

KÄYPÄ HOITO -SUOSITUKSEN TOTEUTUMINEN LASTEN  
KIELELLISEN ERITYISVAIKEUDEN SEULONNASSA,  
KUNTOUTUKSESSA JA TUKITOIMISSA  
PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA

Taru Liimatta  
74595  
Turun yliopisto  
Yhteiskuntatieteelline  
n tiedekunta,  
Psykologian ja  
logopedian laitos  
Eira Jansson-  
Verkasalo  
Pro gradu  
27.5.2018

TURUN YLIOPISTO

Psykologian ja logopedian laitos / Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta

LIIMATTA, TARU

Käypä hoito -suosituksen toteutuminen lasten kielellisen erityisvaikeuden seulonnassa, kuntoutuksessa ja tukitoimissa perusterveydenhuollossa

TUTKIELMA, 67 s., 21 liites.

Logopedia

Toukokuu 2018

---

## TIIVISTELMÄ

Kielellisen erityisvaikeuden piirteitä on tunnistettavissa jo 2-vuotiaasta ylöspäin ja Käypä hoito -suosituksen mukaan luotettavimmin se voidaan diagnosoida 4-6-vuotiaalla lapsella. Tutkielman tavoitteena oli selvittää Käypä hoito -suosituksen (2010) toteutumista lasten kielellisen erityisvaikeuden seulonnassa, kuntoutuksessa ja tukitoimissa perusterveydenhuollossa.

Käypä hoito -suositus (2010) korostaa moniammatillista yhteistyötä, johdonmukaista lapsen kehityksen seurantaa ja havainnointia sekä mahdollisimman varhain aloitettua, yksilöllisesti suunniteltua kuntoutusta ja tukitoimia. Kielellisessä erityisvaikeudessa lapsen kielen ja puheen kehitys poikkeaa tyypillisestä kehityksestä jo varhaisvaiheesta lähtien. Kielellisen erityisvaikeuden riskitekijöiden kartoitus olisi hyvä tehdä jo ennen kuin lapsi alkaa puhua.

Tutkielman empiirinen osuus toteutettiin vuonna 2011 kyselytutkimuksena. Kysely lähetettiin Puheterapeuttiliiton jäsenrekisterin kautta kunnallisella työnantajalla työskennelleille puheterapeuteille. Tämän tutkielman aineistona käytettiin saatua 175 vastausta. Tilastollisessa tarkastelussa selittävinä muuttujina olivat alue ja kuntakoko ja selitettävänä muuttujina kielellisen erityisvaikeuden seulontaan, kuntoutukseen ja tukitoimiin liittyvät tekijät. Käypä hoito -suositus (2010) toteutui tulosten perusteella melko hyvin niin seulonnan, kuntoutuksen kuin tukitoimienkin osalta, mutta kuntakoolla ja alueella oli jonkin verran yhteyttä toteutumiseen ja klinisen työn käytäntöihin. Resurssipula ja riittämättömät implementointikeinot mahdollisesti vaikuttavat havaittuihin eroihin. Jatkotutkimuksena olisi hyvä selvittää, minkälainen tilanne on nyt noin seitsemän vuotta myöhemmin.

Asiasanat: Käypä hoito -suositus, kielellinen erityisvaikeus, seulonta, kuntoutus, tukitoimet

## SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	1
1.1Kielellinen erityisvaikeus.....	3
1.1.1    Kielellisen erityisvaikeuden määrittely ja yleisyys .....	3
1.1.2    Kielellisen erityisvaikeuden taustatekijät.....	6
1.1.3    Seulonta.....	8
1.1.4    Kuntoutus.....	15
1.1.5    Tukitoimet.....	17
1.2 Käypä hoito -suositus lasten ja nuorten kielellisestä erityisvaikeudesta .....	19
2 TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	21
3 TUTKIMUSAINEISTO JA - MENETELMÄT.....	22
3.1 Kysely .....	22
3.2 Aineisto .....	24
3.3 Aineiston analyysi .....	27
3.4 Tutkimuseettiset kysymykset .....	28
4 TUTKIMUSTULOKSET .....	30
4.1 Käypä hoito -suosituksen toteutuminen kielellisen erityisvaikeuden seulonnassa...30	
4.2 Käypä hoito -suosituksen toteutuminen kielellisen erityisvaikeuden kuntoutuksessa .....	35
4.3 Käypä hoito -suosituksen toteutuminen kielellisen erityisvaikeuden tukitoimissa ..	40
4.4 Kuntakoon ja alueen yhteys kielellisen erityisvaikeuden seulontaan, kuntoutukseen ja tukitoimiin .....	42
4.4.1 Seulonta.....	42
4.4.2 Kuntoutus .....	45
4.4.3 Tukitoimet .....	49
5 POHDINTA .....	51
5.1 Käypä hoito -suosituksen toteutuminen kielellisen erityisvaikeuden seulonnassa ..	53
5.2 Käypä hoito -suosituksen toteutuminen kielellisen erityisvaikeuden kuntoutuksessa .....	57
5.3. Käypä hoito -suosituksen toteutuminen kielellisen erityisvaikeuden tukitoimissa .	60
5.4 Kuntakoon ja alueen yhteys kielellisen erityisvaikeuden seulontaan, kuntoutukseen ja tukitoimiin .....	62
5.5. Tutkimuksen luotettavuus.....	63
5.6 Lopuksi.....	65
LÄHTEET	
LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

Tutkin kyselyn avulla tutkielmassani Lasten ja nuorten kielellisen erityisvaikeuden Käypä hoito -suosituksen (2010, liite 1., jäljempänä Käypä hoito -suositus) toteutumista kielellisen erityisvaikeuden seulonnessa, kuntoutuksessa ja tukitoimissa perusterveydenhuollossa. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää, vaikuttavatko alue ja kuntakoko klinisen työn käytäntöihin Käypä hoito -suosituksen osalta. Tutkielmassa verrataan vuonna 2010 annettua Käypä hoito -suositusta puheterapeuttien klinisen työn tilanteeseen vuotta myöhemmin (vuonna 2011).

Kielellinen erityisvaikeus on häiriö, jossa lapsen kielellinen kehitys ei etene iän mukaisesti, vaikka näönvarainen päättely onnistuu (Käypä Hoito -suositus, 2010). Kielellinen erityisvaikeus ei selity neurologisilla, tunne-elämän, ympäristön tai aistitoimintojen puutteilla. Käypä Hoito -suosituksen (2010) mukaan häiriö on luotettavimmin diagnosoitavissa 4-6 vuoden iässä, mutta sen piirteitä voidaan havaita jo 2-vuotiaalla lapsella. Lapsen monipuolinen havainnointi niin päivähoidossa kuin neuvolassa on tärkeää. Vanhempien huoli lapsen kielellisestä kehityksestä on otettava vakavasti, sillä mahdollisimman varhain aloitetut tukitoimet ja oikea-aikainen kuntoutus antavat lapsen kielelliselle kehitykselle parhaan perustan ja lieventävät mahdollisia myöhempiä oppimis- ja muita vaikeuksia (Ervast & Leppänen, 2010; Osman, Shohdi & Aziz, 2011; Smith-Lock, Leitão, Lambert & Nickels, 2013).

Suomessa on aikaisemmin tutkittu kohonneen verenpaineen Käypä hoito -suosituksen (julkaistu ensimmäisen kerran 2001) vaikuttavuutta, käyttöä ja tuntemusta hoitajien keskuudessa (Alanen, Johannala-Kemppainen, Ijäs, Kaila, Klockars, Mäkelä, & Välimäki, 2007; Kuronen, Jallinoja & Patja, 2011). Lasten ja nuorten kielellisen erityisvaikeuden Käypä hoito -suositus (2010) on ensimmäinen logopedian alalta Suomessa.

Aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu palvelujen jakautuvan Suomessa alueellisesti epätasaisesti. Esimerkiksi vuonna 2011 peruskoulun oppilaiden saamassa tehostetussa tai erityisessä tuessa alueelliset erot vaihtelivat 0 – 5 prosenttiin (tehostettu tuki) ja 4 – 11 prosenttiin (erityinen tuki) (Suomen virallinen tilasto: Erityisopetus 2011). Vuonna 2016 kaikista peruskoulun oppilaista 16,4 % sai joko tehostettua tai erityistä tukea (Suomen

virallinen tilasto: Erityisopetus 2016). Tehostettua tai erityistä tukea saavien oppilaiden määrät vaihtelivat Lapin, Kainuun ja Pohjois-Pohjanmaan vähiten tukea saavista oppilasta Kymenlaakson eniten (22 %) tukea saaviin oppilaisiin. Terveyden – ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisemien tilastojen perusteella tukiopetuksen lisäksi muun muassa terveyskeskuslääkärin palvelujen saatavuudessa on alueellisia eroja (Kaikkonen, Murto, Pentala, Koskela, Virtala, Härkänen, Koskenniemi, Ahonen, Vartiainen & Koskinen, 2015; Kaikkonen, Mäki, Hakulinen-Viitanen, Markkula, Wikström, Ovaskainen, Virtanen, Laatikainen, 2012). Kangas (2011) selvitti pro gradu -tutkielmassaan puheterapiapalvelujen saatavuutta ja totesi sen jakautuvan alueittain epätasaisesti. Yhtenä selittävänä tekijänä oli kuntien, kuntayhtymien ja sairaanhoitopiirien puheterapeuttien ammattiryhmän työvoimavaje, joka oli vuonna 2010 6,2 %.

Perusterveydenhuollon puheterapeutit hoitavat sekä lasten että aikuisten puheen, kielen ja kommunikaatioon liittyviä tehtäviä: häiriöiden ennaltaehkäisyä (kuten varhaiset tukitoimet ja moniammatillinen yhteistyö), kuntoutusta ja tutkimusta (esim. arvioinnit) (Sellman & Tykkyläinen, 2017). Asiakkaan, hänen läheistensä ja toisten ammattihenkilöiden kanssa toteutettavan yksilöpuheterapian lisäksi asiakkaan ja terapeutin väliset kahdenkeskiset tilanteet ovat tarpeellisia asiakkaan kommunikatiivisten taitojen harjaannuttamiseksi ja vahvistamiseksi. Yksilöpuheterapian sijaan puheterapia voidaan toteuttaa ryhmäpuheterapiana tai puheterapeuttisena ohjauksena tai neuvontana, joissa asiakasta ja hänen lähiyhteisöjään ohjataan puheterapiaan ja kommunikoinnin apuvälineisiin liittyen. Lisäksi puheterapeutti toimii usein oman alansa asiantuntijana, tiedottajana ja kouluttajana omassa organisaatiossaan ja sen ulkopuolella (Savolainen, 2017).

Puheterapeutin työn tulee perustua näyttöön, jolloin tieteellistä tietoa ja kokemuksen kautta syntynyttä tietoa yhdistellään ja puheterapeutti toimii tietoisena omaa päätöksentekoa ja toimintaa ohjaavista tekijöistä (Sellman, 2010). Kuten kielellisen erityisvaikeuden kohdalla, näyttöön perustuvassa kliinisessä työssä puheterapeutti voi hyödyntää hoitosuosituksia.

## 1.1 Kielellinen erityisvaikeus

Kielellisestä erityisvaikeudesta käytetään kirjallisuudessa rinnakkaisia nimityksiä, kuten puheen ja kielen kehityshäiriö, kielenkehityksen erityisvaikeus ja kielihäiriö. Englannin kielessä on yleisimmin käytössä termi ”erityinen kielihäiriö” (specific language impairment, SLI) (Ahonen & Rautakoski, 2007). Viimeaikaisissa tutkimuksissa käytetään myös termiä ”primary language impairment”, joka vapaasti suomennettuna kääntyy ensisijaiseksi kielihäiriöksi (Park, Miller, Rosenbaum, Sanjeevan, van Hell, Weiss & Mainela-Arnold, 2018). Koska tämä tutkielma käsittelee Käypä hoito -suositusta, käytetään tässä suosituksen termiä kielellinen erityisvaikeus.

### 1.1.1 Kielellisen erityisvaikeuden määrittely ja yleisyys

Kielellinen erityisvaikeus on puheen ja kielen kehityksen poikkeavuus, jolle ei ole selvää kognitiivista, fyysistä tai neurologista perustaa (Wadman, Durkin & Conti-Ramsden, 2011). Termi viittaa erityisesti kielellisillä alueilla ilmeneviin ongelmiin, kuten sanavaraston tyypillistä kehitystä hitaampaan karttumiseen, lyhyisiin ja yksinkertaisiin lauseisiin ja muihin rajoituksiin kielellisessä kommunikaatiossa (Smolik & Vávru, 2014). Käypä hoito -suositus (2010) määrittelee kielellisen erityisvaikeuden seuraavasti: Kielellinen erityisvaikeus on ”häiriö, jossa lapsen kielellinen toimintakyky ei kehity iän mukaisesti, vaikka näönvarainen päättely on ikätasoista. Häiriö ei selity neurologisilla, aistitoimintojen, tunne-elämän tai ympäristötekijöiden (esimerkiksi merkittävät lapsen kasvuympäristöön ja vuorovaikutukseen liittyvät puutteet, monikielisyys) poikkeavuuksilla.”

Maailman terveysjärjestön ICD-10 –luokituksen (Tautiluokitus ICD-10, 2011) mukaan on kyse kielellisestä erityisvaikeudesta, jos lapsen puheen tuottamistaidot ovat standardoiduilla testeillä mitattuna -2SD iänmukaisen rajan alapuolella ja vähintään 1SD yksikköä heikommät kuin ei-kielelliset taidot. Lisäksi lapsen puheen ymmärtämistaitojen tulee olla lapsen iänmukaisten 2SD –rajojen sisällä ja ei-kielellisten taitojen ja ymmärtämisen sekä mielikuvituksen käyttöön perustuvat kielen toiminnot normaalin vaihtelun rajoissa. Lapsella ei saa olla neurologista aisti- tai ruumiin vammaa eikä laaja-alaista kehityshäiriötä. Lapsen älykkyydosamäärän tulee olla yli 70. DSM-IV -

luokituksessa (American Psychiatric Association, 1994) on edellisiin kriteereihin lisätty haasteet koulunkäynnissä, ammatinharjoittamisessa ja sosiaalisessa kanssakäymisessä.

Suomessa foniatreilla on käytössä kriteerit, joilla pyritään yhdenmukaistamaan ja helpottamaan kielihäiriöisten lasten diagnosointia (Ervast & Leppänen, 2010). Kielellisen erityisvaikeuden diagnoosi tehdään poissulkukriteerien avulla. Kriteerien mukaan kielellisestä erityisvaikeudesta puhutaan silloin, kun noin 3-vuotiaan muutoin normaalisti kehittyneen lapsen puhe on niukkaa tai epäselvää ja/tai hänellä on puheen ymmärtämisen vaikeuksia. Lisäksi hänen kuulonsa tulee olla luotettavasti tutkittu ja todettu normaaliksi. Lapsen kokema deprivaatio tai monikielisyys eivät selitä kielellistä vaikeutta ja hän on sanonut ensimmäiset sanansa myöhään. Lapsella kuitenkin on motivaatio kommunikaatioon. Hänellä ei ole mutismia, autismia tai psykiatrista diagnoosia ja hän on älykkyydeltään normaalisti kehittynyt tarkkailun ja tutkimuksen avulla arvioituna. Lapsella ei myöskään ole todettu motorisia esteitä puheen tuottamiselle (Hyytiäinen-Ruokokoski, 2001).

Kielellisessä erityisvaikeudessa muutoin tyypillisesti kehittyneellä lapsella esiintyy siis merkittäviä puutteita kielellisissä taidoissa ilman tunnettua syytä (Bishop, 2014). Yhtenä kriteerinä on pidetty sitä, että ei-kielellisen älykkyydosamäärän tulisi olla vähintään 85. Joskus moniammatillisesti arvioituna asetetaan kuitenkin kielellisen erityisvaikeuden diagnoosi, vaikka älykkyydosamäärä olisi 70-84 (Käypä Hoito -suositus, 2010). Viime aikoina tutkijat ovatkin olleet sitä mieltä, että ei-kielellisen älykkyyden kriteeri ei aina täyty kielellisessä erityisvaikeudessa (Plante, 1998; Wlodarczyk ym., 2017). Kielellisen erityisvaikeuden diagnosoinnin on perustuttava moniammatilliseen yhteistyöhön.

Kielellisessä erityisvaikeudessa lapsen kielen ja puheen kehitys poikkeaa tyypillisestä kehityksestä jo varhaisvaiheesta lähtien. Huomattava osa lapsista, joilla on kielellinen erityisvaikeus, alkaa puhua myöhemmin kuin tyypillisesti kehittyneet lapset ja heidän ilmaisujensa pituus on muihin verrattuna lyhyempi (Smith-Lock ym. 2013). Puhe kehittyy kokonaisuudessaan hitaasti, esimerkiksi ensisanat voivat ilmaantua myöhään, aktiivisen sanavaraston kasvu on yleensä hidasta ja lausepuhetta alkaa tulla useimmiten normaalia myöhemmin (Asikainen, 2005; Bishop, 2006; 2003; Webster & Shevell, 2004). Kielelliset vaikeudet voivat ilmetä joko pelkästään ilmaisun tai sekä ilmaistun että ymmärtävän kielen ongelmina (Korkman, 2002). Lauseiden muodostaminen voi olla vaikeaa ja lapsella saattaa olla niin sanottua omaa puhetta tavallista enemmän (Fletcher,

1999). Kielelliseen kehitykseen liittyviä vaikeuksia ilmenee kuitenkin tavallisesti kaikilla kielen osa-alueilla painottuen eri lapsilla eri tavoin (Ervast & Leppänen, 2010). Tyypillisiä kielenkehityksen oireita ovat esimerkiksi sanojen yhdistämisen vaikeus ja puheentuoton virheet. Fonologiset vaikeudet aiheuttavat usein puheen epäselvyyttä ja lapsen puheessa saattaa esiintyä poikkeavia sanahahmoja.

Kielellisen erityisvaikeuden erottaminen hyvälaatuisesta puheen ja kielen kehityksen viiveestä on joskus hankalaa (Fletcher, 1999). Myös hyvälaatuisessa puheenkehityksen viiveessä saattaa esiintyä arjen toimintakykyä haittaavaa kielellistä vaikeutta. Erotusdiagnostiikassa hyvälaatuiseksi puheen kehityksen viive luokitellaan silloin, jos lapsi alkaa puhua ikäistensä tavoin neljän vuoden ikään mennessä (Rescorla, 2005). Viivästyneessä kielenkehityksessä ainut poikkeavuus on kielen kehityksen tyypillistä hitaampi eteneminen (Bishop, 1997).

Valtaosa kielellisen erityisvaikeuden diagnooseista annetaan lapsuusiässä (Helland & Helland, 2017). Lievissä tapauksissa kielellinen erityisvaikeus saattaa kuitenkin tulla ilmi vasta kouluiässä, jolloin testitasolla saatetaan huomata kielellisten suoritusten olevan selvästi muita kognitiivisia taitoja heikommat (Ahonen & Rautakoski, 2007; Korkman, 2002). Joskus myös lukemisvaikeus voidaan havaita ensin ja taustoja tutkittaessa paljastuu aiempi kielihäiriö. Kielellisen erityisvaikeuden haasteet jatkuvat useimmilla aikuisuuteen asti (Conti-Ramsden, Mok, Pickles, & Durkin, 2013).

Kielellinen erityisvaikeus vaikuttaa laaja-alaisesti lapsen kehitykseen, toimintaan, vuorovaikutukseen ja oppimiseen (Fletcher, 1999; Osman, Shohdi & Aziz, 2011; Pratt, Botting & Conti-Ramsden, 2006; Smith-Lock, Leitão, Prior & Nickels, 2015). Heikot sosiaaliset ja pragmaattiset taidot koskettavat suurta osaa lapsia, joilla on kielellinen erityisvaikeus. Mitä vaikea-asteisempi kielellinen erityisvaikeus on, sitä laajemmat vaikutukset sillä on lapsen elämään. Kielellinen erityisvaikeus lisää lapsen riskiä sosiaaliseen eristyneisyyteen, akateemiseen epäonnistumiseen ja emotionaalisiin ja käyttäytymisen ongelmiin (Conti-Ramsden & Durkin, 2015).

Yksi tunnistettavimmista puutteista kielellisessä erityisvaikeudessa on virheet kieliopissa (Hansson, Nettelbladt & Leonard, 2000; Leonard, Eyer, Bedore & Grela, 1997). Taivutuspäätteiden muodostamisessa, nimeämisessä, puheen motorisessa tuottamisessa, sanojen mieleen palauttamisessa ja kielen ymmärtämisessä voi olla vaikeuksia (Smith-



Lock ym., 2013). Kielellisessä erityisvaikeudessa monilla lapsilla on vaikeuksia myös semanttisessa prosessoinnissa (Fletcher, 1999; Osman, Shohdi & Aziz, 2011; Pratt, Botting & Conti-Ramsden, 2006; Smith-Lock ym., 2015) ja esimerkiksi yleisten sanojen merkitysten ymmärtäminen on heikkoa (Mainela-Arnold, Evans & Coady, 2010). Ymmärtämisen ja ymmärretyksi tulemisen vaikeus saattaa johtaa eristäytymiseen estyneen tunneilmaisun ja kokemusten jakamisen vuoksi (Ahonen & Rautakoski 2007; Hyytiäinen-Ruokokoski, 2001; Rantala, Asikainen & Voutilainen, 2004). Kielen pragmaattisen käytön ongelmat voivatkin johtaa pitkäkestoisiin negatiivisiin seurauksiin (Beitchman, Wilson, Johnson, Atkinson, Young, Adlaf & Douglas, 2001).

Kielellisen erityisvaikeuden esiintyvyyshluvut vaihtelevat esikouluikässä 2,5 – 7,4 % riippuen diagnosoinnin kriteereistä (Hannus, Kauppila & Launonen, 2009; Tomblin, Records, Buckwalter, Zhang, Smith & Brian, 1997). Kielellisen erityisvaikeuden esiintyvyys on pojilla suurempi kuin tytöillä. Amerikkalaisissa tutkimuksissa diagnoosin saaneista lapsista poikien osuuden on osoitettu olevan 59 – 83 % (Beitchman, Naif, Clegg & Patel, 1986; Fletcher, 1999; Shevell, Majnemer, Webster, Platt & Birnbaum, 2005; Tomblin ym., 1997). Conti-Ramsdenin ja Bottingin (1999) tutkimuksessa 7-vuotiaista, erityiskieliryhmässä olevista lapsista 77 % oli poikia. Suomalaisessa tutkimuksessa Hannus ym. (2009) totesivat esiintyvyyden pojilla olevan noin kolminkertaisen tyttöihin verrattuna. Asikaisen (2005) kliinisessä tutkimuksessa esikouluikäisistä lapsista, joilla on kielellinen erityisvaikeus, poikien edustus oli 74 %.

### 1.1.2 Kielellisen erityisvaikeuden taustatekijät

Kielellisen erityisvaikeuden on arveltu johtuvan aivojen toimintahäiriöstä (Bishop, 2003; Webster & Shevell, 2004). Aivojen toimintahäiriö aiheutuu todennäköisesti perimän ja ympäristön yhteisvaikutuksesta (Barry, Yasin & Bishop, 2007; Bishop, 2006). Valtaosassa kaksos- ja perhetaustatutkimuksia kielellisen erityisvaikeuden syy näyttäisi olevan perinnöllinen (Bishop, 2003; Fletcher, 1999; Korkman, 2002; Lai, Fischer, Hurst ym., 2001; Tallal, Hirsch, Realpe-Bonilla, 2001; Tallal, Ross & Curtiss, 1989; Tallal, Townsend, Curtiss ym., 1991;). Kielellisten vaikeuksien esiintyminen lähisuvussa lisää viivästyneesti puhumaan oppineen lapsen riskiä kielelliseen erityisvaikeuteen (Bishop & Snowling, 2004; Flax, Realpe-Bonilla, Hirsch, Brzustowicz, Bartlett, & Tallal, 2003; Tallal, Ross & Curtiss, 1989).

