaalle tai läheiselle
- Äänentuoton arviointimenetelmät
- Frenchayn dysartriatutkimus

Muu, mikä/mitkä?

Puheterapeuttinen kuntoutus

Mitä muistisairaahan ihmisen puheterapiaan sinun työssäsi sisältyy?

LIITE 1 JATKU

LIITE 1

Kuntoutusmuoto on yleensä

- Suora terapia
- Epäsuora terapia

Suora terapia on yleisemmin

- Yksilöterapiaa
- Ryhmämuotoista terapiaa

Mikä on mielestäsi epäsuoran terapian tavoite? (valitse 1 tai useampi)

- Muiden muistisairaahan ihmisen kuntoutuksesta vastaavien ammattilaisten neuvonta tai konsultointi
- Hoitohenkilökunnan koulutus
- Fyysisen ympäristön muokkaaminen muistisairaahan ihmisen tarpeille sopivammaksi
- Lähi-ihmisten ohjaaminen tai neuvonta
- Kommunikoinnin apuvälineiden tarpeen selvittäminen, hankkiminen ja opastaminen

Muu, mikä?

Mitä muistisairaalle ihmiselle antamasi puheterapia sisältää? (valitse 1 tai useampi)

- Puheterapiaharjoitusten tekeminen
- Kuvakansion, kalenterin tai muiden kommunikoinnin apuvälineiden laatiminen/esittely
- Seurantakäynnit
- Ohjaus ja neuvonta
- Kotitehtävät
- Nielemisskuntoutus
- Ääniterapia
- Dysartriaterapia

Jotain muuta, mitä?

Mitä omaisiin kohdistuvaan terapiaan kuuluu? (valitse 1 tai useampi)

- Puhetta tukevien ja korvaavien menetelmien käytön opettaminen

LIITE 1 JATKUU

LIITE 1

- Ohjaus muistisairaahan ihmisen kanssa kommunikointiin
- Ohjeiden antaminen muistisairaahan ihmisen turvalliseen ruokailuun ja nielemiseen
- Muistisairaahan aiheuttamien kielellisten vaikeuksien selostaminen lähi-ihmisille
- Ohjaus muistisairaahan ihmisen äänenkäyttöön
- Ohjaus muistisairaahan ihmisen apraksian ja/tai dysarthrian kuntoutukseen

Jotain muuta, mitä?

Muistisairaahan ihmisen terapiajakson pituus on useimmiten

1 kerta
2-5
5-10
10-15
15-20
yli 20 kertaa
Seuranta tarpeen mukaan, ei jaksoa

Tapaamisia on

Seurantatyyppisesti 3-12 kuukauden välein
1-3 kertaa kuukaudessa
Kerran viikossa
2-3 kertaa viikossa
yli 3 kertaa viikossa

Terapiakerran kesto on yleensä

30 min
45 min
60 min
90 min
Jokin muu

Jokin muu, mikä?

Teetkö vastaanottotyön lisäksi myös kotikäyntejä?

Kyllä
En

Jos teet, mitä kotikäynneillä tehdään?

Seuraatko muistisairasta asiakasta kontrollikäynnein jakson jälkeen?

LIITE 1 JATKUU

LIITE 1

Kyllä
En

Kyllä, kuinka monta käyntiä?

Teetkö yhteistyötä myös seuraavien tahojen kanssa? (valitse kaikki, joiden kanssa olet tehnyt yhteistyötä muistisairaahan ihmisen hoitoon liittyen)

- Puheterapeutti
- Neurologi
- Geriatri
- Muun erikoisalan lääkäri
- Neuropsykologi
- Psykologi
- Hoitaja (sairaanhoitaja/perushoitaja)
- Fysioterapeutti
- Toimintaterapeutti
- Ravitsemusterapeutti
- Sosiaalityöntekijä
- Kotihoito
- Muistihoitaja

Joku muu taho, mikä?

Taustatiedot

Sukupuoli

Nainen
Mies

Syntymävuosi

Tutkinto/koulutus

HuK (Humanististen tieteiden kandidaatti) + kliininen kurssi
FM (Filosofian maisteri)
FL (Filosofian lisensiaatti)
FT (Filosofian tohtori)
Jokin muu

Jokin muu, mikä?

LIITE 1 JATKUU

LIITE 1

Valmistumisvuosi

Työkokemus

alle 1 vuosi
1-5 vuotta
5-10 vuotta
10-15 vuotta
yli 15 vuotta

Nykyinen työpaikka/-tehtävä

- Terveyskeskus
- Kaupunginsairaala
- Keskussairaala
- Yliopistosairaala
- Yksityinen sektori
- Yksityinen ammatinharjoittaja
- Erityiskuntoutuslaitos
- Jokin muu

Jokin muu, mikä?

Millä alueella työskentelet puheterapeuttina?

