

# **Muistisairaiden henkilöiden puheterapia Suomessa: ohjautuminen, arviointi, kuntoutus ja asenteet**

Logopedian  
pro gradu -tutkielma

Laatija:  
Katariina Lammela

25.9.2025  
Turku

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu  
Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä.

Tämän opinnäytetyön tekemisessä on apuna käytetty generatiivista tekoälyä. Tekoälyä on käytetty ideointiin, asioiden pohdintaan ja se on ollut tukena tieteellisen tiedon etsimisessä. Tekoälyn käyttö on ollut osa prosessia, mutta mikään tietty työn osa ei ole pelkästään tekoälyn tuottama.

Pro gradu -tutkielma

**Tutkinto-ohjelma, oppiaine:** Humanististen tieteiden kandidaatti ja filosofian maisteri, logopedia

**Tekijä:** Katariina Lammela

**Otsikko:** Muistisairaiden henkilöiden puheterapia Suomessa: ohjautuminen, arviointi, kuntoutus ja asenteet

**Ohjaajat:** Kliininen opettaja, logopedia, FM, laillistettu puheterapeutti Pia Lindevall ja väitöskirjatutkija, logopedia, FM, laillistettu puheterapeutti, yliopisto-opettaja, logopedia, MA Ida Luotonen

**Sivumäärä:** 44 sivua + 9 liitesivua

**Päivämäärä:** 25.9.2025

Tämän pro gradu -tutkielman tavoitteina oli selvittää muistisairaiden henkilöiden ohjautumista puheterapiaan ja muistisairaiden henkilöiden puheterapeuttisen arvioinnin ja kuntoutuksen sisältöjä Suomessa. Lisäksi tutkielmassa selvitettiin puheterapeuttien asenteita muistisairaita henkilöitä kohtaan Suomessa.

Tutkimus toteutettiin sähköisenä kyselytutkimuksena REDCap (Research Electronic Data Capture) -järjestelmässä. Tutkimusaineisto kerättiin 5.–31.3.2025. Kyselyyn vastasi yhteensä 102 puheterapeuttia, joista 20 työskenteli muistisairaiden henkilöiden ja 82 ainoastaan muiden asiakasryhmien kanssa. Näiden kahden ryhmän käsityksiä muistisairaiden henkilöiden puheterapiaan ohjautumisesta selvitettiin tarkastelemalla vastausten frekvenssejä ja prosenttiosuuksia sekä käsitysten eroavaisuuksia  $\chi^2$ -testillä. Muistisairaiden henkilöiden kanssa työskentelevien puheterapeuttien käsityksiä puheterapeuttisen arvioinnin ja kuntoutuksen sisällöistä selvitettiin kvantitatiivisesti tarkastelemalla vastausten frekvenssejä ja prosenttiosuuksia. Avoimet vastaukset analysoitiin käyttäen aineistolähtöistä teemoittelua. Koko tutkimusjoukon asenteita muistisairaita henkilöitä kohtaan selvitettiin The Dementia Attitudes Scale- kyselyn avulla. Kahta tutkittavaa ryhmää vertailtiin t-testillä.

Puheterapeuteista suurin osa ei tiennyt ohjautuvatko tai oli siinä käsityksessä, että muistisairaot henkilöt eivät ohjautuneet puheterapiaan. Niiden puheterapeuttien, joiden mukaan muistisairaot henkilöt ohjautuivat puheterapiaan, yleisin puheterapiaan ohjaava taho oli erikoislääkäri.

Muistisairaiden henkilöiden puheterapeuttiseen arviointiin sisältyi muistisairaiden henkilöiden kanssa työskentelevien puheterapeuttien käsitysten mukaan lähes aina asiakkaan haastattelua, havainnointia, testimuotoista arviointia ja asiakkaan lähitoimijoiden haastattelua. Muistisairaiden henkilöiden kuntoutuksessa kaikki muistisairaiden henkilöiden kanssa työskentelevät puheterapeutit raportoivat käyttävänsä kuntoutusmuotona epäsuoraa terapiaa ja lähes kaikki suoraa terapiaa. DAS-mittarin vastausten perusteella muistisairaiden henkilöiden kanssa työskentelevät puheterapeutit suhtautuivat muistisairaita henkilöitä kohtaan positiivisemmin kuin ainoastaan muiden asiakasryhmien kanssa työskentelevät puheterapeutit.

Tulosten perusteella muistisairaiden henkilöiden ohjautuminen puheterapiaan on puheterapeuteille melko epäselvää, sillä harvat puheterapeutit työskentelevät muistisairaiden henkilöiden kanssa. Resursseja ja tietoutta muistisairaiden henkilöiden kuntoutuksesta, kuten puheterapiasta, voisi olla tarpeen lisätä tulevaisuudessa, jotta muistisairaiden henkilöiden määrän kasvaessa muistisairaatt henkilöt kykenisivät ylläpitämään toimintakykyään mahdollisimman pitkään.

**Avainsanat:** muistisairaudet, puheterapia, muistisairaiden henkilöiden puheterapia, ohjautuminen, arviointi, kuntoutus, asenteet

# Sisällysluettelo

<b>1</b>	<b>Johdanto</b>	<b>6</b>
1.1	Muistisairauksien aiheuttama kognitiivis-kommunikatiivinen häiriö	8
1.2	Muistisairauksien aiheuttamat syömis- ja nielemistoimintojen muutokset	8
1.3	Muistisairaiden henkilöiden puheterapia	9
1.3.1	Muistisairaiden henkilöiden puheterapeuttinen arviointi	10
1.3.2	Muistisairaiden henkilöiden puheterapeuttinen kuntoutus	11
1.4	Terveystieteiden ammattilaisten asenteet muistisairaita henkilöitä kohtaan	13
1.5	Aiempi tutkimus muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalvelujen toteutumisesta	15
<b>2</b>	<b>Tutkimuskysymykset</b>	<b>18</b>
<b>3</b>	<b>Menetelmät</b>	<b>19</b>
3.1	Kysely	19
3.1.1	Muistisairaiden henkilöiden kanssa työskentelevät tutkittavat (ryhmä 1)	19
3.1.2	Ainoastaan muiden asiakasryhmien kanssa työskentelevät tutkittavat (ryhmä 2)	20
3.1.3	Asenteet	20
3.2	Tutkittavat	22
3.3	Aineiston käsittely ja analysointi	23
3.4	Tutkimuksen eettisyys	24
<b>4</b>	<b>Tulokset</b>	<b>25</b>
4.1	Muistisairaiden henkilöiden ohjautuminen puheterapiaan	25
4.2	Muistisairaiden henkilöiden kanssa työskentelevien käytännöt ja käsitykset puheterapeuttisesta arvioinnista	27
4.3	Muistisairaiden henkilöiden kanssa työskentelevien käytännöt ja käsitykset puheterapeuttisesta kuntoutuksesta	29
4.4	Ainoastaan muiden asiakasryhmien kanssa työskentelevien näkemykset ja käsitykset	31
4.5	Tutkittavien asenteet muistisairaita henkilöitä kohtaan	32
<b>5</b>	<b>Pohdinta</b>	<b>35</b>
5.1	Muistisairaiden henkilöiden ohjautuminen puheterapiaan	35

<b>5.2</b>	<b>Muistisairaiden henkilöiden puheterapeuttinen arviointi</b>	<b>37</b>
<b>5.3</b>	<b>Muistisairaiden henkilöiden puheterapeuttinen kuntoutus</b>	<b>38</b>
<b>5.4</b>	<b>Puheterapeuttien asenteet muistisairaita henkilöitä kohtaan</b>	<b>40</b>
<b>5.5</b>	<b>Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitteet</b>	<b>41</b>
<b>5.6</b>	<b>Kliininen merkitys ja jatkotutkimusehdotukset</b>	<b>42</b>
<b>5.7</b>	<b>Johtopäätökset ja tulevaisuuden näkymät</b>	<b>43</b>
	<b>Lähteet</b>	<b>45</b>
	<b>Liite 1. Avointen vastausten ryhmittely suoraan terapiaan liittyen</b>	<b>54</b>
	<b>Liite 2. Avointen vastausten ryhmittely epäsuoraan terapiaan liittyen</b>	<b>56</b>
	<b>Liite 3. Avointen vastausten ryhmittely ”Työskentelisin muistisairaiden henkilöiden kanssa, jos...”- kysymykseen</b>	<b>58</b>

# 1 Johdanto

Muistisairaudet ovat eteneviä aivosairauksia, jotka aiheuttavat sairastuneille henkilöille kognitiivisten toimintojen ja käyttäytymisen muutoksia, kuten toiminnanohjauksen, muistin, omatoimisuuden, työkyvyn, itsenäisen kotona toimimisen ja/tai sosiaalisten suhteiden heikentymistä (Gale ym., 2018; Hallikainen ym., 2019; Tarnanen ym., 2024). Muistisairauksien edetessä muistisairaista henkilöistä itsestään ja heidän asioistaan sekä kommunikoinnin sujumisesta huolehtiminen siirtyvät yleensä lähitoimijoiden vastuulle (Mönkäre, 2019; Mönkäre & Immonen, 2019). Lähitoimijoilla tarkoitetaan muistisairaahan henkilön perhettä, sukulaisia, ystäviä, tuttavien ja/tai häntä hoitavia, ohjaavia ja tukevia henkilöitä. Edenneen muistisairauden loppuvaiheessa muistisairaajat henkilöt tarvitsevat jatkuvasti apua itsestään ja asioistaan huolehtimiseen. Kun kotona asuminen ei enää onnistu lähitoimijoiden tuesta huolimatta, muistisairaajat henkilöt tarvitsevat paikan joko palveluasumisen - tai ympäri vuorokauden hoitoa tarjoavan tehostetun palveluasumisen yksikössä (Pihlakari, 2019).

Yleisimpiä muistisairauksia Suomessa ovat Alzheimerin tauti, aivoverenkiertosairauden muistisairaus, Lewyn kappale -tauti, otsa-ohimolohkorappeumat ja Parkinsonin taudin muistisairaus (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2023; Tarnanen ym., 2024). Alzheimerin taudin osuus kaikista diagnosoiduista muistisairauksista on 60–70 %, aivoverenkiertosairauden muistisairauden 15–20 %, Lewyn kappale -taudin 10–15 %, otsa-ohimolohkorappeumien noin 5 % ja Parkinsonin taudin muistisairauden 3–4 % (Karrasch ym., 2020; Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2023; Viramo & Sulkava, 2015).

Muistisairausdiagnoosin saa Suomessa vuosittain keskimäärin 23 000 henkilöä ja tällä hetkellä Suomessa arvioidaan olevan vähintään 150 000 henkilöä, joilla on diagnosoitu muistisairaus (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2023; Tarnanen ym., 2024). Huomattava osa muistisairauksista jää kuitenkin diagnosoimatta (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2023). Muistisairauksien insidenssi eli ilmaantuvuus kasvaa ihmisten ikääntyessä (Viramo & Sulkava, 2015). Koskisen (2021) ja Tilastokeskuksen (2024) mukaan Suomen väestö ikääntyy ihmisten kasvaneesta elinajanodotteesta ja alhaisesta syntyvyydestä johtuen. Väestömme ikääntymisen ja ikääntymiseen liittyvien riskitekijöiden, kuten suurentuneen riskin sairastua muistisairauteen, seurauksena muistisairaiden henkilöiden määrä tulee kasvamaan maassamme tulevaisuudessa (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2023). Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen (THL) (2024) arvion mukaan vuonna 2040 muistisairaita henkilöitä tulee olemaan Suomessa noin 247 000.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön (STM) (2024) laatusuosituksen mukaan väestön ikääntymisestä johtuvaa palveluiden rahoitustarpeen kasvua tulee pyrkiä hallitsemaan, jotta tulevaisuudessa palvelujärjestelmässä olisi kapasiteettia tarjota riittävät palvelut niitä tarvitseville. Tähän tavoitteeseen

pääsemiseksi yhtenä keinona on ikääntyneen väestön kotona pärjäämisen tukeminen mahdollisimman pitkään (STM, 2024). Kotona pärjäämistä tulee laatusuosituksen mukaan edistää toimintaympäristöjen toimivuutta parantamalla sekä tunnistamalla ikääntyneen väestön fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja turvallisuuden riskitekijöitä (STM, 2024). Riskeihin tulee puuttua ennakoivasti ja oikea-aikaisesti sekä tarjota palveluita asiakaslähtöisesti ja ennaltaehkäisevästi (STM, 2024). Ennaltaehkäisevien palveluiden tulee viivästyttää raskaiden palvelujen, kuten ympärivuorokautisen hoidon, tarvetta (STM, 2024). Sosiaalihuoltolain 1301/2014 mukaan ikääntyneen väestön tulee tarpeen mukaan saada kotihoitoa ja tukipalveluja, kuten sosiaalista kanssakäymistä edistäviä tai tukevia palveluja.

Vanhuspalvelulain 980/2012 mukaan hyvinvointialueiden tulee palvelutarpeen ilmaantuessa arvioida ikääntyneen väestön palvelutarpeita ja toimintakykyä RAI-järjestelmää (Resident Assessment Instrument) käyttäen (STM, 2024). Ikääntyneellä väestöllä tarkoitetaan henkilöitä, jotka ovat vanhuuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä (Vanhuspalvelulaki 980/2012). RAI-järjestelmän avulla voidaan luoda kattavasti ja yksilöllisesti ikääntyneille henkilöille asiakas-, hoito- ja kuntoutussuunnitelmat (STM, 2024). RAI-arvioinnissa selvitetään ikääntyneiden henkilöiden fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä sekä vointia, voimavaroja ja elämäntilannetta (THL, 2025a). Arvioinnin perusteella luodaan suunnitelmat ikääntyneiden henkilöiden tarpeiden mukaisista toimenpiteistä, kuten henkilöiden ohjaamisesta heidän toimintakykyään tukeviin toimintoihin tai hoitoihin, palveluihin ja/tai kuntoutukseen (THL, 2025a). STM:n (2024) laatusuosituksen aktiivisen ja toimintakykyisen ikääntymisen ja kestävien palvelujen turvaamiseksi 2024–2027 mukaan

”Fyysisen toimintakyvyn, kognition, aistien, muistin tai mielialan heikentyessä ikääntynyt on ohjattava kuntoutuksellisen tuen äärelle ja järjestettävä tarpeelliseksi katsotut kuntoutuksen tukipalvelut ja apuvälineet.”

STM:n (2024) laatusuosituksen perusteella ikääntyneen väestön tulisi täten saada yksilöllisten tarpeiden mukaan kuntoutusta, kuten puheterapiaa. Puheterapian osalta ikääntyneet henkilöt saavat palveluita joko liian vähän tai eivät ollenkaan tarpeesta huolimatta (Suomen Puheterapeuttiliitto, 2017; Mäkelä, 2018). Muistisairaiden henkilöiden kohdalla puheterapian tarvetta ja hyödyllisyyttä ei aina tunnisteta (Kettunen & Sylvelin, 2024; Kohonen, 2014) eivätkä muistisairaatt henkilöt siten ohjaudu puheterapiaan (Korpijaako-Huuhka, 2022). Yhtenä syynä ikääntyneiden ja muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluiden puutteellisuuteen ovat myös puheterapeuttien ja resurssien vähyys, jolloin liikenevät puheterapiaresurssit kohdistetaan ensisijaisesti alle kouluikäisiin lapsiin (Suomen Puheterapeuttiliitto, 2017).

Tämän tutkielman tavoitteina oli selvittää muistisairaiden henkilöiden ohjautumista puheterapiaan ja muistisairaiden henkilöiden puheterapeuttisen arvioinnin ja kuntoutuksen sisältöjä Suomessa. Lisäksi tutkielmassa selvitettiin puheterapeuttien asenteita muistisairaita henkilöitä kohtaan Suomessa.

## **1.1 Muistisairauksien aiheuttama kognitiivis-kommunikatiivinen häiriö**

Kognitiivis-kommunikatiivisilla häiriöillä tarkoitetaan verbaalisen tai nonverbaalisen kommunikointitavan vaikeuksia, mitkä johtuvat kognitiivisten toimintojen häiriöstä (American Speech-Language-Hearing Association (ASHA), ei pvm., viitattu lähteessä Ambiado-Lillo & García-Hilaja, 2024). Kommunikointitapoihin kuuluvat kaikki kommunikoinnin osa-alueet: puhuminen, kirjoittaminen, elehtiminen, kuunteleminen ja lukeminen (Ambiado-Lillo & García-Hilaja, 2024). MacDonaldin (2017) kognitiivis-kommunikatiivisen mallin mukaan onnistunut kommunikointi koostuu osatekijöistä, joihin kuuluvat yksilö- ja ympäristötekijät sekä kognitiiviset, kommunikatiiviset, fyysiset ja emotionaaliset tekijät. Mallin avulla voidaan tunnistaa kommunikointiin vaikuttavia osatekijöitä, joihin tulisi kiinnittää huomiota ja joihin tulisi kohdentaa arviointia sekä kuntoutusta (MacDonald, 2017). Muistisairauden aiheuttama kognitiivis-kommunikatiivinen häiriö heikentää muistisairaahan henkilön kommunikoinnin joustavuutta ja tehokkuutta sekä hidastaa ja vaikeuttaa kommunikointia, jolloin henkilön on vaikeaa ilmaista tarpeitaan, tunteitaan ja mielipiteitään lähitoimijoille ymmärrettävällä tavalla (Dooley & Walshe, 2019). Kognitiivis-kommunikatiivinen häiriö voi aiheuttaa vaikeutta ymmärtää sanoja ja käsitteitä sekä monimutkaisia kielellisiä ilmauksia kognitiivisten toimintojen, kuten muistin toiminnanohjauksen ja tarkkaavuuden heikentymisen sekä vireyden vaihtelun vuoksi (Ervast & Raukola-Lindblom, 2025; Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2023). Ilmaisut ja lauseet muuttuvat usein lyhyiksi ja yksinkertaisiksi ja kerronta vaikeasti seurattavaksi sana- ja käsitevaraston pienenemisen sekä mieleen palauttamisen haasteiden takia (Ervast & Raukola-Lindblom, 2025). Kognitiivis-kommunikatiivinen häiriö voi vaikuttaa muistisairaahan henkilön psykososiaaliseen elämään, kuten pärjäämiseen sosiaalisissa suhteissa, jolloin muistisairaalla henkilöllä saattaa ilmetä kommunikoinnin haasteita kuten sanahaun vaikeutta tai liiallista puhumista (Togher ym., 2023). Sosiaalisissa suhteissa pärjäämisen vaikeuden vuoksi lähitoimijat saattavat alkaa välttelemään muistisairasta henkilöä (Togher ym., 2023).

## **1.2 Muistisairauksien aiheuttamat syömis- ja nielemistoimintojen muutokset**

Kaikki muistisairaudet voivat edetessään aiheuttaa sairastuneille henkilöille dysfagiaa eli nielemisvaikeuksia, jotka voivat johtaa nielemiskapasiteetin menetykseen ja oraalisen ravinnonoton vähenemiseen (Cohen ym., 2020). Tiedonkäsittelyn, toiminnanohjauksen ja visuaalisen hahmottamisen heikentyessä muistisairauteen sairastuneella henkilöllä saattaa olla vaikeuksia tunnistaa lautasella oleva ruoka ruuaksi, ohjata toimintaansa pilkkomalla ruoka lautasella haarukkaa ja veistä käyttäen, ottaa

aterimeen sopiva annos ruokaa, ohjata ruoka aterimella suuhun, pureskella ruoka pienemmäksi ja yhtenäiseksi massaksi sekä lopuksi nielaista ruoka ruokatorveen (Cipriani ym., 2016; Payne & Morley, 2018). Muistisairauteen sairastuneen henkilön syömis- ja nielemistoimintojen muutokset voivat johtaa nestehukkaan, aliravitsemukseen, painon laskuun ja aspiraatiopneumoniaan (Cohen ym., 2020; Payne & Morley, 2018; Rogus-Pulia ym., 2015). Wirth (2016) tutkimusryhmineen havaitsivat muistisairailta henkilöillä olevan suurentunut riski kuolla keuhkokuumeeseen muita sairauksia sairastaviin verrattuna. Muistisairailta henkilöillä ilmenevän dysfagian on havaittu heikentävän tämän asiakasryhmän hoitotuloksia, pidentävän sairaalajaksojen pituutta, lisäävän tarvetta leikkausta vaativaan hoitoon ja kalliimpia hoitokuluja (Paranji ym., 2017).

### **1.3 Muistisairaiden henkilöiden puheterapia**

Lanzi ym. (2021) näkee puheterapian tärkeänä osana muistisairaiden henkilöiden kokonaisvaltaista hoitoa ja kuntoutusta, sillä niin kuin kenen tahansa moniammatillista hoitoa ja kuntoutusta tarvitsevan henkilön, muistisairaiden henkilöiden hoito ja kuntoutus perustuvat vahvasti kieleen ja kommunikointiin. ASHA:n (ei pvm.-a) mukaan puheterapeutin tulee muun muassa arvioida, diagnosoida ja hoitaa asiakaslähtöisesti muistisairauksiin liittyviä kognitiivis-kommunikatiivisten toimintojen sekä syömis- ja nielemistoimintojen häiriöitä ja olla mukana luomassa muistisairaille henkilöille kuntoutussuunnitelmia osana moniammatillista työryhmää. Asiakaslähtöinen ja moniammatillinen työskentely toimivat perustana vaikuttavalle ja tehokkaalle muistisairaiden henkilöiden hoidolle ja kuntoutukselle (Galvin ym., 2014). Puheterapeutin tulee tarjota muistisairaille henkilöille puheterapiaa sekä kognitiivis-kommunikatiivisten toimintojen että syömis- ja nielemistoimintojen ylläpitämiseksi ja kompensoimiseksi (ASHA, ei pvm.-a). Puheterapeuttien on lisäksi tärkeää valmistella sekä muistisairasta henkilöä että hänen lähitoimijoitaan muistisairauden etenemiseen, jotta muistisairas henkilö itse voi kertoa omista toiveistaan tulevaisuutensa suhteen ja lähitoimijat voivat saada tietoa etenevää muistisairautta sairastavan henkilön kanssa elämisestä ja/tai pärjäämisestä (Lanzi ym., 2021).

Kun muistisairas henkilö on saanut muistisairausdiagnoosin, hänen tulisi päästä palvelutarpeen arviointiin (Hallikainen & Mönkäre, 2025). Lähitoimijan läsnäolo arvioinnissa on merkityksellistä, sillä muistisairas henkilö ei välttämättä itse osaa kertoa arvioinnin kannalta olennaisia asioita tai hänellä voi ilmetä oiretiedostamattomuutta (Arvanitakis ym., 2019) eikä siten koe toimintakyvyssään tapahtuneen muutoksia. Palvelutarpeen arvioinnin perusteella muistisairaalle henkilölle tehdään hoito- ja palvelusuunnitelma, jota tulisi päivittää säännöllisesti (Hallikainen & Mönkäre, 2025). Palvelutarpeen säännöllisellä arvioimisella voidaan turvata muistisairaahan henkilön tarpeellisten palvelujen oikea-aikainen saatavuus (Hallikainen & Mönkäre, 2025), kuten pääsy puheterapiapalveluihin.