Muisti voidaan jakaa sensoriseen eli aistimuistiin, lyhytaikaiseen eli työmuistiin ja pitkäaikaiseen eli säilömuistiin. Monilla muistiin liittyvillä toiminnoilla on havaittu yhteyttä kielelliseen erityisvaikeuteen (esim. Lum & Conti-Ramsden, 2013; Lum, Ullman & Conti-Ramsden, 2015). Erityisesti työmuistin osuutta kielellisiin haasteisiin on tutkittu paljon. Työmuistin osatekijöistä muun muassa puutteellisen toistumuistin on todettu kielihäiriöisillä lapsilla olevan yleinen (Asikainen, 2005) ja lapsen tulokset kielellisen työmuistin tehtävissä ovat heikompia kuin tyypillisesti kehittyneillä lapsilla (esim. Archibald & Gathercole, 2006).

Työmuistin lisäksi kielellisessä erityisvaikeudessa havaittu poikkeavuutta pitkäkestoisen muistin toiminnoissa (Ullman & Pierpont, 2005). Pitkäkestoinen muisti jaetaan edelleen proseduraaliseen eli taitomuistiin ja deklaratiiiviseen eli tietomuistiin. Kielellisen erityisvaikeuden selittäviä tekijöitä tutkittaessa havaittu nimenomaan poikkeavuutta proseduraalisen muistin prosesseissa (Park ym., 2018). Proseduraalista muistia tutkitaan implisiittisillä (epäsuorilla) testeillä, kuten SRT -tehtävällä (Serial Reaction Time Task) (Nissen & Bullemer, 1987), jossa esitetään visuaalisia ärsykyksiä tietokoneen ruudulla ja tutkitaan ärsykyksiin vastaamisen reaktionopeutta ja sarjallista oppimista. Myös erilaiset päättelytehtävät ovat osa implisiittisen oppimisen tutkimusta (Kemeny & Lukacks, 2009).

Proseduraalisen muistin hypoteesin mukaan kieliopin oppiminen on riippuvainen proseduraalisesta muistista, kun taas sanaston oppiminen perustuu deklaratiiiviseen muistiin (Lum, Conti-Ramsden, Page & Ullman, 2012; Lum, Gelgec & Conti-Ramsden, 2010; Tomblin, Mainela-Arnold & Zhang, 2007; Ullman & Pierpont, 2005). Proseduraalinen muistijärjestelmä on tärkeä kielen morfosyntaktiselle kehitykselle ja proseduraalisen oppimisen taidot ovat yhteydessä yleiseen kielelliseen taitavuuteen (Ullman & Pierpont, 2005). Proseduraalisen muistin tehtävissä lapset, joilla on kielellinen erityisvaikeus, suoriutuvat ryhmätasolla tyypillisesti kehittyneitä lapsia heikommin (Gabriel, Maillart, Stefaniak, Lejeune, Desmottes & Meulemans, 2013), mutta yksilöiden suoritukset eroavat keskenään (Lee & Tomblin, 2015). Kielellisessä erityisvaikeudessa lapsilla on yleisesti kognitiivista heikkoutta sekä proseduraalisen että deklaratiiivisen muistin alueilla (Kemeny & Lukacks, 2009).

Tutkimusten mukaan implisiittinen oppiminen on heikkoa ja tehotonta lapsilla, joilla on kielellinen erityisvaikeus (esim. Evans, Saffran & Robe-Torres, 2009). Leksikaalis-fonologisen puolen on osoitettu olevan enemmän sidoksissa kykyyn oppia tilastollisia

sääntöjä kuin semanttisen puolen (Mainela-Arnold & Evans, 2014). Leksikaalis-semanttinen heikkous saattaa johtua kielen omaksumisen ympäristöstä tai tarkkaavuuden haasteista (Mainela-Arnold & Evans, 2014; Mainela-Arnold, Evans & Coady, 2010). Proseduraalinen muisti ei ole niin herkkä ympäristön vaikutuksille ja elämäkokemuksille kuin työmuisti ja siihen liittyvät haasteet näyttäisivät olevan enemmän biologisperäisiä kuin kielikokemuksen muovaamia (Park ym. 2018).

Deklaratiivinen muisti vastaa faktojen, tapahtumien, episodien ja kokemusten satunnaisten yhteyksien koodaamisesta (Eichenbaum & Cohen, 2001). Deklaratiivista muistia tutkitaan suorilla tunnistamis- ja mieleenpalautustesteillä, kuten erilaiset sanalistojen muistamistehtävät (Lum, Ullman & Conti-Ramsden, 2015). Deklaratiivisen muistin kautta oppiminen on nopeaa, tarkkaa ja yksityiskohtaista ja tiedot, joita deklaraatiivisen muistin kautta tarvitaan, ovat helposti saavutettavissa ja ilmaistavissa sanallisesti (Mainela-Arnold & Evans, 2014). Deklaratiivinen muisti näyttäisi kielellisessä erityisvaikeudessa olevan normaali (Ullman & Pierpont, 2005). Toisaalta viimeaikaisissa tutkimuksissa on saatu myös muunlaisia tuloksia (Lum & Bleses, 2012; Park ym., 2018; West, Vadillo, Shanks & Hulme, 2018). Kielellisessä erityisvaikeudessa informaation prosessointi voi kehittyä keskimääräistä hitaammin ja tämä voi vaikuttaa siihen, että lapsi, jolla on kielellinen erityisvaikeus, on herkempi ulkoisille ärsykkeille kuin muut (Asikainen, 2005).

Kielestä riippumatta kielelliselle erityisvaikeudelle näyttäisi olevan tunnusomaista puutteet kielellisessä tietoisuudessa (esim. miten rakentaa kieliopillisesti oikea lause) (Smolik & Vávru, 2014). Kielellisen tietoisuuden tehtävistä kielen erottelukyvyn on osoitettu ennustavan sanan mieleen palauttamista, joten työmuistilla ja kielellisellä kyvyllä on keskinäistä merkitystä toisilleen (Mainela-Arnold & Evans, 2012). Erottelukykyyn ja muistitoimintoihin liittyvät puutteet voivat vaikuttaa myös visuaaliseen oppimiseen (Asikainen, 2005). Kielelliseen erityisvaikeuteen on liitetty myös kuulotoimintojen heikkoutta (Wlodarczyk, Szkielkowska, Pilka & Skarzynski, 2015).

### 1.1.3 Seulonta

Lääketieteestä tuttua seulonta-käsitettä käytetään yleisesti viittaamaan kehityksen riskien tunnistamiseen (Valtonen, 2009). Seulontaa tehdään erilaisten arviointimenetelmien ja

havainnoinnin avulla. Lähi-ihmisten (vanhempien, päiväkodin työntekijöiden) haastatteluilla täydennetään ammattihenkilöiden tekemää arviointia. Seulontojen tarkoituksena on löytää sellaisia ongelmia, joita voidaan hoitaa tai ehkäistä niistä johtuvia ei-toivottuja seurauksia (Rimpelä, Rigoff, Wiss & Hakulinen-Viitanen, 2006).

Kielihäiriöiden seulonta vaihtelee Suomessa kunta- ja kuntayhtymäkohtaisesti (Valtonen, 2009). Lapset tulevat seurantakäynneille eri ikäpisteissä ja lääkäri on mukana neuvolakäynneillä vaihtelevasti. Vuonna 2004 julkaistussa lastenneuvoloiden työntekijöiden oppaassa (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2004) on annettu suosituksia neuvolatyöntekijöiden yhteistyöstä ja lapsen kehityksen seurannasta. Varhaiseen kielellisen erityisvaikeuden tunnistamiseen tarvitaan lapsen monipuolista havainnointia ja hänen kanssaan toimivien aikuisten kuuntelemista (Ahonen, 2010). Puheterapeutin tehtävänä on perehdyttää terveydenhoitaja ja päivähoidon henkilökunta tarvittavien seulontavälineiden käyttöön (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2004). Menetelmien valinta tulee tehdä yhteistyössä näiden tahojen kesken.

Riskitekijöiden kartoittaminen jo vauvavaiheessa olisi hyödyllistä, sillä perheeseen liittyvien tekijöiden on todettu olevan yhteydessä lasten kielellisiin haasteisiin. Vanhempien alhainen koulutustaso ennustaa lapsen puheen ja/ tai kielen kehityksen haasteita (Asikainen, 2005; Vehkavuori ja Stolt, 2018). Toisaalta vanhempien korkea koulutustaso ja lapsen yleinen älykkyys voivat suojata kielellisiltä haasteilta (Asikainen, 2005). Useissa tutkimuksissa on osoitettu vanhempien kielellisillä vaikeuksilla olevan yhteyttä lapsen kielenkehitykseen (mm. Ghassabian, Rescorla, Henrics, Jaddoe, Verhulst & Tiemeier, 2013; Law, Rush, Anandan, Cox & Wood, 2012; Reilly, Wake, Ukoumunne, Bavin, Prior, Cini, Conway, Eadie & Bretherton, 2010). Tutkimustieto tukee käytäntöä perheen taustatietojen keräämisestä ja sitä kautta riskilasten tunnistamista jo neuvolan ensikäynneillä, jolloin perheelle voidaan tarjota tukitoimia jo ennen kuin lapsi alkaa puhua. Mitä varhaisemmassa vaiheessa lapsen kielelliset ongelmat havaitaan, sitä aikaisemmin häntä voidaan auttaa ja vähentää myöhempää avun tarvetta (Asikainen, 2005; Ervast & Leppänen, 2010; Karoly, Killburn & Cannon, 2005; Mercy & Saul, 2009; Ramey & Ramey, 1998). Vanhempien, päivähoidon henkilökunnan ja lastenneuvoloiden työntekijöiden tekemä lapsen kehityksen monipuolinen havainnointi ja tarkastelu erilaisissa arkipäivän tilanteissa on merkittävässä roolissa kielellisen kehityksen vaikeuksien tunnistamisessa (Ahonen, 2010).

Kielellisiä vaikeuksia koskevat tutkimukset eivät ole antaneet toistaiseksi vastausta siihen, millä menetelmällä ja missä iässä kielellisen kehityksen poikkeamia tulisi väestötasolla seuloa (Ahonen, 2010). Stakesin ”Seulontatutkimukset 3 – 7-vuotiaiden terveystarkastuksissa” -julkaisun (Rimpelä ym. 2006) mukaan terveystarkastukset tehtiin terveydenhoitajan toimesta lähes 100 -prosenttisesti 3 – 6 vuoden iässä vuosittain koko ikäluokalle. Syvennetty terveystarkastus, jossa lääkäri on mukana, tehtiin yleisimmin 5-vuotiaille (93 %) ja toiseksi eniten 3-vuotiaille (18%). Joka toisessa terveyskeskuksessa lääkäri tarkasti koko ikäluokan vain kerran viiden vuoden aikana. Neljässä prosentissa terveyskeskuksia syvennettyjä terveystarkastuksia ei tehty lainkaan. Neurologisen kehityksen arvioinnissa menetelmänä käytettiin yleisimmin Leikki-ikäisen lapsen neurologista arviointia eli Leneä (77 prosentissa terveyskeskuksista ainakin kerran 3 – 6 vuoden iässä) ja seuraavaksi eniten KEHU – viisivuotiaan lapsen arviointimenetelmää.

Lapsen kielen kehityksen arvioinnille ja seurannalle antaa pohjan tieto tyypillisesti etenevästä kielenkehityksestä. Tyypillisen kielenkehityksen tuntemusta voidaan täydentää tiedoilla kielellisen kehityksen viivästymisen keskeisistä varoitusmerkeistä 1 - 6-vuotiailla (Luinge, Post, Wit & Goorhuis-Brouwer, 2006). Kielellisen erityisvaikeuden merkkejä saattaa olla esimerkiksi lausetason jäljittelyn virheet (Smolík & Vávru, 2014). Verbit ja liitepartikkelit näyttäisivät olevan haavoittuvimpia sanaluokkia. Tutkimustietoa tarvitaan kuitenkin lisää, sillä luotettavat tunnusmerkit saattavat vaihdella eri kielissä. Seulontaa voidaan tehdä myös erilaisilla sananlukemisen, kuullun ymmärtämisen, sanaston tuottamisen ja kerronnan tehtävien kautta (Wong, Ho, Ali, McBride, Ng, Yip & Lam, 2016). Kielelliseen erityisvaikeuteen liittyvän prosessoinnin hitauden vuoksi lapsen ei-kielellinen älykkyys tulisi mitata ilman ajanottoa (Park, Mainela-Arnold & Miller, 2015).

Mikään yksittäinen arviointimenetelmä ei yksinään ole riittävä kielellisen erityisvaikeuden tunnistamiseen (Theodorou, Kambanaross & Grohmann, 2017). Käypä hoito -suosituksen (2010) mukaan neuvolassa tehtävän lapsen kielellisten taitojen kartoittamisen tulee olla jatkuva prosessi. Hyvin toimiva suomalainen neuvola- ja päivähoitojärjestelmä tarjoaa yksittäiselle seulontatestille hyvän tuen seulontaprosessissa. Suomen Puheterapeuttiliiton eduskunnan sivistysvaliokunnalle osoittamassa lausunnossa (17.3.2010) todetaan neuvolassa tehtävien seulontojen olevan keskeisessä asemassa kielellisten häiriöiden varhaisessa tunnistamisessa. Seulontojen kautta riskiryhmiin

kuuluvat lapset voidaan ohjata puheterapeutin ja tarvittaessa erikoissairaanhoidon tarkempiin arviointeihin.

Kielenkäytön pragmaattisten taitojen havainnointi ja niissä esiintyviin vaikeuksiin puuttuminen voi auttaa havaitsemaan ja poissulkemaan autismin ja ADHD:n (Osman, Shohdi & Aziz, 2011). Kielihäiriöisillä lapsilla on erityisesti kielellisiä ymmärtämisen vaikeuksia, joista lievimmät eivät välttämättä tule esiin normaalissa arjessa, vaan niiden havaitsemiseen tarvitaan tutkimusta (Ahonen & Rautakoski, 2007; Rantala, Asikainen & Voutilainen, 2004). Jo ennen kahden vuoden ikää voidaan lapsen kielen kehityksessä havaita viiveisyyttä. Kielellisen kehityksen vaikeutta tulisi epäillä, kun lapsi jokeltelee vähän tai jokeltelu on poikkeavaa tai lapsi ei pyri jokeltelulla kontaktiin muiden ihmisten kanssa (Rutter, 2008). Riskiä kielenkehityksen vaikeuksiin lisäävät lapsen lähisukulaisilla esiintyvät kielellisen kehityksen vaikeudet (Asikainen, 2005; Vehkavuori & Stolt, 2018). Tämän vuoksi tulisi kielenkehityksen vaikeuksien riskit kartoittaa jo vauvavaiheessa ja ohjata perheet varhaisen tuen piiriin.

#### *Leikki-ikäisen lapsen neurologinen arvio (Lene)*

Suomessa kielellisen erityisvaikeuden seulontamenetelmänä käytetään yleisimmin Leikki-ikäisen lapsen neurologista arviota (1999). Lene on kehitetty Pohjois-Karjalassa lapsen kehityksen neurologiseen arviointiin (Valtonen, 2009). Se sisältää osioita kielen kehitykseen liittyen, erilliset arviot 2 1/2-, 3-, 4-, 5- ja 6-vuotiaille lapsille. Eri ikäryhmien osiot ovat sisältöalueiltaan pääosin samat. Menetelmässä arvioidaan näkö- ja kuulohavaintoa, karkeamotoriikkaa, poikkeavia liikkeitä, vuorovaikutusta, tarkkaavaisuutta, puheen tuottamista ja ymmärtämistä, käsitteiden ymmärtämistä, kuullun hahmottamista, silmän ja käden yhteistyötä, leikkiä ja omatoimisuutta (vain 2 ½ -, 3- ja 4-vuotiaille), visuaalista hahmottamista (vain 5- ja 6-vuotiaille) sekä lukivalmiuksia (vain 6-vuotiaille). Lenessä ei arvioida erikseen tunne-elämää tai sosiaalista kehitystä. Kehityksen alueiden arvioinnissa käytetään laadullista ja määrällistä arviointia sekä vanhemmilta ja päivähoidosta saatua tietoa.

#### *KEHU –viisivuotiaan lapsen arviointimenetelmä*

KEHU on Lenen jälkeen toiseksi eniten käytössä oleva lapsen kehityksen arviointimenetelmä. KEHU on Nokiolla kehitetty menetelmä, jonka avulla päivähoidossa ja lastenneuvolassa voidaan kartoittaa viisivuotiaiden lasten varhaisia kouluvalmiuksia, lapsen vahvuuksia ja tukea tarvitsevia kehityksen osa-alueita (Järnefelt, Koskimäki,

Helenius, Luhtalampi & Mäkinen, 1999). KEHU -arvioinnille ei kuitenkaan ole olemassa minkäänlaista normitusta. Arviointi koostuu vanhempien täyttämästä kyselylomakkeesta, päivähoidon havainnointilomakkeesta ja tehtävistä, jotka lapsi tekee joko päiväkodissa tai neuvolassa työntekijän ohjaamana. Lisäksi KEHU -arviointiin kuuluu palauteskustelu vanhempien kanssa. Palauteskustelussa mietitään yhdessä vanhempien kanssa, minkälaista tukea lapsi tarvitsee päivähoidossa ja kotona. Tarvittaessa lapsi ohjataan puheterapeutille tai psykologille. KEHU -arvioinnissa havainnoidaan lapsen hahmottamista, silmän ja käden yhteistoimintaa, käden toimintaa, kielellisiä toimintoja, tarkkaavaisuutta ja muistia, karkeamotoriikkaa, sosiaalisia taitoja, oman työn arviointia ja työskentelytapaa, päivittäistoimintoja sekä tunneilmaisua ja yhteistoimintoja.

*Lumiukko – 5-vuotiaan puheseula/ Laajennettu lasten viisivuotistutkimus*

Lumiukko-seula on helppokäyttöinen ja terveydenhoitajan työhön hyvin soveltuva arviointimenetelmä (Korpilahti, 2014). Siitä on olemassa myös ruotsinkielinen versio nimellä Snögubbs-test. Lumiukko-testissä arvioidaan lapsen kertovaa puhetta, kielen ymmärtämistä, puhemotoriikkaa, auditiivista sarjamuistia, lausetuotoa, nimeämistä ja ääntämistä, käsitteitä ja toimintaohjeita sekä kuuloa. Lisäksi arvioidaan lapsella esiintyviä muita poikkeavia piirteitä, kuten ääntä tai poikkeavaa puheentuottoa (änkytys/ sokellus). Lumiukko-seulaa on suositeltu 5-vuotiaiden kommunikaatiotaitojen seulontamenetelmäksi lastenneuvoloissa (Mäki, Wikström, Hakulinen & Laatikainen, 2017). Arviointimenetelmästä on käytettävissä normiaineisto juuri viisi vuotta täyttäneille lapsille. Lumiukko-testin seulovuus on noin 11 % (Korpilahti, 2014).

*HALI –kolmivuotiaan lapsen arviointimenetelmä*

KEHU -arvioinnin rinnalle on Nokialla laadittu vastaavanlainen kolmivuotiaille tarkoitettu HALI -menetelmä (2010). Arvioinnin avulla pyritään löytämään kehityksessään tukea tarvitsevat lapset entistä varhaisemmassa vaiheessa. HALI -menetelmässä painotetaan erityisesti lapsen ja vanhemman välistä vuorovaikutuksen ja kielellisen kehityksen tukemista. Päivähoidossa sillä voidaan täydentää varhaiskasvatussuunnitelmaa ja täsmentää siinä asetettuja tavoitteita ja arvioida niiden toteutumista. HALI -menetelmän tarkoituksena on koota lapsesta sellaista tietoa, jonka avulla häntä ja hänen perhettään voidaan tarvittaessa lähteä tukemaan arjessa neuvolan ja päivähoidon keinoin. HALI -menetelmässä arvioidaan lapsen päivittäistoimintoja, vastavuoroisuutta, yhteistoimintoja ja leikkiä, tunneilmaisua ja –hallintaa, minäkuvaa,

puheen tuottoa ja ymmärtämistä, silmän ja käden yhteistoimintaa sekä karkeamotoriikkaa. Kojon (2012) tekemässä pro gradu -tutkielmassa todettiin, että vahvaa tukea tarvitsevat lapset kyettiin löytämään jo 3-vuotiaana HALI -arvioinnin avulla. Tutkielmassa esitettiin, että HALI -arviointia tulisi laajentaa kielellisten toimintojen, motoriikan ja tarkkaavuuden sekä muistin osa-alueilla, jotta se erottelisi paremmin tukea tarvitsevat lapset. Lapsen kokonaismenestyminen 3-vuotiaana HALI -arvioinnissa ennakoi 5-vuotiaana KEHU -arvioinnin kokonaismenestystä.

### *Kettu-testi*

Kettu-testi on tarkoitettu alun perin suomenkielisten lasten kielellisten taitojen arviointiin (Korpilahti & Eilomaa, 2014). Arvioinnissa tarkkailtavia osa-alueita ovat nimeäminen, kielen ymmärtäminen, toimintaohjeiden noudattaminen, ääntäminen ja puheen ymmärrettävyys, kertova puhe, taivutusmuotojen hallinta, värien ja lukumäärän hallinta sekä lapsen käyttämien ilmaisujen pituus. Arviointimenetelmäksi se soveltuu kaikille lapsen kehityksen asiantuntijoille. Menetelmää voidaan käyttää myös puheseulana. Kettu-testin käyttöä puheseulana on raportoitu 146 lapsen 3-vuotiaana suoritettuna arvioinnin pohjalta tutkimuksessa Korpilahti, Kaljonen ja Jansson-Verkasalo (2017). Tulokset osoittivat, että Kettu-materiaali toimii hyvin suomenkielisten kolmivuotiaiden lasten puheseulana. Seulontatarkkuus oli 80,6 %. Kettu-testin kokonaistulos korreloi erittäin merkittävästi Reynell Language Scales III –testin kuullun ymmärtämisen tulosten ja Renfrew Word Finding sanavarastotestin tulosten kanssa. Kettu-testistä on käytettävissä normiaineisto (N=100, suomenkieliset 3;0-3;6-vuotiaat), joka on kerätty vuosien 1998-99 aikana. Kertovan kielen pisteytystä on yksinkertaistettu vuonna 2001 uusitus painoksessa. Vuosina 2000-2001 Kettu-testillä arvioitiin kaksi-/monikielisiä lapsia (N=33). Testistä on käytettävissä suomenkielisen version lisäksi ruotsinkielinen ja somalikielinen versio.