Etelä-Suomen lääni (pääkaupunkiseutu)
Etelä-Suomen lääni (muu kuin pääkaupunkiseutu)
Itä-Suomen lääni
Länsi-Suomen lääni
Pohjois-Suomen lääni

Suurin asiakasryhmä

Lapset
Nuoret
Aikuiset
Ikäntyneet
Ei selvää ikäjakamaa

Työssäni kohtaan muistisairaita

Vuosittain
Kuukausittain
Viikoittain
Päivittäin

Onko opintoihisi kuulunut muistisairauksia koskeva opintokokonaisuus?

LIITE 1 JATKUU

LIITE 1

Kyllä
Ei

Kyllä, minkälainen? Esim. kurssi(e)n nimi ja laajuus

Oletko hankkinut lisäkoulutusta muistisairaiden ihmisten puheterapiaan liittyen?

Kyllä
En

Kyllä, minkälaista? Esim. kurssi(e)n nimi ja laajuus

Olisiko muistisairauksiin liittyvän koulutuksen järjestäminen mielestäsi tarpeellista?

Kyllä
Ei

Jos vastasit kyllä, millaista koulutusta toivoisit?

Tähän voit lopuksi kirjoittaa mahdollisia kommentteja tai lisätietoja. Sana on vapaa, ole hyvä!

LIITE 2: AVOIMIEN KYSYMYSTEN TEEMOITTELU

Vastaajilta kysyttiin, miten muistisairaat ihmiset ohjautuvat puheterapiaan siinä organisaatiossa, jossa he työskentelevät. Olen tiivistänyt tämän kohdan vastauksissa esille nousseet asiat teemoiksi. Kohdalla ”mainintoja” tarkoitetaan sitä, kuinka moni vastaajista oli maininnut kyseisen asian.

miten ohjautuvat?	esim.	mainintoja
eivät ohjaudu	<ul style="list-style-type: none">• kuntoutussuunnitelmia muistisairaiden asiakkaiden osalta ei tule	5
lääkärin läheteellä	<ul style="list-style-type: none">• neurologi• geriatri• muu erikoislääkäri• terveyskeskuslääkäri• omalääkäri• eri poliklinikoilta	49
ilman lähetettä	<ul style="list-style-type: none">• lähete ei tarpeellinen• muun hoitohenkilökunnan kautta	8
omaisten aloitteesta	<ul style="list-style-type: none">• omaisen yhteydenotosta• potilaan yhteydenotosta	9
muuta kautta	<ul style="list-style-type: none">• kotihoito• erikoissairaanhoito• muistikoordinaattori tai -hoitaja• kollega• terveyskeskus- tai neuropsykologi• kuntoutustyöryhmä	15
osastoilta	<ul style="list-style-type: none">• vuodeosastoilta• kuntoutusosastoilta• muistiosastoilta	11

LIITE 2 JATKUU

LIITE 2

Vastaajilta kysyttiin, mitkä ovat yleisimpiä diagnooseja heidän vastaanotolleen tulevalla muisti-sairaalla asiakkaalla.

diagnoosi	mainintoja
AVH (kaksi mainitsi vain aivoinfarktin)	26
Alzheimerin tauti	18
Parkinsonin tauti	17
afasia	16
PPA eri muotoineen:	3
• semanttinen PPA (semanttinen dementia)	1
• etenevä sujumaton afasia	7
• etenevä afasia	5
dysfagia	9
ei vielä diagnoosia	9
vaskulaarinen dementia	6
dementia yleisesti mainittuna	4
frontotemporaalinen dementia	4
dysartria	4
aivovamma	4
monisysteemiatrofia (MSA)	4
juveniili neuronaalinen seroidi-lipofuskiinosis (JNCL-tauti)	3
parkinsonismi:	2
• PSP	3
• kortikobasaalinen degeneraatio (CBD)	2
harvinaiset neurologiset sairaudet	2
enkefaliitin jälkitila	2
MS-tauti	2
Huntingtonin tauti	2
ALS	1
diabetes	1
Lewyn kappale -tauti	1
etenevä sairaus	1
alkoholin liikakäytöstä aiheutunut dementia	1
sekamuotoinen muistisairaus	1
myöhäinen lapsuusiän neuronaalinen seroidilipofuskiinosis (LINCL-tauti)	1
putoamistrauman aiheuttama	1
lukuisia erilaisia harvinaisia diagnooseja	1
pään trauma	1
meningiitin jälkitila	1
aivoverisuonimalformaatio	1
kehitysvammaisuus	1