Kuntoutus on toimintaa, jolla pyritään mahdollistamaan kuntoutujien paras mahdollinen toimintakyky (Gitlin, 2010, viitattu lähteessä Maki ym., 2018). Muistisairaiden henkilöiden puheterapian tavoitteena on pyrkiä ylläpitämään kuntoutujien toimintakykyä ja elämänlaatua mahdollisimman pitkään sairauden etenevästä luonteesta huolimatta (Gitlin, 2010, viitattu lähteessä Maki ym., 2018). Muistisairaiden henkilöiden kuntoutuksen lähestymistapoja voivat olla suora ja epäsuora terapia (Hopper ym., 2015) sekä metaterapia (Helou, 2017). Suoralla terapialla tarkoitetaan toimintaa, jossa muistisairas henkilö harjoittelee uutta toimintatapaa tai kompensatorisia keinoja pärjätäkseen toimintaympäristössään (Kimbarow & Wallace, 2023). Epäsuora terapia taas tarkoittaa muistisairaahan henkilön ympäristöön tehtäviä muutoksia, jotka tukevat henkilön pärjäämistä hänen toimintaympäristössään (Bayles & Tomoeda, 2014). Ympäristön muutokset voivat olla fyysiseen tai kieliympäristöön tehtäviä muutoksia (Bayles & Tomoeda, 2014). Metaterapia taas on asiakkaan ja puheterapeutin välistä keskustelua, jonka avulla puheterapeutti voi ohjata puheterapiaprosessia sekä mahdollistaa asiakkaan itsereflektoinnin omista ajatus- ja toimintatavoistaan ja niiden muutostarpeista (Helou, 2017). Metaterapia voi olla muun muassa puheterapiassa tehtävien harjoitusten ja kompensatiokeinojen tarpeellisuuden perustelua asiakkaalle.

### 1.3.1 Muistisairaiden henkilöiden puheterapeuttinen arviointi

Puheterapeuttisessa arvioinnissa tulee hyvän kuntoutuskäytännön mukaisesti arvioida muistisairaahan henkilön toimintakykyä kokonaisvaltaisesti käyttämällä ICF-luokituksen (International Classification of Functioning, Disability and Health) osa-alueita (Kansaneläkelaitos [KELA], 2023). Arvioitavia osa-alueita ovat yksilö- ja ympäristötekijät, kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet sekä suoritukset ja osallistuminen (THL, 2025b), joita voidaan selvittää haastattelemalla muistisairasta henkilöä ja hänen lähitoimijoitaan. Muistisairaahan henkilön kognitiivis-kommunikatiivisten sekä syömis- ja nielemistoimintojen puheterapeuttinen arviointi voidaan toteuttaa haastattelemalla muistisairasta henkilöä ja hänen lähitoimijoitaan, havainnoimalla ja standardoiduilla testeillä (ShIPLEY & McAfee, 2025). ASHA:n (2004) mukaan hyvien puheterapiakäytäntöjen mukaisessa puheterapeuttisessa arvioinnissa tulisi käyttää sekä standardoituja että standardoimattomia testimuotoja asiakkaan tämänhetkisen tilan määrittämiseksi.

Kimbarow ja Wallace (2023) mainitsevat kognitiivis-kommunikatiivisten toimintojen arviointiin käytettyinä standardoituina arviointitesteinä Baylesin ja Tomoedan (2019) ABCD-2- (Arizona Battery for Cognitive-Communication Disorders, Second Edition) ja Kertezsin (2006) WAB-R-testistöt (Western Aphasia Battery-Revised). ABCD-2:n avulla voidaan seuloa ja arvioida henkilöitä, joilla on lievä tai keskivaikea kognitiivinen heikentyminen. ABCD-2-testistöön kuuluu näön, kuulon sekä luku- ja kirjoitustaidon seulat, kielellisen tuottamisen ja ymmärtämisen, verbaalisen episodisen muistin, semanttisen muistin, visuospatiaalisen konstruoinnin ja psyykkisen tilan osiot (Kimbarow & Wallace,

2023). WAB-R-testistön avulla voidaan arvioida primaarista muistisairauksia sairastavien henkilöiden kuullun ymmärtämistä, puheen ja kielen tuottoa, toistoa ja nimeämistä sekä luetun ymmärtämistä, kirjoittamista, motorista puheen tuottoa ja nonverbaalisia kognitiivisia toimintoja (Kimbarow & Wallace, 2023). ABCD-2- ja WAB-R-testistöjä ei ole suomennettu eikä standardoitu suomalaisille. WAB-R-testistön edeltäjä WAB-testistö (Western Aphasia Battery) on suomennettu, mutta sitä ei ole standardoitu muistisairaille henkilöille. Suomenkielille ja suomalaiselle väestölle standardoitua, nimenomaan muistisairaiden henkilöiden kognitiivis-kommunikatiivisten toimintojen arvioimiseen suunnattua arviointitestistöä ei ole saatavilla.

Syömis- ja nielemistoimintojen puheterapeuttisessa arvioinnissa ASHA (ei pvm.-c) suosittelee haastattelun ja havainnoinnin lisäksi käyttämään Belafskyn ym., (2008) Eating Assessment Tool (EAT-10) nielemisen oirekyselyä, josta on saatavilla suomeksi käännetty ja validoitu versio Finnish Version of the Eating Assessment Tool (F-EAT-10) (Järvenpää ym., 2022; Kuuskoski, 2025). EAT-10-kysely on helppo ja nopea toteuttaa (Belafsky ym., 2008). Kyselyssä on 10 kysymystä ja jokaiseen kysymykseen vastataan viisiportaisella asteikolla [vapaasti suomennettuna] 0 = ”ei vaikeutta” – 4 = ”merkittävä vaikeus” (Belafsky ym., 2008). ASHA (ei pvm.-c) suosittelee edellä mainittujen lisäksi standardoidun nielemistestin käyttöä, kuten DePippon ym., (1992) kolmen unssin eli 100 ml vedennielemistestiä (Alantie ym., 2024). Instrumentaalisten arviointimenetelmien, kuten Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing (FEES), käyttöä tulee harkita yksilöllisesti asiakkaan sietokyvyn ja ymmärryksen mukaan (ASHA, ei pvm.-c).

### 1.3.2 Muistisairaiden henkilöiden puheterapeuttinen kuntoutus

Muistisairaiden henkilöiden puheterapeuttisessa kuntoutuksessa suoraa ja epäsuoraa kuntoutusta voidaan yhdistellä toisiinsa ja näin pyrkiä optimoimaan kuntoutuksen tehokkuus (Kimbarow & Wallace, 2023). Muistisairaille henkilöille sopivia suoraa terapiamenetelmiä ovat muun muassa kognitiivinen stimulaatioterapia, realiteettiorientaatio-terapiatekniikka (engl. reality orientation), muisteluterapia, viivästetyn muistiin palautuksen harjoittelu (engl. spaced retrieval) sekä syömis-, syöttämis- ja/tai nielemistottumusten muokkaaminen (ASHA, ei pvm.-a). Epäsuora terapia taas voi sisältää lähitoimijoiden ohjausta ja neuvontaa, ympäristön muokkaamista sekä puhetta tukevien ja korvaavien keinojen käytön mallittamista ja käytön harjoittelua lähitoimijoiden kanssa (ASHA, ei pvm.-a).

Kognitiivis-kommunikatiivisten häiriöiden suorista kuntoutusmenetelmistä kognitiivinen stimulaatioterapia on tutkituin, näyttöön perustuva, lääkkeetön ja kustannustehokas psykososiaalinen ryhmäinterventio (Yates ym., 2018). Kaksi kertaa viikossa järjestettävien tapaamisten tavoitteina on tarjota muistisairaille henkilöille turvallinen ja virikkeellinen ympäristö, missä osallistujat saavat

ylläpidettyä kognitiivisia toimintojaan ja sosiaalisia suhteitaan tekemällä tiedonkäsittelyä vaativia tehtäviä ryhmässä (Rai ym., 2018). Desai ym. (2024) havaitsivat meta-analyysissään merkitsevää parannusta muistisairaiden henkilöiden tiedonkäsittelyssä, kuten työmuistissa sekä kielessä, kommunikoinnissa ja elämänlaadussa. Masennus- ja neuropsykiatriset oireiden ja muistisairauden oireiden vakavuusasteen havaittiin lieventyneen kognitiivisen stimulaatioterapiajakson jälkeen (Desai ym., 2024). Lobbia ym. (2019) löysivät katsauksessaan kohtuullista näyttöä kognitiivisen stimulaatioterapian vaikuttavuudesta ylläpitää muistisairaiden henkilöiden kognitiivisia toimintoja ja kieltä.

Muistisairaiden henkilöiden epäsuoraan terapiaan tulisi aina kuulua kognitiivis-kommunikatiivisten toimintojen osalta AAC-keinojen käytön harjoittelua sekä lähitoimijoiden opastamista niiden käyttöön (Fried-Oken ym., 2015). AAC-keinot tarkoittavat puhetta tukevia ja korvaavia keinoja (Rautakoski, 2017). AAC-keinojen käytöllä ja käytön harjoittelulla voidaan kompensoida muistisairaana henkilön kommunikointi- ja vuorovaikutustaitojen heikkenemistä (Bourgeois ym., 2010). Kommunikointi- ja vuorovaikutustaitojen heikentymistä kompensoimalla huolehditaan, että muistisairas henkilö kykenee tekemään ja osallistumaan itselleen tärkeisiin toimintoihin, pärjäämään itsenäisesti ja ylläpitämään elämänlaatuaan niin pitkään kuin mahdollista kognitiivisten toimintojen heikentymisestä huolimatta (Bourgeois & Hickey, 2009, viitattu lähteessä Fried-Oken ym., 2015; Bourgeois ym., 2010). ASHA (ei pvm.-b) jakaa AAC-keinot välineettömiin (engl. unaided) ja välineellisiin (engl. aided). Välineettömiä AAC-keinoja ovat muun muassa kehonkieli, eleet ja ääntely (ASHA, ei pvm.-b). Välineelliset AAC-keinot sisältävät jonkin kommunikoinnin apuvälineen, jotka jaetaan edelleen matalan ja korkean teknologian välineisiin (ASHA, ei pvm.-b). Matalan teknologian AAC-keinoja ovat muun muassa kommunikointitaulut, valokuvat ja kirjoittaminen, korkean teknologian keinoja taas muun muassa tablet-tietokoneet eli tabletit ja niihin ladattavat puhetta tukevat tai korvaavat sovellukset sekä puhetta tuottavat laitteet (ASHA, ei pvm.-b). May (2019) tutkimusryhmineen havaitsi katsauksessaan, että valtaosa muistisairaiden henkilöiden käyttämistä tai heidän parissaan käytetyistä AAC-keinoista ovat matalan teknologian muisti- ja kommunikointikeinoja, joilla tuetaan keskustelujen sisällön määrää ja laatua. Katsaukseen sisällytetyissä tutkimuksissa AAC-keinojen havaittiin tukevan reseptiivistä ja ekspressiivistä kieltä, sosiaalista osallistumista, päätöksentekoa ja muistelupohjaista vuorovaikutusta (May ym., 2019). Muistisairauksien laajasta kirjosta johtuen ei kuitenkaan voida sanoa, mitkä AAC-keinot ovat muistisairaille henkilöille parhaimpia, vaan AAC-keinojen toimivuus ja sopivuus pitää arvioida yksilöllisesti (May ym., 2019).

Syömis- ja nielemistoimintojen häiriöiden kuntoutuksella pyritään yleensä lievittämään häiriöiden oireita joko harjoittelemalla kompensoivia keinoja tai vahvistamalla syömiseen ja nielemiseen tarvittavia lihaksia (Huckabee ym., 2023). Muistisairaiden henkilöiden syömis- ja nielemistoimintojen suoraan puheterapeuttiseen kuntoutukseen liittyen Tong (2025) tutkimusryhmineen havaitsivat

systemaattisessa katsauksessaan ja meta-analyysissään vaikuttavaksi kuntoutukseksi muistisairauden varhaisvaiheessa tapahtuvan ja pituudeltaan 4–6 viikkoa kestävän nielemisharjoittelun. Chan ym. (2024) tulivat johtopäätökseen, että muistisairaiden henkilöiden syömis- ja nielemistoimintojen kuntoutuksessa tulisi ottaa huomioon useita tekijöitä, kuten erilaisten muistisairauksien vaikutukset sairastuneisiin henkilöihin, muistisairaiden henkilöiden liitännäissairaudet, kognitiiviset ja fyysiset toiminnot sekä lähitoimijoiden toimintakyky ja kaikkien näiden vaikutukset muistisairaiden henkilöiden syömis- ja nielemistoimintojen kuntoutuksen vaikuttavuuteen.

Muistisairaiden henkilöiden syömis- ja nielemistoimintojen vaikuttavia epäsuoria kuntoutusmenetelmiä ovat Chanin ym., (2024) systemaattisen katsauksen mukaan fysioterapeutin tekemät kaularangan asentomuutokset (Bautmans ym., 2008) ja ruokailunaikainen interventio (Chen ym., 2015). Bautmans (2008) tutkimusryhmineen havaitsivat fysioterapeutin tekemien kaularangan asentomuutosten, kuten pään asennon keskittämisen hartioiden yläpuolelle neutraaliin asentoon, vähentävän dysfagiaoireita jo yhden 20 minuutin hoitokerran jälkeen. Kolmen 20 minuutin hoitokerran jälkeen dysfagiaoireiden määrän vähentyminen vakiintui (Bautmans ym., 2008). Chen (2015) tutkimusryhmineen havaitsivat muistisairaiden henkilöiden ja heidän ympäristönsä valmistelemisen ruokailua varten, koostumukseltaan sopivan ruuan ja sopivien ruokailuvälineiden valitsemisen, tarkoituksenmukaisen muistisairaiden henkilöiden avustamisen, tarkkailun ja psyykkisen tuen ruokailun aikana sekä ruokailun jälkeisen hoidon hoitajien toteuttamana lisänneen nautitun ruuan määrää, parantaneen syömis- ja nielemistoimintoja ja lisänneen myöntyvyyttä syömiseen muistisairailta henkilöillä. Kolme kuukautta kestävä ruokailunaikainen interventio lisäsi muistisairailta henkilöillä merkitsevästi nautitun ruuan määrää ja paransi suoriutumista Kubotan veden nielemistestissä (Chen ym., 2015). Intervention jälkeen 22:sta syöttämällä ruokailevasta muistisairaasta henkilöstä viisi jatkoi syömistä itsenäisesti (Chen ym., 2015). Muistisairaiden henkilöiden myöntyvyys syömiseen lisääntyi ja heidän ravitsemustilassaan havaittiin parannusta (Chen ym., 2015). Chenin (2015) ja kumppaneiden tutkimustuloksiin tulee kuitenkin suhtautua varauksella, sillä tulokset ovat yksittäisten tutkimusten tuloksia ja tutkittavien määrä on ollut melko pieni.

#### **1.4 Terveydenhuollon ammattilaisten asenteet muistisairaita henkilöitä kohtaan**

Tutkimusten mukaan terveydenhuollon ammattilaisten tietämyksen ja asenteen muistisairaita henkilöitä kohtaan on havaittu olevan tärkeässä asemassa hyvien hoitokäytäntöjen mukaisesti toimimiseksi (Wang ym., 2018; Zhao ym., 2022). Tutkimusten mukaan terveydenhuollon ammattilaisten vähäinen tietämys ja negatiiviset asenteet muistisairaita henkilöitä kohtaan voivat johtaa lähitoimijoiden riittämättömään tiedonsaantiin muistisairaiden henkilöiden hoitoon liittyen

(Jensen & Inker, 2015). Tällöin muistisairaat henkilöt voivat jäädä ilman vaikuttavaa hoitoa ja kuntoutusta. Muistisairaiden henkilöiden hoidon laatu vaikuttaa sekä muistisairaiden henkilöiden että heidän lähetoimijoidensa elämänlaatuun, sillä riittämätön tiedonsaanti voi aiheuttaa lähetoimijoille sekä turhautumista että stressiä ja muistisairaat henkilöt voivat jäädä paitsi heille kuuluvista palveluista (Jayakody & Arambepola, 2022; Jensen & Inker, 2015; Sörensen & Conwell, 2011).

Terveydenhuollon ammattilaisten asenteita muistisairaita henkilöitä ja heidän kanssaan työskentelyä kohtaan on tutkittu enimmäkseen hoitajilta, hoitajaopiskelijoilta, fysioterapeuteilta ja fysioterapeuttiopiskelijoilta sekä eri alojen lääkäreiltä. Puheterapeuttien asenteita muistisairaita henkilöitä kohtaan on tutkittu hyvin vähän.

Saccasan ja Scerri (2020) tutkivat Maltalla puheterapeuttiopiskelijoiden ja puheterapeuttien asenteita muistisairaisiin henkilöihin liittyen. He tulivat tutkimuksessaan siihen tulokseen, että puheterapeuttiopiskelijat ja puheterapeutit asennoituivat positiivisesti muistisairaita henkilöitä kohtaan The Dementia Attitudes Scale (DAS) -mittarin perusteella. Puheterapeuttien pistemäärät DAS-mittarissa olivat hieman korkeammat kuin puheterapeuttiopiskelijoiden pistemäärät eli puheterapeuteilla oli hieman positiivisemmat asenteet muistisairaita henkilöitä kohtaan. Miespuolisilla puheterapeuteilla taas havaittiin korkeampia pisteitä DAS-mittarissa naispuolisiin puheterapeutteihin verrattuna eli miehillä havaittiin positiivisempia asenteita muistisairaita henkilöitä kohtaan. Suomessa puheterapeuttien asenteita on selvittänyt Kohonen (2014) pro gradu -tutkielmassaan muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluja tutkiessaan. Tutkimuksessaan Kohonen (2014) tuli siihen tulokseen, että monien puheterapeuttien näkemysten mukaan muistisairaat henkilöt eivät hyödy suorasta puheterapiasta. Kuten Kohonenkin (2014) tuo tutkimuksensa pohdinnassa esille, vastaajien vastauksista ei selviä, missä vaiheessa heidän asiakkaina olleiden muistisairaiden henkilöiden muistisairaus on ollut ja näin ollen sairauden vaiheen vaikutuksia vastaajien näkemyksiin ei tiedetä.

Muiden terveydenhuollon ammattilaisten asenteita tutkiessaan Adewuyi (2022) tutkimusryhmineen havaitsi systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessaan, että hoitajaopiskelijoiden kliininen harjoittelu muistisairaiden henkilöiden parissa paransi hoitajaopiskelijoiden asenteita ja kehitti yhteistyötaitoja muistisairaiden henkilöiden hoidossa (Adewuyi ym., 2022, viitattu lähteessä Annear ym., 2016; Choi & Park, 2017). Scerri ja Scerri (2013) havaitsivat kyselytutkimuksessaan, että hoitajaopiskelijat suhtautuivat positiivisesti muistisairaisiin henkilöihin. Scerri ja Scerri (2013) havaitsivat myös, että kliininen kokemus muistisairaiden henkilöiden parissa sekä opiskelijoiden korkeampi ikä olivat merkittävästi yhteydessä positiivisempaan asenteeseen muistisairaita henkilöitä kohtaan. Evripidou (2019) tutkimusryhmineen havaitsi systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessaan, että muistisairaiden henkilöiden haastava käyttäytyminen, kuten aggressiivisuus, ja muistin heikentymisestä johtuva samojen kysymysten jatkuva kysely aiheuttivat negatiivisia tunteita hoitajissa. Hoitajien havaittiin asennoituvan positiivisemmin muistisairaisiin henkilöihin, kun hoitajat saivat koulutusta ja tietoa

muistisairauksiin liittyen (Kang ym., 2017). Quickin ym. (2022) tutkimuksessa osa fysioterapeuteista ja fysioterapeuttiopiskelijoista olivat siinä käsityksessä, että muistisairaiden henkilöiden kuntoutukseen pääsyn vaikeus johtui muiden kollegojen ja terveydenhuollon ammattilaisten käsityksestä muistisairaiden henkilöiden kuntoutuspotentiaalin rajallisuudesta. Fysioterapeutit ja fysioterapeuttiopiskelijat kokivat myös tietämyksen, itseluottamuksen ja valmistautumisen puutetta muistisairaiden henkilöiden kanssa kommunikoinnissa ja työskentelyssä (Quick ym., 2022). Jennings (2017) tutkimusryhmineen havaitsivat systemaattisessa katsauksessaan, että yleislääkärien asenteet vaihtelivat sekä muistisairausdiagnoosien asettamisen että muistisairaiden henkilöiden sekä lähitoimijoiden elämänlaadun parantamisen suhteen. Jotkut yleislääkärit olivat huolissaan muistisairausdiagnoosin varhaisesta asettamisesta muistisairaalle henkilölle, sillä diagnoosilla saattoi olla merkittäviä vaikutuksia muistisairaahan henkilön hoidolle (Jennings ym., 2017, viitattu lähteessä Eefsting ym., 1996). Todennäköisesti yleislääkäreitä huoletti yleinen käsitys siitä, etteivät muistisairaajat henkilöt hyödy kuntoutuksesta, kuten Cations ym. (2020) havaitsivat tutkiessaan terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksiä muistisairaiden henkilöiden moniammatillista kuntoutusta kohtaan. Suomessa on tutkittu sosiaali- ja terveydenhuollossa esihenkilönä tai päättävässä asemassa työskentelevien henkilöiden näkemyksiä muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluihin vaikuttavista tekijöistä (Kettunen & Sylvelin, 2024). Kettusen ja Sylvelinin (2024) tutkielman tulosten perusteella myönteisemmät asenteet muistisairaita henkilöitä kohtaan ennustivat myönteisempiä näkemyksiä muistisairaiden kuntoutuksen keskeisiin periaatteisiin sekä puheterapeuttiseen kuntoutukseen ja asiantuntijuuteen liittyen.

## **1.5 Aiempi tutkimus muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalvelujen toteutumisesta**

Aiemmin kansainvälisissä puheterapeuteille suunnatuissa muistisairaiden henkilöiden puheterapiaan liittyvissä kyselytutkimuksissa on tutkittu puheterapeuttien arviointi- ja kuntoutuskäytäntöjä kognitiivis-kommunikatiivisten häiriöiden ja dysfagian parissa, puheterapeuttien näkemyksiä omasta roolistaan ja kliinisistä käytännöistään osana palliatiivista hoitoryhmää, itsevarmuutta ja koulutuksen riittävyttä kognitiivis-kommunikatiivisten häiriöiden hoitamisessa sekä asenteita, tietämystä, koulutustarpeita, kokemuksia ja näkemyksiä muistisairaiden henkilöiden hoitoon ja kuntoutukseen liittyen.