### *Lapsen esikielellisen kommunikaation ja kielen ensikartoitus (ESIKKO)*

Esikko-kysely on tutkimukseen perustuva seulontamenetelmä 6-24 kuukauden ikäisten lasten esikielellisen kommunikaation ja varhaisen kielen kehityksen arviointiin ja seurantaan (Laakso, Eklund & Poikkeus, 2011). Kysely perustuu Yhdysvalloissa vuonna 2002 julkaistuun tutkimusmenetelmään Communication and Symbolic Behavior Scales, Developmental Profile (CSBS DP). Alkuperäisen tutkimusmenetelmän ovat kehittäneet professorit Amy Wetherby ja Barry Prizant Floridan yliopistosta. Esikko-kyselyssä arviointitiedon antajina ovat lapsen vanhemmat. Vanhemmat kirjaavat tietyissä



ikäpisteissä havaintojaan lapsen kommunikaatiosta ja varhaisesta kielestä. Esikkokyselyä voidaan käyttää työvälineenä neuvolassa. Lisäksi sitä voi työssään käyttää pienten lasten kanssa työskentelevät erityislastentarhanopettajat, puheterapeutit ja psykologit. Esikkokyselyn seulontatarkkuus on 88 % (Vehkavuori & Stolt, 2018). Siitä on mahdollista saada viitteitä seurannan ja jatkotutkimusten tarpeelle, vaikka sen seulontaherkkyys onkin vain keskinkertainen. Esikko-kyselystä on käytettävissä normitukset kolmen kuukauden välein 6-24 kk ikäisille lapsille. Esikko-menetelmällä kartoitettujen ääntelyn ja ensisanojen ohella tiedot lapsen sosiaalisesta kommunikaatiosta ja symbolisista taidoista ovat merkittäviä myöhempien kielellisten taitojen ja vaikeuksien ennustajia (Määttä, Laakso, Tolvanen, Ahonen, & Aro, 2012).

#### *Varhaisen kommunikaation ja kielen kehityksen arviointimenetelmä (MCDI)*

MCDI on varhaisen kommunikaation ja kielen kehityksen arviointimenetelmä, joka tutkimustulosten valossa toimii luotettavana seulana kielellisten kykyjen varhaisessa arvioinnissa (Lyytinen, 1999). Menetelmää on helppo käyttää ja se perustuu ensisijaisesti vanhempien havaintoihin lapsen ymmärtävästä ja tuottamasta sanastosta. Sanaston lisäksi menetelmän avulla on mahdollista arvioida lapsen ilmaisujen pituutta sekä taivutusmuotojen hallintaa. MCDI-lomakkeita on kaksi erilaista, toinen on 8 – 16 kuukauden ikäisille lapsille, toinen 16 – 30 kuukauden ikäisille tarkoitettu. Menetelmä on alkujaan Yhdysvalloissa kehitetty professori L. Fensonin ja hänen työryhmänsä toimesta. Suomenkieliselle menetelmälle on käytettävissä 95 lapsen normiaineisto. Varhaisen kommunikaation ja kielen kehityksen arviointimenetelmällä mitattuna varhaisen ymmärtävän sanaston kehityksellä on ennustearvoa myöhempään kielelliseen suoriutumiseen ainakin 3,5 vuoden ikään asti (Stolt, Lehtihalmes, Heikkola & Kunnari, 2011). Varhaisen kieliopin ja ilmaistun sanaston kehityksellä on ennustearvoa varhaiseen esikouluikään asti. Varhaisten ele- ja leikkitoimintojen kartoituksen kokonaispistemäärä ennakoii lapsen suoriutumista kielellisesti kahden ja puolen vuoden ikään asti. MCDI:n suomenkielisen, 2-vuotiaille suunnatun lyhennetyin version (Sanaseula) seulontatarkkuus on hyvä (92 %), mutta sen herkkyys Esikko-kyselyn tapaan keskinkertainen (Vehkavuori & Stolt, 2018).

Seulontamenetelmiä käytetään lasten kehityshaasteiden tunnistamiseen arjen havaintojen ja ammattilaisten tekemän arvioinnin rinnalla. Suomessa yleisimmin käytössä olevista menetelmistä Lene, KEHU ja HALI arvioivat lapsen kehitystä kielellistä kehitystä laajemmin, kun taas Kettu-testi, MCDI, Esikko ja Lumiukko mittaavat nimenomaan

lapsen kielellistä kehitystä. Kettu-testi tehdään useimmiten päivähoidossa, kuten HALI – ja KEHU -arvioinnitkin, kun taas MCDI, Lene, Esikko ja Lumiukko ovat neuvoloiden työvälineinä. HALI – ja KEHU -arviointien hyväksymiskriteerien on todettu (Kojo, 2012) olevan liian löysiä ja niiden erottelukyvyn siten heikko (Maja & Simola, 2004). HALI -arvioinnin kielenkehityksen osa-alue vaikuttaisi liian suppealta ja sen laajentamista on aikaisemmin esitetty Kojon (2012) pro gradu -tutkielmassa. Kettu-testin erottelukyky on hyvä (Korpilahti, Kaljonen & Jansson-Verkasalo, 2017) ja sen avulla kolmivuotiaiden kielenkehityksen haasteet ovat melko hyvin tunnistettavissa. Myös MCDI:llä on osoitettu olevan vahvaa ennustearvoa (Stolt ym., 2011). Sen sijaan Lumiukko-testin seulovuuden on todettu olevan vain 11 %. Jotta kuntoutusta ja tukitoimia tarvitsevat lapset löydetään riittävän ajoissa, ovat vanhempien ja päivähoidon arkipäivän havainnot tarpeellisia lapsen kielenkehityksen haasteiden tunnistamiseksi.

#### 1.1.4 Kuntoutus

Kuntoutus on suunnitelmallista toimintaa, jonka tavoitteena on auttaa kuntoutusta tarvitsevaa ihmistä toteuttamaan omassa elämässään tärkeitä asioita ja ylläpitämään elämänhallintaansa, jota sairaus, vamma tai muut syyt uhkaavat tai heikentävät (Järvikoski & Härkäpää, 2011). Kuntoutuksessa tulee kiinnittää erityistä huomiota ihmisen sosiaaliseen selviytymiseen ja integraatioon. Asiakas hakeutuu kuntoutukseen tavallisesti arjessa kohdatun osallistumisen haasteen vuoksi, johon hän tai hänen perheensä hakee muutosta (Sellman & Tykkyläinen, 2017).

Kielellisen erityisvaikeuden tärkein kuntoutusmuoto on puheterapia (Korkman, 2002). Puheterapia on tavoitteellista ja suunnitelmallista toimintaa asiakkaan parhaaksi muutosta kaipaavaan tilanteeseen (Sellman & Tykkyläinen, 2017). Asiakas voi päätyä puheterapeutin vastaanotolle useita eri polkuja riippuen kuntien käytännöistä. Lapset ohjautuvat puheterapeutin tutkimuksiin useimmiten lastenneuvoloiden ikäkausitarkastusten kautta, mutta lähettävä taho voi olla myös jokin muu lasta hoitava tai kuntouttava ammattilainen. Joissakin kunnissa on vanhempien mahdollista ottaa yhteyttä suoraan puheterapeuttiin huolen herätessä ja varata ajan lapselleen tutkimuksia ja kuntoutusta varten. Puheterapiaa tai puheterapeutin ohjauksen tarvetta tulisi pohtia puheterapeutin tutkimuksen perusteella heti lapsen kielen kehityksestä huolestuttaessa.

Lapsi voi saada puheterapian Kelan järjestämänä vaativana lääkinnällisenä kuntoutuksena, mikäli hänellä on sairaus tai vamma, joka rajoittaa huomattavasti hänen osallistumistaan ja suoriutumista arjen toiminnoista (KKRL 566/2005 9 § ja 10 §). Lisäksi kuntoutustarpeen tulee olla vähintään vuoden kestävä, jotta lapsi pystyy osallistumaan ja selviämään arjen toiminnoista. Kuntoutus ei saa olla pelkästään hoidollista eikä se saa liittyä välittömään laitoshoitoon.

Lapselle ja nuorelle, jolla on kielellinen erityisvaikeus, on laadittava yksilöllinen kuntoutussuunnitelma (Käypä hoito -suositus, 2010), jonka pohjalta lääkinnällinen kuntoutus toteutuu. Kuntoutussuunnitelma on yksilön kuntoutumiseksi, palvelujen järjestämiseksi ja yhteensovittamiseksi laadittava suunnitelma ([www.kela.fi](http://www.kela.fi); Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326). Kuntoutustarpeen määrittelee niin yksilön kuin yhteiskunnankin näkökulma (Järvikoski & Härkäpää, 2011). Kuntoutussuunnitelmassa määritellään kuntoutuksen tarve ja tavoite sekä sen sisältö, ajoitus, kesto ja toteutumisen seuranta. Kuntoutussuunnitelma mahdollistaa palvelujen koordinoinnin ja yhteistyön sekä tiedon kulkemisen kuntoutujan, hoitavan tahon, terapeuttien ja muiden palveluntuottajien sekä eri organisaatioiden välillä (Sellman & Tykkyläinen, 2017). Hyvin laadittuna se varmistaa myös kuntoutumisprosessin viiveettömän käynnistämisen ja koko prosessin sujuvan ja tavoitteellisen etenemisen ja seurannan (Suomela-Markkanen & Peltonen, 2016).

Koska kielellisellä erityisvaikeudella on negatiivisia seurauksia, tulee kuntoutuksessa käyttää tehokkaita interventioita (Smith-Lock ym., 2013). Puheterapian tavoitteena on käyttäytymisen muutos ja toiminta- ja kommunikaatiokyvyn paraneminen, jonka saavuttamiseen puheterapeutit hyödyntävät erilaisten oppimiskäsitysten ja -teorioiden tarjoamaa tietoa (Sellman & Tykkyläinen, 2017). Harjoittelulla ja tehtävyyppisellä työskentelyllä pyritään rakentamaan ja vahvistamaan aivojen hermoverkkoja ja näin saamaan aikaan oppimista. Useiden puheterapeuttisten tekniikoiden on osoitettu olevan tehokkaita (Smith-Lock ym. 2013). Handley, Radley & Lum (2016) totesivat tutkimuksessaan, että eri interventioiden yhtäaikaainen käyttö voisi olla tuloksellisempaa kuin niiden käyttö erillisinä toisistaan.

Puheterapeutit käyttävät tieteellistä tietoa yhtenä päätöksenteon ja suunnittelun apuvälineenä ja toiminnan perusteena (Sellman & Tykkyläinen, 2017). Aina ei tutkimustietoa kuitenkaan ole saatavilla, vaan puheterapeutin on pohjattava toimintansa

työssään ja päätöksenteossään teorian tiedon rinnalla vakiintuneeseen ja kokemusperäisesti perusteltuun käytäntöön. Lisäksi asiakkaan senhetkinen tilanne tulee huomioida ja sovittaa yhteen ammattilaisten kokemustietoon. Hyvin toteutuessaan näyttöön perustuva työskentelyote yhtenäistää ja kehittää ammattilaisten käytäntöjä. Yhtenäisillä käytännöillä taataan asiakkaille iästä, vamman asteesta, hoitopaikasta tai asuinkunnasta riippumatta paras mahdollinen puheterapiapalvelu (Roddam & Skeat, 2010).

Puheterapian lisäksi lapselle, jolla on kielellinen erityisvaikeus, voidaan tarjota tietokoneavusteista kuntoutusta, neuropsykologista kuntoutusta, toiminta-, fysio- ja musiikkiterapiaa, sopeutumisvalmennusta, kommunikoinnin apuvälineitä, tulkkipalveluja ja kuntoutusohjausta (Korkman, 2002). Puheterapeuttien lisäksi neuropsykologeilla on käytössään fonologiseen tietoisuuteen tähtääviä harjoituksia. Oleellista kielellisen erityisvaikeuden kuntoutuksen tuloksellisuudessa näyttäisi olevan kuntoutuksen intensiivisyys ja säännöllisyys (Smith-Lock ym. 2013; 2014).

#### 1.1.5 Tukitoimet

Tässä tutkielmassa tukitoimilla tarkoitetaan sellaisia toimia, joilla vähennetään sairauden tai vamman aiheuttamaa haittaa ja seurauksia sekä tuetaan yksilön selviytymistä ympäristössään ja vuorovaikutuksessaan toisten ihmisten kanssa mahdollisimman itsenäisesti. Kielellisessä erityisvaikeudessa oleellinen osa kasvavien haittojen ehkäisyä ovat lapsen arjessa kotona, päivähoidossa ja koulussa tarjotut tukitoimet (Käypä hoito -suositus, 2010). Tarvittaessa lapsi voi suorittaa oppivelvollisuutensa erityiskoulussa.

Kielellisen erityisvaikeuden tukitoimet voivat olla esimerkiksi riskiperheiden tukemista ohjaamalla vanhempia ja lähiympäristöä kielellisten ongelmien varhaisten merkkien tunnistamisessa, lapsen kielellisten taitojen tukemista ja kommunikaatiokeinojen harjaannuttamista (Ervast & Leppänen, 2010). Varhaiskasvatuksen henkilökunnan tulee saada tietoa ja tukea arkeen konkreettisten tukitoimien aloittamisessa, jos lapsi tarvitsee kommunikointinsa tueksi esimerkiksi puhetta korvaavia menetelmiä. Vaikeissa tapauksissa puheterapeutti arvioi esimerkiksi tukiviittomien ja kuvasymbolien tarvetta (Korkman, 2002).

Koska kielellinen erityisvaikeus saattaa aiheuttaa oppimisvaikeuksia ja sosioemotionaalisia ongelmia, on tärkeää edistää lapsen kommunikaatiota (Asikainen, 2005). Haasteena on usein saada korvaavat kommunikointikeinot aktiiviseen käyttöön lapsen lähiympäristössä, esimerkiksi kotona ja hoidossa (Korkman, 2002). Puhetta tukevien ja korvaavien keinojen käytön ohjaaminen on aloitettava mahdollisimman varhain, mikäli lapsen kommunikaatio ei etene tyypillisesti (Sellman & Tykkyläinen, 2017). Puheterapeutin tai kommunikaatio-ohjaajan antama yksilöllinen ja räätälöity ohjaus auttaa lasta ja tämän perhettä selviytymään ja osallistumaan arjen eri toimintoihin niin kotona kuin kodin ulkopuolella.

Päiväkodissa tärkeimpänä taitona voidaan nähdä sosiaalisten taitojen kehittyminen (Korkman, 2002). Lapsen perheen taholta tuleva jokapäiväinen tuki ja ohjaus ovat lapsen kuntoutumisen kannalta ratkaisevia, kuten lapsen omat voimavaratkin. Asiantuntijoiden tavoitteena on lähinnä tukea lasta niin, ettei kielellinen erityisvaikeus estäisi lapsen kykyjen ja kapasiteetin toteuttamista niin hyvin kuin mahdollista.

Koulussa on oleellista tukea vuorovaikutustaitoja ja huomioida kielelliset ongelmat opetuksessa. Jos on ilmeistä, ettei lapsi tule selviämään peruskoulun oppimäärästä yhdeksässä vuodessa, on hänellä oikeus pidennettyyn oppivelvollisuuteen (Perusopetuslaki 628/1998). Tällöin opetus alkaa jo vuotta aikaisemmin kuin tavallisesti ja kestää 11 vuotta.

Kielellisen erityisvaikeuden ei-toivottuja seurauksia, kuten sosioemotionaalisten ja käyttäytymisen ongelmien syntymistä, voidaan ennaltaehkäistä puuttamalla kielenkehityksen vaikeuksiin riittävän varhaisessa vaiheessa (Helland & Helland, 2017; Osman, Shohdi & Aziz, 2011). Esimerkiksi kieliopin omaksumisen vaikeus voi aiheuttaa kommunikoinnin epäonnistumisen ja sitä kautta muiden kielioppiin ja kieleen perustuvien tehtävien vaikeuksia (Smith-Lock ym. 2013). Näihin ongelmiin tarttuminen varhaisessa vaiheessa voi ehkäistä muita oppimisen vaikeuksia ja sosiaalista eristäytymistä. Tukitoimista huolimatta monella lapsella, jolla on kielellisen erityisvaikeuden diagnoosi, todetaan myöhemmin lukivaikeuksia, keskittymisvaikeuksia ja laaja-alaisempia oppimisvaikeuksia (Asikainen, 2005). Haasteita voi olla myös kaverisuhteissa, tunne-elämän hallinnassa ja vuorovaikutustaidoissa. Myöhemmällä iällä diagnoosi saattaa vaihtua esimerkiksi tarkkaavuushäiriöksi tai monimuotoiseksi oppimishäiriöksi em. syistä.

## 1.2 Käypä hoito -suositus lasten ja nuorten kielellisestä erityisvaikeudesta

Käypä hoito -suositukset ovat riippumattomia, tutkimusnäyttöön perustuvia kansallisia hoitosuosituksia, joita laaditaan lääkäreille ja terveydenhuollon ammattihenkilöstölle kliinisen työn, hoidon suunnittelun ja päätöksenteon tueksi ([www.käypähoito.fi](http://www.käypähoito.fi)). Suositukset toimivat myös kansalaisten omien hoitopäätösten pohjana. Käypä hoito -suosituksella lasten ja nuorten kielellisestä erityisvaikeudesta (2010) pyritään yhtenäistämään neuvoloiden käytäntöjä kielenkehityksen seurannan, hoidon suunnittelun ja toteutuksen osalta. Sen on laatinut Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin, Suomen Foniatri ry:n ja Suomen Lastenneurologisen yhdistyksen asettama työryhmä. Laadinnassa on käytetty tuoreinta kansainvälistä tutkimustietoa.

Kielellisen erityisvaikeuden Käypä hoito -suosituksen keskeinen sisältö on seuraava:

- 1) Kun *johdonmukaisesti kerättyjen havaintojen* perusteella herää epäily lapsen kielellisen kehityksen viiveestä, *tulee tukitoimia tehostaa ja ohjata lapsi tarkempaan arvioon. Neuvolassa tulee tunnistaa 2-2,5 -vuotiaan lapsen puheen kehityksen viive.*
- 2) Tukitoimet on aloitettava heti, kun herää epäily kielellisen kehityksen viiveestä tai poikkeavuudesta. Lapsen *lähiympäristöä tulee ohjata* toimintaan lapsen kanssa tarvittaessa *puhetta tukevia kommunikaatiovälineitä* tarjoten. Tärkeimpiä tukitoimia ovat *pienet päiväkotij- ja opetusryhmät*, joissa meluhaitat voidaan minimoida. Lisäksi *vuorovaikutustaitoja tulee tukea* ja kielelliset ongelmat sekä toimintakyky huomioida opetuksessa ja opetusmuotoa valittaessa. Tarvittaessa on lapsella oikeus 11 -vuotiseen oppivelvollisuuteen.
- 3) *Vanhempia tulee informoida, sitouttaa ja osallistaa* aktiivisesti lapsen kuntoutukseen. *Tukitoimia tarjotaan niin kotiin, päivähoitoon kuin kouluunkin. Oikein kohdennettu puheterapia voi tukea* lapsen toimintakykyä. *Puheterapian kesto, intensiteetti ja toteuttamistapa tulee suunnitella yksilöllisesti osana moniammatillista kuntoutusta.* Terapia voidaan jaksottaa, mutta sen tulee *jakson aikana olla vähintään viikoittaista.* Mikäli terapia arvioidaan vaikuttamattomaksi, sitä ei tule jatkaa. *Tietokoneavusteinen harjoittelu, ryhmäkuntoutus, neuropsykologinen kuntoutus, toimintaterapia ja muut terapiamuodot voivat olla osa kuntoutusta yksilöllisen harkinnan mukaisesti.* Joissakin tilanteissa suunsisäinen irtokoje ja kommunikaation apuvälineet voivat olla tarpeellisia.

Käypä hoito -suositus (2010) korostaa moniammatillista yhteistyötä, johdonmukaista lapsen kehityksen seuranta ja havainnointia sekä mahdollisimman varhain aloitettua, yksilöllisesti suunniteltua kuntoutusta ja tukitoimia. Käypä hoito -suosituksen toteutumista tutkimalla saadaan arvokasta tietoa siitä, miten neuvoloita ja puheterapeutteja tulisi ohjeistaa, jotta lapsi kielellisessä erityisvaikeudessa saisi tarvitsemansa tuen. Lisäksi voidaan pohtia, mistä mahdolliset alueelliset erot johtuvat ja miten niitä voitaisiin vähentää.

Käypä hoito -suositusten vaikuttavuutta ja käyttöä on tutkittu Suomessa vasta varsin vähän. Kansainvälisissä tutkimuksissa on havaittu, että käypä hoito -suosituksista on tietoa, mutta niiden vaikutus kliinisen työn käytäntöihin on ollut vähäistä (ks. esim. Breimaier, Halfens, Wilborn, Meesterberends, Nielsen & Lohrmann, 2013). Vuonna 2011 Lasten ja nuorten kielellisen erityisvaikeuden käypä hoito -suosituksen (2010) julkaisemisesta oli kulunut vuosi. Puheterapeuttien alueellisen jakautumisen tiedettiin olevan epätasaista ja kuntakoko vaikutti jonkin verran palvelun saatavuuteen. Myös muiden palvelujen osalta todettiin, että suomalaiset ovat eri arvoisessa asemassa riippuen asuinkunnastaan. Edellä mainitut asiat ovat herättäneet kiinnostuksen tähän tutkielmaan, jonka tutkimuskysymykset esitetään seuraavaksi.

## 2 TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkielman tarkoituksena oli selvittää, miten Käypä hoito-suositus (2010) toteutui perusterveydenhuollossa kielellisen erityisvaikeuden seulonnassa, kuntoutuksessa ja tukitoimissa vuonna 2011. Tutkielmassa on edustus kaikista lääneistä Ahvenanmaata lukuun ottamatta, joten sitä voidaan pitää varsin kattavana lasten parissa työskentelevien perusterveydenhuollon puheterapeuttien käytäntöjä tutkittaessa.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten Käypä hoito -suositus toteutui suomalaisessa perusterveydenhuollossa kielellisen erityisvaikeuden
  - a) seulonnan osalta?
  - b) kuntoutuksen osalta?
  - c) tukitoimien osalta?
  
2. Onko alueella ja kuntakoolla yhteyttä kielellisen erityisvaikeuden
  - a) seulontaan
  - b) kuntoutukseen ja
  - c) tukitoimiin?



### 3 TUTKIMUSAINEISTO JA - MENETELMÄT

#### 3.1 Kysely

Tutkielman empiirinen osuus toteutettiin Webropol-kyselynä Puheterapeuttiliiton jäsenrekisterin kautta. Webropol-ohjelman käyttöoikeus myönnettiin Turun yliopistosta kyselytutkimuksen suorittamista varten. Kyselyn toteuttamisesta neuvoteltiin Puheterapeuttiliiton Koulutuspoliittisen toimikunnan kanssa. Koulutuspoliittisessa toimikunnassa oli aikaisemmin käyty keskustelua tämänkaltaisen tutkimuksen tarpeellisuudesta.

Puheterapeuttiliiton jäsensihteeri välitti sähköpostiviestin kyselyyn johtavan linkin kera jäsenrekisterissä oleville puheterapeuteille, jotka toimivat kunnallisella työnantajalla. Sähköpostiviestissä oli kyselyn laatijan saate (liite 2.) vastaanottajille. Kysely oli suunnattu lasten parissa työskenteleville puheterapeuteille, koska oletuksena oli, että tällöin vastaajat tuntisivat kyselyn aihealueen parhaiten. Noin puolitoista kuukautta ensimmäisen viestin lähettämisen jälkeen (10.8.2011), jäsensihteeri laittoi muistutusviestin vastaanottajille.