LIITE 2 JATKUU

LIITE 2

Vastaajilta kysyttiin, mitä muistisairaahan henkilön puheterapeuttiseen arvioon heidän työssään kuuluu. Vastaukset on ryhmitelty niistä nousseiden teemojen perusteella. Vastaukset olivat seuraavanlaisia:

mitä arvioon kuuluu?	esim.	mainintoja
kielellinen arvio	<ul style="list-style-type: none">• kielellisten toimintojen arviointi (kuten puheen ymmärtäminen ja tuottaminen)• kielelliset testit• puhemotorinen arviointi	48
vuorovaikutuksen ja kommunikation arvio	<ul style="list-style-type: none">• arkikommunikoinnin arviointi• kommunikointikeinot• keskustelutaidot	17
nielemisarvio	<ul style="list-style-type: none">• nielemisen arviointi ja ohjeistus• oraalimotoriikan arviointi	23
haastattelu	<ul style="list-style-type: none">• asiakkaan, lähi-ihmisten ja/tai hoitohenkilökunnan haastattelu• arjen sujumisen selvittäminen	26
terapiatarpeen arvio	<ul style="list-style-type: none">• puheterapian tarpeellisuuden ja hyödyn arviointi• jatkokuntoutussuunnitelman laatiminen ja järjestäminen	12
kommunikoinnin apuvälineiden tarpeen arvio	<ul style="list-style-type: none">• AAC-keinoista hyötymisen ja niiden käyttötaitojen arvio• lähi-ihmisten ohjaaminen• AAC-keinojen käytön seuranta	8

LIITE 2 JATKUU

LIITE 2

Vastaajilta kysyttiin, mitä muistisairaille henkilöille suunnattuun puheterapiaan heidän työssään sisältyy. Vastaukset ryhmiteltiin teemoihin ja ne rakentuivat seuraavanlaisesti:

puheterapian sisältö	esim.	mainintoja
kielellisen arvion tekeminen/testaus	<ul style="list-style-type: none">• arviointi• tutkiminen• diagnosointi• konsultoiva työ• kuntoutusselvitys	17
nielemiseen liittyvä	<ul style="list-style-type: none">• nielemisohjaus• nielemistoimintojen kuntoutus• nielemisen ja ravitsemuksen arviointi ja seuranta	12
suora terapia	<ul style="list-style-type: none">• yksilö- tai ryhmäterapia• kielellinen kuntoutus• äänen ja artikulaation kuntoutus	20
epäsuora terapia	<ul style="list-style-type: none">• omaisten, potilaan tai hoitohenkilökunnan ohjaaminen ja neuvonta• AAC-menetelmien ohjaus• tiedon jakaminen• ohjeistus arkeen ja kommunikointiin	56
seuranta ja jatko-ohjaus	<ul style="list-style-type: none">• seuranta• jatkoon (kuten apuvälineyksikköön) ohjaaminen	13

LIITE 2 JATKUU

LIITE 2

Vastaajilta kysyttiin, mitkä tekijät heidän työssään vaikuttavat puheterapian toteutumiseen. Vastaukset ryhmiteltiin teemoihin ja ne jakautuivat seuraavanlaisesti:

terapian toteutumiseen vaikuttavat tekijät	esim.	mainintoja
omaiset	<ul style="list-style-type: none">• lähi-ihmisten aktiivisuus, motivoituneisuus ja heidän antamansa tuki muistisairaalle henkilölle	10
resurssit/priorisointi	<ul style="list-style-type: none">• aika• työmäärä• kiire• asiakkaiden priorisointi• puheterapeuttien määrä ja työnkuva• palveluiden järjestäminen	30
muut sairaudet	<ul style="list-style-type: none">• pelkän muistisairauden vuoksi puheterapiaan ei tule asiakkaita• muistisairaus sekundaarisena• muistisairaajat ihmiset usein iäkkäitä ja monisairaita	14
potilaan kokonaistilanne/jaksaminen	<ul style="list-style-type: none">• muistisairauden vaihe ja vaikeusaste• muut terveydelliset ja henkiset tekijät• muut kognitiiviset toiminnot• asiakkaan kokonaistilanne• vastaanotolle saapumisen onnistuminen	25
tiedon puute/vähäisyys	<ul style="list-style-type: none">• vähäinen tieto muistisairaiden kuntouttamisesta• koulutuksen puute	14
hoitoon pääsy (muistisairaanhenkilön kannalta)	<ul style="list-style-type: none">• terapian saatavuus• asiakkuuskriteerit• jatkosuositusten noudattamatta jättäminen• pääsy puheterapiaan (kuljetus ja asuinpaikka)	8
puheterapiaan ohjautumisen/lähetteet	<ul style="list-style-type: none">• lähettävän tahon arvio• muistisairaanhenkilön ohjautuminen puheterapiaan• lähetteiden vähäisyys muistisairaiden henkilöiden puheterapiaan liittyen	20
kuntoutuksen hyödyllisyys	<ul style="list-style-type: none">• pitkälle edenneessä muistisairaudessa puheterapiaa ei aloiteta• kuntoutuksesta selkeämmin hyötывät menevät etusijalle	6