Suomalaisia puheterapeuteille suunnattuja kyselytutkimuksia puheterapeuttien tietämyksestä, asenteista, käsityksistä ja käytännöistä muistisairaiden henkilöiden parissa työskentelystä on hyvin vähän. Muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluita on tutkittu Suomessa tiettävästi viimeksi noin 10 vuotta sitten, kun Kohonen (2014) selvitti pro gradu -tutkielmassaan muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluja Suomessa. Tutkimuksessa Kohonen (2014) tarkasteli muistisairaiden

henkilöiden ohjautumista puheterapiapalveluihin, puheterapeuttista arviointia ja kuntoutusta sekä puheterapian toteutumiseen vaikuttavia tekijöitä. Kohonen (2014) tuli tutkimuksessaan siihen tulokseen, että muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalvelut ovat kirjavia ja muistisairaiden henkilöiden ohjautuminen puheterapiapalveluiden piiriin on pitkälti puheterapiaan lähettävän tahon ammattitaidosta kiinni. Kohonen (2014) havaitsi tutkimuksessaan, että muistisairaajat henkilöt vaikuttivat ohjautuvan puheterapiaan vasta silloin, kun muistisairaudet olivat jo edenneet. Tällöin muistisairaiden henkilöiden puheterapeuttisesta kuntoutuksesta ei katsottu enää olevan hyötyä. Muistisairaiden henkilöiden kielellisten taitojen arviointiin käytettiin Kohosen (2014) mukaan Suomessa useimmiten afasiatestejä ja Bostonin nimentätestiä (BNT), vaikka ne eivät olleet optimaalisia muistisairaiden henkilöiden kielellisten toimintojen arviointiin eikä niillä voinut tehdä erotusdiagnostisia päätelmiä. Epäsuorista kuntoutusmuodoista yleisimpiä olivat lähitoimijoiden tiedottaminen ja ohjaus, suorista kuntoutusmuodoista taas yleisimpiä olivat muistisairaahan henkilön ohjaus ja neuvonta, kommunikoinnin apuvälineiden laatiminen tai esittely ja seurantakäyntien järjestäminen.

Roitsch (2021) tutkimusryhmineen tutkivat yhdysvaltalaisen puheterapeuttien käyttämiä virallisia ja epävirallisia arviointimenetelmiä kognitiivis-kommunikatiivisten häiriöiden arvioinnissa. Roitsch ym. (2021) havaitsivat tutkimuksessaan, että puheterapeutit käyttivät arviointiin yleensä samoja epävirallisia arviointimenetelmiä, kuten havainnointia tai standardoitujen testien osatestejä, asiakkaan neurologisesta sairaudesta riippumatta. Syitä samojen arviointimenetelmien käyttämiseen asiakkaan sairaudesta riippumatta lienevät muun muassa kustannukset ja aikarajoitteet (Roitsch ym., 2021). Lanzi ym. (2022) tutkivat puheterapeuttien käytäntöjä ja tarpeita lievän kognitiivisen heikentymän (engl. mild cognitive impairment, MCI) ja Alzheimerin taudin alkuvaiheen kognitiivis-kommunikatiivisen häiriön hoidossa. Myös Lanzi (2022) tutkimusryhmineen havaitsivat puheterapeuttien käyttävän enimmäkseen epävirallisia arviointimenetelmiä, kuten haastattelua, havainnointia ja tehtäviä, asiakkaiden arvioimiseen. Puheterapeutit raportoivat hyödyntävänsä muistisairaiden henkilöiden kuntoutuksessa yleisimmin kompensatorisia keinoja, kuten muistia tukevia keinoja (engl. memory aids) (Lanzi ym., 2022). Muistisairaiden kuntoutuksessa käytetyin interventiomuoto oli viivästetty muistiin palautus (Lanzi ym., 2022). Tutkimukseen osallistuneet puheterapeutit ilmaisivat tarpeen kognitiivis-kommunikatiivisten häiriöiden standardoitujen arviointimenetelmien kehittämiseksi ja vaikuttavien kuntoutusmenetelmien tutkimukselle (Lanzi ym., 2022).

Fong (2019) kumppaneineen tutkivat hongkongilaisten puheterapeuttien näkemyksiä puheterapeutin rooliin ja kliinisiin käytäntöihin liittyen muistisairaiden henkilöiden palliatiivisessa hoitoryhmässä. Lisäksi tutkimuksessa tutkittiin tarvetta palliatiivisessa hoidossa olevien potilaiden dysfagian hoitosuosituksen laatimiseksi (Fong ym., 2019). Fong ym. (2019) havaitsivat tutkimuksessaan, että

lähies kaikkien puheterapeuttien mielestä puheterapeutin tulee olla mukana palliatiivisessa hoidossa olevien potilaiden kommunikoinnin ja nielemisvaikeuksien hoidossa. Kaikki tutkimukseen vastanneet puheterapeutit tekivät syömis- ja nielemiskuntoutusta palliatiivisessa hoidossa ja suurin osa tiedotti muistisairaita henkilöitä ja näiden lähitoimijoita kommunikointi- ja nielemisvaikeuksista (Fong ym., 2019). Lisäksi tutkimuksessa tuli ilmi, että näyttöön perustuvaa ohjeistusta turvasyömiseen (engl. comfort feeding) palliatiivisessa hoidossa tarvitaan (Fong ym., 2019).

Morrow (2021) tutkimusryhmineen tutkivat pohjois-amerikkalaisten puheterapeuttien itsevarmuutta ja koulutuksen riittävyttä kognitiivis-kommunikatiivisten häiriöiden hoitamisessa. Morrow ym. (2021) tulivat tutkimuksessaan siihen tulokseen, että puheterapeutit tarvitsevat lisää harjoittelukokemusta kognitiivis-kommunikatiivisten häiriöiden parissa opintojen aikana, jotta heillä on enemmän itseluottamusta toimia tämän häiriöryhmän parissa työelämässä.

Saccasan ja Scerri (2020) tutkivat maltalaisten puheterapeuttiopiskelijoiden sekä puheterapeuttien tietämystä, asenteita ja koulutustarpeita muistisairaiden henkilöiden hoidossa. Saccasan ja Scerri (2020) tulivat tutkimuksessaan siihen tulokseen, että maltalaiset puheterapeuttiopiskelijat ja puheterapeutit tarvitsevat lisää muistisairauksiin liittyvää koulutusta, jotta olisi mahdollista tarjota laadukasta kuntoutusta muistisairaille henkilöille.

Mayer ym., (2023) tarkastelivat kirjallisuuskatsauksessaan puheterapeuttiopiskelijoiden ja puheterapeuttien kokemuksia ja näkemyksiä muistisairaiden henkilöiden hoitamiseen liittyen. Mayer (2023) tutkimusryhmineen havaitsivat koulutuksen ja harjoittelun puutteen, muiden terveydenhuollon ammattilaisten tiedon puutteen puheterapeuttien ammattitaidosta, ajan ja resurssien, organisaatiotekijöiden sekä alan tutkimustiedon kliiniseen käyttöön siirtymisen hitauden olevan esteitä vaikuttaville muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluille. Sen sijaan koulutuksen ja harjoittelun, muistisairaana henkilön perheen ja lähitoimijoiden, organisaatiotekijöiden, yksilöllisen hoivan ja yleisen tietoisuuden lisääminen puheterapiasta osana muistisairaiden henkilöiden hoitoa ja kuntoutusta näyttivät mahdollistavan muistisairaiden henkilöiden vaikuttavia puheterapiapalveluja (Mayer ym., 2023).

## 2 Tutkimuskysymykset

Tämän tutkielman tavoitteina oli selvittää muistisairaiden henkilöiden ohjautumista puheterapiaan ja muistisairaiden henkilöiden puheterapian käytänteitä Suomessa. Tutkielmassa selvitettiin myös puheterapeuttien asenteita muistisairaita henkilöitä kohtaan Suomessa.

Tutkimuskysymyksiä oli kolme:

1. Miten muistisairaat henkilöt ohjautuvat puheterapiaan Suomessa?
2. Mitä muistisairaiden henkilöiden puheterapeuttiseen arviointiin ja kuntoutukseen sisältyy?
3. Onko muistisairaiden henkilöiden kanssa työskentelevien ja ainoastaan muiden asiakasryhmien kanssa työskentelevien puheterapeuttien asenteissa eroja muistisairaita henkilöitä kohtaan?

## 3 Menetelmät

Tämä tutkimus toteutettiin sähköisenä kyselytutkimuksena REDCap (Research Electronic Data Capture) -järjestelmässä. Kysely kohdennettiin kaikille Suomessa työskenteleville puheterapeuteille, myös niille, jotka eivät työskennelleet muistisairaiden henkilöiden kanssa. Sähköistä kyselyä jaettiin Suomen Puheterapeuttiliitto ry:n kautta, Aikuisneurologiset puheterapeutit -, Ideoita puheterapiaan - ja Puheterapia & ääniterapia -Facebook-ryhmissä sekä Turun yliopiston logopedian oppiaineen @utulogopedia- Instagram-tilillä. Ennen kyselyn jakamista kyselyn toimivuutta ja ymmärrettävyyttä testasivat tutkielman tekijä ja tutkielman ohjaajat. Kyselyn testaamisen jälkeen joitakin kysymyksiä ja vastausvaihtoehtoja muokattiin sekä kyselyyn sisällytetyn ICF-luokituksen osa-alueita vähennettiin viidestä kolmeen kyselyn lyhentämiseksi ja vastausmotivaation ylläpitämiseksi. Liian pitkä kysely voi heikentää tutkittavien vastausmotivaatiota, aiheuttaa tutkimukseen osallistumisen keskeyttämisen ja siten aiheuttaa otosvinoumaa (Edwards ym., 2023).

### 3.1 Kysely

Kysely jaoteltiin kolmeen osioon, jotka olivat 1) Taustatiedot ja tiedot muistisairaiden henkilöiden puheterapiasta, 2) Muistisairaiden henkilöiden puheterapeuttisen arvioinnin ja kuntoutuksen sisältö ja 3) Muistisairaiden henkilöiden kohtaaminen. Kyselyn lopuksi tutkittavilla oli mahdollisuus kirjoittaa kommentteja ja/tai lisähuomioita kyselyyn liittyen. Kysely eteni taustatietojen selvittämisen jälkeen tutkittavien käsityksistä ja muistisairaiden henkilöiden kanssa työskentelystä riippuen. Mikäli tutkittava ei työskennellyt muistisairaiden henkilöiden kanssa, vastattavaksi tuli vain osa kysymyksistä.

Kyselyn ensimmäisessä osiossa kaikilta tutkittavilta selvitettiin taustatietoja kartoittamalla työskentelyvuosia, -sektoria ja -aluetta, asiakaskuntaa sekä käsitystä muistisairaiden henkilöiden ohjautumisesta puheterapiaan ja työskentelyä muistisairaiden henkilöiden kanssa. Lisäksi tutkittavilta selvitettiin opintoja ja lisäkouluttautumista muistisairaiden henkilöiden puheterapiaan liittyen sekä lisäkouluttautumisesta kiinnostuneilta kysyttiin, millaista lisäkoulutusta he toivoisivat.

#### 3.1.1 Muistisairaiden henkilöiden kanssa työskentelevät tutkittavat (ryhmä 1)

Muistisairaiden henkilöiden kanssa työskenteleviltä tutkittavilta eli ryhmältä 1 selvitettiin käsityksiä muistisairaiden henkilöiden ohjautumisesta puheterapiaan, taho(i)sta, joiden kautta muistisairaatt henkilöt ohjautuivat puheterapiaan, puheterapiaan ohjaamisen syitä, puheterapiaan sisältyvien osa-alueiden tavoitteita sekä tutkittavan työskentelyvuosia ja kohtaamisten tiheyttä muistisairaiden henkilöiden kanssa. Lisäksi ryhmältä 1 selvitettiin muistisairaiden henkilöiden yleisimpiä muistisairausdiagnooseja, tutkittavien käyttämiä arviointimenetelmiä, monitoimijaisen yhteistyön

tekemistä, yleisimpiä kuntoutusmuotoja, puheterapiajaksojen pituutta ja käyntien tiheyttä, puheterapeuttisen kuntoutuksen toteuttamista asiakkaan arkiympäristössä ja puheterapiapalvelun vastaavuutta asiakkaan tarpeisiin ja puheterapian tavoitteisiin nähden. Kysely jatkui ICF-luokituksen Suoritukset ja osallistuminen, Ympäristötekijät sekä Kehon rakenteet ja toiminnot- osa-alueiden huomioimisen selvittämisenä osana muistisairaiden henkilöiden puheterapeuttista arviointia ja kuntoutusta.

### 3.1.2 Ainoastaan muiden asiakasryhmien kanssa työskentelevät tutkittavat (ryhmä 2)

Ainoastaan muiden asiakasryhmien kanssa työskenteleviltä tutkittavilta eli ryhmältä 2 selvitettiin myös käsityksiä muistisairaiden henkilöiden puheterapiaan ohjautumisesta tutkittavan työskentely-yksikön vastuualueella. Jos muistisairaatt henkilöt ohjautuivat puheterapiaan tutkittavien käsityksen mukaan, tutkittavilta selvitettiin heidän käsityksiään taho(i)sta, joiden kautta muistisairaatt henkilöt ohjautuivat puheterapiaan, puheterapiaan ohjaamisen syitä ja puheterapiaan sisältyvien osa-alueiden tavoitteita.

Jos muistisairaatt henkilöt eivät ohjautuneet puheterapiaan tutkittavan työskentely-yksikön vastuualueella tutkittavan käsityksen mukaan, kyselyssä selvitettiin syitä tutkittavan työskentelemättömyyteen muistisairaiden henkilöiden parissa ja tilannetta, jossa tutkittava voisi kuvitella työskentelevänsä tämän asiakasryhmän kanssa.

### 3.1.3 Asenteet

Kyselyn kolmannessa ja viimeisessä osiossa kaikilta tutkittavilta selvitettiin asenteita muistisairaita henkilöitä kohtaan O'Connorin ja McFaddenin (2010) DAS-mittarin avulla. Tässä tutkimuksessa DAS-mittarista käytettiin Kettusen & Sylvelinin (2024) pro gradu -tutkielmaansa varten suomentamaa versiota. Kyselyn suomennettua versiota ei ole standardoitu suomalaiselle väestölle. DAS-mittaria käytettiin tutkimuksessa, koska sitä on käytetty maailmanlaajuisesti ja sen on todettu olevan psykometrisiltä ominaisuuksiltaan luotettava mittaamaan ihmisten asenteita muistisairaita henkilöitä kohtaan. DAS-mittari koostuu 20 kysymyksestä, joilla mitataan vastaajien asenteita muistisairaita henkilöitä kohtaan sosiaalipsykologien kehittämän kolmiportaisen teoreettisen mallin pohjalta emotionaalisesta, kognitiivisesta ja behavioraalista näkökulmasta (Breckler, 1984; O'Connor & McFadden, 2010). Kyselyn väittämiin vastataan Likertin 7-portaisella asteikolla 1 = ” ehdottomasti eri mieltä” – 7 = ” ehdottomasti samaa mieltä”. Kyselyn minimipistemäärä on 20 ja maksimipistemäärä 140. DAS-mittarin 20 väittämästä kuusi on käänteisiä ja nämä väittämät käännettiin yhdenmukaisiksi muiden väittämien kanssa. Väittämät ”Muistisairaatt henkilöt pelottavat minua”, ”Tunnen oloni epämukavaksi muistisairaiden henkilöiden seurassa”, ”En ole perehtynyt muistisairauksiin kovin

hyvin”, ”Välttelisin muistisairasta henkilöä, jos hän vaikuttaisi kiihtyneeltä”, ”Tunnen itseni turhautuneeksi, kun en tiedä, miten muistisairaita henkilöitä voisi auttaa” ja ”En pysty kuvittelemaan, että pitäisin huolta muistisairaasta henkilöstä” asetettiin päinvastoin 7-portaiselle Likertin asteikolle. Käänteisten väittämien yhdenmukaistamisen jälkeen vastausten arvo 1 sai arvon 7, arvo 2 sai arvon 6 ja arvo 3 sai arvon 5. DAS-mittarin suomennetut väittämät on esitetty taulukossa 1.

Taulukko 1.

The Dementia Attitude Scale -mittarin suomennetut väittämät.

\* = Käänteiset väittämät

---

Muistisairaiden henkilöiden kanssa työskentely on palkitsevaa.  
 Muistisairaavat henkilöt pelottavat minua.\*  
 Muistisairaavat henkilöt voivat olla luovia.  
 Tunnen oloni itsevarmaksi muistisairaiden henkilöiden seurassa.  
 Minulle on luontevaa koskettaa muistisairasta henkilöä.  
 Tunnen oloni epämiellyttäväksi muistisairaiden henkilöiden seurassa.\*  
 Jokaisella muistisairaalla henkilöllä on erilaiset tarpeet.  
 En ole perehtynyt muistisairauksiin kovin hyvin.  
 Välttelisin muistisairasta henkilöä, jos hän vaikuttaisi kiihtyneeltä.\*  
 Muistisairaavat henkilöt pitävät tuttuja asioita mielellään lähetyksillä.  
 Muistisairaiden henkilöiden elämäntarina on tärkeää tuntea.  
 Vuorovaikutuksesta muistisairaiden henkilöiden kanssa voi nauttia.  
 Tunnen oloni rennoksi muistisairaiden henkilöiden seurassa.  
 Muistisairaavat henkilöt voivat nauttia elämästä.  
 Muistisairaavat henkilöt tuntevat, kun heille ollaan ystävällisiä.  
 Tunnen itseni turhautuneeksi, kun en tiedä, miten muistisairaita henkilöitä voisi auttaa.\*  
 En pysty kuvittelemaan, että pitäisin huolta muistisairaasta henkilöstä.\*  
 Ihailen muistisairaiden henkilöiden selviytymiskeinoja.  
 Voimme tehdä useita asioita parantaaksemme muistisairaiden henkilöiden elämänlaatua.  
 Haastava käyttäytyminen saattaa olla muistisairaalle henkilölle keino kommunikoida.

---

### 3.2 Tutkittavat

Tutkimukseen osallistui 102 puheterapeuttia. Tutkittavien työskentelyvuosien vaihtelu oli suurta, vaihteluvälin ollen 1–36 vuotta. Tutkittavien työskentelyvuosien tunnusluvut on esitetty taulukossa 2.

Taulukko 2.

Tutkittavien työskentelyvuosien tunnusluvut.

\* = Yksi tutkittavista vastasi työskentelyvuosiensa olevan ”Yli 30”. Tämän tutkittavan työskentelyvuosia käsiteltiin analyseissä arvona 30.

1 = keskiarvo, 2 = keskihajonta, 3 = moodi, 4 = mediaani, 5 = minimi ja 6 = maksimi

Työskentelyvuosien tunnusluvut*						
N = 102 (100 %)						
Tunnusluvut	<i>ka</i> <sup>1</sup>	<i>kh</i> <sup>2</sup>	<i>Mo</i> <sup>3</sup>	<i>Md</i> <sup>4</sup>	<i>Min.</i> <sup>5</sup>	<i>Max.</i> <sup>6</sup>
	13	10.7	2	10	1	36

Tutkittavien työskentelysektorit jakaantuivat lähestulkoon puoliksi julkisen ja yksityisen sektorin välillä. Eniten tutkittavia oli Etelä-Suomen yhteistyöalueelta. Tutkimukseen vastaaminen aloitettiin yhteensä 129 kertaa, joista 27 keskeytettiin. Tutkittavien taustatiedot on esitetty taulukossa 3.

Taulukko 3.

Muistisairaiden henkilöiden kanssa työskentelevien tutkittavien (ryhmä 1) ja ainoastaan muiden asiakasryhmien kanssa työskentelevien tutkittavien (ryhmä 2) taustatiedot.

\* = Sisältää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon. Yksi muistisairaiden henkilöiden kanssa työskentelevä tutkittava ja kaksi tutkittavaa, jotka työskentelevät ainoastaan muiden asiakasryhmien kanssa, tarkensivat työnkuvaansa julkisella sektorilla: ”Kehitysvammahuolto”, ”Varhaiskasvatus” ja ”Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon rajapinta”.

1 = Etelä-Karjalan hyvinvointialue, Helsinki, HUS (yliopistollinen sairaala), Itä-Uudenmaan hyvinvointialue, Keski-Uudenmaan hyvinvointialue, Kymenlaakson hyvinvointialue, Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue, Päijät-Hämeen hyvinvointialue sekä Vantaan ja Keravan hyvinvointialue.

2 = Pohjanmaan hyvinvointialue, Satakunnan hyvinvointialue ja Varsinais-Suomen hyvinvointialue (yliopistollinen sairaala).

3 = Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue, Kanta-Hämeen hyvinvointialue ja Pirkanmaan hyvinvointialue (yliopistollinen sairaala).

4 = Etelä-Savon hyvinvointialue, Keski-Suomen hyvinvointialue, Pohjois-Karjalan hyvinvointialue ja Pohjois-Savon hyvinvointialue (yliopistollinen sairaala).

5 = Kainuun hyvinvointialue, Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue, Lapin hyvinvointialue ja Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue (yliopistollinen sairaala).

Taustatiedot	Ryhmä 1	Ryhmä 2	Kaikki
	<i>n</i> = 20 (19.6 %)	<i>n</i> = 82 (80.3 %)	<i>N</i> = 102 (100 %)
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Muistisairauksien käsittely logopedian opinnoissa			
Kyllä	13 (65)	49 (59.8)	62 (60.8)
Ei	6 (30)	26 (31.7)	32 (31.4)
Ei osaa sanoa	1 (5)	7 (8.5)	8 (7.8)

	Ryhmä 1 <i>n</i> = 20 (19.6 %)	Ryhmä 2 <i>n</i> = 82 (80.3 %)	Kaikki <i>N</i> = 102 (100 %)
Työskentelysektori			
Julkinen sektori*	16 (80)	30 (36.6)	46 (45.1)
Yksityinen sektori	3 (15)	47 (57.3)	50 (49)
Kolmas sektori (esim. säätiöt ja täydentävät palvelut)	0	1 (1.2)	1 (1)
Yliopisto	0	2 (2.4)	2 (2)
Jokin muu	0	0	0
Julkinen ja yksityinen sektori	0	1 (1.2)	1 (1)
Yksityinen sektori ja yliopisto	0	1 (1.2)	1 (1)
Julkinen sektori ja yliopisto	1 (5)	0	1 (1)
Yhteistyöalue, jolla työskentelee			
Etelä-Suomen yhteistyöalue <sup>1</sup>	5 (25)	25 (30.5)	30 (29.4)
Länsi-Suomen yhteistyöalue <sup>2</sup>	4 (20)	17 (20.7)	21 (20.6)
Sisä-Suomen yhteistyöalue <sup>3</sup>	4 (20)	19 (23.2)	23 (22.5)
Itä-Suomen yhteistyöalue <sup>4</sup>	4 (20)	8 (9.8)	12 (11.8)
Pohjois-Suomen yhteistyöalue <sup>5</sup>	3 (15)	15 (18.3)	18 (17.6)
Asiakasryhmät, joita kohdannut viimeisen kahden vuoden aikana			
Alle kouluikäiset lapset (0–6-vuotiaat)	9 (45)	76 (92.7)	85 (83.3)
Kouluikäiset lapset ja nuoret (7–18-vuotiaat)	9 (45)	76 (92.7)	85 (83.3)
Nuoret aikuiset (19–30-vuotiaat)	15 (75)	20 (24.4)	35 (34.3)
Aikuiset (31–65-vuotiaat)	20 (100)	26 (31.7)	46 (45.1)
Ikääntyneet (yli 66-vuotiaat)	20 (100)	22 (26.8)	42 (41.2)

### 3.3 Aineiston käsittely ja analysointi

Tutkittavien vastaukset siirrettiin REDCap -järjestelmästä Microsoft Excel -taulukkolaskenta-ohjelmaan ja IBM SPSS Statistics 27 -tilasto-ohjelmistoon, joissa tutkimusdataa analysoitiin. Kuten Vehkalahti (2019) ohjeistaa, tutkimusdataa lähdettiin tarkastelemaan kokonaisuutena ja varmistettiin, että arvot näyttivät päällisin puolin aineistoon sopivilta eikä puuttuvia arvoja ollut. Tutkittavien käsityksiä muistisairaiden henkilöiden ohjautumisesta puheterapiaan tarkasteltiin kvantitatiivisesti laskemalla frekvenssejä ja prosenttiosuuksia. Ohjautumiseen liittyvien käsitysten eroavaisuuksia tarkasteltiin vertailemalla ryhmien 1 ja 2 vastauksia  $\chi^2$ -testillä.  $\chi^2$ -testin yhteyden voimakkuutta tarkasteltiin Cramérin *V*:llä, kuten Rea & Parker (2014) ohjeistavat.