Kyselylomake (liite 3.) on laadittu yhteistyössä professori Pirjo Korpilahden ja puheterapeutti Liisa Miettisen kanssa. Kyselylomake testattiin aikaisemmin tehdyn kandidaatintutkielman yhteydessä. Tuolloin kyselyyn vastasi yhdeksän puheterapeuttia. Alkuperäistä kyselylomaketta muokattiin ennen tämän tutkielman kyselyn lähettämistä siten, että kaksi jatkokysymystä lisättiin omiksi kysymyksikseen (nro 23. Voidaanko rajauksista joustaa yksilöllisesti ja nro. 26. Maksusitoumuksen laajuuteen vaikuttavat). Lisäksi kysymysten asetteluja muotoiltiin: nro 3. Sosiaali- ja terveydenhuollon/ perusterveydenhuollon yksikössämme toimii lasten parissa \_\_ puheterapeuttia -> Kuinka monta puheterapeuttia sosiaali- ja terveydenhuollon/ perusterveydenhuollon yksikössänne toimii lasten parissa? ja nro 24. Onko toimintayksikössä määritelty yksittäisen lapsen puheterapialle maksimikäyntimäärä? -> Onko toimintayksikössä määritelty yksittäisen lapsen puheterapialle enimmäiskäyntimäärä? Kysymykseen nro 16. lisättiin yksi vastausvaihtoehto enemmän (lapsen pääsevät puheterapeutin tutkimuksiin jonottamatta) ja kysymyksessä nro 17. vastausvaihtoehdot esitettiin vain kertaalleen ja lapsen ikä ilmoitettiin vaihtoehdon perässä, kun aikaisemmassa versiossa kunkin iän perässä oli kaikki vastausvaihtoehdot. Kyselyn loppuun lisättiin vielä kysymyksen nro 30. Onko Käypä hoito -suositus huomioitu toimintayksikössäsi? perään kysymys nro 31.

Onko Käypä hoito -suositus jo vaikuttanut puheterapiaa koskeviin ratkaisuihin omassa toimintayksikössäsi? Tämän tutkielman lopullisessa kyselylomakkeessa on yhteensä 32 kysymystä.

Kyselyn taustatiedoissa kysyttiin työskentelykunnan kokoa (pieni < 40000, keskisuuri 40000-80000 ja suuri >80000 asukasta) ja aluetta (läänijako vuosilta 1997-2009) sekä sitä, kuinka kauan vastaaja on työskennellyt puheterapeuttina, nykyisellä työnantajalla ja lasten kielihäiriöiden parissa. Puheterapeuttien sijoittumista alueellisesti eri kokoisiin kuntiin on tutkittu aikaisemmin muun muassa Kankaan (2011) gradussa. Lisäksi palvelujen saatavuudessa on osoitettu olevan alueellista epätasaisuutta (Kaikkonen ym., 2015; 2012; Suomen virallinen tilasto: Erityisopetus 2011; 2016).

Kyselylomakkeen kysymyksistä yhdeksän oli kyllä/ ei -kysymyksiä, seitsemäntoista monivalintakysymyksiä, yksi janavalinta ja loput viisi avoimia kysymyksiä. Kysymykset jaoteltiin puheterapeuttia ja neuvoloiden kliinisen työn käytäntöjä koskeviin taustatietoihin (kysymykset 1 -11), kielellisen erityisvaikeuden seulontaan (kysymykset 12 – 17), kuntoutukseen ja tukitoimiin liittyviin (kysymykset 18 – 29) sekä Käypä hoito -suosituksen käyttöönottoa koskeviin kysymyksiin (kysymykset 30 – 31). Seulontaa, kuntoutusta ja tukitoimia tarkastellaan lähemmin myös lasten ja nuorten kielellisen erityisvaikeuden Käypä hoito -suosituksessa (2010), jonka käyttöönotto ja toteutuminen kliinisessä työssä oli tämän tutkielman kiinnostuksen kohteena. Suomessa on aikaisemmin tutkittu kohonneen verenpaineen käypä hoito -suosituksen (2001; 2009) vaikuttavuutta, käyttöä ja tuntemusta hoitajien keskuudessa (Alanen ym., 2007; Kuronen, Jallinoja & Patja, 2011). Lisäksi kansainvälisissä tutkimuksissa on havaittu käytössä olevien implementointikeinojen olleen riittämättömiä (ks. Breimeier ym., 2013).

Vastausaikaa kyselyyn oli kesäkuun lopusta elokuun loppuun asti. Vastaukset kyselyyn on saatu 29.6.-30.8.2011 välisenä aikana. Kyselyyn vastasi yhteensä 175 puheterapeuttia. Kysely lähetettiin noin 400:lle Puheterapeuttiliiton jäsenrekisterissä olevalle puheterapeutille, joten vastausprosentti on hieman yli 40. Vastausprosenttia voidaan pitää kohtalaisena (esim. Heikkilä, 2014). Osa vastaajista työskenteli erikoissairaanhoidossa ja osa keskussairaalassa, suurin osa perusterveydenhuollossa. Kyselyssä ei ollut ns. pakollisia kysymyksiä, vaan vastaajan oli mahdollista jättää vastaamatta joihinkin kysymyksiin ja siirtyä kyselyssä eteenpäin. Kun vastaaja oli valmis, sai hän lähettä-

painikkeella palautettua vastauksensa, joka näkyi tämän jälkeen Webropol-ohjelman raportissa, johon vain tutkielman tekijällä oli pääsy.

### 3.2 Aineisto

Tutkielman aineistona on kaikki 175 puheterapeutin vastaukset. Aineistoon otettiin mukaan kaikki vastaajat, sillä vastaajan toimintayksikköä ei ollut mahdollista varmistaa selvittää eikä näin ollen voinut rajata pois esimerkiksi erikoissairaanhoidossa työskenteleviä. Puheterapeuttien vastauksissa oli jonkin verran vastaamattomia kysymyksiä, jotka on huomioitu aineiston tilastollisessa tarkastelussa. Vastaajien määrä kysymyksittäin on esitetty taulukossa 1.

Taulukko 1. Vastaajien määrä kysymyksittäin, N

Kysymys	Tyyppi	N
1. Toimin puheterapeutina...	monivalinta	175
2. Toimin puheterapeutina...	monivalinta	174
3. Kuinka monta puheterapeuttia sosiaali- ja...	avoin	173
4. Olen toiminut puheterapeutina...	monivalinta	175
5. Nykyisellä työnantajallani olen työskennellyt...	monivalinta	173
6. Olen tehnyt työtä lasten kielihäiriöihin liittyen...	monivalinta	175
7. Kuuluvatko puheterapiapalvelut toimintayksikkösi...	kyllä/ ei	170
8. Toimiiko kunnassa/ kuntayhtymässä...	kyllä/ ei	175
9. Moniammatilliseen/ neuvolan työryhmään kuuluvat...	monivalinta	147
10. Mitkä ovat em. työryhmän tehtävät?	avoin	136
11. Minkä tahon lähettämänä lapsi tulee puheterapeutille?	monivalinta	175
12. Missä ikäasteissa lapsi 2 – 5-vuotiaana käy...	monivalinta	164
13. Mitä testejä neuvola käyttää lasten (2 – 5-v.)...	monivalinta	168
14. Ovatko neuvolan työntekijät saaneet lisäkoulutusta...	kyllä/ ei	160
15. Lapset ohjautuvat neuvolasta puheterapeutin...	jana	169
16. Viivettä puheterapeutin tutkimuksiin aiheuttaa...	monivalinta	168
17. Mitä tutkimuksia perusterveydenhuollossa on...	monivalinta	168
18. Mitä tukitoimia kunnassanne tarjotaan lapselle...	monivalinta	168
19. Diagnosoidaanko lievät kielelliset erityisvaikeudet...	kyllä/ ei	167
20. Kuka tekee diagnoosin...	monivalinta	49
21. Miten puheterapeutin ja päivähoidon yhteistyö...	monivalinta	170
22. Onko kunnassa/ kuntayhtymässä rajattu...	kyllä/ ei	170
23. Voidaanko rajauksista joustaa yksilöllisesti?	kyllä/ ei	114
24. Onko toimintayksikössä määritelty yksittäisen...	kyllä/ ei	172
25. Miten toimitaan, jos kuntoutustarve on suurempi...	monivalinta	162
26. Maksusitoumuksen laajuuteen vaikuttavat...	monivalinta	161
27. Jos erikoissairaanhoido tai KELA on tehnyt...	monivalinta	169
28. Arvioi, kuinka suuri prosentuaalinen osuus...	avoin	153
29. Minkälaista koulutusta toimintayksikkösi...	avoin	128
30. Onko uusi Käypä hoito -suositus (2010) huomioitu...	kyllä/ ei	170
31. Onko Käypä hoito -suositus jo vaikuttanut...	kyllä/ ei	166
32. Mitä muuta haluat kertoa lasten kielellisen...	avoin	87

Väkiluku oli vuonna 2009 Etelä-Suomen läänissä 2 209 677, Länsi-Suomen läänissä 1 889 542, Itä-Suomen läänissä 569 832, Oulun läänissä 471 774 ja Lapin läänissä 183 775 asukasta (Tilastokeskus). Etelä-Suomen läänissä kuntia oli yhteensä 72, joista suuria kuntia oli viisi: Helsinki, Espoo, Vantaa, Lahti ja Kouvola, keskisuuria Porvoo, Hyvinkää, Hämeenlinna ja pieniä kuntia muun muassa Hartola, Raasepori, Riihimäki, Tuusula, Virolahti ja Ypäjä (Kuntajaot ja asukasluvut, 2011, liite 4.). Länsi-Suomen läänissä kuntia oli yhteensä 142, joista suuria kuntia olivat Tampere, Turku, Jyväskylä ja Pori, keskisuuria Salo, Seinäjoki, Vaasa ja Kokkola ja pieniä kuntia esimerkiksi Aura, Halsua, Kustavi, Masku ja Rauma. Itä-Suomen läänissä kuntia oli yhteensä 54, joista ainoa suuri kunta oli Kuopio, keskisuuria Mikkeli ja Joensuu ja pieniä kuntia muun muassa Enonkoski, Iisalmi, Pieksämäki ja Savonlinna. Oulun läänissä kuntia oli yhteensä 43, joista suuri kunta oli Oulu ja pieniä kuntia muun muassa Hyrynsalmi, Kajaani ja Kärsämäki. Lapin läänissä kuntia oli yhteensä 21 ja näistä suurin kunta oli Rovaniemi (keskisuuri) noin 60 000 asukkaallaan ja pieniä kuntia esimerkiksi Enontekiö, Kemi, Tornio ja Utsjoki. Taulukossa 2. on kuvattu kyselyyn vastanneiden puheterapeuttien taustatiedot (jakautuminen työskentelykunnan koon, alueen ja työskentelyiän mukaan).

Taulukko 2. Puheterapeuttien jakautuminen alueen, kuntakoon ja työskentelyiän mukaan, %

Puheterapeuttina toimiminen	TI < 5 v	TI 6 – 10 v.	TI 11 – 15 v.	TI 16 – 20 v.	TI > 20 v.	Yhteensä
E-S, pieni kunta/ ky	2	2	1	1	3	9
E-S, keskis. kunta/ ky	4	2	1	< 1	3	11
E-S, suuri kunta/ ky	2	2	5	4	13	26
L-S, pieni kunta/ ky	6	5	0	1	6	18
L-S, keskis. kunta/ ky	2	< 1	0	< 1	2	6
L-S, suuri kunta/ ky	1	< 1	1	2	5	10
I-S, pieni kunta/ ky	2	< 1	0	0	3	6
I-S, keskis. kunta/ ky	1	0	0	0	1	2
I-S, suuri kunta/ ky	0	0	< 1	0	< 1	1
Oulu, pieni kunta/ ky	< 1	1	< 1	< 1	1	4
Oulu, keskis. kunta/ ky	< 1	0	0	0	< 1	1
Oulu, suuri kunta/ ky	0	0	0	< 1	2	3
Lappi, pieni kunta/ ky	< 1	1	0	< 1	< 1	2
Lappi, keskis. kunta/ ky	0	0	0	0	< 1	< 1
Lappi, suuri kunta/ ky	0	0	0	0	< 1	< 1

(TI = työskentelyikä)

Eniten kyselyyn vastanneista puheterapeuteista ilmoitti työskentelevänsä Etelä-Suomen läänin suurissa kunnissa (26 %) ja toiseksi eniten, vajaa viidennes, ilmoitti työskentelevänsä Länsi-Suomen läänin pienissä kunnissa. Noin kymmenesosa (11 %) vastanneista puheterapeuteista työskenteli Etelä-Suomen läänin keskisuurissa kunnissa ja kymmenesosa Länsi-Suomen läänin suurissa kunnissa. Kaikista vastaajista 80 prosenttia edusti Etelä-Suomen tai Länsi-Suomen läänin puheterapeutteja. Etelä-Suomen läänin keskisuuria kuntia lukuun ottamatta vastaajissa oli enemmän yli 20 vuotta työskennelleitä puheterapeutteja kuin alle 5 vuotta työskennelleitä.

Taulukossa 3. on esitetty kyselyyn vastanneiden puheterapeuttien jakautuminen kuntakoon ja työskentelyiän perusteella.

Taulukko 3. Puheterapeuttien jakautuminen kuntakoon ja työskentelyiän perusteella, % (N)

Puheterapeuttina työskentely	< 5 v.	6 – 10 v.	11 – 15 v.	16 – 20 v.	> 20 v.	Yhteensä
Pieni kunta	29 (20)	23 (16)	4 (3)	9 (6)	36 (25)	100 (70)
Keskisuuri kunta	37 (13)	11 (4)	6 (2)	6 (2)	40 (14)	100 (35)
Suuri kunta	9 (6)	7 (5)	17 (12)	16 (11)	51 (36)	100 (70)
Yhteensä	22 (39)	14 (25)	10 (17)	11 (19)	43 (75)	100 (175)

( $p < 0,001$ )

Vastaajista 43 prosenttia oli tehnyt työtä puheterapeuttina yli 20 vuotta. 16 – 20 vuotta työssään toimineita oli runsas kymmenesosa puheterapeuteista, 11 – 15 vuotta työskennelleitä kymmenesosa ja 14 prosenttia 5 – 10 vuotta työtä tehneitä. Runsas viidennes vastaajista oli työskennellyt puheterapeuttina alle viisi vuotta. Noin puolet vastaajista (52 %) oli työskennellyt yli 16 vuotta lasten kielihäiriöiden parissa. Alle viisi vuotta lasten kielihäiriöiden parissa työskennelleitä puheterapeutteja oli vastaajien joukossa yhteensä 27 prosenttia.

Kuntakoon ja kyselyyn vastanneiden puheterapeuttien työskentelyiän välillä oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys. Suurten kuntien puheterapeuteista 84 prosenttia oli 11 vuotta tai pidempään työskennelleitä, kun taas pienten kuntien puheterapeuteista 52 prosenttia ja keskisuurten kuntien puheterapeuteista 48 prosenttia oli työskennellyt

alle kymmenen vuotta puheterapeuttina. Taulukossa 4. on kuvattu vastaajien jakautumista kokonaistyöiän ja lasten kielihäiriöiden parissa työskentelyn mukaan.

Taulukko 4. Puheterapeutit työskentelyiän ja lasten kielihäiriöiden parissa työskentelyn mukaan, % (N)

Työskentely yhteensä	Alle 5 vuotta (N=38)	5-10 vuotta (N=25)	11-15 vuotta (N=17)	16-20 vuotta (N=18)	Yli 20 vuotta (N=70)
josta lasten kielihäiriöiden parissa					
alle vuoden	5 (2)	0	0	0	0
1-5 vuotta	95 (36)	36 (9)	0	0	0
6-10 vuotta	0	64 (16)	24 (4)	0	0
11-15 vuotta	0	0	76 (13)	11 (2)	0
16-20 vuotta	0	0	0	89 (16)	7 (5)
yli 20 vuotta	0	0	0	0	93 (65)

Nykyisellä työnantajalla alle viisi vuotta oli työskennellyt 41 prosenttia puheterapeuteista, 6 – 15 vuotta 28 prosenttia ja yli 16 vuotta 30 prosenttia puheterapeuteista.

Samassa sosiaali- ja terveydenhuollon/ perusterveydenhuollon yksikössä lasten parissa työskenteleviä puheterapeutteja oli vastausten perusteella Etelä-Suomen läänissä 1 – 45, Länsi-Suomen läänissä 1 – 13, Itä-Suomen läänissä 1 – 8, Oulun läänissä 1 – 11 ja Lapin läänissä 1 – 2. Viidesosa puheterapeuteista työskenteli toimintayksikkönsä ainoana puheterapeuttina.

### 3.3 Aineiston analyysi

Aineistoa analysoitiin Webropol 2.0 -ohjelmasta saatujen raporttien perusteella niin numeerisesti kuin laadullisestikin. Tulosten tarkastelua oli mahdollista tehdä kaikki vastaukset sisältävän perusraportin avulla. Perusraportissa tulokset oli jaoteltu tutkimuskysymyksittäin. Perusraportissa oli aineiston mediaanit, keskiarvot, hajonta ja muita kuvaavia tunnuslukuja. Näistä on hyödynnetty pääosin keskiarvoa ja prosentuaalisia osuuksia.

Tutkimuskysymystä 1. tutkittiin Webropol-ohjelman kuvaavien tunnuslukujen ja avoimien vastausten laadullisen arvioinnin pohjalta. Avoimet kysymykset luokiteltiin eri ryhmiin niiden sisällön mukaan riippuen siitä, koskettivatko ne kielellisen erityisvaikeuden seulontaa, kuntoutusta vai tukitoimia.

Tutkimuskysymystä 2. tutkittiin aineiston laadullisen tarkastelun lisäksi SPSS Statistics – ohjelman avulla aineistoa tilastollisesti analysoimalla. Aineisto siirrettiin sähköisesti Webropolista SPSS -ohjelmaan. Tilastollisista analyyseista ristiintaulukointia ja Khiin neliötä käytettiin eri alueiden ja erikokoisten kuntien välisiä eroja vertaillessa. Ristiintaulukointia käytetään havainnollistamaan muuttujien välistä riippuvuutta (Metsämuuronen, 2008). Selitettävänä muuttujina olivat seulontaan, kuntoutukseen ja tukitoimiin liittyvät asiat. Selittävinä muuttujina olivat alue ja kuntakoko.

Aluemuuttujan tuloksia tarkastellessa tulee huomioida tapausten pieni määrä. Ristiintaulukoinnin ehdot eivät täyty kaikissa taulukoinneissa, mutta muuttujamuunnosten tekeminen vääristäisi tilannetta, sillä Lapin lääni ja Itä-Suomen lääni ovat alueellisesti suuria eikä muunnoksia tältä osin tehty. Muuttujamuunnos tehtiin seulontamenetelmien osalta siten, että testit, joita puheterapeutit mainitsivat vain vähän, on yhdistetty muuttujaksi ”muut testit”. Toinen muuttujamuunnos tehtiin koskien moniammatillista työryhmää: ne työryhmät, joissa oli edustettuna sekä puheterapeutti, psykologi että lääkäri/ lastenlääkäri muutettiin omaksi muuttujaksi. Kolmas muuttujamuunnos tehtiin yhdistämällä alue- ja kuntakokomuuttuja siten, että eri alueiden pienet, keskisuuret ja suuret kunnat olivat tarkasteltavissa suhteessa selitettäviin muuttujiin. Neljäs muuttujamuunnos tehtiin yhdistämällä yleislääkäri ja lastenlääkäri vastaukset yhdeksi muuttujaksi. Lisäksi Lumiukko-seulasta tehtiin oma muuttuja puheterapeuttien Muu testi, mikä? -vastausten perusteella.

### 3.4 Tutkimuseettiset kysymykset

Tutkimuksen toteuttamisesta neuvoteltiin sähköpostitse Puheterapeuttiliiton Koulutuspoliittisen toimikunnan kanssa ja suostumus kyselyn välittämiseen jäsenrekisterin kautta saatiin silloiselta Puheterapeuttiliiton toiminnanjohtajalta. Puheterapeuttiliiton jäsensihteeri välitti kyselyn puheterapeuteille eikä tutkielman tekijä näin ollen saanut sähköpostitietoja tai muita luottamuksellisia tietoja käyttöönsä.

Tutkielman aineistosta on mahdollista tarkastella yhden vastaajan kaikkia vastauksia, mutta yksittäisen vastaajan henkilöllisyys on suojattu, sillä taustatiedoissa ei kysytä nimeä, fyysistä ikää, sukupuolta tai paikkakuntaa. Tuloksia esitettäessä eivät yhden puheterapeutin vastaukset ole yhdistettävissä toisiinsa, sillä vastaukset esitetään toisistaan erillisinä. Puheterapeuttien vastaukset ovat tallennettuna sekä Webropol- että SPSS-ohjelmassa, ja aineistoon on pääsy vain tutkielman tekijällä.

Tutkielmanteossa on pyritty tarkkuuteen ja huolellisuuteen tuloksia esittäessä muun muassa tarkastamalla vastausten prosentuaaliset osuudet ja frekvenssit useita kertoja sekä SPSS- että Webropol-ohjelmien avulla ennen johtopäätösten tekoa ja tutkielman julkaisua. Tilastollisessa tarkastelussa tutkielman tekijällä on ollut mahdollisuus konsultoida tilastolliseen tarkasteluun perehtynyttä henkilöä testien valitsemiseen ja niiden toteuttamiseen liittyen. Tilastolliset testit on tehty aina vähintään kahteen kertaan tuloksen varmistamiseksi. Tutkielman johdannossa esitetyissä aikaisemmissa tutkimustuloksissa on pyritty monipuolisuuteen siitä huolimatta, että kielelliseen erityisvaikeuteen liittyvää tutkimustietoa on viime aikoina julkaistu lisääntyvässä määrin eikä kaikkia tutkimuksia ole voitu ottaa mukaan tämän tutkielman laatimiseen.



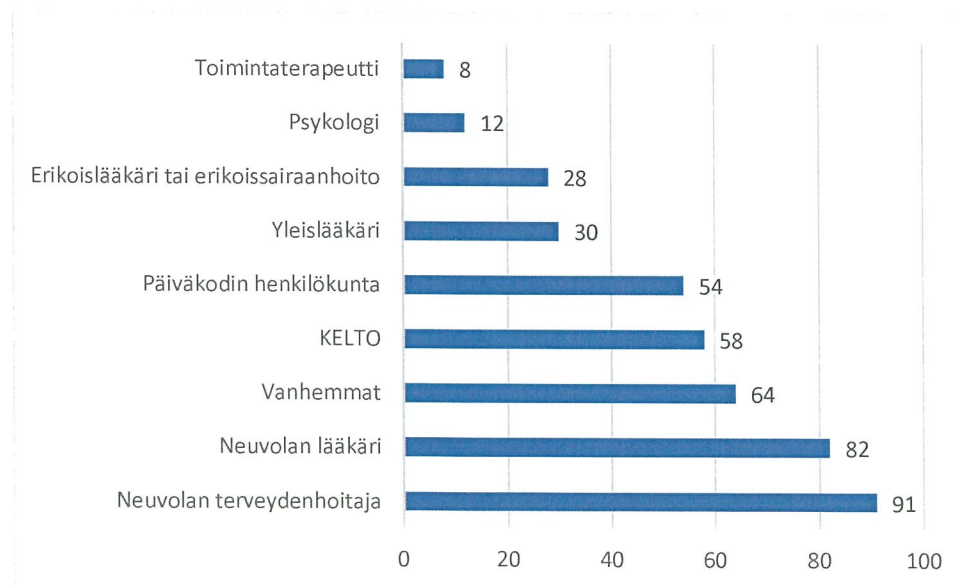
## 4 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkielman tarkoituksena oli selvittää, miten Lasten ja nuorten kielellisen erityisvaikeuden Käypä hoito -suositus toteutui vuonna 2011 kielellisen erityisvaikeuden seulonnan, kuntoutuksen ja tukitoimien osalta perusterveydenhuollossa. Lisäksi tutkittiin, oliko alueella ja kuntakoolla yhteyttä neuvoloiden ja puheterapeuttien kliinisen työn käytäntöihin.

### 4.1 Kielellisen erityisvaikeuden seulonta perusterveydenhuollossa

Käypä hoito-suosituksen mukaan neuvolassa tehtävän seulonnan tulee olla johdonmukaista ja lapsi tulee kutsua tarvittaessa lisäkäynnille. Puheterapeuttien mukaan suomalaiset lapset kutsuttiin neuvolatarkastuksiin 87 -prosenttisesti jokaisena tasavuotena 2 – 5 vuoden iässä (pieni kunta 94 %, keski-suuri kunta 86 % ja suuri kunta 80 %). Lapin lääniä lukuun ottamatta tarkastuksia oli joskus myös 2,5-vuotiailla (10 %). Lapsi kutsuttiin neuvolan tarkastukseen jokaisena tasavuotena Oulun läänissä 93 prosenttia, Länsi-Suomen ja Itä-Suomen lääneissä 88 prosenttia, Etelä-Suomen läänissä 86 prosenttia ja Lapin läänissä 71 prosenttia mukaan. Puheterapeutin arviointikäynnille lapsi ohjautuikin useimmiten neuvolan terveydenhoitajan lähettämänä (91 %). Kuviossa 1. on kuvattu tahot, joiden lähettämänä lapsi useimmiten tuli puheterapeutin arviointiin.

Kuvio 1. Lapsen puheterapeutin arviointiin lähettävä taho, %



(KELTO = kiertävä erityislastentarhanopettaja)

Kuviossa 1. esitettyjen tahojen lisäksi vastauksissa oli lisäksi yksittäisiä mainintoja siitä, että lähettävä taho voi olla moniammatillinen tiimi, toisen kunnan puheterapeutti, avoin päivähoito, perheneuvola, fysioterapeutti, kouluterveydenhuolto, hammaslääkäri, koulu, sosiaalitoimi tai seurakunta.

Suosituksen oli koettu aikaistavan puheterapeutin arvioon lähettämistä:

*”Olen ohjannut neuvolaväkeä lähettämään puheterapeutille jo heti, kun huoli puheen ja kielen kehityksestä herää eli 1,5-vuotiaana. Ei saa jäädä odottelemaan ja seuraamaan.”*

*”Tutkimuskäynnit pyritään järjestämään alle puolen vuoden aikana.”*

Käypä hoito -suosituksessa (2010) todetaan, että mikään yksittäinen testi ei ole luotettava, vaan havainnot, tietojen kerääminen ja testit yhdessä tuottavat luotettavan tuloksen. Puheterapeuttien vastausten mukaan neuvolat käyttivät kielellisen kehityksen seuraamiseksi ja kielellisen erityisvaikeuden tunnistamiseksi ja seulomiseksi useimmiten Leneä (92 %). Lumiukko-puheseulaa (28 %) mainittiin jonkin verran vastauksissa neuvolan käyttämänä seulontamenetelmänä. Taulukkoon 5. on koottu neuvoloiden käyttämät seulontatestit puheterapeuttien vastausten perusteella.

Taulukko 5. Neuvolan käyttämät seulontatestit alueittain, % (N)

Käytetty seulontatesti	Etelä-Suomen läänissä (N=81)	Länsi-Suomen läänissä (N=56)	Itä-Suomen läänissä (N=16)	Oulun Läänissä (N=14)	Lapin Läänissä (N=7)
LENE	88 (71)	95 (53)	100 (16)	100 (14)	86 (6)
KEHU	17 (14)	13 (7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Lumiukko	19 (15)	27 (15)	19 (3)	29 (4)	29 (2)
Muut testit	(2) 2	17 (10)	31 (5)	29 (4)	14 (1)

(Muut testit = Kettu, HALI, Esikko, Vane-Psy, Viisikko, MCDI, LUKI)

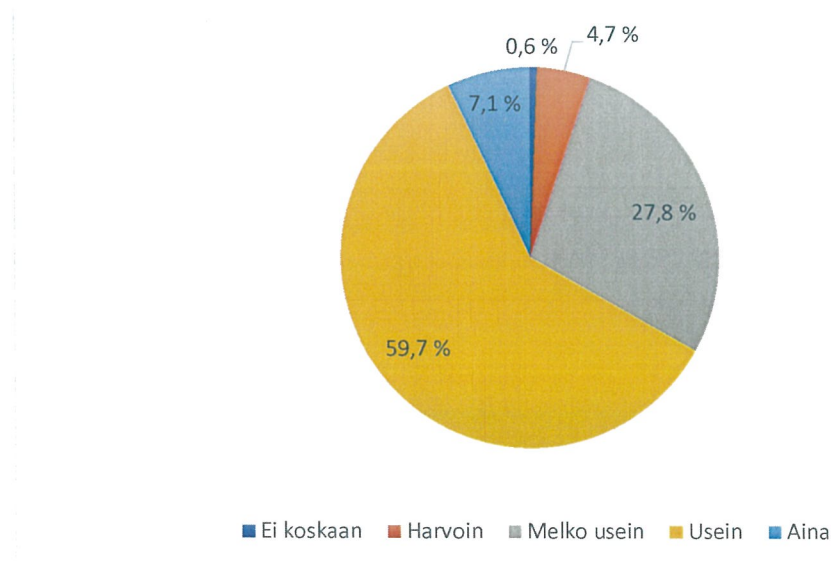
Lene oli seulontamenetelmänä käytössä kaikissa Itä-Suomen ja Oulun läänin neuvoloissa puheterapeuttien vastausten perusteella. KEHU -arviointimenetelmää ei käytetty Itä-Suomen, Oulun tai Lapin läänissä vastausten perusteella ollenkaan, mutta Länsi-Suomen ja Etelä-Suomen läänissä se oli käytössä suunnilleen saman verran. Lumiukko-puheseula oli käytössä Länsi-Suomen, Oulun ja Lapin lääneissä alueiden välillä tasaisesti, kun taas Etelä-Suomen ja Itä-Suomen lääneissä sitä käytettiin selkeästi vähemmän. Itä-Suomen ja Oulun läänin neuvoloissa oli puheterapeuttien vastausten perusteella eniten käytössä

muita kuin edellä mainittuja seulontamenetelmiä. Muina seulontamenetelminä puheterapeutit nimesivät Kettu-testin, HALI-arviointimenetelmän, Esikon, Vane-Psyn (ei käytössä 2-vuotiailla tai sitä vanhemmilla), Viisikon, MCDI:n ja LUKI-testin. Puheterapeuttien vastausten perusteella neuvoloissa käytetään yleensä vain yhtä seulontamenetelmää kerrallaan eli tietynikäisen lapsen kanssa vain tiettyä testiä.

Käypä Hoito -suosituksen (2010) mukaan neuvolan tulisi tunnistaa 2 – 2,5-vuotiaan lapsen kielenkehityksen viive. Vastausten perusteella lähes kaikki lapset kävivät 2-vuotiaana neuvolan tarkastuksessa. Puheterapeuteista 9 prosenttia vastasi, että lapsi saattoi tulla tutkimukseen sekä 2- että 2,5-vuotiaana. Pienessä ja suuressa kunnassa näin tapahtui yhtä usein, keskisuudessa kunnassa hieman vähemmän. Noin viidennes puheterapeuteista ilmoitti 2- tai 2,5-vuotiaana käytettävän seulontamenetelmänä Leneä (normitus 2,5 -vuotiaasta eteenpäin). Muita puheterapeuttien mainitsemia seulontamenetelmiä tämän ikäisenä olivat MCDI II 2-vuotiaana (1), varhaisten taiputusmuotojen testi 2,5-vuotiaana (1) ja Vane-Psy (1).

Kyselyn perusteella puheterapeutit kokivat lasten tulevan puheterapeutin arviointiin enimmäkseen riittävän ajoissa. Asteikolla ei koskaan (1) – aina (5), vastausten keskiarvo oli Etelä-Suomessa 3,6, Länsi-Suomessa 3,71, Itä-Suomessa 3,56, Oulun läänissä 4 ja Lapin läänissä 3,86. Kuviossa 2. on esitetty prosentuaalinen jakauma kaikkien näiden vastausten kesken.

Kuvio 2. Lapsi tulee puheterapeutin arviointiin riittävän ajoissa



Viivettä puheterapeutin tutkimuksiin aiheutti enemmistön (63 %) mielestä se, että vanhemmat eivät ottaneet yhteyttä. Yhtä usein syyksi arvioitiin se, että puheterapiaan on jono. 44 prosenttia puheterapeuteista oli sitä mieltä, että viivettä puheterapeutin arviointiin saapumiseen aiheutti se, että neuvolassa odotetaan ja seurataan. Vain 18 prosenttia puheterapeuteista ilmoitti lasten pääsevän puheterapiaan jonottamatta.

Käypä hoito -suositus (2010) toteaa kielellisen erityisvaikeuden tunnistamisen edellyttävän lääkärin ja psykologin perehtyneisyyttä kielellisen erityisvaikeuden ilmenemismuotoihin ja tukitoimenpiteisiin. Tutkielmassa 63 prosenttia puheterapeuteista ilmoitti neuvolan työntekijöiden saaneen lisäkoulutusta lasten kielellisen kehityksen seuraamiseen ja kielellisen erityisvaikeuden tunnistamiseen. Puheterapeuttien nimeämiä olivat erilaiset menetelmäkoulutukset sekä varhaisen tunnistamisen ja varhaisen vuorovaikutuksen koulutukset. Useimmat vastaajista kertoivat puheterapeuttien järjestäneen neuvolan terveydenhoitajille koulutusta erilaisista pienten lasten kielenkehitykseen liittyvistä aiheista. Länsi-Suomen läänin alueen puheterapeuteista osa kerto pidetyn Käypä hoito -suositukseen liittyvän koulutuksen. Useat vastaajat olivat epävarmoja siitä, minkälaista koulutusta neuvolan työntekijät olivat saaneet.

Käypä Hoito -suosituksen (2010) mukaan vaikeiden kielellisten ongelmien tutkiminen sekä kuntoutus, tukitoimet ja seuranta kuuluvat erikoissairaanhoidon. Kyselyyn vastanneiden mukaan epäiltäessä lapsella kielellistä erityisvaikeutta, oli perusterveydenhuollossa tehtävä ennen erikoissairaanhoidon lähettämistä useimmiten puheterapeutin (91 %) ja psykologin arvio (71 %) sekä neuvolatutkimukset (67 %). Noin puolessa kunnista oli puheterapeuttien mukaan tehtävä lisäksi omalääkärin tutkimus (57 %). Toimintaterapeutin arvio piti olla tehtynä 30 prosentin mukaan ennen erikoissairaanhoidon lähettämistä. 14 prosenttia puheterapeuteista vastasi, että lasta ei lähetetä erikoissairaanhoidon tutkimuksiin iän vuoksi alle 2-3-vuotiaana. Yksi puheterapeutti ilmoitti alaikärajaiksi erikoissairaanhoidon tutkimuksille 4 vuoden iän.

Jotkut puheterapeutit kertoivat kunnissa/ kuntayhtymissä toimivan suosituksen mukaan:

*”Noudatamme suosituksen mukaista lähetekäytäntöä erikoissairaanhoidon päin.”*

28 prosenttia puheterapeuteista ilmoitti, että lievät kielelliset erityisvaikeudet diagnosoidaan perusterveydenhuollossa. Diagnoosin teki puheterapeuttien mukaan

useimmiten lasten kuntoutustyöryhmä (51 %) tai perusterveydenhuollon oma erikoislääkäri (38 %). Diagnoosin voi tehdä myös neuvolalääkäri (30 %) tai omalääkäri (11 %).

Suosituksista koettiin olevan tietynlaista taustatukea puheterapeutille:

*”Suositukseen vedotaan esimerkiksi lasten kuntoutustyöryhmässä ja mahdollistaa kenties tiiviimmät puheterapiajaksot ja diagnoosin saamisen.”*

Suosituksista oli mietitty myös diagnosoinnin kannalta:

*”Lievien ja keskivaikeiden tapausten diagnosoinnista kuntatasolla on aloitettu keskustelua.”*

*”Erikoissairaanhoidon lähetetään 4-vuotiaana vaikeammat kielihäiriöepäilyt, muut pyritään diagnosoimaan itse (työryhmä ja lastenlääkäri).”*

Suosituksen koettiin yhdenmukaistavan käytäntöjä:

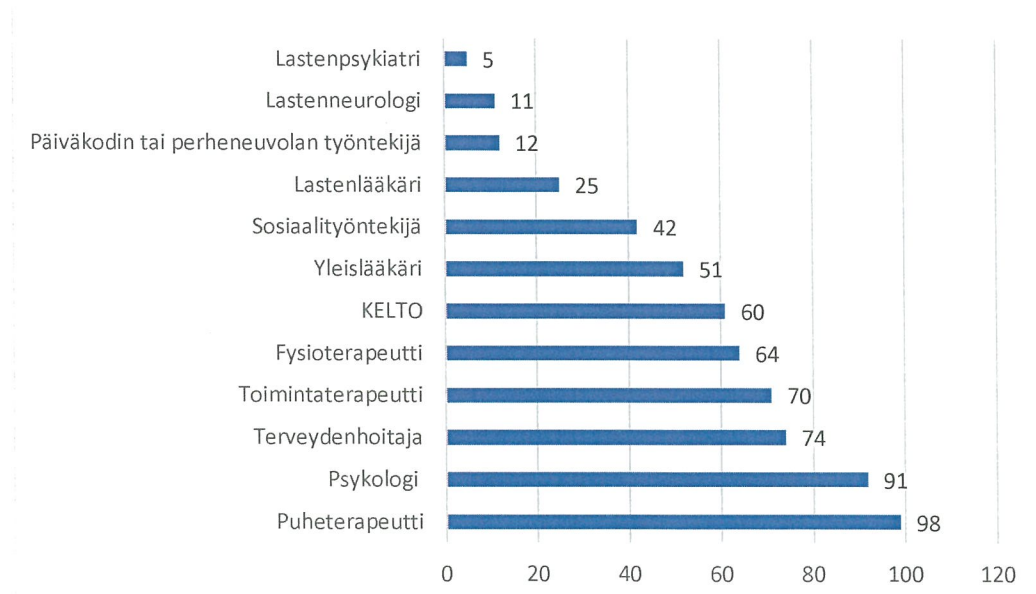
*”Samassa kaupungissa toimiville puheterapeuteille ohjenuorana.”*

Puheterapeuttien vastausten perusteella voi koosteisesti todeta, että lapset kävivät säännöllisesti neuvolan ikäkausitarkastuksessa tasavuosina ja osa neuvoloista kutsui lapsen lisäksi 2,5 -vuotiaana lisäkäynnille. Neuvoloissa käytettiin vain yhtä lapsen kielenkehityksen seurantaan sopivaa seulontamenetelmää kerrallaan ja kaksivuotiaiden osalta seulontamenetelmiä käytettiin vain vähän. Neuvoloiden työntekijät olivat puheterapeuttien mukaan saaneet jonkin verran lisäkoulutusta lasten kielellisen kehityksen seuraamiseen ja kielellisen erityisvaikeuden tunnistamiseen, mutta kaikilla vastaajilla ei ollut tietoa koulutuksista. Vain runsaassa viidenneksessä neuvoloita lievät kielelliset erityisvaikeudet diagnosoitiin perusterveydenhuollossa. Käypä hoito -suosituksen (2010) mukaan lievien kielellisten ongelmien tutkiminen ja kuntoutus kuuluvat perusterveydenhuoltoon. Seuraavassa tarkastellaan vastausten pohjalta suosituksen toteutumista kuntoutuksen osalta.

#### 4.2 Käypä hoito -suosituksen toteutuminen kielellisen erityisvaikeuden kuntoutuksessa

Käypä hoito -suosituksen mukaan moniammatilliseen, lasten kehitykseen liittyviä asioita pohtivaan työryhmään tulisi kuulua kielellisiin vaikeuksiin perehtynyt lääkäri, psykologi tai neuropsykologi ja puheterapeutti ja tarvittaessa toimintaterapeutti. Puheterapeuteista 85 prosenttia vastasi, että kunnassa/ kuntayhtymässä toimi moniammatillinen lasten kehitykseen liittyviä asioita käsittelevä työryhmä. 64 prosentissa moniammatillisia ryhmiä oli mukana sekä puheterapeutti, lääkäri tai lastenlääkäri että psykologi. Lähes aina moniammatillisiin työryhmiin kuului puheterapeutti (98 %). Hyvin usein ryhmään kuului myös psykologi (91 %) ja melko usein ryhmässä olivat edustettuina terveydenhoitaja (74 %) ja toimintaterapeutti (70 %). Kaikki puheterapeuttien työryhmiin kuuluvat ammattiryhmät on esitetty kuviossa 3. yksittäisiä mainintoja lukuun ottamatta. Tällaisia olivat neuropsykologi, lastenneurologinen tai psykiatrinen sairaanhoitaja/ adhd-coach, foniatri, kuntoutussihteeri, perheterapeutti, päivähoidon päälliköt, kehitysvammalääketieteen erikoislääkäri, päihdetyöntekijät, kuulontutkija ja erityisopettaja. Muutamassa vastauksessa mainittiin, että tarvittaessa ryhmään kutsutaan eri ammattialojen asiantuntijoita. Joskus ryhmässä ovat mukana myös lapsen vanhemmat.

Kuvio 3. Moniammatilliseen työryhmään kuuluvat ammattiryhmät, %

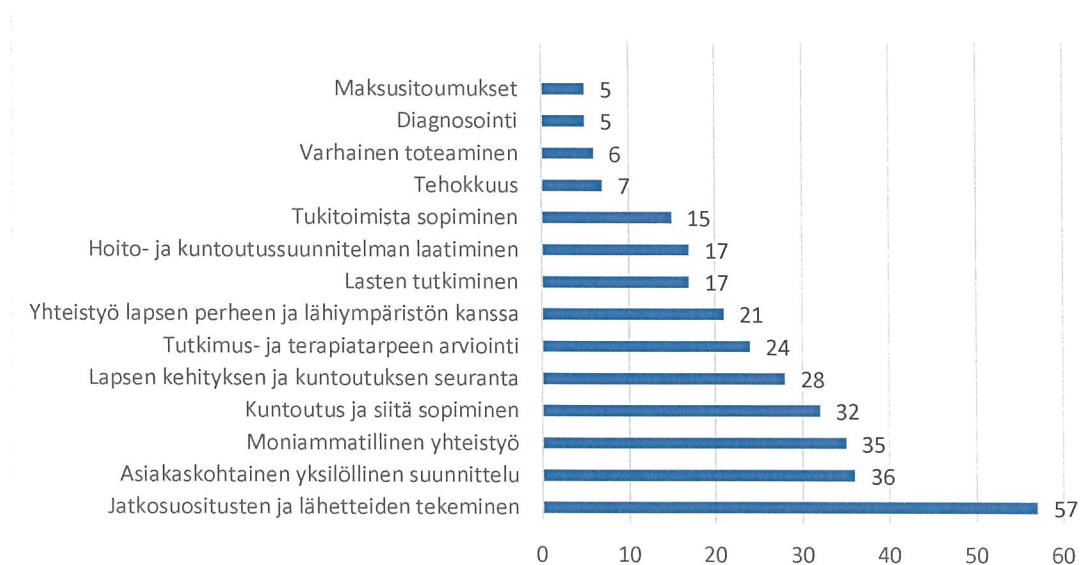


(KELTO = kiertävä erityislastentarhanopettaja)

Käypä hoito -suosituksen (2010) mukaan lievien kielellisten vaikeuksien tutkimukset ja kuntoutus kuuluvat perusterveydenhuoltoon lääkärille, puheterapeutille ja psykologille.

Puheterapeutit vastasivat moniammatillisen lasten kehitykseen liittyviä asioita käsittelevän työryhmän tehtäviin kuuluvan useimmiten jatkosuositusten ja läheteiden tekemisen, kuntoutuksen ja siitä sopimisen, moniammatillisen yhteistyön ja asiakaskohtaisen, yksilöllisen suunnittelun. Muina työryhmien tehtävinä puheterapeutit mainitsivat lapsen kehityksen ja kuntoutuksen seurannan, yhteistyön lapsen perheen ja lähiympäristön kanssa, tutkimus- ja terapiatarpeen arvioinnin, hoito- ja kuntoutussuunnitelman laatimisen, tukitoimista sopimisen, lasten tutkimisen, maksusitoumukset, diagnosoinnin, tehokkuuden (päällekkäisen työn poistaminen, lapselle mielekäs hoitopolku) sekä varhaisen toteamisen ja tukea tarvitsevien lasten löytämisen. Yksittäisinä vastauksina työryhmän tehtäviksi nostettiin lisäksi apuvälineasiat, koulumuodosta päättäminen, hoidon ja kuntoutuksen saatavuuden parantaminen sekä tiedon jakaminen ja vaihtaminen erilaisista koulutuksista ja yksikön sisäisistä projekteista. Moniammatillisen työryhmän tehtävät on esitetty Kuviossa 4. prosentuaalisen jakautumisen mukaan.

Kuvio 4. Moniammatillisen lasten kehitykseen liittyviä asioita käsittelevän työryhmän tehtävät, %



Käypä hoito -suosituksessa (2010) sanotaan, että kielellisessä erityisvaikeudessa lapsen tulisi päästä perusterveydenhuollossa aloitettavaan puheterapiaan, jonka kesto, intensiteetti ja määrä on suunniteltava yksilöllisesti. Kyselyyn vastanneista puheterapeuteista 92 prosenttia vastasi, että lapselle, jolla epäillään kielellistä erityisvaikeutta, tarjotaan säännöllisiä puheterapiatapaamisia 1,5 – 3 vuoden iästä lähtien.

Vastausten perusteella puheterapiapalvelut hieman harvemmin ovat hoitotakuun piirissä (45 %) kuin eivät siihen kuulu (55 %).

Lapset pääsivät puheterapiaan aikaisempaa varhaisemmin:

*”Pyrin aktiivisesti saamaan 3-vuotiaan puhumattoman psykologin arvioon ja foniatriin tutkimuksiin. Otan 3-vuotiaat puhumattomat jonon ohi ja pyrin antamaan heille heti 10 kerran puheterapiajaksoja.”*

*”Lapset ohjautuvat arvioon aiempaa varhemmin, mikä vaikuttaa siihen, että vanhempien ohjauksen osuus on työssä lisääntynyt.”*

32 prosenttia puheterapeuteista oli sitä mieltä, että puheterapiaa ei rajattu kunnassa/kuntayhtymässä. Yli puolet (53 %) puheterapeuteista ilmoitti, että kunnassa/kuntayhtymässä on rajattu puheterapiapalveluja kunnan omana palveluna ikäryhmittäin. Pääsääntöisesti raja puheterapian saamiselle oli kouluikä. Syyksi ikärajaukseen ilmoitettiin joissakin vastauksissa resurssipula. Alle kouluikäisistä terapiaa saavat vastausten perusteella useimmiten yli 2-vuotiaat lapset. 38 prosenttia puheterapeuteista ilmoitti, että puheterapiapalveluja rajattiin kunnassa/kuntayhtymässä häiriöryhmittäin. Kaikkein vaikeimmat kielelliset häiriöt pyritään saamaan Kelan kuntoutuksen piiriin.