Ryhmän 1 käsityksiä ja käytänteitä muistisairaiden henkilöiden puheterapeuttisesta arvioinnista ja kuntoutuksesta sekä ryhmän 2 syytä työskentelemättömyyteen muistisairaiden henkilöiden kanssa tarkasteltiin kvantitatiivisesti laskemalla frekvenssejä ja prosenttiosuuksia. Ryhmän 1 käsityksiä

suoran ja epäsuoran terapian sisällöistä sekä ryhmän 2 näkemyksiä tilanteista, joissa he voisivat kuvitella työskentelevänsä muistisairaiden henkilöiden kanssa, analysoitiin käyttäen aineistolähtöistä teemoittelua. Avointen vastausten aineistolähtöiset teemoittelut löytyvät liitteistä 1, 2 ja 3 tutkielman lopusta.

Ryhmien 1 ja 2 vastausten pistemääriä DAS-mittarin väittämiin tarkasteltiin kvantitatiivisesti. Näiden kahden ryhmän vastausten normaalijakautuneisuutta tarkasteltiin ottaen huomioon otoskoot.

Normaalijakautuneisuutta tarkasteltaessa käytettiin Kolmogorov-Smirnovin testiä, jos tutkittavia oli  $\geq 50$  ja Shapiro-Wilkin testiä käytettiin, jos tutkittavia oli alle 50 (Mishra ym., 2019).

Normaalijakauman selvittämisen jälkeen ryhmien vastausten keskiarvoja vertailtiin toisiinsa kahden riippumattoman otoksen t-testillä.

### **3.4 Tutkimuksen eettisyys**

Tutkimuksen tutkittavat olivat täysi-ikäisiä puheterapeutteja. Tutkittavilla oli oikeus osallistua kyselytutkimukseen vapaaehtoisesti ja keskeyttää tutkimukseen osallistuminen milloin tahansa ilman seuraamuksia. Tutkimuksen keskeyttäneiden henkilöiden vastauksia ei käytetty tutkimuksessa. Tutkittavista kerättiin tutkimuksessa epäsuoria tunnistetietoja, kuten työskentelyvuodet puheterapeuttina, työskentelysektori, yhteistyöalueen alue, jossa tutkittava työskenteli ja asiakasryhmät, joiden kanssa tutkittava työskenteli. Tutkittavien ei ollut mahdollista perua osallistumistaan tutkimukseen kyselylomakkeen lähettämisen jälkeen, sillä kyselylomakkeessa ei ollut suoria tunnistetietoja tutkittavista. Tutkittavat saivat tietoa tutkimuksen sisällöstä ja käytännön toteutuksesta sekä henkilötietojen käsittelystä tutkimuksen alustustekstistä ja tietosuojailmoituksesta.

## 4 Tulokset

Tämän tutkielman tavoitteina oli selvittää muistisairaiden henkilöiden ohjautumista puheterapiaan ja muistisairaiden henkilöiden puheterapeuttisen arvioinnin ja kuntoutuksen sisältöjä Suomessa. Lisäksi tutkielmassa selvitettiin puheterapeuttien asenteita muistisairaita henkilöitä kohtaan Suomessa.

### 4.1 Muistisairaiden henkilöiden ohjautuminen puheterapiaan

Muistisairaiden henkilöiden ohjautumista puheterapiaan tutkittavien käsitysten mukaan tarkasteltiin kvantitatiivisesti laskemalla frekvenssejä ja prosenttiosuuksia. Tutkittavien käsitykset muistisairaiden henkilöiden ohjautumisesta puheterapiaan on esitetty taulukossa 4.

Taulukko 4.

Muistisairaiden henkilöiden kanssa työskentelevien tutkittavien (ryhmä 1) ja ainoastaan muiden asiakasryhmien kanssa työskentelevien tutkittavien (ryhmä 2) käsitykset muistisairaiden henkilöiden ohjautumisesta puheterapiaan omalla työskentely-yksikön vastuualueella.

	Ryhmä 1 <i>n</i> = 20 (19.6 %)	Ryhmä 2 <i>n</i> = 82 (80.3 %)	Kaikki <i>N</i> = 102 (100 %)
Ohjautuminen puheterapiaan	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Muistisairaiden henkilöiden ohjautuminen puheterapiaan omalla vastuualueella			
Ohjautuu	15 (75)	4 (4.9)	19 (18.6)
Ei ohjautu	2 (10)	36 (43.9)	38 (37.3)
Ei tiedä	3 (15)	42 (51.2)	45 (44.1)

Ryhmien 1 ja 2 käsitysten eroavaisuuksia ohjautumiseen liittyen selvitettiin  $\chi^2$ -testillä. Testin tuloksena  $\chi^2 = 52.184$ , vapausasteet 2 ja  $p < .001$ . Ryhmien vastausten välillä ilmeni vahvaa riippuvuutta (Cramérin  $V = .715$ ). Tulosten perusteella ryhmien käsityksissä ilmenevät erot eivät ole pelkkää sattumaa. Näyttäisi siltä, että muistisairaiden henkilöiden kanssa työskentelyllä ja ainoastaan muiden asiakasryhmien kuin muistisairaiden henkilöiden kanssa työskentelyllä on vaikutusta tutkittavien käsityksiin muistisairaiden henkilöiden puheterapiaan ohjautumiseen liittyen. Seuraavaksi käsitellään ryhmiin 1 ja 2 kuuluvien tutkittavien vastauksia, jotka ovat vastanneet muistisairaiden henkilöiden ohjautuvan puheterapiaan. Käsityksiä tahoista ja syistä muistisairaiden henkilöiden puheterapiaan ohjautumiselle on esitetty taulukossa 5.

Taulukko 5.

Ryhmiin 1 ja 2 kuuluvien tutkittavien vastauksia, jotka ovat vastanneet muistisairaiden henkilöiden ohjautuvan puheterapiaan. Käsityksiä tahoista ja syistä muistisairaiden henkilöiden puheterapiaan ohjautumiselle.

\* = Tutkittavan tarkennus avoimeen vastauskenttään: "Muiden terapeuttien".

\*\* = Tutkittavien tarkennukset avoimeen vastauskenttään: "Nielemistöimintojen arviointi ja syömisohjaus" ja "Läheisten ohjaus".

	Ryhmä 1 & ohjautuu <i>n</i> = 15 (75)	Ryhmä 2 & ohjautuu <i>n</i> = 4 (4.9)	Kaikki <i>n</i> = 19 (18.6)
Ohjautuminen	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Taho, jonka kautta muistisairaavat henkilöt ohjautuvat puheterapeutin vastaanotolle			
Erikoislääkärin (esim. neurologi, geriatri, psykiatri) kautta	14 (93.3)	3 (75)	17 (89.5)
Puheterapeutin arvion kautta	5 (33.3)	1 (25)	6 (31.6)
Muistihoitajan/-koordinaattorin kautta	4 (26.7)	0	4 (21.1)
Muistisairaahan henkilön läheisten kautta	4 (26.7)	0	4 (21.1)
Terveyskeskuslääkärin kautta	4 (26.7)	0	4 (21.1)
Psykologin kautta	2 (13.3)	1 (25)	3 (15.8)
Muistisairaahan henkilön omasta aloitteesta	1 (6.7)	0	1 (5.3)
Jonkin muun kautta*	1 (6.7)	0	1 (5.3)
Ei osaa sanoa	0	1 (25)	1 (5.3)
Syyt ohjata muistisairas henkilö puheterapiaan			
Erotusdiagnostinen arviointi	11 (73.3)	4 (100)	15 (78.9)
Kuntoutustarpeen arviointi	12 (80)	3 (75)	15 (78.9)
Kommunikoinnin apuvälinetarpeen arviointi	10 (66.7)	3 (75)	13 (68.4)
Puheterapeuttinen kuntoutus	11 (73.3)	2 (50)	13 (68.4)
Aiemman kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointi	2 (13.3)	0	2 (10.5)
Jokin muu**	2 (13.3)	0	2 (10.5)

Muistisairaiden henkilöiden puheterapiaan liittyvien osa-alueiden tavoitteista kielellis-kognitiiviset taidot olivat yleisimpiä tavoitteita tutkittavien näkemysten mukaan. Toiseksi yleisimpänä tavoitteena oli nieleminen ja kolmantena kommunikoinnin apuväline. Muistisairaiden henkilöiden puheterapiaan liittyvien osa-alueiden tavoitteita tutkittavien näkemysten mukaan on esitetty taulukossa 6.

Taulukko 6.

Ryhmiin 1 ja 2 kuuluvien tutkittavien vastauksia, jotka ovat vastanneet muistisairaiden henkilöiden ohjautuvan puheterapiaan. Näkemyksiä muistisairaiden henkilöiden puheterapiaan liittyvien osa-alueiden tavoitteista.

\* = Tutkittavan tarkennus avoimeen vastauskenttään: "Arjen toimintakyvyn tukeminen on kaikkein yleisin tavoite".

	Ryhmä 1 & ohjautuu <i>n</i> = 15 (75)	Ryhmä 2 & ohjautuu <i>n</i> = 4 (4.9)	Kaikki <i>n</i> = 19 (18.6)
Muistisairaiden henkilöiden puheterapiaan liittyvien osa-alueiden tavoitteet	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Kielellis-kognitiiviset taidot	15 (100)	1 (25)	16 (84.2)
Nieleminen	12 (80)	1 (25)	13 (68.4)
Kommunikoinnin apuväline	11 (73.3)	1 (25)	12 (63.2)
Vuorovaikutus	11 (73.3)	0	11 (57.9)
Puhemotoriikka	8 (53.3)	0	8 (42.1)
Ääni	6 (40)	0	6 (31.6)
Käyttäytyminen	3 (20)	0	3 (15.8)
Ei osaa sanoa	0	3 (75)	3 (15.8)
Jokin muu*	1 (6.7)	0	1 (5.3)

#### 4.2 Muistisairaiden henkilöiden kanssa työskentelevien käytännöt ja käsitykset puheterapeuttisesta arvioinnista

Muistisairaiden henkilöiden kanssa työskentelevien tutkittavien eli ryhmän 1 mukaan yleisimpiä diagnooseja heidän vastaanottoilleen tulevilla muistisairailta henkilöillä olivat Alzheimerin tauti ja otsa-ohimolohkorapheet. Muistisairaiden henkilöiden puheterapeuttiseen arviointiin sisältyi lähes aina asiakkaan haastattelu, havainnointi, testimuotoinen arviointi ja asiakkaan lähitoimijoiden haastattelu. Lähes kaikki tutkittavat tekivät monitoimijaista yhteistyötä muistisairaahan henkilön lähitoimijoiden kanssa. Ryhmän 1 käsityksiä muistisairaisiin asiakkaisiin liittyen ja käytäntöjä tämän asiakasryhmän puheterapeuttisessa arvioinnissa on esitetty taulukossa 7.

## Taulukko 7.

Muistisairaiden henkilöiden kanssa työskentelevien tutkittavien (ryhmä 1) käsityksiä muistisairaista henkilöistä asiakasryhmänä ja käytäntöjä muistisairaiden henkilöiden puheterapeuttisessa arvioinnissa.

\* = Tutkittavien tarkennukset avoimeen vastauskenttään: "Asiakkaan tarpeista lähtöisin oleva GAS-arvio" ja "Teen pääasiassa kuntoutusta, arvioin kuntoutuksen etenemistä".

\*\* = Tutkittavan tarkennus avoimeen vastauskenttään: "Muistiliiton aluetoimijat, joilla on ryhmätoimintaa alueella".

	Ryhmä 1 <i>n</i> = 20 (100 %)
	<i>n</i> (%)
Käsityksiä muistisairaista henkilöistä asiakasryhmänä ja käytäntöjä puheterapeuttisessa arvioinnissa	
Kohtaamiset muistisairaiden henkilöiden kanssa työssä	
Päivittäin	2 (10)
Viikoittain	6 (30)
Kuukausittain	7 (35)
Vuosittain	5 (25)
Vastaanotolle tulevien muistisairaiden henkilöiden yleisimmät diagnoosit	
Alzheimerin tauti	15 (75)
Otsa-ohimolohkorappeumat	15 (75)
Parkinsonin taudin muistisairaus	12 (60)
Aivoverenkiertosairauden muistisairaus	8 (40)
Ei vielä diagnoosia	8 (40)
Lewyn kappale -tauti	4 (20)
Jokin muu	0
Muistisairaiden henkilöiden arvioimiseen käytetyt arviointimenetelmät	
Asiakkaan haastattelu	19 (95)
Havainnointi	18 (90)
Testimuotoinen arviointi	18 (90)
Asiakkaan lähitoimijoiden haastattelu	17 (85)
Instrumentaalinen nielemistutkimus (esim. FEES)	9 (45)
Läheisarviointi-kysely	5 (25)
Itsearviointi-kysely	3 (15)
Jokin muu*	2 (10)
Tahot, joiden kanssa tekee monitoimijaista yhteistyötä	
Muistisairaahan henkilön läheiset	18 (90)
Puheterapeutti	14 (70)
Hoitaja	12 (60)
Neurologi	11 (55)
Toimintaterapeutti	11 (55)
Fysioterapeutti	9 (45)
Geriatr	8 (40)

	Ryhmä 1 <i>n</i> = 20 (100 %)
Neuropsykologi	7 (35)
Ravitsemusterapeutti	7 (35)
Muistihoitaja/-koordinaattori (muistipalveluita koordinoivat henkilöt)	6 (30)
Muun erikoisalan lääkäri	5 (25)
Sosiaalityöntekijä	4 (20)
Psykologi	1 (5)
Jokin muu taho**	1 (5)

### 4.3 Muistisairaiden henkilöiden kanssa työskentelevien käytännöt ja käsitykset puheterapeuttisesta kuntoutuksesta

Muistisairaiden henkilöiden kanssa työskentelevistä eli ryhmän 1 tutkittavista 12 ilmoitti toteuttavansa muistisairaiden henkilöiden puheterapeuttisia kuntoutusjaksoja. Kaikki 12 tutkittavaa ilmoittivat käyttävänsä epäsuoraan terapiaa kuntoutusmuotona muistisairaiden henkilöiden kanssa. Kolme neljästä tutkittavasta koki puheterapiapalvelun vastanneen muistisairaahan henkilön tarpeisiin ja puheterapian tavoitteisiin. Ryhmään 1 kuuluvien ja kuntoutusta toteuttavien tutkittavien käytänteitä ja käsityksiä muistisairaiden henkilöiden puheterapeuttisesta kuntoutuksesta on esitetty taulukossa 8.

Taulukko 8.

Puheterapeuttista kuntoutusta muistisairaille henkilöille toteuttavien tutkittavien käytäntöjä.

\* = Metaterapia = Terapeuttisten työskentelytapojen perustelu asiakkaalle ja asiakkaan lähitoimijoille, esim. miten erilaisten harjoitusten ja muutosten tekeminen vaikuttavat kuntoutuviin/kompensoitaviin toimintoihin.

	Ryhmä 1 & kuntouttaa <i>n</i> = 12 (100 %)
Käytännöt muistisairaiden henkilöiden puheterapeuttisessa kuntoutuksessa	<i>n</i> (%)
<b>Käytetyt kuntoutusmuodot</b>	
Epäsuora terapia	12 (100)
Suora terapia	10 (83.3)
Metaterapia*	6 (50)
<b>Puheterapiakäyntien määrä vuositasolla tyypillisesti</b>	
Yli 15 käyntiä	3 (25)
11–15 käyntiä	2 (16.7)
6–10 käyntiä	6 (50)
2–5 käyntiä	4 (33.3)
1 käynti	2 (16.7)
Seuranta tarpeen mukaan	3 (25)
<b>Puheterapiakäyntien tiheys</b>	

	Ryhmä 1 & kuntouttaa <i>n</i> = 12 (100 %)
Useammin kuin kerran viikossa	0
Kerran viikossa	2 (16.7)
1–3 kertaa kuukaudessa	4 (33.3)
2–3 kuukauden välein	4 (33.3)
4–8 kuukauden välein	1 (8.3)
9–12 kuukauden välein	1 (8.3)
Mahdollisuus toteuttaa puheterapiakäyntejä muistisairaahan henkilön arkiympäristössä	
Aina	5 (41.7)
Usein	1 (8.3)
Joskus	1 (8.3)
Harvoin	3 (25)
Ei koskaan	2 (16.7)
Puheterapiapalvelu vastasi muistisairaahan henkilön tarpeisiin ja puheterapian tavoitteisiin	
Kyllä	9 (75)
En osaa sanoa	2 (16.7)
Ei	1 (8.3)

Tutkittavia pyydettiin kertomaan muistisairaiden henkilöiden kanssa käyttämistään suorista ja epäsuorista terapiamuodoista avoimeen vastauskenttään. Tutkittavien käyttämät suorat ja epäsuorat kuntoutusmuodot on esitetty tutkielman lopussa liitteissä 1 ja 2. Tutkittavien vastausten mukaan yleisimmin suorassa terapiassa pyrittiin ylläpitämään muistisairaahan henkilön kielellis-kognitiivisia toimintoja tekemällä muun muassa nimeämisen, ymmärtämisen ja sanaston (ylläpito)harjoituksia, järjestämällä kognitiivista stimulaatioterapiaa ryhmässä sekä mukailemalla kognitiivisen stimulaatioterapian keinoja asiakkaan ja/tai tämän lähihoimijoiden kanssa. Kielellis-kognitiivisia toimintoja ylläpitävän harjoittelun jälkeen yleisimmin suorassa terapiassa harjoiteltiin AAC-keinojen käyttöä. Tämän jälkeen yleisintä oli ääniterapia esimerkiksi Parkinsonin taudin muistisairauteen sairastuneille henkilöille sekä kompensointikeinojen käytön, esimerkiksi sananlöytämisen kompensoinnin ja muistitekniikoiden, harjoittelua. Kaksi tutkittavaa ilmoitti suoraan terapiaan sisältyvän myös lähihoimijoiden ohjausta. Yksi tutkittavista mainitsi erikseen ryhmäterapian suorana terapiamuotona.

Yleisimmin epäsuoraan terapiaan sisältyi tutkittavien vastausten mukaan AAC-keinojen käytön ohjaaminen. Seuraavaksi yleisimmin epäsuoraan terapiaan sisältyivät muistisairaahan henkilön lähihoimijoiden ja puheterapiaharjoitusten tekemisen ohjaus sekä vuorovaikutus- ja/tai kommunikointiohjaus. Kaksi tutkittavista ilmoitti epäsuoraan terapiaan sisältyvän nielemisvaikeuksiin

liittyvän ohjauksen ja kaksi kompensointikeinojen, kuten toimintaympäristön muokkaamisen ja muistikeinojen, ohjaamisen. Yksi tutkittavista mainitsi erikseen ryhmätoimintaan ohjaamisen epäsuorana terapiamuotona.

#### 4.4 Ainoastaan muiden asiakasryhmien kanssa työskentelevien näkemykset ja käsitykset

Syitä siihen, miksi osa tutkittavista ei työskennellyt muistisairaiden henkilöiden kanssa, selvitettiin väittämien avulla. Yleisin syy siihen, miksi tutkittavat eivät työskennelleet muistisairaiden henkilöiden kanssa oli se, etteivät muistisairaajat henkilöt ohjautuneet tutkittavien työskentely-yksikköön. Lisäksi tutkittavat kertoivat, että heidän työnkuvaansa ei kuulu muistisairaiden henkilöiden kuntoutus ja/tai heitä kiinnosti työskentely muiden asiakasryhmien kanssa. Tutkittavien syitä sille, miksi he eivät työskennelleet muistisairaiden henkilöiden kanssa, on esitetty taulukossa 9.

Taulukko 9.

Ainoastaan muiden asiakasryhmien kanssa työskentelevien tutkittavien (ryhmä 2) syitä, miksi he eivät työskentele muistisairaiden henkilöiden kanssa.

\* = Tutkittavien tarkennukset avoimeen vastauskenttään: "Muistisairaille harvoin suositellaan puheterapiajaksoa maksusitoumuksella" ja "Työnkuvaani ei ollenkaan kuulu aikuisasiakkaat".