93 prosenttia puheterapeuteista oli sitä mieltä, että rajauksista voidaan joustaa yksilöllisesti. Pääasiassa rajauksesta joustamisesta päättää puheterapeutti itse. Osa puheterapeuteista vastasi, että joustamisesta tulee neuvotella esimiesten tai kunnan terveydenhuollon ostopalveluista päättävän ryhmän kanssa.

Enemmistö puheterapeuteista (74 %) oli sitä mieltä, että toimintayksikössä ei ollut määritelty yksittäisen lapsen puheterapialle enimmäiskäyntimäärää. Ne, jotka olivat sitä mieltä, että enimmäiskäyntimäärä oli määritelty, vastasivat enimmäiskäyntimäärän olevan keskimäärin 20 kertaa vuodessa. Vastaukset enimmäiskäyntimäärästä vaihtelivat 14 kerrasta 30 kertaan vuodessa. Monet puheterapeuteista kertoivat, että enimmäiskäyntimäärä oli resurssien riittävyyden vuoksi välttämätön.

Puheterapeutit tarkastelivat omia käytäntöjään suosituksen valossa:

*”pyrin ottamaan huomioon, vaikka resurssit ovat rajalliset”*



*”Käyntimäärät ja käyntikriteerit tarkastellaan uudelleen suositusten valossa”*

*”Itse olen hieman hyödyntänyt sitä pohtiessani eri häiriöryhmien puheterapian kerta määriä.”*

Jos kuntoutustarve oli suurempi kuin mitä toimintayksikkö pystyi tarjoamaan, vastausten perusteella toisinaan (12 %) enimmäismäärästä ei joustettu. Useimmiten (61 %) ratkaisuna oli tehdä maksusitoumus yksityiselle palveluntuottajalle. Tällainen lapsi saatettiin myös lähettää erikoissairaanhoidon (43 %).

Yksityisen puheterapian maksusitoumuksen laajuuteen vaikutti puheterapeuttien mukaan eniten yksilöllinen tarve (67 %). Toiseksi eniten maksusitoumuksen laajuuteen vaikutti yksityisen puheterapian saatavuus (59 %). Myös kunnan/ kuntayhtymän omat puheterapiaresurssit (56 %), kuntoutukseen varattu määräraha (49 %) sekä hallinnolliset määräykset (17 %) ilmoitettiin maksusitoumuksen laajuuteen vaikuttavina tekijöinä. Muina maksusitoumuksen laajuuteen vaikuttavina tekijöinä mainittiin perheen valmiudet, muiden terapioiden tarve, häiriön vaikeusaste, jonotilanne ja terapian saatavuus esimerkiksi erikoissairaanhoidon tai Kelan kautta.

Jos erikoissairaanhoido tai Kela oli tehnyt maksusitoumuksen, mutta yksityistä puheterapeuttia ei löytynyt, puheterapia toteutui vastausten perusteella suurimmaksi osaksi perusterveydenhuollossa sen omien käytäntöjen mukaisesti (87 %). Kuusi prosenttia puheterapeuteista ilmoitti, että puheterapia voi toteutua perusterveydenhuollossa erikoissairaanhoidon suositusten mukaisesti. 14 prosenttia puheterapeuteista oli sitä mieltä, että lapsi voi tällaisessa tilanteessa jäädä ilman puheterapiaa.

Puheterapian lisäksi lapsi, jolla epäiltiin kielellistä erityisvaikeutta, sai toimintaterapiaa 44 prosentin mukaan. Yli puolet (53 %) puheterapeuteista oli sitä mieltä, että lapsen oli mahdollista saada psykologin palveluja.

Kyselyyn vastanneiden puheterapeuttien arviot siitä, kuinka suuri osuus vuosittain puheterapeutin palveluja käyttävistä lapsista ohjautui kielellisen erityisvaikeuden vuoksi erikoissairaanhoidon tai Kelan kuntoutuksen piiriin, vaihtelivat suuresti (0 – 85 %). Omia

asiakkaitaan arvioidessaan perusterveydenhuollon puheterapeuttien arviot vaihtelivat viidestä kymmeneen prosenttiin.

Jotta kielellisen erityisvaikeuden kuntoutus toteutuisi mahdollisimman hyvin, kokivat puheterapeutit, että ensisijaisesti resursseja pitäisi saada lisää. Puheterapeuttien toimia oli vastausajankohtana auki kaikilla alueilla eikä hakijoita toimiin ollut. Yksittäisessä vastauksessa todettiin Käypä hoito –suosituksen lisäävän paineita ylityöllistetyille puheterapeuteille, joiden edunvalvonnasta vastaaja kantoi huolta.

Alueesta riippumatta puheterapeutit kaipasivat erityisesti, että neuvolan terveydenhoitajat ja lääkärit saisivat koulutusta normaaliin kielenkehitykseen, kielellisen erityisvaikeuden varhaiseen tunnistamiseen. Lääkäreille toivottiin tämän lisäksi koulutusta diagnosointiin ja kuntoutussuunnitelman tekoon. Päivähoidon henkilökunnalle toivottiin koulutusta kuntouttavaan arkeen ja vaihtoehtoisiin kommunikaatiokeinoihin liittyen. Vanhemmille kaivattiin enemmän vertaistukiryhmiä. Puheterapeutit itse kokivat enimmäkseen omaavansa hyvän ja monipuolisen koulutuksen, täydennyskoulutuksena mainittiin esimerkiksi NLP-, Theraplay-, dyspraksia-, perhetyön ja fonologisen kuntoutuksen koulutukset. Myös koulutus erotusdiagnostiikkaan mainittiin yhdessä vastauksessa tarpeellisena puheterapeuteille. Menetelmäkoulutukset koettiin tärkeiksi ja tietoa uusimmista tutkimuksista ja esimerkiksi terapioiden vaikuttavuudesta kaivattiin. Yksittäisessä vastauksessa mainittiin, että olisi hyvä saada koulutusta siitä, milloin terapian voi lopettaa.

Puheterapeuttien vastauksista nousi esille myös huoli siitä, että Kelan kuntoutuksen piiriin pääsevät yhä harvemmat lapset. Vaikeat kielihäiriöt saattoivat jäädä perusterveydenhuollon puheterapeutin kuntoutettavaksi eikä tällä ole riittävästi aikaa antaa lapsen tarvitsemaa intensiivistä, pitkäkestoista kuntoutusta. Yksityisiä palveluntuottajia puheterapeutit kokivat olleen liian vähän. Kun lapselle ei löydy yksityistä puheterapeuttia, saattaa hän jäädä ilman tarvitsemaansa tukea.

Koosteisesti todeten useimmissa kunnissa/ kuntayhtymissä toimi moniammatillinen, lasten kehitykseen liittyviä asioita pohtiva työryhmä. Näissä ryhmissä yli puolessa Käypä hoito -suosituksen (2010) mukaisesti mukana puheterapeutti, psykologi ja lääkäri tai lastenlääkäri. Työryhmien tehtävänä runsaassa kolmanneksessa ryhmiä oli asiakaskohtainen yksilöllinen suunnittelu, noin kolmanneksessa kuntoutus ja siitä

sopiminen, 15 prosentissa tukitoimista sopiminen ja vain kuudessa prosentissa sellaiseksi koettiin varhainen toteaminen. Lapsella oli vastausten perusteella useimmiten mahdollisuus säännöllisiin puheterapiatapaamisiin, mikäli hänellä epäillään kielellistä erityisvaikeutta. Puheterapiapalveluja rajattiin vastausten perusteella kunnissa/kuntayhtymissä niin ikä- kuin häiriöryhmittäin. Rajauksista voitiin kuitenkin joustaa yksilöllisesti useimmiten puheterapeutin päätöksellä. Terapioiden rinnalla lapsille tarjottiin erilaisia tukitoimia, niistä seuraavaksi enemmän.

#### 4.3 Käypä hoito -suositusten toteutuminen kielellisen erityisvaikeuden tukitoimissa

Käypä hoito -suositusten (2010) mukaan lapselle, jolla epäillään kielellistä erityisvaikeutta, tulee tarjota tukitoimina tuki päivähoitoon, kotiin ja kouluun, pienet päiväkotij- ja opetusryhmät, meluhaitan minimointi, sopeutumisvalmennusta, tarvittaessa tulkkipalvelut ja AAC-keinoja. Puheterapeutin seurantaikäynnit mainittiin hyvin usein tukitoimena lapselle, jolla epäillään kielellistä erityisvaikeutta (88 %). Vielä useammin (90 %) puheterapeutit nimesivät päiväkodin tukitoimena. Noin puolet puheterapeuteista oli sitä mieltä, että lapselle tarjotaan avustajaa päiväkotiin (49 %), harvemmin kyseessä oli kuitenkin henkilökohtainen avustaja (17 %). Taulukossa 6. on kuvattu kaikki puheterapeuttien nimeämät tukitoimet lapselle, jolle epäillään kielellistä erityisvaikeutta. Sen avulla on mahdollista tarkastella, miten vastaukset eroavat alueellisesti toisistaan.

Taulukko 6. Tukitoimet lapselle, jolla epäillään kielellistä erityisvaikeutta, % (N)

Tukitoimet	Etelä-Suomen läänissä (N=75)	Länsi-Suomen läänissä (N=55)	Itä-Suomen läänissä (N=16)	Oulun läänissä (N=14)	Lapin läänissä (N=7)
Seurantaikäynnit puheterapeutilla	93 (70)	93 (51)	88 (14)	86 (12)	86 (6)
Päiväkoti	91 (68)	96 (53)	100 (16)	93 (13)	86 (6)
Avustaja päiväkodissa	52 (39)	56 (31)	50 (8)	21 (3)	57 (4)
Henkilökohtainen avustaja	19 (14)	18 (10)	13 (2)	14 (2)	29 (2)
Perheelle kohdistetut tukitoimet	68 (51)	62 (34)	75 (12)	57 (8)	43 (3)
Sopeutumisvalmennuskurssit	15 (11)	29 (16)	44 (7)	0 (0)	14 (1)
AAC-ohjaus, tukiviittomat yms.	15 (11)	22 (12)	6 (1)	7 (1)	0 (0)
Pienryhmät, erityisryhmät	13 (10)	13 (7)	13 (2)	0 (0)	0 (0)
Erikoislääkärin seuranta	3 (2)	2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Kelto	5 (4)	11 (6)	0 (0)	7 (1)	14 (1)
Leikkitoiminta, kerho	1 (1)	0 (0)	13 (2)	0 (0)	0 (0)

(Kelto = kiertävä erityislastentarhanopettaja)

Itä-Suomen läänin puheterapeuteista jokainen nimesi päiväkodin tukitoimena lapselle, jolla epäillään kielellistä erityisvaikeutta. Vähiten päiväkodin tukitoimena ilmoitti Etelä-

Suomen läänin ja Lapin läänin puheterapeutit. Etelä-Suomen läänissä seurantakäynnit puheterapeuteilla oli yleisin vastaus tukitoimena lapselle, jolla epäillään kielellistä erityisvaikeutta. Muissa lääneissä yleisin vastaus oli päiväkotit. Etelä-Suomen, Länsi-Suomen ja Itä-Suomen lääneissä vastauksissa mainittiin tukitoimena pienryhmät tai erityisryhmät, kun taas Oulun ja Lapin läänien puheterapeuttien vastauksissa näitä ei ilmoitettu ollenkaan olevan. Avustaja päiväkodissa oli mainittu tukitoimena 50 – 57 prosentissa vastauksia kaikissa muissa paitsi Oulun läänissä. Henkilökohtainen avustaja mainittiin eniten Lapin läänin puheterapeuttien vastauksissa. AAC-ohjausta tai tukiviittomia oli tukitoimena käytössä Lapin lääniä lukuun ottamatta jokaisella alueella, mutta Itä-Suomen ja Oulun läänin puheterapeuteista vain yksi oli vastannut näin olevan. Sopeutumisvalmennuskursseja ei ollut puheterapeuttien vastausten perusteella ollenkaan käytössä Oulun läänissä, kun taas Itä-Suomen läänissä niitä tarjottiin tukitoimena 44 prosentin mukaan. Kiertävä erityislastentarhanopettaja mainittiin tukitoimena kaikkien muiden paitsi Itä-Suomen läänin puheterapeuttien vastauksissa.

Käypä hoito -suosituksessa (2010) todetaan, että kielellisen erityisvaikeuden ennustetta parantaa muun muassa riittävä ja varhain aloitettu toiminnan tukeminen arjessa. Lisäksi on tärkeää tunnistaa ne lapset, jotka ovat erityisen tuen tarpeessa. Puheterapeuteilla on asiantuntijuutta ja osaamista sekä kielellisten vaikeuksien tunnistamiseen että kielellisten taitojen tukemiseen. Tästä syystä on tärkeää, että puheterapeutit tekevät yhteistyötä lapsen lähiympäristöjen kanssa. Yhteistyö voi olla neuvotteluja, informaation jakamista tai konsultaatiotoimintaa. Puheterapeuttien vastausten perusteella päivähoidon kanssa tehtävä yhteistyö oli useimmissa kunnissa/ kuntayhtymissä järjestetty yhteistyöpalavereina tarpeen mukaan (76 %). Yhteistyö toteutui melko usein niin, että puheterapeutti kävi päiväkodeissa (57 %). Päiväkotikäynnit olivat yleensä kuntoutussuunnitelmapalavereja, lapsen yksilöterapiata, ryhmäterapiakäyntejä tai henkilökunnan ohjausta. Käyntimäärät vaihtelivat suuresti yhdestä kerrasta vuodessa kahteen kertaan viikossa. Useimmiten vastaajat ilmoittivat käyvänsä päiväkodissa tarvittaessa. Yhteistyöpalavereja järjestettiin lisäksi terveydenhuollon yksikössä (38 %). Nämäkin käynnit saattavat olla kuntoutussuunnitelmapalavereja. Ainoastaan yksi vastanneista puheterapeuteista (Itä-Suomi) ilmoitti, että yhteistyöpalavereja ei ollut.

Kiertävät erityislastentarhanopettajat koettiin joidenkin vastausten perusteella erittäin merkittäviksi yhteyshenkilöiksi päivähoidon ja puheterapian välillä. Päivähoidon koettiin oikeanlaisella ohjauksella kykenevän tukemaan lasta ja perhettä osittain sellaisissa

asioissa, joissa puheterapeutit ovat aikaisemmin olleet toimijoina. Rajalliset resurssit olivat osittain saaneet aikaan tehostettuja käytäntöjä, jotka kokemus osoitti hyväksi:

*”Hyväksi tukitoimeksi olemme havainneet ryhmätoiminnan: vanhempi-lapsi-tukiviittomaryhmät ja lapsiryhmät.”*

*”Suosittelemme helpommin perheelle tukiviittomaopetusta.”*

Koosteisesti todeten päiväkotituki oli yleisin tukitoimi lapselle, jolla epäillään kielellistä erityisvaikeutta. Myös puheterapeutin seurantakäyntejä käytettiin usein. Puheterapeutin seurantakäyntien ja säännöllisten puheterapiatapaamisten rinnalla puheterapeutin tulisi tehdä yhteistyötä lapsen lähiympäristön (päiväkoti ja vanhemmat) kanssa. Useimpien vastaajien mukaan yhteistyötä päiväkodin kanssa olikin järjestetty joko päiväkodissa tai terveyskeskuksessa toteutuvien tapaamisten kautta. Alueellisia eroja tukitoimien toteutumisessa oli havaittavissa. Kuntakoon ja alueen yhteyttä seulontaan, kuntoutukseen ja tukitoimiin tarkastellaan seuraavaksi lähemmin.

#### 4.4 Kuntakoon ja alueen yhteys kielellisen erityisvaikeuden seulontaan, kuntoutukseen ja tukitoimiin

79 prosenttia kyselyyn vastanneista puheterapeuteista ilmoitti, että kielellisen erityisvaikeuden Käypä hoito –suositus oli huomioitu toimintayksikössä, mutta se oli vaikuttanut puheterapiaa koskeviin ratkaisuihin vain 37 prosentin mukaan. Kuntakoon ja alueen yhteyttä kielellisen erityisvaikeuden seulontaan, kuntoutukseen ja tukitoimiin tutkittiin Khiin neliö-testin ja ristiintaulukoinnin avulla. Alla olevassa tarkastelussa esitetään pääosin niitä tuloksia, joissa oli tilastollisesti melkein merkitsevä, merkitsevä tai erittäin merkitsevä yhteys alueen ja/ tai kuntakoon ja tutkitun asian välillä.

##### 4.4.1 Seulonta

Tämän tutkielman aineiston perusteella näyttäisi siltä, että pienissä kunnissa kielellisen erityisvaikeuden seulonta toteutuisi keskisuuria ja suuria kuntia paremmin. Hajontaa oli myös alueiden välillä. Esimerkiksi Lumiukko -puheseulan käyttö vaihteli ( $p=0,008$ ) siten, että laajimmin sitä käytettiin Itä-Suomen läänissä (63 %) ja vähiten Etelä-Suomen läänissä (19 %). Se, että lapsi tuli puheterapeutin arviointiin vanhempien lähettämänä, oli

Oulun läänissä (86 %) todennäköisempää kuin muualla, Lapin läänissä (29 %) näin tapahtui harvimmin. Ennen erikoissairaanhoidon lähettämistä tehtävä psykologin arvio vaadittiin Etelä-Suomessa useimmiten (77 %), kun taas Oulun läänissä niin oli runsaan viidenneksen (21 %) mukaan. Taulukossa 7. on esitetty selittävien muuttujien (kuntakoko ja alue) tilastollisesti melkein merkitsevät, merkitsevät ja erittäin merkitsevät yhteydet kielellisen erityisvaikeuden seulontaa koskeviin selitettäviin muuttujiin.

Taulukko 7. Kuntakoon ja alueen tilastollisesti melkein merkitsevät, merkitsevät ja erittäin merkitsevät yhteydet kielellisen erityisvaikeuden seulontaa koskeviin selitettäviin muuttujiin

Kuntakoko	% (N)	Khiin neliö -testi (p-arvo)
- kolmivuotiaan terveystarkastus	93 (162)	6,731 (p=0,035*)
- Lene käytössä	92 (161)	14,286 (p=0,001**)
- Lumiukko -puheseula käytössä	26 (45)	8,077 (p=0,018*)
- Puheterapeutin arviointiin lähettävänä tahona: vanhemmat	64 (112)	14,410 (p=0,001**)
- neuvolan terveydenhoitaja	91 (159)	17,472 (p=0,000***)
- kelto	58 (101)	8,640 (p=0,013*)
- päiväkodin henkilökunta	54 (95)	6,447 (p=0,040*)
- Ennen erikoissairaanhoidon lähettämistä tehtävä puheterapeutin arvio	91 (159)	9,218 (p=0,010*)
Alue		
- Lumiukko -puheseula käytössä	26 (45)	13,675 (p=0,008**)
- Puheterapeutin arviointiin lähettävänä tahona: vanhemmat	64 (111)	13,343 (p=0,010*)
- Perusterveydenhuollossa tehtävä psykologin arvio ennen esh:oon lähettämistä <sup>1</sup>	71 (124)	20,142 (p=0,000***)

(kelto = kiertävä erityislastentarhanopettaja, esh = erikoissairaanhoidon)

\*tilastollisesti melkein merkitsevä yhteys

\*\*tilastollisesti merkitsevä yhteys

\*\*\*tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys

Pienissä kunnissa lapset kävivät yli 95-prosenttisesti joka vuosi neuvolatarkastuksessa, suurissa kunnissa se ei ollut niin todennäköistä. Vain 10 % puheterapeuteista vastasi 2,5-vuotiaan käyvän tarkastuksessa. Puheterapeuteista 93 % ilmoitti 3-vuotiaiden käyvän

<sup>1</sup> Ristiintaulukoinnin ehdot eivät toteudu

tarkastuksessa. Tässä pienen ja suuren kunnan välillä oli tilastollisesti melkein merkitsevä ero ( $p < 0,05$ ). Pienten kuntien puheterapeuteista 99 prosenttia vastasi lapsen käyvän 3-vuotiaana neuvolatarkastuksessa, kun suuren kunnan puheterapeuteista vain 87 prosenttia ilmoitti näin.

Käypä hoito -suosituksessa (2010) sanotaan, että mikään yksittäinen testi ei ole riittävä seulontamenetelmänä. Kaikilla alueilla Lene oli eniten käytetty seulontamenetelmä. Laajimmin sitä käytettiin 4-vuotiaiden neuvolatutkimuksissa, mutta se oli käytössä myös 2-, 3- ja 5-vuotiaiden ikätarkastuksissa. Lenen käyttöasteet vaihtelivat alueittain 86 prosentista 100-prosenttiseen käyttöön. Kuntakoolla oli Lenen käyttöön tilastollisesti merkitsevä yhteys ( $p < 0,01$ ). Vastausten perusteella Lene oli käytössä kaikissa pienissä kunnissa, kun se suurissa kunnissa oli vain 83 prosentissa käytössä. Alueella oli tilastollisesti tarkasteltuna merkitsevä yhteys Lumiukko -puheseulan käyttöön ( $p < 0,01$ ) ja kuntakoolla melkein merkitsevä yhteys ( $p < 0,05$ ). Lumiukko -puheseulaa käytettiin 63 prosentissa Itä-Suomen läänin kuntia/ kuntayhtymiä, kun taas Lapin läänissä (29 %), Länsi-Suomen läänissä (27 %), Oulun läänissä (21 %) ja Etelä-Suomen läänissä (19 %) sitä käytettiin paljon vähemmän. Lumiukko -puheseulaa käytettiin eniten pienissä kunnissa (34 %) ja vähiten suurissa kunnissa (14 %).

Käypä hoito -suosituksen (2010) mukaan neuvolan tulee lähettää lapsi tarvittaessa tarkempaan arvioon ja vanhempien tai lapsen lähiyhteisön huoleen lapsen kehityksestä tulee suhtautua vakavasti. Kyselyyn vastanneiden puheterapeuttien mukaan lapset tulivat puheterapeutin arvioon useimmiten terveydenhoitajan (91 %) tai neuvolan lääkärin (82 %) lähettämänä. Useissa vastauksissa mainittiin lähettävänä tahona myös vanhemmat (64 %), mihin alueella oli tilastollisesti merkitsevä yhteys ( $p = 0,01$ ) ja kuntakoolla erittäin merkitsevä yhteys ( $p = 0,001$ ). Oulun läänissä työskentelevät puheterapeutit nimesivät vanhemmat mahdollisena lähettävänä tahona 86-prosenttisesti, mutta Lapin läänissä työskentelevät vain 29 prosentissa tapauksia. Vanhemmat oli mainittu mahdollisena lähettävänä tahona suurissa kunnissa vain 47 prosentissa vastauksia, kun pienissä (76 %) ja keskisuurissa (74 %) kunnissa prosentuaalinen osuus oli hyvin lähellä toisiaan. Kuntakoolla oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys siihen, että lähettävä taho voisi olla terveydenhoitaja ( $p < 0,001$ ). Pienten kuntien puheterapeutit olivat sataprosenttisesti sitä mieltä, että lähettävänä tahona voi olla terveydenhoitaja, kun taas suurten kuntien puheterapeuteista vain 80 prosenttia oli sitä mieltä. Kuntakoolla oli tilastollisesti melkein merkitsevä yhteys siihen, saattoiko lähettävä taho olla kiertävä erityislastentarhanopettaja

( $p=0,013$ ) tai päiväkodin henkilökunta ( $p=0,04$ ). Suurten kuntien puheterapeutit pitivät tätä epätodennäköisempänä (kelto 44 %, päiväkodin henkilökunta 43 %) kuin pienten kuntien puheterapeutit (kelto 67 %, päiväkodin henkilökunta 60 %).

71 prosenttia puheterapeuteista ilmoitti, että perusterveydenhuollossa oli tehtävä ennen erikoissairaanhoidon lähettämistä psykologin arvio. Tulos oli erittäin merkitsevästi yhteydessä alueeseen ( $p<0,001$ ). Etelä-Suomen puheterapeuteista 77 prosenttia oli sitä mieltä, että psykologin arvio oli tehtävä ennen erikoissairaanhoidon lähettämistä, mutta Oulun läänissä vain kolme prosenttia puheterapeuteista vastasi näin olevan. Puheterapeutin arvio tuli tehdä 91 prosentin mielestä, millä oli tilastollisesti melkein merkitsevä yhteys ( $p=0,01$ ) kuntakokoon. Pienten kuntien puheterapeuteista 97 prosenttia vastasi, että puheterapeutin arvio oli tehtävä perusterveydenhuollossa ennen erikoissairaanhoidon lähettämistä, kun taas suurissa kunnissa vain 83 prosenttia oli sitä mieltä.

#### 4.4.2 Kuntoutus

Käypä hoito -suosituksen (2010) mukaan kunnassa tulisi olla moniammatillinen työryhmä, joka pohtii lasten kehitykseen liittyviä asioita ja vastaa perusterveydenhuollossa tapahtuvasta lasten tutkimuksesta ja kuntoutuksesta. Alueella oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys ( $p<0,001$ ) siihen, toimiko kunnassa/ kuntayhtymässä lasten asioita käsittelevä moniammatillinen työryhmä. 95 prosentissa Etelä-Suomen kunnissa/ kuntayhtymissä toimi moniammatillinen työryhmä, kun taas Itä-Suomessa vain 56 prosentissa kuntia/ kuntayhtymiä näin oli. Taulukossa 8. on esitetty moniammatillisiin työryhmiin kuuluneiden ammattiryhmien tilastollinen tarkastelu suhteessa kuntakokoon ja alueeseen.



Taulukko 8. Kuntakoon ja alueen yhteys moniammatillisiin työryhmiin kuuluneisiin ammattiryhmiin

Selittävä muuttuja	Selitettävä muuttuja	% (N)	Khiin neliö testi (p-arvo)	
Alue	Moniammatillisessa työryhmässä			
	terveydenhoitaja	74 (108)	14,386 (p=0,006**)	
	puheterapeutti	98 (144)	5,094 (p=0,278)	
	psykologi	91 (134)	26,816 (p=0,000***)	
	sosiaalityöntekijä	42 (62)	11,463 (p=0,022*)	
	kelto	60 (88)	3,769 (p=0,438)	
	toimintaterapeutti	70 (103)	10,722 (p=0,030*)	
	fysioterapeutti	64 (94)	7,488 (p=0,112)	
	lääkäri/ lastenlääkäri	71 (105)	10,541 (p=0,032*)	
	pt, psykologi ja lääkäri	64 (94)	6,924 (p=0,140)	
	Kuntakoko	terveydenhoitaja	74 (109)	1,668 (p=0,434)
		puheterapeutti	98 (145)	1,051 (p=0,591)
		psykologi	91 (135)	5,426 (p=0,066)
		sosiaalityöntekijä	42 (62)	0,123 (p=0,940)
kelto		60 (89)	11,067 (p=0,004**)	
toimintaterapeutti		70 (104)	8,599 (p=0,014*)	
fysioterapeutti		64 (94)	0,197 (p=0,906)	
lääkäri/ lastenlääkäri		106 (72)	2,594 (p=0,273)	
pt, psykologi ja lääkäri		64 (95)	6,353 (p=0,042*)	

(kelto = kiertävä erityislastentarhanopettaja)

\*tilastollisesti melkein merkitsevä ero

\*\*tilastollisesti merkitsevä ero

\*\*\*tilastollisesti erittäin merkitsevä ero

Kuten taulukosta 8. voi nähdä, alueella oli tilastollisesti tarkasteltuna melkein merkitsevä yhteys siihen, kuuluiko moniammatilliseen työryhmään sosiaalityöntekijä, toimintaterapeutti tai lääkäri/ lastenlääkäri. Oulun läänissä vain 15 prosentissa moniammatillisia työryhmiä oli mukana sosiaalityöntekijä, kun taas Lapin läänissä 80 prosentissa oli näin. Sosiaalityöntekijän kuuluminen moniammatilliseen työryhmään oli toiseksi yleisintä Itä-Suomen läänissä (67 %) ja Länsi-Suomen läänissä sosiaalityöntekijä kuului runsaassa puolessa (51 %) työryhmiin. Etelä-Suomen läänissä sosiaalityöntekijän kuuluminen moniammatillisiin työryhmiin oli vähäisempää (36 %). Toimintaterapeutti kuului moniammatilliseen työryhmään 80 prosentissa Lapin läänin puheterapeuttien vastauksia, 74 prosentissa Etelä-Suomen läänissä, 72 prosentissa Länsi-Suomen läänissä, 69 prosentissa Oulun läänissä ja vain 22 prosentissa Itä-Suomen läänissä. Lääkäri/ lastenlääkäri kuului moniammatilliseen työryhmään Oulun läänissä jokaisen vastaajan mielestä. Länsi-Suomen läänin puheterapeuteista 79 prosenttia oli sitä mieltä, että moniammatillisessa työryhmässä oli lääkäri. Etelä-Suomen läänin (65 %) ja Itä-Suomen läänin (67 %) osuudet olivat suunnilleen saman suuruiset, mutta Lapin läänissä vain 40 prosentin mukaan työryhmässä oli mukana lääkäri.

Tilastollisesti merkitsevä yhteys alueella oli siihen, kuuluiko moniammatilliseen työryhmään terveydenhoitaja ja tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys siihen, oliko työryhmässä psykologi (taulukko 8.). Etelä-Suomen läänissä (84 %) ja Oulun läänissä (85 %) terveydenhoitaja kuului moniammatilliseen työryhmään lähes yhtä usein. Itä-Suomen läänissä ja Länsi-Suomen läänissä terveydenhoitaja kuului moniammatilliseen työryhmään kaikkein epätodennäköisimmin, vastaajista 56 % mukaan ja Lapin läänissäkin terveydenhoitaja oli mukana vain 60 prosentissa työryhmiä. Länsi-Suomen läänin puheterapeuteista 98 prosenttia oli sitä mieltä, että moniammatilliseen työryhmään kuului psykologi ja Etelä-Suomen läänissä näin oli vastauksista 95 prosentin mukaan. Itä-Suomen läänissä 89 prosentin ja Lapin läänissä 80 prosentin mukaan psykologi oli mukana työryhmässä. Vähäisintä psykologin kuuluminen moniammatilliseen työryhmään oli Oulun läänissä, jossa vain 54 prosenttia puheterapeuteista vastasi näin olevan.

Kuntakoolla oli aluetta vähemmän yhteyttä siihen, mitä ammattiryhmiä moniammatillisessa työryhmässä oli edustettuna. Tilastollisesti melkein merkitsevä yhteys kuntakoolla oli siihen, kuuluiko ryhmään toimintaterapeutti ja merkitsevä yhteys sillä, oliko vastaajien mielestä ryhmässä mukana kiertävä erityislastentarhanopettaja. Toimintaterapeutti oli vastaajista 83 prosentin mukaan keskisuurissa kunnissa moniammatillisen työryhmän jäsenenä. Toiseksi eniten (76 %) suurten kuntien puheterapeutit vastasivat toimintaterapeutin kuuluvan moniammatilliseen työryhmään ja vähiten (56 %) näin oli pienissä kunnissa. Kiertävä erityislastentarhanopettaja kuului moniammatilliseen työryhmään todennäköisimmin keskisuurissa kunnissa (87 %), seuraavaksi ja pienissä (53 %) ja suurissa (54 %) keskenään lähes yhtä todennäköisesti.

Käypä hoito -suositusten (2010) mukaan moniammatilliseen työryhmään tulisi kuulua ainakin lääkäri, puheterapeutti ja psykologi. 64 prosenttia puheterapeuteista niistä kunnista/ kuntayhtymistä, joissa toimi moniammatillinen, lasten kehitykseen liittyviä asioita pohtiva työryhmä, vastasi työryhmään kuuluvan lääkärin, puheterapeutin ja psykologin. Sillä, kuuluiko työryhmään edellä mainitut tahot, oli tilastollisesti melkein merkitsevä yhteys ( $p < 0,05$ ) kuntakokoon. 54 prosenttia suurten kuntien puheterapeuteista vastasi näin olevan ja keskisuurten kuntien puheterapeuteista 80 prosenttia. Taulukossa 9. on esitetty moniammatillisten työryhmien prosentuaaliset osuudet sen mukaan, oliko työryhmässä niin puheterapeutti, psykologi kuin lääkäri/ lastenlääkäri.

Taulukko 9. Moniammatillisten työryhmien osuudet suhteessa kuntakokoon ja alueeseen sen mukaan, että työryhmässä oli mukana sekä puheterapeutti, psykologi että lääkäri/ lastenlääkäri

Selittävä muuttuja	Työryhmässä sekä puheterapeutti, psykologi että lääkäri/ lastenlääkäri, % (N)	Khiin neliö testi (p-arvo)
Kuntakoko		6,353 (p = 0,042*)
- pieni kunta	67 (37)	
- keskisuuri kunta	80 (24)	
- suuri kunta	54 (34)	
Alue <sup>2</sup>		6,924 (p = 0,140*)
- Etelä-Suomen lääni	62 (48)	
- Länsi-Suomen lääni	74 (32)	
- Itä-Suomen lääni	67 (6)	
- Oulun lääni	54 (7)	
- Lapin lääni	20 (1)	

\*tilastollisesti melkein merkitsevä yhteys

Käypä hoito -suosituksessa (2010) sanotaan, että kuntoutuksen tulee olla yksilöllisesti suunniteltua keston, intensiteetin ja määrän suhteen. Kuntakoolla oli tilastollisesti merkitsevä yhteys (p=0,001) siihen, oliko yksittäisen lapsen puheterapialle määritelty enimmäiskäyntimäärä. 37 prosenttia suurten, 34 prosenttia keskisuurten ja 10 prosenttia pienten kuntien puheterapeuteista vastasi näin. Jos erikoissairaanhoido tai KELA on tehnyt lapsen puheterapialle maksusitoumuksen, mutta yksityistä puheterapeuttia ei löydy, lapsi jäi 14 prosentin mukaan ilman puheterapiaa. Kuntakoolla oli tähän tilastollisesti melkein merkitsevä yhteys (p=0,015). Suurten kuntien puheterapeuteista vain 9 prosenttia oli sitä mieltä, että näin voi käydä, mutta keskisuurten kuntien puheterapeuteista 24 % vastasi tämän olevan mahdollista. Taulukossa 10. on kuvattu kaikki kuntakoon ja alueen tilastollisesti melkein merkitsevät, merkitsevät ja erittäin merkitsevät yhteydet kielellisen erityisvaikeuden kuntoutukseen liittyen.

<sup>2</sup> Ristiintaulukoinnin ehdot eivät toteudu

Taulukko 10. Kuntakoon ja alueen tilastollisesti melkein merkitsevät, merkitsevät ja erittäin merkitsevät yhteydet kielellisen erityisvaikeuden kuntoutukseen liittyen

Kuntakoko	% (N)	Khiin neliö -testi (p-arvo)
- Yksittäisen lapsen puheterapialle on määritelty enimmäiskäyntimäärä	26 (45)	15,182 (p=0,001**)
- Säännölliset puheterapiatapaamiset	92 (161)	10,016 (p=0,007**)
- Jos KELA tai esh on tehnyt maksusitoumuksen, mutta yksityistä puheterapeuttia ei löydy, lapsi jää ilman puheterapiaa	14 (24)	8,402 (p=0.015*)
Alue		
- Kunnassa/ kuntayhtymässä toimii moniammatillinen työryhmä <sup>3</sup>	85 (147)	20,833 (p=0,000***)

(KELA = kansaneläkelaitos, esh = erikoissairaanhoido)

\*tilastollisesti melkein merkitsevä yhteys

\*\*tilastollisesti merkitsevä yhteys

\*\*\*tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys

#### 4.4.3 Tukitoimet

Käypä hoito -suosituksen (2010) mukaan tukitoimet on aloitettava heti, kun lapsen kielenkehityksestä huolestutaan. Päivähoitoon annettun tuen osalta alueella ei ollut tilastollista yhteyttä, mutta kuntakoko vaikutti jonkin verran siihen. 90 prosenttia puheterapeuteista vastasi, että tukitoimena lapselle, jolla epäillään kielellistä erityisvaikeutta, on päiväkotit. Kuntakoolla oli tilastollisesti melkein merkitsevä yhteys siihen, oliko näin vai ei. Keski suurten kuntien puheterapeuteista 97 prosenttia vastasi, että päiväkotit oli tukitoimena tällaisessa tapauksessa, kun taas suuren kunnan puheterapeuteista vain 81 prosenttia oli sitä mieltä. Myös henkilökohtaisen avustajan käytöllä tukitoimena oli melkein merkitsevä ero ( $p < 0,05$ ) kuntakokoon. Suurissa ja keskisuurissa kunnissa 23 prosenttia puheterapeuteista vastasi henkilökohtaisen avustajan olevan tukitoimena käytössä, mutta pienten kuntien kohdalla näin oli vain 9 prosentissa vastauksia.

Perheelle kohdistettujen tukitoimien osalta puheterapeuttien vastaukset eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi kuntakoon tai alueen osalta, kun taas

<sup>3</sup> Ristiintaulukoinnin ehdot eivät toteudu

sopeutumisvalmennuskursseilla tukitoimena oli merkitsevä ero ( $p < 0,01$ ) alueeseen. Sopeutumisvalmennuskurssit mainittiin Itä-Suomen puheterapeuttien vastauksissa 44-prosenttisesti, kun Oulun läänin puheterapeutit eivät maininneet niitä lainkaan.

Taulukossa 11. on esitetty kuntakoon ja alueen tilastollisesti melkein merkitsevät, merkitsevät ja erittäin merkitsevät yhteydet kielellisen erityisvaikeuden tukitoimiin liittyen.

Taulukko 11. Kuntakoon ja alueen tilastollisesti melkein merkitsevät, merkitsevät ja erittäin merkitsevät yhteydet kielellisen erityisvaikeuden tukitoimiin liittyen

Kuntakoko	% (N)	Khiin neliö -testi (p-arvo)
- seurantakäynnit puheterapeutilla	88 (154)	7,251 (p=0,027*)
- Henkilökohtainen avustaja	17 (30)	6,034 (p=0,049*)
- Päiväkoti	90 (157)	8,886 (p=0,012*)
Alue		
- Sopeutumisvalmennuskurssit <sup>4</sup>	20 (35)	13,880 (p=0,008**)

\*tilastollisesti melkein merkitsevä yhteys

\*\*tilastollisesti merkitsevä yhteys

Alueella oli tilastollisesti melkein merkitsevä yhteys ( $p < 0,05$ ) siihen, oliko Käypä hoito -suositus (2010) puheterapeuttien mielestä huomioitu toimintayksikössä. Etelä-Suomen ja Länsi-Suomen läänissä Käypä hoito -suositus (2010) oli huomioitu 83 prosentin mielestä ja Oulun läänissäkin 79 prosenttia koki näin. Itä-Suomen läänissä vastaajista 63 prosenttia vastasi, että Käypä hoito -suositus (2010) oli huomioitu toimintayksikössä, mutta Lapin läänissä vain 43 prosenttia oli sitä mieltä. Kaiken kaikkiaan alueella ja kuntakoolla oli siis jonkin verran yhteyttä siihen, oliko Käypä hoito -suositus (2010) huomioitu toimintayksikössä ja miten se toteutui puheterapeuttien mielestä vuonna 2011. Seuraavassa pohditaan toteutumisen tilaa ja siihen johtaneita syitä.

<sup>4</sup> Ristiintaulukoinnin ehdot eivät toteudu

## 5 POHDINTA

Tässä tutkielmassa haluttiin selvittää, toteutuiko Lasten ja nuorten kielellisen erityisvaikeuden Käypä hoito -suositus (2010) vuonna 2011 puheterapeuttien ja neuvoloiden kliinisessä työssä seulonnan, kuntoutuksen ja tukitoimien osalta. Lisäksi tutkittiin, oliko kuntakoolla ja alueella yhteyttä kliinisen työn käytäntöihin näiltä osin.

Kyselyyn vastanneiden puheterapeuttien jakautuminen kuntakoon perusteella ja eri alueiden kesken poikkeaa jonkin verran puheterapeuttien vuoden 2008 alueellisesta jakautumisesta, jota Kangas (2011) selvitti pro gradu -tutkielmassaan. Kankaan (2011) selvityksen mukaan puheterapeuttien alueellinen jakautuminen oli epätasaista. Täytetyistä viroista yli puolet sijaitsi Helsingin ja Uudenmaan sekä Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiireissä. Koulutuspaikkakunnilla (Helsinki, Oulu, Turku, Tampere) ja niiden läheisillä alueilla, kuten pääkaupunkiseudulla, Oulun seudulla sekä Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin rajautuvien sairaanhoitopiirien suurissa keskuksissa työskenteli eniten puheterapeutteja. Paras puheterapeuttitilanne oli Kankaan (2011) selvityksen mukaan Helsingin ja Uudenmaan, Pohjois-Pohjanmaan sekä Keski-Pohjanmaan alueilla ja heikoin Satakunnan, Pohjois-Karjalan ja Itä-Savon sairaanhoitopiireissä. Vähintään kolmannes puheterapeuteista sijoittui pääkaupunkiseudulle. Puheterapeutteja oli paljon Uudellamaalla, logopedian koulutuspaikkakunnilla ja niiden lähialueilla, mutta muuten he sijoittuivat ympäri maata tasaisemmin kuin muut korkeakoulutetut. Maan reuna-alueilla Länsi- ja Itä-Suomessa sekä Lapissa väestövastuut olivat vuonna 2008 korkeimmat. Tämän tutkielman vuosien 1997 – 2009 lääneihin perustuva aluejako on laajempi kuin Kankaan (2011) käyttämä sairaanhoitopiireihin perustuva jako. Aluejaossa pääkaupunkiseutu/ Helsinki ja Uudenmaan alue kuuluvat Etelä-Suomen lääniin, Satakunta ja Pohjanmaa kuuluvat Länsi-Suomen lääniin ja Pohjois-Karjala ja Itä-Savo Itä-Suomen lääniin. Vastanneista puheterapeuteista suurin osa edusti Etelä-Suomen ja Länsi-Suomen läänejä, joista Kankaan (2011) selvityksessä Etelä-Suomen alueella työskenteli eniten puheterapeutteja, mutta Länsi-Suomen alueella jakautuminen oli epätasaisempaa. Kankaan (2011) selvityksen mukaan puheterapeutteja oli vain vähän Lapissa, niin myös tähän tutkielmaan vastasi vain vähän Lapin läänissä työskenteleviä puheterapeutteja. Itä-Suomen läänistä vastaajia tässä tutkielmassa tehtyyn kyselyyn oli prosentuaalisesti enemmän kuin Oulun läänistä, vaikka Kankaan (2011) selvityksen perusteella olisi voinut odottaa toisin.

Vastaajien joukossa oli yhtä paljon pienten kuin suurtenkin kuntien puheterapeutteja, ja keskisuurten kuntien puheterapeutteja noin puolet vähemmän. Puheterapeuttien jakautuminen vastaa melko hyvin vuoden 2008 tilannetta, sillä Kankaan (2011) mukaan lähes kaksi kolmasosaa puheterapeuteista työskenteli 30 suurimmassa kaupungissa. Kuntaliiton (2018) julkaiseman ”Kuntajaot ja asukasluvut” -julkaisun (Liite 4.) mukaan tässä tutkielmassa tarkoitettuja suuria ja keskisuuria kuntia oli vuonna 2011 yhteensä 22 ja lisäksi hyvin lähellä keskisuuren kunnan kokoa oli Rauma, Nurmijärvi ja Lohja yli 39 000 asukkaallaan. Seuraavaksi suurimmat kunnat olivat Järvenpää ja Kajaani noin 38 000 asukkaalla, Tuusula runsaalla 37 000 asukkaalla, Kirkkonummi yli 36 000 asukkaalla ja Kerava noin 34 000 asukkaalla. Mikäli kyselyyn vastanneet puheterapeutit ovat osanneet tehdä oikean valinnan kuntakoko -kysymyksessä, edustaa kolmenkymmenen suurimman kunnan puheterapeuteista osa suurten ja keskisuurten kuntien lisäksi pieniä kuntia. Kaksi kolmannesta tämän tutkielman kyselyyn vastanneista puheterapeuteista on 116 puheterapeuttia. Kuntakoon ’keskisuuri’ tai ’suuri kunta’ valitsi yhteensä 110 puheterapeuttia, ja tämän lisäksi vielä muutama puheterapeutti on saattanut edustaa kolmeakymmentä suurinta kaupunkia ja kuulua vastaajajoukkoon, joka on valinnut kuntakoon ’pieni kunta’. Näin ollen puheterapeuttien jakautuma vastaa melko hyvin Kankaan (2011) selvityksen mukaista puheterapeuttien kuntakoon mukaista jakautumaa Suomessa. Varsinaiset tutkimustulokset esitetään tutkimuskysymyksittäin alla.

Kielellisen erityisvaikeuden Käypä hoito –suositus (2010) oli huomioitu toimintayksiköissä yleisesti ottaen hyvin, mutta se oli vaikuttanut puheterapiaa koskeviin ratkaisuihin runsaassa kolmanneksessa kuntia/ kuntayhtymiä. Otettaessa huomioon vain ne vastaajat, jotka ilmoittivat, että Käypä hoito-suositus (2010) oli huomioitu toimintayksikössä, se oli vajaassa puolessa kuntia/ kuntayhtymiä vaikuttanut toimintayksikön puheterapiaa koskeviin ratkaisuihin. Tulos on samansuuntainen Breimaierin ym. (2013) tutkimuksen kanssa, jossa todettiin näyttöön perustuvan tutkimustiedon siirtyvän harvoin onnistuneesti kliinisen työn käytäntöihin. Mahdollisina tähän johtavina syinä tutkimuksessa esitettiin innovaatioiden luonne, koulutuksen ja tiedon riittämättömyys sekä organisaation riittämätön tuki. Menetelmien siirtämiseksi osaksi käytäntöjä ovat olleet pääosin direktiivisiä ja passiivisia, jolloin työntekijän sitoutuminen niihin saattaa olla vähäistä. Neuvoloiden ja puheterapeuttien osalta tiedon siirtyminen osaksi kliinisen työn käytäntöjä on hidasta mahdollisesti tässä ja aikaisemmin muun muassa Honkakorven (2015) ja Kankaan (2011) tutkielmissa todetun resurssipulan

vuoksi. Kuten Breimaier ym. (2013) totesivat, työhyvinvointi vähentää stressiä ja sitä kautta vaikuttaa myönteisesti työn uudistamiseen. Suositusten implementointi näyttäisi olevan sitä vaikuttavampi, mitä enemmän työntekijä itse on aktiivisena toimijana käytäntöjen uudistamisessa. Tehokkaimmiksi toimenpiteiksi Breimaier ym. (2013) totesivat sisäiset auditoinnit, opetukselliset luennot sekä työryhmätyöskentelyn.