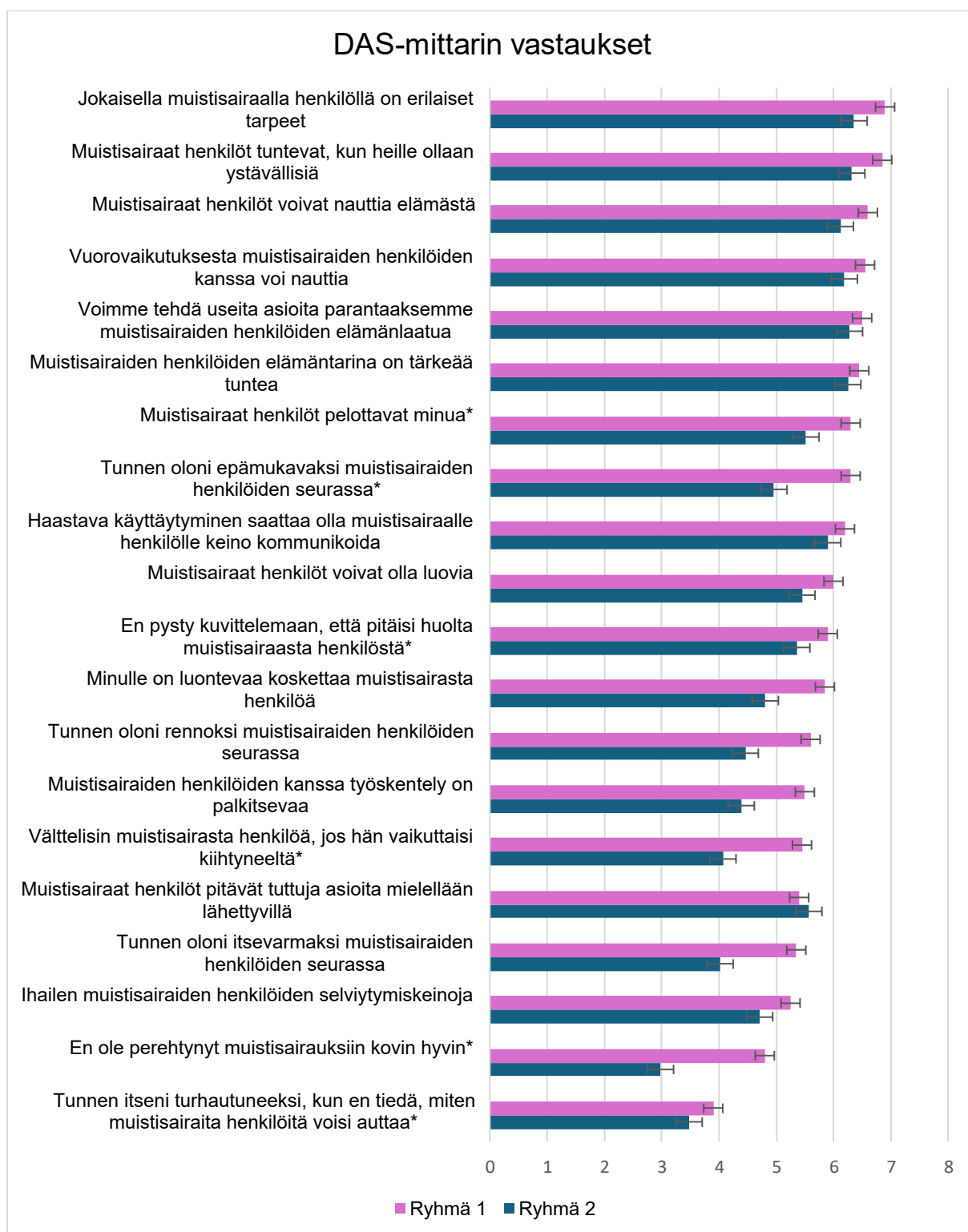
	Ryhmä 2 n = 82 (80.3 %)
Syitä, miksi ei työskentele muistisairaiden henkilöiden kanssa	n (%)
Muistisairaajat henkilöt eivät ohjautu työskentely-yksikköön	54 (65.9)
Työnkuvaan ei kuulu muistisairaiden henkilöiden kuntoutus	38 (46.3)
Kiinnostaa työskentely muiden asiakasryhmien kanssa	24 (29.2)
Ei ole riittävästi tietoa muistisairaista henkilöistä puheterapeutin asiakasryhmänä	18 (22)
Ei ole riittävästi kokemusta työskentelystä muistisairaiden henkilöiden kanssa	13 (15.9)
Jokin muu syy*	2 (2.4)

Muiden kuin muistisairaiden henkilöiden kanssa työskenteleviltä tutkittavilta kysyttiin, missä tilanteessa he voisivat kuvitella työskentelevänsä muistisairaiden henkilöiden kanssa. Tutkittavat vastasivat avoimeen vastauskenttään. Yleisin tilanne, jossa tutkittavat voisivat kuvitella työskentelevänsä muistisairaiden henkilöiden kanssa, oli muistisairaiden henkilöiden ohjautuminen tutkittavan työskentely-yksikön vastaanotolle. Tutkittavien seuraavaksi yleisimmät vastaukset olivat, että muistisairaiden henkilöiden kanssa voisi työskennellä, jos työskentelyyn saisi ohjausta ja/tai lisäkoulutusta, jos työskentelisi aikuisasiakkaiden parissa tai jos muistisairaiden henkilöiden puheterapia kuuluisi tutkittavien toimenkuvaan. Osa tutkittavista työskentelisi muistisairaiden henkilöiden kanssa, jos tätä asiakasryhmää kohtaan olisi kiinnostusta, jos työskentelyyn tämän asiakasryhmän kanssa tulisi tilaisuus tai jos olisi pakko. Osa tutkittavista ei työskentelisi tämän

asiakasryhmän kanssa missään tilanteessa. Kaksi tutkittavista kertoi saattaneensa työskennellä muistisairaiden henkilöiden kanssa ”vahingossa”, kun muistisairas henkilö oli ohjautunut heidän vastaanotolle jonkin muun puheterapiaa vaativan tilan vuoksi. Yksi tutkittavista mainitsi erikseen voivansa kuvitella työskentelevänsä muistisairaiden henkilöiden kanssa, jos tämän asiakasryhmän puheterapia olisi ennaltaehkäisevää ja ryhmämuotoista. Tutkittavien vastaukset on esitetty ryhmiteltyinä tutkielman lopussa liitteessä 3.

#### **4.5 Tutkittavien asenteet muistisairaita henkilöitä kohtaan**

Muistisairaiden henkilöiden kanssa työskentelevien tutkittavien eli ryhmän 1 DAS-mittarin vastausten pistemäärät vaihtelivat välillä 98–132 ( $ka = 117.7$  ja  $kh = 7.7$ ). Ainoastaan muiden asiakasryhmien kanssa työskentelevien tutkittavien eli ryhmän 2 DAS-mittarin vastausten pistemäärät vaihtelivat välillä 73–127 ( $ka = 103.3$  ja  $kh = 12.8$ ). Vastausten normaalijakautuneisuutta tarkasteltiin ryhmältä 1 Shapiro-Wilkin testillä ja ryhmältä 2 Kolmogorov-Smirnovin testillä. Molempien ryhmien DAS-mittarin vastaukset noudattivat normaalijakaumaa, mikä mahdollisti parametristen testien käyttämisen analyyseissä (Mishra ym., 2019). Ryhmien vastausten keskiarvoja vertailtiin toisiinsa kahden riippumattoman otoksen t-testillä. Ryhmien väliset varianssit olivat erisuuret ( $p < .05$ ), joten tarkasteltiin testin merkitsevyyttä. T-testin tulos oli merkitsevä ( $p < .001$ ), keskimääräinen ero ryhmien välillä 14.3 ja 95 % luottamusväli 9.89–18.82. T-testin perusteella tutkittavien työskentely muistisairaiden henkilöiden kanssa näytti vaikuttavan positiivisesti heidän asenteisiinsa muistisairaita henkilöitä kohtaan. DAS-mittarin vastaukset on esitetty kuvassa 1.



Kuva 1. Vaakapylväsdiagrammi tutkittavien DAS-mittarin pistemääristä.

\* = Käänteiset väittämät

Ryhmä 1 = Muistisairaiden henkilöiden kanssa työskentelevät tutkittavat

Ryhmä 2 = Ainoastaan muiden asiakasryhmien kanssa työskentelevät tutkittavat

Ryhmään 1 kuuluvat tutkittavat saivat keskimäärin korkeampia pisteitä lähes kaikkien väittämien kohdalla. Väitteen ”Muistisairaat henkilöt pitävät tuttuja asioita mielellään lähettyvillä”-kohdalla ryhmään 2 kuuluvat saivat keskimäärin hieman korkeampia pisteitä ryhmään 1 verrattuna. Ryhmät 1 ja 2 saivat korkeimman keskiarvon väitteen ”Jokaisella muistisairaalla on erilaiset tarpeet”-kohdalla. Ryhmällä 1 oli matalin keskiarvo väitteen ”Tunnen itseni turhautuneeksi, kun en tiedä, miten muistisairaita henkilöitä voisi auttaa”-kohdalla ja ryhmällä 2 väitteen ”En ole perehtynyt muistisairauksiin kovin hyvin”-kohdalla.

## 5 Pohdinta

Tässä tutkielmassa selvitettiin muistisairaiden henkilöiden ohjautumista puheterapiaan ja muistisairaiden henkilöiden puheterapeuttisen arvioinnin ja kuntoutuksen sisältöjä Suomessa. Lisäksi tutkielmassa selvitettiin puheterapeuttien asenteita muistisairaita henkilöitä kohtaan Suomessa. Tutkimuksen kyselyyn vastanneista 102 puheterapeutista 20 työskenteli muistisairaiden henkilöiden kanssa. Suomessa on tällä hetkellä ainakin 150 000 henkilöä, joilla on diagnosoitu muistisairaus ja vuosittain keskimäärin 23 000 henkilöä saa muistisairausdiagnoosin Suomessa. Diagnosoimattomia muistisairautta sairastavia henkilöitä on todennäköisesti myös huomattava määrä. Muistisairaiden henkilöiden kanssa työskentelevien puheterapeuttien määrä muistisairaiden henkilöiden kasvavaan määrään nähden vaikuttaa kestävämmältä tämän tutkimuksen otoksen perusteella. Huomionarvoista on myös se, että Kohosen (2014) tutkimuksen kyselyyn vastasi 72 muistisairaiden henkilöiden kanssa työskennellyttä puheterapeuttia. Muistisairaiden henkilöiden kanssa työskentelevien puheterapeuttien määrä näyttäisi 10 vuoden aikana selvästi vähentyneen. Toisaalta Kohosen (2014) tutkimukseen vastaajien kriteerinä oli se, että vastaajan oli pitänyt työskennellä edes joskus muistisairaiden henkilöiden kanssa, kun taas tässä tutkimuksessa muistisairaiden henkilöiden kanssa työskentelyn tuli tapahtua nykyhetkellä. Jos tutkittava ei tässä tutkimuksessa työskennellyt nykyhetkellä muistisairaiden henkilöiden kanssa, tutkittava luokiteltiin ainoastaan muiden asiakasryhmien kanssa työskenteleväksi. Voi olla, että tässäkin tutkimuksessa muistisairaiden henkilöiden kanssa työskentelevien määrä olisi ollut suurempi, jos kriteerit muistisairaiden henkilöiden kanssa työskentelyä kohtaan olisivat olleet löyhemmät. Tässä tutkimuksessa haluttiin kuitenkin saada ajankohtainen käsitys muistisairaiden henkilöiden puheterapiaan ohjautumisesta, arvioinnista ja kuntoutuksesta sekä puheterapeuttien asenteista.

### 5.1 Muistisairaiden henkilöiden ohjautuminen puheterapiaan

Tutkittavista suurimmalla osalla ei ollut käsitystä muistisairaiden henkilöiden puheterapiaan ohjautumisesta tai heidän käsityksensä mukaan muistisairaatt henkilöt eivät ohjautuneet puheterapiaan. Lähes kaikki tutkittavat, joilla ei ollut käsitystä muistisairaiden henkilöiden ohjautumisesta puheterapiaan tai joiden käsityksen mukaan muistisairaatt henkilöt eivät ohjautuneet puheterapiaan, työskentelivät ainoastaan muiden asiakasryhmien parissa eli kuuluivat ryhmään 2. Tutkittavista alle viidesosan käsityksen mukaan muistisairaatt henkilöt ohjautuivat puheterapeutin vastaanotolle. Suurin osa tähän alle viidesosaan kuuluvista tutkittavista kuului ryhmään 1 eli muistisairaiden henkilöiden kanssa työskenteleviin tutkittaviin. Käsityksiin muistisairaiden henkilöiden ohjautumisesta puheterapiaan näyttää vaikuttavan asiakasryhmä, jonka kanssa tutkittava työskentelee. Jos tutkittava työskenteli muistisairaiden henkilöiden kanssa, muistisairaatt henkilöt ohjautuivat todennäköisemmin puheterapiaan heidän käsityksensä mukaan. Jos tutkittava taas työskenteli ainoastaan muiden

asiakasryhmien kanssa, hänellä ei todennäköisesti joko ollut tietoa ohjautumisesta tai hänellä oli käsitys, etteivät muistisairaat henkilöt ohjautu puheterapiaan. Kettunen ja Sylvelin (2024) havaitsivat sosiaali- ja terveydenhuollossa esihenkilönä tai päättävässä asemassa työskentelevien henkilöiden näkemyksiä tutkiessaan, että tietoutta muistisairaiden henkilöiden puheterapiasta olisi tarpeen lisätä. Muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluiden tietoisuuden lisääminen voisi lisätä muistisairaiden henkilöiden ohjautumista puheterapiaan.

Niiden tutkittavien, joiden käsityksen mukaan muistisairaat henkilöt ohjautuivat puheterapiaan, selkeästi yleisin puheterapiaan lähettävä taho oli erikoislääkäri, kuten neurologi, geriatri tai psykiatri. Toiseksi yleisimmin muistisairaahan henkilön puheterapiaan lähettävä taho oli toinen puheterapeutti. Harvemmin puheterapiaan ohjaavia tahoja olivat terveystieteiden lääkäri, muistihoidaja/-koordinaattori ja muistisairaahan henkilön läheinen. Muistisairaat henkilöt vaikuttavat ohjautuvan puheterapiaan siinä vaiheessa, kun heidän tilastaan tarvitaan puheterapeutin tekemiä lisäselvityksiä, kuten kognitiivis-kommunikatiivisten toimintojen ja/tai syömis- ja nielemistoimintojen arviointia. Puheterapiaan ohjaututaan todennäköisesti myös silloin, kun toinen puheterapeutti on arvioinut muistisairaahan henkilön tarvitsevan puheterapeutista kuntoutusta ja ohjaa muistisairaahan henkilön kuntoutukseen kollegalleen. Mayerin ym. (2023) tutkimuksen tulosten mukaan terveydenhuollon ammattilaisten tiedonpuutteet puheterapeuttien ammattitaidosta vaikuttavat olevan yhtenä esteenä muistisairaiden henkilöiden vaikuttaville puheterapiapalveluille. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella terveydenhuollon ammattilaisten tiedonpuutteet puheterapeuttien ammattitaidosta eivät vaikuta estävän muistisairaiden henkilöiden ohjautumista puheterapiaan. Kohosen (2014) tutkimuksessa muistisairaiden henkilöiden ohjautumisen puheterapiapalveluiden piiriin arveltiin olevan pitkälti puheterapiaan lähettävän tahon ammattitaidosta kiinni. Jos muistisairaiden henkilöiden ohjautuminen olisi puheterapiaan lähettävän tahon ammattitaidosta kiinni, tämän tutkimuksen perusteella ammattitaitoa ohjaamiseen olisi eniten erikoislääkäreillä ja toisilla puheterapeuteilla.

Tutkittavien käsitysten mukaan yleisimmät syyt muistisairaahan henkilön puheterapiaan ohjautumiselle olivat erotusdiagnostinen arviointi ja kuntoutustarpeen arviointi. Näiden jälkeen yleisimmät syyt puheterapiaan ohjautumiselle olivat kommunikoinnin apuvälinetarpeen arviointi ja puheterapeutin kuntoutus. Erotusdiagnostisen arvioinnin osalta tulokset ovat osittain yhteneväisiä Kohosen (2014) tuloksiin nähden, sillä Kohosen (2014) tutkielmassa yli puolella puheterapiaan ohjautuneista muistisairaista henkilöistä ei ollut vielä asetettua diagnoosia.

Muistisairaiden henkilöiden puheterapian osa-alueiden tavoitteista yleisimpiä olivat ryhmään 1 kuuluvien tutkittavien käsitysten mukaan kielellis-kognitiiviset taidot, nieleminen, kommunikoinnin apuväline ja vuorovaikutus. Ryhmään 2 kuuluvista tutkittavista kolme neljästä ei osannut vastata kysymykseen. Ryhmään 1 kuuluvien tutkittavien oli todennäköisesti helpompaa vastata kysymykseen

asiakasryhmän kanssa työskentelyn ja siten aihepiirin tuttuuden vuoksi. Ryhmään 2 kuuluvien oli todennäköisesti haastavampaa vastata kysymykseen, sillä tämä asiakasryhmä on luultavasti jäänyt heille vieraammaksi ainoastaan muiden asiakasryhmien kanssa työskentelyn vuoksi. Yleisimmät puheterapian tavoitteiden osa-alueet olivat osittain samankaltaiset Kohosen (2014) tutkimuksen tuloksiin nähden. Kommunikoinnin apuvälineet osana muistisairaiden henkilöiden puheterapiaa olivat samalla tasolla niin Kohosen (2014) kuin tämänkin kyselyn vastauksissa. Nieleminen ja ääniterapia muistisairaiden henkilöiden puheterapiaan liittyvinä osa-alueina olivat tämän kyselyn vastauksissa huomattavasti yleisempiä kuin Kohosen (2014) kyselyn vastauksissa. Saattaa olla, että tietoisuus muistisairaiden henkilöiden dysfagiasta ja Parkinsonin taudin muistisairaudesta aiheuttamista äänihäiriöistä ovat lisääntyneet puheterapiaan ohjaavien ammattilaisten keskuudessa, jolloin näiden toimintojen haasteiden vuoksi muistisairaita henkilöitä osataan ohjata useammin puheterapiaan. Tulosten vaihteluun saattavat vaikuttaa myös tutkittavien määrät: Kohosen (2014) tutkimuksen kyselyyn vastasi 72 muistisairaiden henkilöiden kanssa työskennellyttä puheterapeuttia, kun taas tämän tutkimuksen kyselyyn vastaajista 20 työskenteli muistisairaiden henkilöiden parissa.

## 5.2 Muistisairaiden henkilöiden puheterapeuttinen arviointi

Kaikki ryhmään 1 kuuluvat tutkittavat raportoivat käyttävänsä muistisairaiden henkilöiden arviointimenetelminä muistisairaana asiakkaan haastattelua, havainnointia, testimuotoista arviointia ja asiakkaan lähitoimijoiden haastattelua. Hieman alle puolet ryhmän 1 tutkittavista raportoi tekevänsä muistisairaille asiakkaille instrumentaalisen nielemistutkimuksen ja neljännes toteutti läheisarviointikyselyn muistisairaita henkilöitä arvioidessaan. Kaikki ryhmään 1 kuuluvat tutkittavat, joiden mukaan muistisairaat henkilöt ohjautuvat puheterapiaan, arvioivat muistisairaiden henkilöiden kielellis-kognitiivisia toimintoja ja neljä viidestä arvioi nielemistoimintoja. Tutkittavien käyttämät muistisairaiden henkilöiden arviointimenetelmät olivat hyvin pitkälti samanlaisia kansainvälisissä tutkimuksissa selvitettyihin arviointimenetelmien käyttöön verrattuna (Roitsch ym., 2021; Lanzi ym., 2022). Muistisairaiden henkilöiden arviointimenetelmät ja niiden käyttöaste olivat pysyneet lähestulkoon samanlaisina Suomessa Kohosen (2014) tutkimuksen tuloksiin nähden. Huomionarvoista on se, että kansainvälisesti ja Suomessa muistisairaiden henkilöiden arviointiin käytetään hyvin vähän, jos ollenkaan, muistisairaiden henkilöiden arviointiin kohdennettuja standardoituja arviointimenetelmiä. Tällä hetkellä Suomessa ei ole olemassa muistisairaiden henkilöiden testimuotoiseen arviointiin tarkoitettuja standardoituja arviointimenetelmiä. Suomalaisille muistisairaille henkilöille suunnattujen standardoitujen arviointimenetelmien tekeminen olisi tulevaisuudessa perusteltua, jotta muistisairaiden henkilöiden puheterapeuttinen arviointi toteutuisi ASHA:n (2004) ohjeistamien hyvien puheterapiakäytäntöjen mukaisesti.

### 5.3 Muistisairaiden henkilöiden puheterapeuttinen kuntoutus

Kaikki muistisairaiden henkilöiden kuntoutusta tekevät tutkittavat raportoivat käyttävänsä epäsuoraa terapiaa kuntoutusmuotona, lähes kaikki suoraa terapiaa ja puolet metaterapiaa. Tulokset ovat yhteneväisiä Kohosen (2014) tutkielman tuloksiin, joissa epäsuoran terapian raportoitiin olevan yleisin kuntoutusmuoto. Fongin ym. (2019) tutkimuksessa taas kaikki puheterapeutit raportoivat käyttävänsä suoraa terapiaa ja lähes kaikki epäsuoraa terapiaa muistisairaiden henkilöiden kuntoutusmuotoina. Vaihtelua ensisijaisten kuntoutusmuotojen käytössä voivat selittää puheterapeuttien maiden väliset erot muistisairauksien puheterapeuttisessa kuntoutuksessa: voi olla, että Suomessa puheterapeuttisessa kuntoutuksessa painotetaan hieman enemmän lähitoimijoiden ohjausta Kiinaan verrattuna.

Yleisimpiä muistisairaiden henkilöiden epäsuoran terapian sisältöjä olivat tutkittavien mukaan AAC-keinojen käytön ohjaaminen, lähitoimijoiden ohjaus ja puheterapiaharjoitusten tekemisen ohjaaminen. Myös Fongin ym. (2019) ja Kohosen (2014) tutkimuksissa lähitoimijoiden tiedottaminen ja ohjaus olivat yleisimpiä epäsuorista kuntoutusmuodoista. Puheterapeutit vaikuttavat tiedostavan lähitoimijoiden informoinnin ja ohjaamisen tärkeyden osana muistisairaahan henkilön kuntoutusta ja toimintakykyä. Yhtäläisyyttä epäsuoran terapian osalta löytyi myös Lanzin ym. (2022) tutkimuksesta. Lanzin ym. (2022) tutkimuksessa puheterapeutit raportoivat hyödyntävänsä muistisairaiden henkilöiden kuntoutuksessa yleisimmin kompensatorisia keinoja, kuten muistia tukevia keinoja. Nämä kompensatoriset keinot voivat toimia myös AAC-keinoina, joita tässäkin tutkimuksessa raportoitiin käytettävän runsaasti.

Yleisimpiä suoran terapian sisältöjä olivat tutkittavien mukaan kielellis-kognitiivisten toimintojen ylläpito ja/tai arviointi ja AAC-keinojen käytön harjoittelu. Lanzi ym. (2022) raportoivat suoran terapian olevan yleisimmin muistin heikentymistä kompensoivia keinoja, kuten viivästetyn muistiin palauttamisen harjoittelua ja Fong ym. (2019) syömis- ja nielemistoimintojen kuntoutusta. Kohosen (2014) tutkimuksessa yleisimpiä suoran terapian sisältöjä olivat muistisairaahan henkilön ohjaus ja neuvonta, kommunikoinnin apuvälineiden laatiminen tai esittely ja seurantakäyntien järjestäminen. AAC-keinojen laatiminen ja/tai käytön harjoittelu näyttää pysyneen yhtenä yleisimmistä suoran terapian sisällöistä 10 vuoden aikana Kohosen (2014) tutkimustuloksia ja tämän tutkimuksen tuloksia verratessa. Muistisairaiden henkilöiden suoran terapian sisällöissä näyttää olevan paljon vaihtelua. Vaihtelu voi selittyä puheterapeuttien työpaikkojen moninaisuudella sekä eri muistisairauksilla ja muistisairauksien eri vaiheilla. Lanzin ym. (2022) tutkimuksessa suurin osa puheterapeuteista työskenteli polikliinisten asiakkaiden kanssa, jolloin puheterapeuttisessa kuntoutuksessa saatetaan keskittyä enemmän kognitiivis-kommunikatiivisten toimintojen heikentymisen hidastamiseen, kuten muistin heikentymistä kompensoiviin keinoihin. Fongin ym. (2019) tutkimuksessa taas puheterapeutit työskentelivät palliatiivisessa hoidossa olevien muistisairaiden henkilöiden kanssa, jolloin

muistisairaudet ovat edenneet todennäköisesti jo pitkälle. Syömisen ja nielemisen haasteet ovat muistisairauksien tässä vaiheessa yleensä selkeästi näkyvissä ja voi olla, että palliatiivisessa hoidossa koetaan syömis- ja nielemistoimintojen kompensoinnin olevan puheterapeuttisessa kuntoutuksessa oleellista ravinnonsaamisen turvaamiseksi.

Tutkittavat raportoivat muistisairaiden henkilöiden puheterapiakäyntejä olevan vuositason tyypillisimmin 6–10. Kohosen (2014) tulosten mukaan muistisairaiden henkilöiden puheterapiajakso sisälsi yleisimmin 2–5 puheterapiakäyntiä. Muistisairaiden henkilöiden puheterapiakäyntien määrä näyttää kasvaneen 10 vuoden aikana, tosin Kohosen (2014) tutkielman puheterapiakäyntien aikajännettä ei ole tiedossa. Tutkittavat raportoivat puheterapiakäyntejä olevan tiheydeltään tyypillisimmin 1–3 kertaa kuukaudessa ja 2–3 kuukauden välein. Kohosen (2014) tuloksissa puheterapia toteutui tiheydeltään yleisimmin kerran viikossa. Seuraavaksi yleisimmin puheterapiakäyntejä järjestettiin seurantatyypillisesti ja 1–3 kertaa kuukaudessa. Vaikuttaa siltä, että muistisairaiden henkilöiden puheterapiakäyntejä on 10 vuoden aikana hieman harvennettu. Kansainvälisissä tutkimuksissa puheterapiakäyntien tiheyttä tai määrää vuositason ei raportoitu.

Kaksi viidestä tutkittavasta raportoi puheterapiakäyntien toteuttamisen olevan aina mahdollista muistisairaana henkilön arkiympäristössä. Kohosen (2014) tutkielman tuloksissa reilu kolmasosa vastaajista raportoi tekevänsä kotikäyntejä vastaanottotyön lisäksi. Muistisairaiden henkilöiden puheterapian toteuttaminen asiakkaan arkiympäristössä vaikuttaa hieman yleistyneen. Suurimmalla osalla muistisairaista henkilöistä puheterapiaa ei kuitenkaan järjestetä heidän arkiympäristöissään. Kansainvälisissä tutkimuksissa ei ollut mainintaa puheterapian toteutumisympäristöistä.

Lähes kaikki tutkittavat raportoivat tekevänsä monitoimijaista yhteistyötä muistisairaana henkilön läheisten kanssa. Tämän jälkeen eniten yhteistyötä tehtiin toisten puheterapeuttien, hoitajien, neurologien ja toimintaterapeuttien kanssa. Kohosen (2014) kyselyn tuloksiin verrattuna hoitajien kanssa tehtävä monitoimijainen yhteistyö näyttäisi vähentyneen selvästi 10 vuoden aikana. Tämä on ristiriitainen tulos siihen nähden, että monitoimijaisen yhteistyön merkitys tunnustetaan nykyään osana asiakkaiden ja potilaiden hyvää hoitoa. Puheterapeuttien ja hoitajien väliseen monitoimijaiseen yhteistyöhön ovat voineet vaikuttaa viimeisten 10 vuoden aikana sosiaali- ja terveydenhuollon toimintojen tehostaminen, siirtyminen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen seurauksena hyvinvointialueisiin ja väestön ikääntymisestä johtuva mahdollinen asiakasmäärien lisääntyminen. Voi olla, että edellä mainitut muutokset ovat heikentäneet puheterapeuttien ja hoitajien mahdollisuuksia monitoimijaisen yhteistyön tekemiseen. Fongin ym. (2019) tutkimuksessa puheterapeutit tekivät todennäköisesti monitoimijaista yhteistyötä osana palliatiivista hoitoryhmää.

## 5.4 Puheterapeuttien asenteet muistisairaita henkilöitä kohtaan

Ryhmien 1 ja 2 tutkittavat asennoituivat muistisairaita henkilöitä kohtaan positiivisesti. Tämä tulos on yhteneväinen Saccasanin ja Scerrin (2020) sekä Kettusen ja Sylvelinin (2024) tutkimusten tuloksiin, joiden mukaan puheterapeuttiopiskelijoilla ja puheterapeuteilla sekä sosiaali- ja terveydenhuollossa esihenkilön tai päättävässä asemassa työskentelevillä henkilöillä oli positiivinen asenne muistisairaita henkilöitä kohtaan. Tässä tutkimuksessa ryhmiin 1 ja 2 kuuluvien tutkittavien asenteiden väliltä löytyi eroavaisuutta. DAS-mittarin vastausten perusteella muistisairaiden henkilöiden kanssa työskentely vaikutti tilastollisesti merkitsevästi tutkittavien asenteisiin: ryhmän 1 tutkittavat asennoituivat positiivisemmin muistisairaita henkilöitä kohtaan verrattuna ryhmän 2 tutkittaviin. Myös Saccasan ja Scerri (2020) havaitsivat tutkittavillaan eroja asenteissa muistisairaita henkilöitä kohtaan: puheterapeuteilla oli puheterapeuttiopiskelijoita positiivisempi asenne muistisairaita henkilöitä kohtaan. Puheterapeuttien positiivisempaa asennetta muistisairaita henkilöitä kohtaan voivat selittää Saccasanin ja Scerrin (2020) mukaan toistuvat kokemukset työskentelystä muistisairaiden henkilöiden parissa. Kokemukset muistisairaiden henkilöiden kanssa työskentelystä voivat lisätä puheterapeuttien ymmärrystä muistisairaita henkilöitä kohtaan ja lisätä puheterapeuttien osaamisen tunnetta tämän asiakasryhmän parissa työskentelyssä. Tällöin asenteet muistisairaita henkilöitä kohtaan ovat todennäköisesti myös positiivisempia.

DAS-mittarin väitteissä ”Vuorovaikutuksesta muistisairaiden henkilöiden kanssa voi nauttia”, ”Voimme tehdä useita asioita parantaaksemme muistisairaiden henkilöiden elämänlaatua”, ”Muistisairaiden henkilöiden elämäntarina on tärkeää tuntea”, ”Haastava käyttäytyminen saattaa olla muistisairaalle henkilölle keino kommunikoida” ja ”Muistisairaot henkilöt pitävät tuttuja asioita mielellään lähetyvillä” ryhmien 1 ja 2 luottamusvälit ovat limittäin. Näiden väitteiden kohdalla ryhmien vastauksissa vaikuttaa olevan vähiten eroavaisuutta. On mahdollista, että näiden väitteiden kohdalla asenteisiin vaikuttaa työskenneltävien asiakasryhmien sijaan enemmän puheterapeutin tietämys ja osaaminen. Puheterapeutit työskentelevät sellaisten asiakkaiden kanssa, joiden vuorovaikutus- ja kommunikointitaidoissa on puutteita. Puheterapeutit kykenevät todennäköisesti näkemään muistisairaiden henkilöiden vuorovaikutuksessa mahdollisuuksia haasteiden lisäksi ja mahdollisuuden vuorovaikutuksesta nauttimiseen, oli kommunikointitapa mikä hyvänsä. Todennäköisesti puheterapeutin tietämyksellä ja osaamisella haastava käyttäytyminen osataan yhdistää asiakkaan kommunikointiyrityksiin, työskenteli puheterapeutti minkä asiakasryhmien kanssa tahansa.

Yllättävää DAS-mittarin tuloksissa oli se, että ryhmään 1 kuuluvat tutkittavat kokivat ryhmään 2 kuuluviin tutkittaviin nähden enemmän pelkoa, turhautuneisuutta ja epämukavuutta muistisairaita henkilöitä kohtaan. Lisäksi ryhmän 1 tutkittavat kokivat ryhmän 2 tutkittavia enemmän, etteivät he ole perehtyneet muistisairauksiin kovin hyvin, he eivät pysty kuvittelemaan pitävänsä huolta

muistisairaasta henkilöstä ja he välttelisivät muistisairasta henkilöä, jos tämä vaikuttaisi kiihtyneeltä. Voi siis olla, että kokemus muistisairaiden henkilöiden kanssa työskentelystä tuo esiin tietoa aukon omassa perehtyneisyydessä sekä ymmärrystä muistisairauksien aiheuttamaan oirekuvaan liittyen siinä määrin, että tieto ja kokemus vähentävätkin itsevarmuutta ja rohkeutta muistisairaiden henkilöiden kanssa toimimista kohtaan.

## 5.5 Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitteet

Tutkimuksen vahvuuksina voidaan pitää sitä, että kysely toteutettiin sähköisesti ja kyselyä jaettiin laajasti eri viestintäkanavissa. Kyselyn toteuttaminen sähköisesti mahdollisti sen, että tutkittavat pystyivät vastaamaan kyselyyn heille sopivasta paikasta ja heille sopivaan aikaan. Kyselyn jakamisella Suomen Puheterapeuttiliiton sähköpostilistalla ja sosiaalisessa mediassa Facebookin erilaisissa puheterapiaryhmissä ja Turun yliopiston Instagram-tilillä pyrittiin tavoittamaan mahdollisimman laajasti eri asiakasryhmien kanssa ja eri työnkuvissa työskenteleviä puheterapeutteja.

Tutkimukselle muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluista Suomessa oli tarvetta, sillä edellinen Suomen muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluja koskeva tutkimus tehtiin reilut 10 vuotta sitten. Tietoa muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluista Suomessa oli aika päivittää ja tietoa puheterapeuttien asenteista muistisairaita henkilöitä kohtaan oli oleellista selvittää käyttämällä kansainvälisessä tutkimuksessa käytettyä DAS-mittaria. DAS-mittarin pistemääriä pystyttiin vertailemaan maltalaisten puheterapeuttiopiskelijoiden ja puheterapeuttien pistemääriin sekä suomalaisten sosiaali- ja terveydenhuollossa esihenkilön tai päättävässä asemassa työskentelevien henkilöiden asenteita.

Lisäksi tutkimuksen vahvuutena oli se, että kyselyyn saivat vastata muistisairaiden henkilöiden kanssa työskentelevien puheterapeuttien lisäksi myös puheterapeutit, jotka eivät työskennelleet muistisairaiden henkilöiden kanssa. Näin saatiin tietoa monipuolisesti tietoa puheterapeuttien asenteista, käsityksistä ja käytännöistä sekä voitiin vertailla puheterapeuttien asenteita toisiinsa. Tutkimuksen rajoitteena oli se, että muistisairaiden henkilöiden kanssa työskenteleviä tutkittavia, saati muistisairaiden henkilöiden kuntoutusta tekeviä tutkittavia, osallistui tutkimukseen huomattavasti vähemmän kuin muiden asiakasryhmien kanssa työskenteleviä tutkittavia. Tosin tämä epäsuhta tutkittavien ryhmien välillä saattaa olla melko realistinen suhde muistisairaiden henkilöiden ja ainoastaan muiden asiakasryhmien kanssa työskentelevien puheterapeuttien määrästä Suomessa. Tutkimuksen rajoitteena voidaan pitää myös sitä, että suomennettua DAS-mittaria ei ole standardoitu suomalaiselle väestölle eikä tutkittavien DAS-mittarin vastausten pistemääriä voitu vertailla suomalaisille normitettuihin testituloksiin.

## 5.6 Kliininen merkitys ja jatkotutkimusehdotukset

Tämän tutkimuksen tulokset päivittävät ja tuovat uutta tietoa muistisairaiden henkilöiden puheterapiapalveluista ja puheterapeuttien asenteista muistisairaita henkilöitä kohtaan Suomessa. Etenkin puheterapeuttien asenteita koskevaa tutkimusta Suomesta löytyy hyvin vähän. Nyt asenteita saatiin tutkittua kansainvälisessäkin käytössä olevalla DAS-mittarilla, mikä mahdollistaa asenteiden vertailun jatkossa terveydenhuollon ammattilaisten välillä sekä Suomessa että kansainvälisesti. Tutkimuksesta saatiin myös päivitettyä tietoa muistisairaiden henkilöiden ohjautumisesta puheterapiaan sekä puheterapeuttisen arvioinnin sisällöstä että kuntoutuksesta.

Muistisairaiden henkilöiden ohjautumisessa puheterapiaan ei näytä tapahtuneen muutoksia Kohosen (2014) reilun 10 vuoden takaiseen tutkimukseen nähden. Muistisairaajat henkilöt vaikuttavat ohjautuvan erikoislääkäreiden lähettämänä puheterapiaan siinä vaiheessa, kun heidän tilastaan tarvitaan puheterapeutin tekemiä lisäselvityksiä, kuten kognitiivis-kommunikatiivisten toimintojen ja/tai syömis- ja nielemistoimintojen arviointia. Puheterapiaan ohjaututaan todennäköisesti myös silloin, kun muistisairaajan henkilön kognitiivis-kommunikatiivisissa toiminnoissa ja/tai syömis- ja nielemistoiminnoissa havaitaan haasteita. Tällöin toinen puheterapeutti on voinut arvioida muistisairaajan henkilön tarvitsevan puheterapeuttista kuntoutusta ja ohjaa muistisairaajan henkilön kuntoutukseen kollegalleen. Muistisairaajat henkilöt vaikuttavat siis ohjautuvan puheterapiaan muistisairauksien alkuvaiheessa, kun puheterapiaa vaativia haasteita alkaa ilmetä. Jatkossa mielenkiintoista olisi selvittää, ohjautuvatko muistisairaajat henkilöt muistisairauden alkuvaiheen jälkeen uudestaan puheterapiaan muistisairauksien edetessä vai jäävätkö puheterapiajaksot kertaluontoisiksi.

Puheterapeutit käyttävät muistisairaiden henkilöiden arviointimenetelminä eniten haastattelua, havainnointia, testimuotoista arviointia ja asiakkaan lähitoimijoiden haastattelua Suomessa. Tässä tutkimuksessa ei selvitetty, mitä testimuotoisia arviointimenetelmiä puheterapeutit käyttävät muistisairaiden henkilöiden puheterapeuttisessa arvioinnissa. Sitä voisi olla tarpeen selvittää tulevaisissa tutkimuksissa. Suomalaisille ei tällä hetkellä ole muistisairaiden henkilöiden kognitiivis-kommunikatiivisten häiriöiden arviointiin tarkoitettuja standardoituja testejä. Tarvetta tällaiselle standardoidulle testille ja/tai testeille voisi olla muiden arviointimenetelmien rinnalla Suomessa, mitä voisi myös selvittää tulevaisissa tutkimuksissa. Lanzin ym. (2022) tutkimuksessa tuli nimittäin ilmi, että puheterapeuteilla olisi tarvetta kognitiivis-kommunikatiivisten häiriöiden standardoiduille arviointimenetelmille.

Muistisairaiden henkilöiden puheterapeuttiseen kuntoutukseen sisältyy Suomessa lähes aina kielellis-kognitiivisten toimintojen ylläpito ja AAC-keinojen käytön ohjaaminen sekä usein lähitoimijoiden

ohjaus. Tulevaisuudessa olisi mielenkiintoista selvittää tarkemmin, miten kielellis-kognitiivisia toimintoja ylläpidetään. Suurin osa muistisairaiden henkilöiden kanssa työskentelevistä puheterapeuteista piti nielemistoimintoja osana muistisairaiden henkilöiden puheterapian tavoitteita. Muistisairaiden henkilöiden puheterapeuttiseen kuntoutukseen liittyen nielemistoimintojen kuntoutus mainittiin kuitenkin harvoin. Puheterapeutit vaikuttavat tiedostavan nielemistoiminnot osana puheterapian tavoitteita, mutta kuntoutuksessa suorassa terapiassa nielemistoimintoja ei huomioinut yksikään puheterapeutti ja epäsuorassa terapiassa nielemistoimintojen ohjausta teki kaksi puheterapeuttia. Muistisairaiden henkilöiden syömis- ja nielemistoimintojen käsittelyä puheterapiassa voisi olla aiheellista selvittää lisää.

Puheterapeutit näyttävät asennoituvan muistisairaita henkilöitä kohtaan positiivisesti DAS-mittarilla mitattuna. Jatkossa mielenkiintoista olisi toisintaa asennetutkimus puheterapeuttien asenteista muistisairaita henkilöitä kohtaan ja vertailla, tapahtuuko asenteissa seuraavien 10 vuoden aikana muutoksia. Lisäksi olisi mielenkiintoista selvittää suomalaisten puheterapeuttiopiskelijoiden ja puheterapeuttien asenteita muistisairaita kohtaan ja vertailla tuloksia Saccasanin ja Scerrin (2020) tutkimustuloksiin. Myös DAS-mittarin standardointi suomalaiselle väestölle olisi tärkeää tulevaisuudessa, jotta asenteiden mittaamista DAS-mittarin avulla olisi mielekästä jatkaa.

## **5.7 Johtopäätökset ja tulevaisuuden näkymät**

Muistisairaajat henkilöt vaikuttavat ohjautuvan puheterapiaan muistisairauksien alkuvaiheessa, kun puheterapiaa vaativia haasteita alkaa ilmetä. Tässä tutkimuksessa muistisairaiden henkilöiden puheterapeuttisessa kuntoutuksessa korostui kognitiivis-kommunikatiivisten toimintojen ylläpito, AAC-keinojen käytön harjoittelu ja lähitoimijoiden ohjaus. Puheterapeuttisessa kuntoutuksessa päästään todennäköisesti jo muistisairauksien alkuvaiheissa hidastamaan ja kompensoimaan etenkin kognitiivis-kommunikatiivisten toimintojen heikkenemistä sekä ohjaamaan lähitoimijoita. Voi olla, että muistisairaiden henkilöiden puheterapiaan ohjautuminen jää muistisairauksien alkuvaiheisiin eikä heitä ohjata puheterapiaan enää muistisairauksien edetessä. Tällöin muistisairaajat henkilöt ja heidän lähitoimijansa voivat jäädä uusien kognitiivis-kommunikatiivisten toimintojen sekä syömis- ja nielemistoimintojen haasteiden kanssa melko yksin, vaikka puheterapian avulla näitä haasteita voitaisiin kompensoida. Ilman asiakaslähtöistä ja tarpeisiin vastaavaa kuntoutusta muistisairaiden henkilöiden toimintakykyä sekä elämänlaatua niin muistisairailta henkilöillä kuin heidän lähitoimijoillaankin on mahdotonta kompensoida ja/tai ylläpitää. Tällöin muistisairaiden henkilöiden palveluasumisen tarvettakaan ei kyetä lykkäämään. Näyttäisi siltä, että muistisairaiden henkilöiden puheterapian hyödyistä niin yksilön kuin yhteiskunnankin tasolla tulisi tiedottaa muistisairaiden henkilöiden hoidosta ja kuntoutuksesta vastaavia henkilöitä, kuten Kohonen (2014) sekä Kettunen ja Sylvelin (2024) tutkimuksissaankin pohtivat. Lisäksi tärkeää olisi tuoda esille muistisairaiden

asiakkaiden toimintakyvyn ja tarpeiden muutoksia muistisairauksien edetessä, jolloin puheterapeuttisia arviointeja ja kuntoutusjaksoja tarvitaan muistisairauksien alkuvaiheen jälkeenkin.

Muistisairaiden henkilöiden puheterapeuttisessa arvioinnissa käytetään monipuolisesti erilaisia epävirallisia arviointimenetelmiä, kuten haastatteluja, havainnointia ja testimuotoista arviointia. Kun epävirallisten arviointimenetelmien rinnalle saataisiin vielä suomalaisille muistisairaille henkilöille standardoitu testimuotoinen arviointimenetelmä, Suomessakin voitaisiin toteuttaa hyvien puheterapiakäytäntöjen mukaista muistisairaiden henkilöiden arviointia.

Muistisairaiden henkilöiden kuntoutuksen sisältöinä ovat lähes aina kielellis-kognitiivisten toimintojen ylläpito ja AAC-keinojen käytön ohjaaminen sekä usein lähitoimijoiden ohjaus. Muistisairaiden henkilöiden ja heidän lähitoimijoidensa toimivan vuorovaikutuksen ja kommunikoinnin ylläpitäminen on erittäin oleellista. Muistisairaiden henkilöiden syömis- ja nielemistoimintojen kuntoutus taas näyttää olevan vähemmän huomioitu osa-alue muistisairaiden henkilöiden puheterapeuttisessa kuntoutuksessa, vaikka puheterapeutit vaikuttavat tunnistavan syömis- ja nielemistoiminnot osana puheterapeuttisia tavoitteita. Syömis- ja nielemistoimintojen vähemmälle huomiolle jääminen on toisaalta ymmärrettävää: jos muistisairaatt henkilöt ohjautuvat puheterapiaan enimmäkseen kognitiivis-kommunikatiivisten haasteiden vuoksi, puheterapeuttista kuntoutusta kohdennetaan kognitiivis-kommunikatiivisiin toimintoihin. Puheterapiaan ohjautumisen syistä riippumatta puheterapeuttien olisi tärkeää kiinnittää huomiota myös muistisairaiden henkilöiden syömis- ja nielemistoimintoihin osana kokonaisvaltaista puheterapeuttista kuntoutusta.

Puheterapeutit näyttävät asennoituvan positiivisesti muistisairaita henkilöitä kohtaan ja muistisairaiden henkilöiden kanssa työskentelevillä puheterapeuteilla vaikuttaa olevan vielä positiivisemmat asenteet ainoastaan muiden asiakasryhmien kanssa työskenteleviin verrattuna. Todennäköisesti tietämys, työkokemus ja kohtaamiset muistisairaiden henkilöiden kanssa ja näistä lisääntyvä ymmärrys muistisairaita henkilöitä kohtaan lisäävät muistisairaiden henkilöiden kanssa työskentelevien puheterapeuttien positiivista asennetta. Vaikuttaa kuitenkin siltä, että nämä samat asiat saattavat samalla vähentää muistisairaiden henkilöiden kanssa työskentelevien puheterapeuttien itsevarmuutta ja rohkeutta muistisairaiden henkilöiden kanssa toimimista kohtaan.

Muistisairaiden henkilöiden määrä tulee voimakkaasti kasvamaan tulevina vuosikymmeninä väestössämme. Muistisairauksia parantavia hoitokeinoja ei (vielä) ole saatavilla eikä niitä voida jättää odottamaan. Muistisairaiden henkilöiden toimintakyvyn ja elämänlaadun sekä taloudellisesti kestävien yhteiskunnan palvelujen tarjoamisen varmistamiseksi olisi tärkeää tunnistaa muistisairaiden henkilöiden tarpeiden mukaisten kuntoutuspalvelujen, kuten puheterapian, merkitys osana muistisairauksien etenemisen hallintaa ja muistisairaiden henkilöiden hoitoa.

## Lähteet

- Adewuyi, M., Morales, K. & Lindsley, A. (2022). Impact of experiential dementia care learning on knowledge, skills and attitudes of nursing students: A systematic literature review. *Nurse Education in Practice*, 62. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103351>
- Alantie, S., Holappa, J., Leimurautio, L., Immonen, J., Juojärvi, V., Karjula, E., Ketola, K., Klasila, S., Komulainen, H., Määttä, R., Sjöman, M., Suurkari, M., Tamminen, A., Törmälehto, T., Makkonen, T., Passinen, K., Rasinaho, J., Kolari, M. & Kotioja-Närvänen, P. (2024). Aivoverenkiertohäiriöpotilaan nielemisen seulonta akuuttivaiheen hoidossa - Perehdytysopas sairaanhoitajille ja muille hoitotyön ammattilaisille. Viitattu 21.8.2025. [https://f32748f017.clvaw-cdnwnd.com/fdd283b9c3679e951d0350177c9ea528/200000079-77f1b77f1d/AVH-potilaan\\_nielemisen\\_seulonta\\_OPAS%20viimeistely\\_pakattu%20%282%29.pdf?ph=f32748f017](https://f32748f017.clvaw-cdnwnd.com/fdd283b9c3679e951d0350177c9ea528/200000079-77f1b77f1d/AVH-potilaan_nielemisen_seulonta_OPAS%20viimeistely_pakattu%20%282%29.pdf?ph=f32748f017)
- Ambiado-Lillo, M. & García-Hilaja, I. (2024). Cognitive Communication Disorder: A Proposal for Clinical Classification. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 23. <https://doi.org/10.5354/0719-4692.2024.70037>
- American Speech-Language-Hearing Association, ASHA. (ei pvm.-a). Dementia. Viitattu 13.8.2025. [https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/dementia/?srsltid=AfmBOoqc\\_3JW0DsRzKu8Fj5NvLBqwmqGP-UhLu9kTVWfUaSdap\\_wz3pV#collapse\\_6](https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/dementia/?srsltid=AfmBOoqc_3JW0DsRzKu8Fj5NvLBqwmqGP-UhLu9kTVWfUaSdap_wz3pV#collapse_6)
- American Speech-Language-Hearing Association, ASHA. (ei pvm.-b). Augmentative and Alternative Communication (AAC). Viitattu 24.8.2025. [https://www.asha.org/practice-portal/professional-issues/augmentative-and-alternative-communication/?srsltid=AfmBOoonIP\\_arCasOh1fEZORcBiL1CYxcUQnZK4m0MyAfbQ2ubiweez#collapse\\_1](https://www.asha.org/practice-portal/professional-issues/augmentative-and-alternative-communication/?srsltid=AfmBOoonIP_arCasOh1fEZORcBiL1CYxcUQnZK4m0MyAfbQ2ubiweez#collapse_1)
- American Speech-Language-Hearing Association, ASHA. (ei pvm.-c). Adult Dysphagia. Viitattu 21.8.2025. [https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/adult-dysphagia/#collapse\\_5](https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/adult-dysphagia/#collapse_5)
- American Speech-Language-Hearing Association, ASHA. (2004). Preferred Practice Patterns for the Profession of Speech-Language Pathology [Preferred Practice Patterns]. [www.asha.org/policy/](http://www.asha.org/policy/). doi:10.1044/policy.PP2004-00191. Viitattu 24.9.2025.
- Annear, M. J., Goldberg, L. R., Lo, A. & Robinson, A. (2016). Interprofessional curriculum development achieves results: Initial evidence from a dementia-care protocol. *Journal*

- of Interprofessional Care, 30(3), 391–393.  
<https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1117061>
- Arvanitakis, Z., Shah, R. C. & Bennett, D. A. (2019). Diagnosis and Management of Dementia: A Review. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 322(16), 1589–1599. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.4782>
- Bautmans, I., Demarteau, J., Cruts, B., Lemper, J-C. & Mets, T. (2008). Dysphagia in Elderly Nursing Home Residents With Severe Cognitive Impairment Can Be Attenuated by Cervical Spine Mobilization. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 40, 755–760. doi: 10.2340/16501977-0243
- Bayles, K. & Tomoeda, C. (2014). *Treatment: Direct Interventions*. Teoksessa K. Bayles & C. Tomoeda, (toim.), *MCI and Alzheimer’s Dementia: Clinical Essentials for Assessment and Treatment of Cognitive-Communication Disorders* (1st ed.). Plural Publishing, Incorporated.
- Bayles, K. A. & Tomoeda, C. K. (2019). *The Arizona Battery for Cognitive-Communication Disorders, Second Edition (ABCD-2)*. Pro-Ed.
- Belafsky, P. C., Mouadeb, D. A., Rees, C. J., Pryor, J. C., Postma, G. N., Allen, J., & Leonard, R. J. (2008). Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*, 117(12), 919–924.  
<https://doi.org/10.1177/000348940811701210>
- Bourgeois, M., Fried-Oken, M. & Rowland, C. (2010). AAC Strategies and Tools for Persons With Dementia. *The ASHA Leader*. <https://www.ohsu.edu/sites/default/files/2018-11/AAC-Strategies-and-Tools-for-Persons-With-Dementia.pdf>
- Breckler, S. J. (1984). Empirical Validation of Affect, Behavior, and Cognition as Distinct Components of Attitude. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47(6), 1191–1205. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.47.6.1191>
- Cations, M., May, N., Crotty, M., Low, L.-F., Clemson, L., Whitehead, C., McLoughlin, J., Swaffer, K. & Laver, K. E. (2020). Health Professional Perspectives on Rehabilitation for People With Dementia. *The Gerontologist*, 60(3), 503–512.  
<https://doi.org/10.1093/geront/gnz007>
- Chan, C. T. W., Wu, T. Y. & Cheng, I. (2024). A systematic review on dysphagia treatments for persons living with dementia. *European Geriatric Medicine*, 15, 1573–1585.  
<https://doi.org/10.1007/s41999-024-01107-6>

- Chen, L-L., Li, H., Lin, R., Zheng, J-H., Wei, Y-P., Li, J., Chen, P. & Chen, H-Y. (2015). Effects of a feeding intervention in patients with Alzheimer's disease and dysphagia. *Journal of Clinical Nursing*, 25(5–6), 699–707. <https://doi.org/10.1111/jocn.13013>
- Choi, S. & Park, M. (2017). Student participation in a dementia-outreach research project as community-based experiential learning. *Educational Gerontology*, 43(4), 186–197. <http://dx.doi.org/10.1080/03601277.2016.1273732>
- Cipriani, G., Carlesi, C., Lucetti, C., Danti, S. & Nuti, A. (2016). Eating Behaviors and Dietary Changes in Patients With Dementia. *Sage Journals*, 31(8), 706–716. <https://doi.org/10.1177/1533317516673155>
- Cohen, D., Post, S. G., Lo, A., Lombardo, R. & Pfeffer, B. (2020). “Music & Memory” and improved swallowing in advanced dementia. *Sage Journals*, 19(2), 195–204. <https://doi-org.ezproxy.utu.fi/10.1177/1471301218769778>
- DePippo, K. L., Holas, M. A. & Reding, M. J. (1992). Validation of the 3-oz Water Swallow Test for Aspiration Following Stroke. *Archives of Neurology*, 49, 1259–1261. DOI: 10.1001/archneur.1992.00530360057018
- Dooley, S. & Walshe, M. (2019). Assessing cognitive communication skills in dementia: a scoping review. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 54(5), 729–741. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12485>
- Edwards, P. J., Roberts, I., Clarke, M. J., DiGuseppi, C., Woolf, B. & Perkins, C. (2023). Methods to increase response to postal and electronic questionnaires. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11. <https://doi.org/10.1002/14651858.mr000008.pub5>
- Eefsting, J. A., Boersma, F., Van den Brink, W. & Van Tilburg, W. (1996). Differences in prevalence of dementia based on community survey and general practitioner recognition. *Psychological Medicine*, 26(6), 1223–1230.
- Ervast, L. & Raukola-Lindblom, M. (2025). Kielellinen toimintakyky ja sen haasteet. Teoksessa R. Kerätär & L. Koskela (toim.), *Toimintakyky ja työkyky*. Duodecim.
- Evripidou, M., Charalambous, A., Middleton, N. & Papastavrou, E. (2019). Nurses' knowledge and attitudes about dementia care: Systematic literature review. *Perspectives in Psychiatric Care*, 1–13. DOI: 10.1111/ppc.12291
- Fong, R., Tsai, C-F., Wong, W, H-S., Yiu, O-Y. & Luk, J. K. H. (2019). Speech therapy in palliative care and comfort feeding: current practice and way ahead. *Asian Journal of Gerontology & Geriatrics*, 14(2), 61–68. <https://doi.org/10.12809/ajgg-2018-330-0a>

- Fried-Oken, M., Mooney, A. & Peters, B. (2015). Supporting communication for patients with neurodegenerative disease. *NeuroRehabilitation*, 37(1), 69–87. doi:10.3233/NRE-151241
- Gale, S. A., Acar, D. & Daffner, K. R. (2018). Dementia. *The American Journal of Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2018.01.022>
- Galvin, J. E., Valois, L. & Zweig, Y. (2014). Collaborative transdisciplinary team approach for dementia care. *Neurodegenerative Disease Management*, 4(6), 455–469. <https://doi.org/10.2217/nmt.14.47>
- Hallikainen, M. & Mönkäre, R. (2025). Muistisairaahan tukeminen – ohjeita läheisille. Duodecim. Viitattu 21.9.2025.
- Hallikainen, M., Immonen, A., Mönkäre, R. & Pihlakari, P. (2019). *Muistisairaahan hoito*. Duodecim.
- Helou, L. (2017). Crafting the Dialogue: Meta-Therapy in Transgender Voice and Communication Training. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 2(10), 83–91. <https://doi.org/10.1044/persp2.SIG10.83>
- Hopper, T., Douglas, N. & Khayum, B. (2015). Direct and Indirect Interventions for Cognitive-Communication Disorders of Dementia. *Perspectives on Neurophysiology and Neurogenic Speech and Language Disorders*, 25, 142–157.
- Huckabee, M-L., Flynn, R. & Mills, M. (2023). Expanding Rehabilitation Options for Dysphagia: Skill-Based Swallowing Training. *Dysphagia*, 38(3), 756–767. <https://doi.org/10.1007/s00455-022-10516-3>
- Jayakody, S. & Arambepola, C. (2022). Determinants of quality of life among people with dementia: evidence from a South Asian population. *BMC Geriatrics*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03443-3>
- Jennings, A. A., Foley, T., Walsh, K. A., Coffey, A., Browne, J. P. & Bradley, C. P. (2017). General practitioners' knowledge, attitudes, and experiences of managing behavioural and psychological symptoms of dementia: A mixed-methods systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(9), 1163–1176. <https://doi.org/10.1002/gps.4918>
- Jensen, C. J. & Inker, J. (2015). Strengthening the Dementia Care Triad: Identifying Knowledge Gaps and Linking to Resources. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 30(3), 268–275. DOI: 10.1177/1533317514545476
- Järvenpää, P., Kuuskoski, J., Pietarinen, P., Markkanen-Leppänen, M., Freiberg, H., Ruuskanen, M., Rekola, J., Ilmarinen, T., Kinnari, T. J., Autio, T. J., Penttilä, E.,

- Mutttilainen, M. S., Laaksonen, A., Oksanen, L., Geneid, A., & Aaltonen, L.-M. (2022). Finnish Version of the Eating Assessment Tool (F-EAT-10): A Valid and Reliable Patient-reported Outcome Measure for Dysphagia Evaluation. *Dysphagia*, 37(4), 995–1007. <https://doi.org/10.1007/s00455-021-10362-9>
- Kang, Y., Moyle, W., Cooke, M. & O'Dwyer, S. T. (2017). An educational programme to improve acute care nurses' knowledge, attitudes and family caregiver involvement in care of people with cognitive impairment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(3), 631–640. <https://doi.org/10.1111/scs.12377>
- Kansaneläkelaitos, KELA. (2023). Yksilöterapiat – Kelan vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen palvelukuvaus. Kela. <https://www.kela.fi/documents/20124/940710/palvelukuvaus-vaativan-laakinnallisen-kuntoutuksen-yksiloterapiat.pdf/200e3fed-12b2-a4c1-df3a-72fee7877ed?>
- Karrasch, M., Hokkanen, L., Hänninen, T. & Hietanen, M. (2020). Alzheimerin tauti. Teoksessa M. Jehkonen, T. Saunamäki & L. Hokkanen (toim.), *Kliininen neuropsykologia*. Duodecim.
- Kertesz, A. (2006). *Western Aphasia Battery (Revised Edition), WAB-R*. Pearson Clinical.
- Kettunen, O. & Sylvelin, K. (2024). Kyselytutkimus muistisairaiden henkilöiden puheteriapalveluihin vaikuttavista tekijöistä sosiaali- ja terveydenhuollossa [pro gradu -tutkielma, Turun yliopisto]. [https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/180204/Kettunen\\_Oona\\_Sylvelin\\_Kiia\\_opinnayte.pdf;jsessionid=E4CA13E747E73594E42287841EBBA9E2?sequence=1](https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/180204/Kettunen_Oona_Sylvelin_Kiia_opinnayte.pdf;jsessionid=E4CA13E747E73594E42287841EBBA9E2?sequence=1)
- Kimbarow, M. L. & Wallace, S. E. (2023). *Dementia: Concepts and Contemporary Practice*. Teoksessa M. L. Kimbarow & S. E. Wallace (toim.), *Cognitive Communication Disorders*. Plural Publishing, Incorporated.
- Kohonen, J. (2014). *Muistisairaiden ihmisten puheteriapalvelut Suomessa* [pro gradu -tutkielma, Helsingin yliopisto]. [https://web.papunet.net/sites/default/files/tietoa/Opinnaytteet/gradu\\_johanna\\_kohonen\\_2\\_0.pdf](https://web.papunet.net/sites/default/files/tietoa/Opinnaytteet/gradu_johanna_kohonen_2_0.pdf)
- Korpijaakko-Huuhka, A-M. (4.2.2022). *Aphasia United -yhteisön suositukset ja niiden toteutuminen Suomessa – Best practice recommendations – Aphasia United* [seminaari]. Afasian Kuntoutustutkimus ry. Viitattu 23.7.2025. <https://bin.yhdistysavain.fi/1614052/JmdcHHHJo1tdFIEw9wQh0cNORs/Aphasia%20United%20-yhteis%C3%B6n%20suositukset%20ja%20niiden%20toteutuminen.pptx>

- Kuuskoski, J. (2025). Clinical Evaluation of Swallowing [väitöskirja, Turun yliopisto].  
UTUPub-julkaisuarkisto. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-02-0107-4>
- Lanzi, A. M., Ellison, J. M. & Cohen M. L. (2021). The “Counseling+” Roles of the Speech-Language Pathologist Serving Older Adults With Mild Cognitive Impairment and Dementia From Alzheimer’s Disease. Perspectives of the ASHA Special Interest Groups, 6(5), 987–1002. DOI: [10.1044/2021\\_persp-20-00295](https://doi.org/10.1044/2021_persp-20-00295)
- Lanzi, A. M., Saylor, A. K. & Cohen, M. L. (2022). Survey Results of Speech-Language Pathologists Working With Cognitive-Communication Disorders: Improving Practices for Mild Cognitive Impairment and Early-Stage Dementia From Alzheimer's Disease. American Journal of Speech-Language Pathology, 31(4), 1653–1671.  
[https://doi.org/10.1044/2022\\_AJSLP-21-00266](https://doi.org/10.1044/2022_AJSLP-21-00266)
- MacDonald, S. (2017). Introducing the model of cognitive-communication competence: A model to guide evidence-based communication interventions after brain injury. Brain Injury, 31(13–14), 1760–1780. <https://doi.org/10.1080/02699052.2017.1379613>
- Maki, Y., Sakurai, T., Okochi, J., Yamaguchi, H. & Toba, K. (2018). Rehabilitation to live better with dementia. Geriatrics & Gerontology International, 18(11), 1529–1536.  
<https://doi.org/10.1111/ggi.13517>
- May, A. A., Dada, S. & Murray, J. (2019). Review of AAC interventions in persons with dementia. International Journal of Language & Communication Disorders, 54(6), 857–874. DOI: 10.1111/1460-6984.12491
- Mayer, J. F., Green, M. R., White, L. W. & Lemley, T. (2023). Perspectives of Speech-Language Pathologists and Students on Providing Care to People Living With Dementia: A Scoping Review. American Journal of Speech-Language Pathology, 32(5), 2351–2373. [https://doi.org/10.1044/2023\\_AJSLP-22-00410](https://doi.org/10.1044/2023_AJSLP-22-00410)
- Mishra, P., Pandey, C. M., Singh, U., Gupta, A., Sahu, C. & Keshri, A. (2019). Descriptive Statistics and Normality Tests for Statistical Data. Annals of Cardiac Anaesthesia, 22, 67–72. DOI: 10.4103/aca.ACA\_157\_18
- Morrow, E. L., Turkstra, L. S. & Duff, M. C. (2021). Confidence and Training of Speech-Language Pathologists in Cognitive-Communication Disorders: Time to Rethink Graduate Education Models? American Journal of Speech-Language Pathology, 30(2S), 986–992. [https://doi.org/10.1044/2020\\_AJSLP-20-00073](https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-20-00073)
- Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus. (2023). <https://www.kaypahoito.fi/hoi50044>. Viitattu 12.11.2024.

- Mäkelä, S. (2018). Palvelukodissa asuvien ikääntyneiden henkilöiden kommunikoinnin ja nielemisen vaikeudet[pro gradu -tutkielma, Oulun yliopisto].  
<https://oulurepo.oulu.fi/bitstream/handle/10024/12048/nbnfioulu-201809062741.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Mönkäre, R. (2019). Vuorovaikutus muistisairaana kanssa. Teoksessa M. Hallikainen, A. Immonen, R. Mönkäre & P. Pihlakari (toim.), Muistisairaana hoito. Duodecim.
- Mönkäre, R. & Immonen, A. (2019). Muistisairaana toimintakyvyn tukemisen periaatteet. Teoksessa M. Hallikainen, A. Immonen, R. Mönkäre & P. Pihlakari (toim.), Muistisairaana hoito. Duodecim.
- Payne, M. & Morley, J. E. (2018). Dysphagia, Dementia and Frailty. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 22(5), 562–565. <http://dx.doi.org/10.1007/s12603-018-1033-5>
- Pihlakari, P. (2019). Muistisairaana asumismuodot. Teoksessa M. Hallikainen, A. Immonen, R. Mönkäre & P. Pihlakari (toim.), Muistisairaana hoito. Duodecim.
- Quick, S. M., Snowdon, D. A., Lawler, K., McGinley, J. L., Soh, S-E. & Callisaya, M. L. (2022). Physical Therapist and Physical Therapist Student Knowledge, Confidence, Attitudes, and Beliefs About Providing Care for People With Dementia: A Mixed-Methods Systematic Review. *PTJ: Physical Therapy & Rehabilitation Journal*, 102(5), 1–11. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzac010>
- Rai, H., Yates, L. & Orrell, M. (2018). Cognitive Stimulation Therapy for Dementia. *Clinics in Geriatric Medicine*, 34(4), 653–665. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.06.010>
- Rautakoski, P. (2017). Vaikeasti afaattisten ihmisten kommunikaatiokurssit. Teoksessa A. Klippi, A-M. Korpijaakko-Huuhka, M. Lehtihalmes & P. Rautakoski (toim.), Afasia – Aikuisiän kielihäiriöiden aivoperusta ja kuntoutus. Gaudeamus.
- Rea, L. M. & Parker, R. A. (2014). Chapter Twelve – Regression and Correlation. Teoksessa L. M. Rea & R. A. Parker (toim.), *Designing and Conducting Survey Research: A Comprehensive Guide*. John Wiley & Sons, Incorporated.
- Rogus-Pulia, N., Malandraki, G. A., Johnson, S. & Robbins, J. (2015). Understanding Dysphagia in Dementia: The Present and the Future. *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports*, 3, 86–97. DOI:[10.1007/s40141-015-0078-1](https://doi.org/10.1007/s40141-015-0078-1)
- Roitsch, J., Prebor, J. & Raymer, A. M. (2021). Cognitive Assessments for Patients With Neurological Conditions: A Preliminary Survey of Speech-Language Pathology Practice Patterns. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 30(5), 2263–2274. [https://doi.org/10.1044/2021\\_AJSLP-20-00187](https://doi.org/10.1044/2021_AJSLP-20-00187)

- Saccasan, N. & Scerri, C. (2020). Dementia knowledge, attitudes and training needs of speech–language pathology students and practitioners: A countrywide study. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 55(6), 955–970. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12574>
- Scerri, A. & Scerri, C. (2013). Nursing students' knowledge and attitudes towards dementia — A questionnaire survey. *Nurse Education Today*, 33, 962–968. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2012.11.001>
- ShIPLEY, K. G. & McAfee, J. G. (2025). Foundational Information for Assessment in Speech-Language Pathology. Teoksessa K. G. Shipley & J. G. McAfee (toim.), *Assessment in speech-language pathology: a resource manual*. Plural Publishing Inc.
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.
- Sosiaali- ja terveysministeriö, STM. (2024). Laatusuositus aktiivisen ja toimintakykyisen ikääntymisen ja kestävien palvelujen turvaamiseksi 2024–2027. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, 4, 38–40. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/165460/STM\\_2024\\_4\\_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/165460/STM_2024_4_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Suomen Puheterapeuttiliitto. (2017). Puheterapia perustason sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suomen Puheterapeuttiliitto ry:n kannanotto 7.4.2017. Viitattu 23.7.2025. [https://puheterapeuttiliitto.fi/wp-content/uploads/2018/06/Peruspalvelu\\_kannanotto\\_2017.pdf](https://puheterapeuttiliitto.fi/wp-content/uploads/2018/06/Peruspalvelu_kannanotto_2017.pdf)
- Sörensen, S. & Conwell, Y. (2011). Issues in Dementia Caregiving: Effects on Mental and Physical Health, Intervention Strategies, and Research Needs. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(6), 491–496. doi:10.1097/JGP.0b013e31821c0e6e
- Tarnanen, K., Rinne, J., Rosenvall, A. & Tuunainen, A. (2024). Muistisairaudet. *Duodecim Terveyskirjasto*. Viitattu 12.11.2024.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (2024). Muistisairauksien yleisyys. Viitattu 12.11.2024. <https://thl.fi/aiheet/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-yleisyys>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (2025a). RAI-arviointi asiakastyössä. Viitattu 22.7.2025. <https://thl.fi/aiheet/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/rai-arviointi-asiakastyossa>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (2025b). ICF-luokitus. Viitattu 14.8.2025. <https://thl.fi/aiheet/toimintakyky/icf-luokitus>

- Togher, L., Douglas, J., Turkstra, L. S., Welch-West, P., Janzen, S., Harnett, A., Kennedy, M., Kua, A., Patsakos, E., Ponsford, J., Teasell, R., Bayley, M. T. & Wiseman-Hakes, C. (2023). INCOG 2.0 Guidelines for Cognitive Rehabilitation Following Traumatic Brain Injury, Part IV: Cognitive- Communication and Social Cognition Disorders. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 38(1), 65–82.  
<https://doi.org/10.1097/HTR.0000000000000835>
- Tong, L., Chen, L., Xiao, P., Zhang, Y., Cao, Q. & Zhu, W. (2025). Treatment of Dysphagia in Patients with Dementia: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Dysphagia*.  
<https://doi.org/10.1007/s00455-025-10850-2>
- Vanhuspalvelulaki 980/2012.
- Vehkalahti, K. (2019). Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Finn Lectura.
- Viramo, P. & Sulkava, R. (2015). Muistisairauksien ilmaantuvuus. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.), *Muistisairaudet*. Duodecim.
- Wang, Y., Xiao, L. D., Luo, Y., Xiao, S.-Y., Whitehead, C. & Davies, O. (2018). Community health professionals' dementia knowledge, attitudes and care approach: a cross-sectional survey in Changsha, China. *BMC Geriatrics*, 18(1).  
<https://doi.org/10.1186/s12877-018-0821-4>
- Wirth, R., Dziewas, R., Beck, A. M., Clavé, P., Hamdy, S., Heppner, H. J., Langmore, S., Leischker, A. H., Martino, R., Pluschinski, P., Rösler, A., Shaker, R., Warnecke, T., Sieber, C. C. & Volkert, D. (2016). Oropharyngeal dysphagia in older persons – from pathophysiology to adequate intervention: a review. *Clinical Interventions in Aging*, 11, 189–208. <http://dx.doi.org/10.2147/CIA.S97481>
- Yates, L. A., Yates, J., Orrell, M., Spector, A. & Woods, B. (2018). Introduction. Teoksessa L. A. Yates, J. Yates, M. Orrell, A. Spector & B. Woods (toim.), *Cognitive Stimulation Therapy for Dementia*. Routledge.
- Zhao, W., Moyle, W., Wu, M. W. & Petsky, H. (2022). Hospital healthcare professionals' knowledge of dementia and attitudes towards dementia care: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 31(13–14), 1786–1799.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.15590>

## Liite 1. Avointen vastausten ryhmittely suoraan terapiaan liittyen

Ryhmittely:

1 = Kielellis-kognitiivisten toimintojen\* ylläpito, n=10 ja arviointi, n = 1

2 = AAC-keinojen käytön harjoittelu, n = 6

3 = Ääniterapia, n = 2

4 = Asiakkaan ja lähitoimijoiden ohjaus, n = 2

5 = Kompensointikeinojen käytön harjoittelu, n = 2

\* = Kuten nimeäminen, sananlöytäminen, sanaston ylläpito, kerronta, puheen ymmärtäminen ja kielellinen päättely.

Tutkittavien avoimet vastaukset:

**Kognitiivisen stimulaation ryhmä<sup>1</sup>.**

**Perinteiset afasiaterapian menetelmät<sup>1</sup>** asiakkaalla, jolla oli vasta todettu muistisairaus ja lääkitys, ja sai aivoinfarktin. Kuntoutus tepsii, kun muistisairaus ei ollut edennyt pitkälle.

**Nimeämisen ja sananlöytämisen harjoitukset ovat yleisimpiä suoria harjoituksia. Jonkin verran myös puheen ymmärtämisen ja päättelyn harjoituksia<sup>1</sup>.**

**Kielellis-kognitiiviset harjoitteet<sup>1</sup>, AAC-keinojen harjoittelu<sup>2</sup>.**

**Kielellis-kognitiivisten toimintojen harjoittelu, esimerkiksi sananlöytämisen kuntoutus<sup>1</sup>. Joskus ääniterapeuttinen harjoittelu<sup>3</sup> ja kommunikaation apuvälineen käytön harjoittelu<sup>2</sup>.**

**Mm. sanaston ylläpidon harjoittelu<sup>1</sup>, muistitoimintojen ylläpidon ja muistitekniikoiden harjoittelu<sup>5</sup>. Oman elämäntarinan luominen<sup>1</sup>.**

**Ryhmäterapia, kognitiivinen stimulaatioterapia ja sitä mukailevat keinot<sup>1</sup> (2-8krt/kk). Ääniharjoittelu (esim. Parkinson)<sup>3</sup>.**

**Riippuu todella paljon tilanteesta, mutta aikaisessa vaiheessa pyrin usein aktivoimaan ja ylläpitämään kielellisiä taitoja<sup>1</sup>, haetaan sopivia kompensointikeinoja sananlöytämiseen<sup>5</sup> tai muuhun. Myös voidaan harjoitella puhetta tukevien keinojen käyttöä<sup>2</sup>.**

**Kommunikaatioapuvälineen käytön harjoittelu, erilaisten yksilöllisten arkea tukevien keinojen etsiminen, kokeilu ja käytön harjoittelu ja ohjaus (esim. Kuvitetut toimintaohjeet), tuetun kommunikaation harjoitukset<sup>2</sup>.**

**Tavallisimmin kuntoutuksen tavoitteena on ollut muistisairauden alussa puhetta tukevien kommunikointimenetelmien käytön harjoittelu<sup>2</sup> asiakkaan ja hänen lähipiirin ihmisten kanssa<sup>4</sup>. Erilaisten AAC-keinojen käytön kokeilu ja toimivuuden arviointi<sup>2</sup>. Kielellis-kognitiivisen oirekuvan arvioiminen ajantasaisesti mm. logopedisiä testejä hyödyntäen<sup>1</sup>.**

**Asiakkaan ja läheisen osallistamista<sup>4</sup>, esim. monikanavaista nimeämisharjoittelua<sup>1</sup> niin, että asiakkaan omainen antaa vihjeitä.**

## **Liite 2. Avointen vastausten ryhmittely epäsuoraan terapiaan liittyen**

Ryhmittely:

- 1 = AAC-keinojen käytön ohjaaminen, n = 10
- 2 = Lähi-ihmisten ohjaus, n = 6
- 3 = Puheterapiaharjoitusten tekemisen ohjaaminen, n = 5
- 4 = Vuorovaikutus- ja/tai kommunikointiohjaus, n = 4
- 5 = Nielemisvaikeuksiin liittyvä ohjaus, n = 2
- 6 = Kompensointikeinojen ohjaaminen, n = 2

Tutkittavien avoimet vastaukset:

**AAC-keinojen ohjaaminen läheisille<sup>1</sup>.**

**Kommunikoinnin apuvälineen suunnittelu ja toteuttaminen asiakkaan puolison kanssa<sup>1</sup>**  
(asiakkaalla hankala sananlöytämismuutos, mutta hyötyi kuvista ja sanalistaista).

**Lähi-ihmisten ja hoitohenkilökunnan kanssa keskustelu ja puheterapeuttinen ohjaus (AAC<sup>1</sup>, kommunikointitilanteet, vuorovaikutuksen vahvistaminen<sup>4</sup>).**

**Läheisten ohjaus yhteiskäynnillä asiakkaan kanssa<sup>2</sup>.**

**Läheisen ohjaus<sup>2</sup>, esim. Afasiaystävällisen kommunikointitavan ohjaaminen<sup>4</sup>, tuetun keskustelun keinojen käyttöönotto<sup>4</sup>, kuvamateriaalin tekemisen ohjaus<sup>1</sup>, asiakkaan toimintaympäristön muokkaamisen suunnittelu läheisen kanssa<sup>6</sup>, ryhmätoimintaan ohjaaminen.**

**Harjoitukset (kommunikointilaitteet)<sup>3</sup>, läheisten ohjaus<sup>2</sup>, harjoittelu arjessa<sup>3</sup>.**

**Lähiympäristön ohjaus mm. sanaston ylläpidon harjoitteluun<sup>3</sup>. Muistikeinojen ohjaaminen<sup>6</sup>. Oman elämäntarinan rakentamisen ohjaus<sup>4</sup>.**

**Vuorovaikutuksen tukemisen ohjaus läheiselle<sup>4</sup>.**

**Vuorovaikutuksen ja kommunikoinnin ohjaaminen<sup>4</sup>, puhetta tukevien keinojen ohjaaminen<sup>1</sup>.**

**Vuorovaikutuksen merkityksen korostaminen<sup>4</sup>.**

**Kommunikaatiotapojen ohjaaminen (esim. ajan antaminen, kysymysten muotoilun valinta ja muu oman viestinnän mukauttaminen<sup>4</sup>, kommunikaation apuvälineiden käytön ohjaaminen<sup>1</sup>). Sairauteen liittyvän tiedon tarjoaminen<sup>2</sup>.**

**Asiakkaan läheisen pyrin saamaan mukaan vastaanotolle, jossa jo oman toiminnan avulla pyrin mallintamaan esim. kommunikoinnin tukemista<sup>4</sup>. Erilaisten kommunikoinnin apukeinojen ja välineiden käytön mallittaminen ja ohjaus<sup>1</sup>. Nielemisvaikeuksiin liittyvä ohjaus<sup>5</sup>.**

**Omaisten tai hoitohenkilökunnan ohjaaminen liittyen koostumuksiin ja muihin nielemisen kompensatiokeinoihin<sup>5</sup>, AAC-keinojen käytön ohjaus<sup>1</sup>, harjoitteiden ohjaaminen<sup>3</sup> ja tietoisuuden lisääminen oireista, sairauden luonteesta ja etenemisestä<sup>2</sup>.**

### **Liite 3. Avointen vastausten ryhmittely ”Työskentelisin muistisairaiden henkilöiden kanssa, jos...” - kysymykseen**

Ryhmittely:

- 1 = Ikääntyneiden/muistisairaiden henkilöiden ohjautuminen puheterapiaan, n = 32
- 2 = Muistisairaisiin asiakkaisiin liittyvä ohjaus/täydennyskoulutus, n = 16
- 3 = Aikuisasiakkaiden kanssa työskentely, n = 14
- 4 = Muistisairaiden henkilöiden kanssa työskentelyn kuuluminen työn-/toimenkuvaan, n = 11
- 5 = Ei mistään syystä, n = 9
- 6 = Tilaisuuden tullen, n = 6
- 7 = Pakon edessä, n = 5
- 8 = Kiinnostus työskennellä muistisairaiden henkilöiden kanssa, n = 5
- 9 = Muistisairaiden henkilöiden ohjautuminen vastaanotolle jonkin muun syyn kuin muistisairauden vuoksi, n = 2

Tutkittavien avoimet vastaukset:

**...asiakkaita minulle ohjautuisi<sup>1</sup>.**

**Heitä ohjautuisi kuntoutukseen<sup>1</sup>.**

**Heitä ohjautuisi terapiaan<sup>1</sup>.**

**Heitä ylipäättään ohjautuisi minulle asiakkaaksi<sup>1</sup>.**

**He ohjautuisivat meille<sup>1</sup>.**

**Asiakkaita ohjautuisi minulle<sup>1</sup>.**

**Niitä ohjautuisi asiakkaaksi<sup>1</sup>.**

**He ohjautuisivat asiakkaaksi minulle<sup>1</sup>.**

**Voisin harkita jos tarjottaisiin asiakkaaksi<sup>1</sup>.**

**Heitä ohjautuisi minulle<sup>1</sup>.**

**Minulle ohjautuisi ko. asiakkaita<sup>1</sup>.**

**... heitä ohjautuisi kuntoutukseen minulle yksityisenä ammatinharjoittajana<sup>1</sup>.**

**Muistisairaille henkilöille suositeltaisiin puheterapiajaksoja ja ennen kaikkea myönnettäisiin maksusitoumus puheterapiaan<sup>1</sup>.**

**Voisin olla kiinnostunut tulevaisuudessa työskentelemään myös aikuisten ja ikäihmisten parissa, jos niitä yksityiselle sektorille asiakkaiksi päätyisi<sup>1</sup>.**

**Heitä meille ohjautuisi<sup>1</sup>.** Tällä hetkellä muistisairaat puuttuvat meiltä kokonaan.

**Heitä ohjautuisi minulle<sup>1</sup>.** En ole ollenkaan varma, tehdäänkö alueellamme muistisairaille henkilöille maksusitoumuksia puheterapiaan.

**He ohjautuisivat työskentely-yksikköni<sup>1</sup>.** Toki erikoissairaanhoidossa arvioitavilla potilailla voi olla muistisairaus, mutta yleensä se ei ole arvion kohteena, eikä kuntoutusta ole saatavilla muistisairaudesta johtuviin esim. kielellisiin oireisiin.

**Aikuisasiakkaat ohjautuisivat minulle<sup>1</sup>** ja heissä olisi muistisairaita.

**Voisin ottaa muistisairaahan asiakkaan vastaanotolleni mutta aikuiset pt-asiakkaat ohjautuvat muille puheterapeuteille<sup>1</sup>.** Teen siis pääasiassa töitä lasten/koululaisten kanssa. Olen urani aikana kuntouttanut joitain aikuisasiakkaita, mikä on ollut mielenkiintoista vaihtelua.

**He saisivat maksusitoumuksia puheterapiaan<sup>1</sup>.** Muistisairaat ovat väliinputoajia kuntoutuskentässä. Muita neurologisia sairauksia kuntoutetaan, mutta ei muistisairaita sairauden taantuvan luonteen ja muistisairaiden suuren määrän vuoksi kenties... an tuon [tulkittu: taantuvan] luonteen vuoksi kenties..

**Muistisairaita henkilöitä ohjautuisi yksikköni yksityiselle<sup>1</sup> ja saisin täydennyskoulutusta miten kuntouttaa mainittua asiakasryhmää<sup>2</sup>.**

**Heitä ohjautuisi vastaanotolleni<sup>1</sup> ja saisin riittävästi tukea/suuntaviivoja heidän terapiaansa esim. lähettävältä taholta<sup>2</sup>.**

**Muistisairaita ohjautuisi asiakkaikseni<sup>1</sup> ja saisin siihen ohjausta<sup>2</sup>.**

**Asiakkaita ohjautuisi<sup>1</sup> ja tietäisin heidän kuntoutuksestaan enemmän<sup>2</sup>.**

**Heitä ohjautuisi puheterapiaan<sup>1</sup> ja kuntouttamisella voisi olla vaikutusta.**

**Saisin aiheeseen perehdytystä<sup>2</sup>.**

**Saisin lisäkoulutusta ja lisätietoa kuntoutuksen vaikuttavuudesta<sup>2</sup>.**

**Minulla olisi aiheesta vahva koulutustausta sekä ohjaava kollega saatavilla<sup>2</sup>.**

**Tietäisin asiasta enemmän<sup>2</sup> tai olisin kiinnostunut<sup>8</sup>. Tai jos niitä ohjautuisi kelan terapiaan paljon<sup>1</sup>.**

**Saisin aiheeseen koulutusta<sup>2</sup> ja kuntoutukselle löytyisi maksaja<sup>1</sup>.**

**Minulla olisi siihen enemmän koulutusta<sup>2</sup> tai mielenkiintoa<sup>8</sup> ja se kuuluisi työnkuvaani<sup>4</sup>.**

**Tähän saisi koulutusta, ohjausta ja tukea<sup>2</sup> sekä näitä asiakkaita ohjautuisi palveluita hakemaan<sup>1</sup>.**

**Minulla olisi enemmän kokemusta aiheeseen liittyen<sup>2</sup> ja mikäli heitä ohjautuisi kelan kuntoutukseen<sup>1</sup>.**

**Olisin töissä aikuispuolella<sup>3</sup>.**

**Työnkuvaani kuuluisivat aikuisasiakkaat<sup>3</sup>.**

**Työskentelisin aikuisten kanssa<sup>3</sup>, ja jos puheterapiakriteereissä olisi myös muistisairaat<sup>1</sup>.**

**Työskentelisin aikuisasiakkaiden kanssa<sup>3</sup>.**

**Työhöni kuuluisi aikuisikäisten asiakkaiden hoito<sup>3</sup>.**

**Minulla kävisi aikuisasiakkaita ylipäätään<sup>3</sup>.**

**Olisin aikoinaan suuntautunut aikuispuolelle<sup>3</sup>.**

**Työskentelisin aikuispotilaiden parissa<sup>3</sup>.**

**Työskentelisin aikuispotilaiden kanssa<sup>3</sup>.**

**...minulla olisi aikuisasiakkaita<sup>3</sup>.**

**Työskentelisin neurologisten potilasryhmien parissa<sup>3</sup>.**

**Työskentelisin esim. Neurologialla nykyisen lastenneurologian sijaan<sup>3</sup>.**

**Työskentelisin aikuisasiakkaita vastaanottavassa yksikössä<sup>3</sup>, johon muistisairaita asiakkaita ohjautuisi<sup>1</sup>.**

**Olisin suuntautunut aikuisasiakkaiden kuntoutukseen<sup>3</sup> ja perehtynyt muistisairauksiin syvemmin<sup>2</sup>.**

**Se kuuluisi toimenkuvaan<sup>4</sup>.**

**Se kuuluisi työnkuvaani<sup>4</sup>.**

**Se kuuluisi työnkuvaani<sup>4</sup>.**

**Se kuuluisi työnkuvaani<sup>4</sup>.**

**Se kuuluisi työnkuvaani<sup>4</sup>.**

**Se kuuluisi työnkuvaan<sup>4</sup>.**

**Se kuuluisi toimenkuvaan<sup>4</sup>.**

**Se kuuluisi työnkuvaani<sup>4</sup>.**

**Se kuuluisi työnkuvaani<sup>4</sup>.**

**Se kuuluisi työnkuvaani<sup>4</sup>.** Olen aiemmin työskennellyt aikuisasiakkaiden kanssa ja pidin siitä. Nykyisessä työssäni kuitenkin aikuisten ja lasten puheterapiapalvelut on jaettu omiksi palvelualoikseen ja itse työskentelen lasten palveluissa.

..<sup>5</sup>

..<sup>5</sup>

..<sup>5</sup>

..<sup>5</sup>

**Jos<sup>5</sup>**

**He olisivat lapsia<sup>5</sup> :D**

**Ei ole tarvetta ottaa uusia asiakasryhmiä<sup>5</sup>.**

**En uskaltaisi lähteä tälle alueelle<sup>5</sup>.** Ei ole mitään osaamista muistisairaiden puheterapiasta.

**Hakeutuisin muualle töihin, jos työnkuvaani muutettaisiin siten, että muistisairaant ohjautuisivat minulle<sup>5</sup>.**

**Hyvin mielelläni, milloin vain!<sup>6</sup>** Osaamista on.

**Minulle tarjoutuisi mahdollisuus!<sup>6</sup>** Tykkään rohkeasti tehdä töitä erilaisten asiakasryhmien kanssa.

**Tekisin kliinistä työtä ja heitä ohjautuisi minulle kuntoutukseen<sup>6</sup>.**

**Tarjoutuisi tilaisuuksia<sup>6</sup> ja saisi perehdytystä asiaan<sup>2</sup>.**

**Tilaisuus tarjoutuisi<sup>6</sup> ja voisin esimerkiksi konsultoida kollegaa kuntoutuksen sisällöstä<sup>2</sup>.**

**Jos olisin työurallani aiemmassa vaiheessa ja tällainen mahdollisuus tulisi sopivasti vastaan<sup>6</sup>.**

**Jos en saisi muita asiakkaita<sup>7</sup>.**

**Kiinnostukseni kohteisiin liittyvää työtä ei olisi<sup>7</sup>.**

**Lapsiasiakkaita ei enää olisi lainkaan tarjolla<sup>7</sup>.** Olen erikoistunut ja jatkokouluttautunut nimenomaan lasten kuntoutukseen ja rajaan työskentelyni heihin.

**Se olisi pakollinen osa toimenkuvaani<sup>7</sup> ja ko. häiriöryhmä kuuluisi Kelan vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen piiriin tai hyvinvointialue ostaisi yksityissektorilta puheterapiaa muistisairaille<sup>1</sup>.**

**Teen tällä hetkellä kuntoutustyötä kelan vaativana lääkinnällisenä kuntoutuksena päiväkotij- ja kouluikäisten lasten kanssa. Koen, että vahvuuteni ovat nyt siellä ja he saavat ainakin [tutkittavan työskentelyalue poistettu] vielä hyvin puheterapia-jaksoja kelan kautta, myös kuntoutussuunnitelmia tehdään vielä hyvin. Näin ollen käteni ovat täynnä nykyisestä asiakasryhmästä<sup>7</sup>. Mikäli asiakkaakseni tulisi muistisairaita koen, että tarvitsisin ehdottomasti lisäkoulutusta ja perehtymistä aiheeseen<sup>2</sup>. Tämä tapahtuisi muun työaikani kustannuksella. Oman työhyvinvointini kannalta koen myös tärkeäksi, ettei asiakaspakassani ole hirvittävän paljon erilaisia häiriöryhmiä, jotka vaatisivat jokainen lisää perehtymistä. Myös tästä syystä olen pysynyt lasten kuntoutuksen parissa mielellään. Minulle ohjautuneet asiakaspaikkakyselyt ovat kaikki koskeneet poikkeuksetta lapsiasiakkaita. En siis myöskään osaa sanoa ollenkaan, miten aikuisasiakkaita edes ohjautuu kelan kautta toteutuvaan puheterapiaan.**

**Olisin kiinnostunut näistä asiakkaista<sup>8</sup>.**

**Kiinnostuisin juuri tästä asiakasryhmästä<sup>8</sup> ja yrittäisin saada heitä asiakkaikseni. Työskentelen nyt lasten ja nuorten kanssa.**

**Haluaisin vaihtaa asiakasryhmää<sup>8</sup> ja heitä ohjautuisi kuntoutukseen yrityksemme<sup>1</sup>.**

**Joskus vastaanotolleni voi tulla muistisairas henkilö esimerkiksi omaisen kanssa liittyen johonkin foniatriiseen ongelmatikkaan<sup>9</sup>. Näitä tapauksia on vuosien varrella ollut vain muutamia.**

**Ikääntyneillä asiakkailla on saattanut joillakin olla muistisairaus, diagnosoituna tai ilman. Lyhyiden jaksojenkaan vuoksi en kovin ajatellut asiaa enkä edes tietäisi, miten huomioida muistisairaus esim. afasian ohella<sup>9</sup>.**

**Työnkuva olisi vahvasti ennaltaehkäisevää, yhteisöllistä ja/tai sijoittuisi esim. asukasyhteisöön.**