### 5.1 Käypä hoito -suosituksen toteutuminen kielellisen erityisvaikeuden seulonnassa

Asikainen (2005) totesi väitöskirjassaan, ettei kielihäiriöisyyden ja sen taustalla olevien tekijöiden vaikutuksia kognitiiviseen kehitykseen, oppimiseen ja sosio-emotionaaliseen kehitykseen tunnisteta riittävän hyvin sosiaali- ja terveydenhuollossa eikä koulujärjestelmässä. Hänen mukaansa kielellistä erityisvaikeutta pidetään liiaksi puheen ja kielen kehitykseen liittyvänä ongelmana, vaikka se pitäisi nähdä esimerkiksi puutteellisen erottelukyvyn ja muistitoimintojen vuoksi keskimääräistä heikompina hermostollisina toimintoina. Tutkielman kyselyyn vastanneiden puheterapeuttien mainitsemat neuvoloissa käytettävät kielellisen kehityksen seulontamenetelmät mittaavat puheen ymmärtämisen ja tuottamisen lisäksi myös jonkin verran muistin toimintoja. Kielellisen erottelukyvyn mittaamisen osalta käytetyt seulontamenetelmät poikkeavat toisistaan.

Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että lapset, joilla on kielellinen erityisvaikeus omistuvat tyypillisesti kehittyneitä lapsia heikommin muun muassa SRT-tehtävissä (mm. Park ym., 2018; Zwart, Vissers, Kessels & Maes, 2018), kielellisen sarjallisen järjestyksen mieleen palauttamisessa (Hsu & Bishop, 2014) ja päättelytehtävissä (esim. Kemeny & Lukacks, 2009). West ym. (2018) totesivat eksplisiittisen oppimisen (deklaratiivinen muisti) tehtävät melko luotettaviksi, mutta implisiittisen oppimisen (proseduraalinen muisti) tehtäviä ja niiden ennustearvoa kielellisen erityisvaikeuden suhteen tulisi edelleen tutkia. Suomessa käytössä olevia seulontamenetelmiä ja niiden ennustearvoa on tutkittu jonkin verran, mutta ei vielä riittävästi. Kolmivuotiaiden seulontamenetelmänä käytetyn HALI -arvioinnin kielellisten toimintojen puheen ymmärtämisen tehtävän on todettu olevan yhteydessä KEHU -arvioinnin kielellisten toimintojen luokittelutehtävään (Kojo, 2012), joten jonkinlaista ennustearvoa menetelmällä saattaa olla kielelliseen kehitykseen myöhemmällä iällä. Arviointimenetelmän edelleen kehittäminen voisi olla hyödyllistä.



Tämän tutkielman perusteella Kettu -testiä käytettiin kolmivuotiailla vain vähän. Tämä saattaa selittyä sillä, että testiä suurimmaksi osaksi käytettäisiin päiväkodeissa kielellisten haasteiden tunnistamiseen. Kettu -testin seulontatarkkuus on hyvä (Korpilahti, Kaljonen & Jansson-Verkasalo, 2017), joten sen käyttö kolmivuotiaiden kielenkehityksen arvioinnissa olisi erittäin suotavaa. Erotusdiagnostiikan näkökulma on hyvä pitää mielessä nykyisten seulontamenetelmien arvioinnissa. Esimerkiksi Wlodarczyk ym. (2015) totesivat, että kielellisessä erityisvaikeudessa lapsilla on joitakin korkeampien kuulotoimintojen häiriöitä, joiden vuoksi heille saatetaan antaa kuulohäiriödiagnosi ja kielellinen erityisvaikeus voi jäädä näin huomaamatta. Ääniin pohjautuvien, ei-verbaalisten testien käyttö muiden testien rinnalla voisi tästä syystä olla kannattavaa. Tutkimustiedon lisääntyessä tulisi myös Suomessa tarkastella käytössä olevia seulontamenetelmiä niiden kielellisten vaikeuksien ennustearvon osalta ja tarvittaessa vaihtaa ne paremmin seuloviin menetelmiin.

Käypä hoito -suosituksen (2010) mukainen seulontojen johdonmukaisuus toteutui Suomessa melko hyvin: suomalaiset lapset kutsuttiin säännöllisesti neuvolatarkastuksiin 2 – 5 vuoden iässä. Neuvoloiden käytännöt kuitenkin poikkesivat jonkin verran toisistaan. Puheterapeuttien vastauksista kävi ilmi, että esimerkiksi 3-vuotiaiden neuvolatarkastuksiin kutsumisessa pienet ja suuret kunnat toimivat toisistaan poikkeavalla tavalla. Alueellisesti puheterapeuttien vastaukset erosivat sen suhteen, saatettiinko lapsi kutsua tarkastukseen 2,5 -vuotiaana. Muilla alueilla näin tehtiin jonkin verran, mutta Lapin läänissä näin ei tapahtunut ollenkaan. Kliiniset käytännöt eivät saisi riippua asuinpaikasta tai palveluja antavasta neuvolasta. Kuten Rimpelän ym. (2006) selvityksessä, myös tässä tutkielmassa voidaan todeta, että lasten (neurologisen) kielellisen kehityksen arviointi ei ole koko Suomessa yhtenäistä eikä välttämättä vertailukelpoisia tuloksia tuottavaa seulontamenetelmien käytön epätasaisuuden vuoksi. Neuvoloissa tehtävien terveystarkastusten lukumäärä ja kattavuus 3 -7 vuoden iässä oli Rimpelän ym. (2006) selvityksen mukaan lähes kaikkialla suositusten mukainen ja niin voidaan todeta myös tämän tutkielman perusteella. Lapsiperheet ovat kuitenkin eriarvoisessa asemassa riippuen siitä, missä he asuvat. Syynä eriarvoisuuteen ja suositusten noudattamatta jättämiseen saattaa olla se, että puheterapeuttien tapaan muuta terveydenhuollon henkilöstöä on vähän ja väestövastuu niin suuri, että resurssien vuoksi suositusten noudattaminen ei ole mahdollista.

Käypä hoito -suosituksen (2010) mukaan kielellinen erityisvaikeus on melko helppo tunnistaa 4 – 5-vuotiaalla lapsella. Samansuuntaisia tuloksia ovat saaneet Duff, Nation, Plunkett ja Bishop (2015) pitkittäistutkimuksessaan, jossa he totesivat, että lapsen kielellisten vaikeuksien tunnistaminen on onnistuneempaa 4-vuotiailla kuin sitä nuoremmilla. Tämän tutkielman aineiston perusteella suomalaiset lapset käyvät neuvolan ikäkausitarkastuksessa hieman useammin kolme- ja viisivuotiaana kuin neljävuotiaana. Neljävuotiaana lapsen neurologista kehitystä mitattiin useimmiten (84 %) Lene -arviointimenetelmällä, jonka kielellistä kehitystä arvioivat tehtävät mittaavat vuorovaikutusta, tarkkaavaisuutta, puheen tuottamista ja ymmärtämistä, käsitteiden ymmärtämistä ja kuullun hahmottamista (Valtonen, 2009). Duffin ym. (2015) tutkimuksessa neljävuotiaana kielellisen erityisvaikeuden diagnoosin saaneiden lasten kielelliset taidot poikkesivat tilastollisesti merkitsevästi tyypillisesti kehittyneiden lasten taidoista ilmaistun sanaston, epäsanojen toiston, lauseiden muistamisen, lukemisen tarkkuuden ja luetun ymmärtämisen osalta seitsemänvuotiaana, mutta eivät passiivisen sanaston, fonologisen erottelukyvyn tai ei-kielellisen älykkyyden osalta. Huolimatta pienestä otoksesta tämä antaa viitteitä siihen, että neljävuotiaana kielenkehityksen mittaaminen on erityisen kannattavaa ja mittauksesta saatu tulos ennustaa hyvin seitsemänvuotiaan kielellistä taitoa edellä mainituilta osin. Syvennetty terveystarkastus olisikin hyvä tehdä jo neljävuotiaana eikä 5-vuotiaana, kuten tämän tutkielman aineiston perusteella useassa kunnassa/ kuntayhtymässä toimittiin. Yli 5-vuotiaan lapsen kohdalla kielellisten vaikeuksien tunnistaminen saattaa olla jo hankalampaa, sillä lapsi on silloin mahdollisesti jo oppinut kompensoimaan kielelliset puutteensa ja hänen kommunikaationsa päivittäisessä kanssakäymisessä on ikätasoista (Asikainen, 2005). Tämä ei välttämättä tarkoita, etteikö lapsella edelleen olisi kielellisiä haasteita. Kielellinen erityisvaikeus ei häviä, mutta sen ulkoasu muuttuu iän myötä. Varhainen kehitysongelmien tunnistaminen vähentää myöhempää tutkimustarvetta ja turhia epäilyksiä (IQWiG, 2009). Lisäksi varhaiset interventiot säästävät rahaa, sillä riittävän varhain aloitetuilla tukitoimilla voidaan vähentää myöhempää tuen tarvetta ja esimerkiksi syrjäytymistä (Asikainen, 2005; Bates, 1999; Locke, 1996; McArthur, Hogben, Edwards, Heath & Mengler, 2000; McGregor, Friedman, Reilly & Newman, 2002).

Puheterapeuttiliiton julkaisemassa ”Kielellisen erityisvaikeuden kuntoutus – Hyvät puheterapiakäytännöt” (Miettinen, Heikkinen, Juhala, Suvanto, Vikkula & Vuorio, 2016) työryhmä suosittelee Käypä hoito -suosituksen (2010) mukaisesti, että myöhään puhumaan alkavien lasten kielellistä kehitystä arvioidaan ja seurataan kahden vuoden

iästä lähtien. Tässä tutkielmassa puheterapeuttien vastausten perusteella neuvolat kutsuvat lapsen tarkastukseen kahden vuoden iässä lähes aina, mutta vain noin viidenneksessä oli käytössä jokin seulontamenetelmä (yleensä Lene) tuolloin. Muita mahdollisia kielellisen kehityksen arviointikeinoja (vanhempien haastattelut, riskitekijöiden kartoitus tms.) ei tutkielman kyselyssä kysytty, joten neuvolan ikäkausitarkastukseen liittyvää kielenkehityksen arvioinnin monipuolisuutta on mahdotonta selvittää aineiston perusteella.

Käypä hoito -suosituksessa (2010) todetaan, että mikään yksittäinen testi ei ole riittävä kielellisten ongelmien tunnistamiseksi. Samoin Duffin ym. (2015) mukaan pelkkä varhaisen tuottavan sanaston arviointi vanhempien haastattelun perusteella ei ole yksinään riittävä keino. Tämän tutkielman aineiston perusteella yksittäistä vastausta lukuun ottamatta neuvoloissa ei käytetä useampaa seulontamenetelmää kerralla. Koska kyselyssä ei kysytty muita arvioinnin välineitä kuin seulontamenetelmien käyttöä, ei tämän tutkielman perusteella voida vetää johtopäätöksiä siitä, onko neuvoloiden käyttämät keinot kielellisen erityisvaikeuden toteamiseksi riittäviä vai eivät.

Viivästyneesti puhumaan oppineiden lasten ilmaistun sanaston kehitystä ja sen ennustearvoa myöhempään kielelliseen suoriutumiseen ovat tutkineet muun muassa Stolt, Lind, Matomäki, Haataja, Lapinleimu ja Lehtonen (2016). Tutkimuksissaan he ovat todenneet, että varhaisen ilmaistun sanaston koko toisen ikävuoden lopulla ja kolmannen ikävuoden alussa (so. kaksivuotiaana) on merkitsevässä yhteydessä lapsen kielelliseen suoriutumiseen esikoulu- ja kouluiässä. Kliinisessä työssä muodollinen testi on usein paras arviointitapa, koska se tehdään kaikille samalla tavalla ja niihin on yleensä käytössä normitukset (Stolt & Vehkavuori, 2018). Pienten lasten kielellisten taitojen arviointi muodollisella testillä on kuitenkin usein haastavaa ja siitä syystä vanhempien sanapäiväkirjojen täyttö antaa arvokasta lisätietoa. Vanhemmat voivat antaa luotettavaa tietoa pienen lapsen varhaisesta sanastosta, mikäli heidän arviointinsa pohjaa sanojen tunnistamiseen lapsen puheesta ja heille on selvää mitä heidän tulee arvioida. Tämän tutkielman aineiston pohjalta voidaan todeta sekä MCDI:n että Esikon olevan Suomessa neuvoloiden käytössä, vaikka niitä ei enää tutkimuksen kohteena olleessa ikäryhmässä (2 – 5-vuotiaat) käytettykään. MCDI -menetelmän lyhennetty (CDI) suomalainen versio, Sanaseula (Taaperoversio 18 – 24 kk), antaa tietoa ilmaistun sanaston ja sanayhdistelmien kehityksestä (Stolt & Vehkavuori, 2018) ja sen käyttöönotto neuvolan

kaksivuotistarkastuksessa saattaisi olla perusteltua mahdollisten kielenkehityksen vaikeuksien tunnistamiseksi.

Käypä hoito -suosituksen (2010) mukaan lapsi tulee tarvittaessa lähettää tarkempaan arvioon. Tutkielman vastausten perusteella lapsi pääsee melko helposti puheterapeutin arviointikäynnille ja useissa kunnissa/ kuntayhtymissä myös vanhemmat saattoivat itse olla suoraan yhteydessä puheterapeuttiin, mikäli heillä oli huolta lapsensa kielenkehityksestä. Vanhempien huoleen lapsen kielellisestä kehityksestä onkin suhtauduttava vakavasti ja aloittaa tarvittaessa tukitoimet ja kuntoutus, joilla voidaan lieventää mahdollisia myöhempiä oppimis- ja muita vaikeuksia (Ervast & Leppänen, 2010; Osman, Shohdi & Aziz, 2011; Smith-Lock, Leitão, Lambert & Nickels, 2013).

Tämän tutkielman valossa näyttäisi siltä, että puheterapeuttien ja neuvolan terveydenhoitajan yhteistyötä tulisi lisätä. Puheterapeutin tulisi tietää, millä tavoin neuvolassa seulotaan kielellisiä vaikeuksia. Puheterapeutit voisivat ohjeistaa terveydenhoitajia seulontatestiä tekemiseen ja niiden raportoimiseen siten, että niistä on jatkotutkimuksissa hyötyä. Tutkielman aineiston perusteella neuvoloiden ja puheterapeuttien yhteistyö on hyvin sattumanvaraista, vaikka lastenneuvolan oppaan mukaan puheterapeutin tehtävänä on perehdyttää terveydenhoitaja ja päivähoidon henkilökunta tarvittavien seulontavälineiden käyttöön (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2004). Menetelmien valinta tulisi tehdä yhteistyössä näiden tahojen kesken.

## 5.2 Käypä hoito -suosituksen toteutuminen kielellisen erityisvaikeuden kuntoutuksessa

Kuntoutus tulisi aloittaa mahdollisimman varhain ja sen tulee perustua monialaiseen arviointiin, jossa on huomioitu yksilölliset tarpeet ja vahvuudet. Lisäksi kuntoutus tulee toteuttaa mahdollisimman lähellä henkilön omia yhteisöjä alueesta riippumatta ([www.thl.fi](http://www.thl.fi)). Tämän tutkielman aineiston perusteella jo 1,5 -vuotiaan lapsen on joissakin kunnissa/ kuntayhtymissä mahdollista saada säännöllisiä puheterapiatapaamisia, mutta joissakin tapauksissa lapsi saattoi jäädä jopa kokonaan ilman tarvitsemaansa terapiaa. Sellmanin & Tykkyläisen (2017) mukaan puheterapiaa tai puheterapeutin ohjauksen tarvetta tulisi pohtia heti lapsen kielen kehityksestä huolestuttaessa. Puheterapeuttiliiton julkaisussa ”Kielellisen erityisvaikeuden kuntoutus – Hyvät puheterapiakäytännöt” (Miettinen ym., 2016) työryhmä suosittelee vanhempien ohjaukseen painottuvaa

puheterapiaa, mikäli pienellä lapsella on riskitekijöitä kielellisten taitojen kehittymisen suhteen. Ohjauksen tulisi olla tiivistä ja lapsen arjen tilanteisiin rakennettua.

Käypä hoito -suosituksen (2010) mukaan lapselle tai nuorelle, jolla on kielellinen erityisvaikeus, tulee laatia yksilöllinen kuntoutussuunnitelma. Kuntoutussuunnitelmassa määritellään kuntoutuksen tarve ja tavoite sekä sen sisältämien palveluiden sisältö, ajoitus, kesto ja toteutumisen seuranta (Sellman & Tykkyläinen, 2017). Koska kielellisellä erityisvaikeudella saattaa olla negatiivisia ja kauaskantoisia seurauksia, on kuntoutuksen sisällettävä tehokkaita interventioita (Smith-Lock ym., 2013). Tämä on myös resurssien käytön kannalta järkevää. Eri interventioiden yhtäaikainen käyttö voi olla tuloksellista (Handley, Radley & Lum, 2016). Tämän tutkielman aineiston perusteella lapselle, jolla on kielellinen erityisvaikeus, saatettiin tarjota myös muita terapioita ja useampia tukitoimia, mutta koska niiden yhtäaikaisuutta ei kysytty, ei yhtäaikaisesta käytöstä voida olla varmoja.

Käypä hoito -suosituksen (2010) mukaan kunnassa tulisi toimia moniammatillinen, lasten kehitykseen liittyviä asioita pohtiva työryhmä ja työryhmään tulisi kuulua puheterapeutin lisäksi psykologi ja lääkäri, tarvittaessa myös toimintaterapeutti. Tämän tutkielman tulosten perusteella kunnat/ kuntayhtymät eivät toimineet vuonna 2011 aivan Käypä hoito -suosituksen (2010) mukaisesti, koska kaikissa kunnissa/ kuntayhtymissä ei toiminut moniammatillinen tiimi eikä niihin läheskään aina kuulunut puheterapeutin lisäksi psykologia ja lääkäriä. Yksilöllisen kuntoutussuunnitelman laatimisen osalta ei tutkielman aineiston perusteella voida tehdä johtopäätöksiä, sillä sen laatimisesta ei kysytty puheterapeuteilta. Osittain kuntoutussuunnitelmien laatiminen oli kunnissa/ kuntayhtymissä moniammatillisen työryhmän tehtävänä.

Käypä hoito -suosituksen (2010) mukaan lievien kielellisten vaikeuksien tutkimukset ja kuntoutus kuuluvat perusterveydenhuoltoon lääkärille, puheterapeutille ja psykologille ja vaikeat kielelliset ongelmat kuuluvat erikoissairaanhoidon piiriin. Käypä hoito -suosituksen (2010) voitaneen todeta toteutuneen melko hyvin lievien kielellisten vaikeuksien tutkimusten ja kuntoutuksen osalta perusterveydenhuollossa, mutta diagnosointia ei kunnissa/ kuntayhtymissä juurikaan tehty. Puheterapeuttien arvioiden perusteella Kelan tai erikoissairaanhoidon piiriin päätyi 5 – 10 prosenttia heidän omista asiakkaistaan kielellisen erityisvaikeuden vuoksi. Siihen olivatko ne vaikeita kielellisen

erityisvaikeuden ongelmia, jotka sinne päätyivät, voidaan esittää vain arvailuja tämän tutkielman perusteella.

Käypä hoito -suosituksen (2010) mukaan lapsen, jolla on kielellinen erityisvaikeus, tulee päästä perusterveydenhuollossa aloitettavaan puheterapiaan, jonka kesto, intensiteetti ja määrä on suunniteltava yksilöllisesti. Tämän tutkielman tulosten perusteella suositus toteutuu tältä osin hyvin. Ainakin osittain kesto, intensiteetti ja määrä suunnitellaan yksilöllisesti moniammatillisessa työryhmässä ja lisäksi useimmiten puheterapian rajauksista voitiin joustaa, joten yksilöllisyyden voitaneen todeta toteutuneen melko hyvin. Puheterapeuteista osa kuitenkin ilmoitti, ettei enimmäismääristä jousteta, mikä on huolestuttavaa ja asettaa lapset eriarvoiseen asemaan keskenään. Lasten saamat palvelut olivat riippuvaisia siitä, minkä neuvolan asiakkaina he olivat.

Käypä hoito -suosituksen (2010) mukaan tehotonta kuntoutusta ei tule jatkaa. Tässä tutkielmassa ei kysytty puheterapeuteilta kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnista, joten suosituksen toteutumiseen tältä osin ei voida ottaa kantaa. Erilaisten interventoiden vaikuttavuudesta on toistaiseksi tehty vasta vähän tutkimusta. Vuonna 2016 julkaistussa Miittisen ym. ”Kielellisen erityisvaikeuden kuntoutus – Hyvät puheterapiakäytännöt” antaa hyvän yleiskatsauksen siihen mennessä tehtyihin kuntoutuksen vaikuttavuutta koskeviin tutkimuksiin. Puheterapeuttien kliinisen työn resurssien viisaassa käytössä koulutus erotusdiagnostiikkaan, eri menetelmiin, uusimpiin tutkimuksiin ja terapioiden vaikuttavuuteen olisikin tärkeää. Työkokemuksen rinnalla asiantuntijatiedon lisääminen auttaa resurssien kohdentamisen suunnittelua. Tämän tutkielman aineiston perusteella puheterapeutit olivat hankkineet jonkin verran täydennyskoulutusta itselleen.

Puheterapeutit olivat huolissaan resurssien riittävydestä ja siitä, että yhä vaikeammat kielihäiriöt jäävät KELA:n kuntoutuksen ulkopuolelle perusterveydenhuollon piiriin. Perusterveydenhuollossa lapsi ei välttämättä tämän tutkielman aineiston perusteella saa tarvitsemaansa pitkäkestoista ja intensiivistä kuntoutusta, vaan voi jopa jäädä ilman terapiaa. Vastauksissa nousi esiin myös se, että avoimiin puheterapeuttien toimiin/virkoihin ei ollut hakijoita ja suositusten koettiin lisäävän vain paineita jo ennestään ylityöllistetyille puheterapeuteille. Tulos on samansuuntainen Kankaan (2011) pro gradu -tutkielman tulosten kanssa, jossa todettiin hoitamattomia virkoja olevan keskimäärin 12,3 % koko maassa siitä syystä, että puheterapeutteja ei ollut saatavilla. Tilanne ei ole viime vuosiin mennessä parantunut riittävästi, sillä edelleen Honkakorven (2015) pro

gradu -tutkielmassa todettiin työn kuormittavuuden johtavan ajatuksiin puheterapeutin työn tai työpaikan vaihtamisesta. Eniten kuormitusta aiheuttavana tekijänä puheterapeutit olivat maininneet asiakasmäärän suuruuden (26,5 %) ja tähän liittyen usein myös resurssipulan (17,7 %). Resurssipula näkyi Honkakorven (2015) tutkielmassa niin materiaalien, koulutusmäärärahojen kuin työvoimankin puutteena. Resurssipula oli osittain syynä puheterapeuttien kokemaan palvelujen tarjoamisen rajallisuuteen ja puheterapiajaksojen leikkaamiseen, joka aiheutti heissä turhautumista etenkin vaikeiden kielihäiriöiden äärellä. Erityisesti kokemattomat puheterapeutit saattoivat tällaisessa tilanteessa kokea itsensä riittämättömiksi.

### 5.3. Käypä hoito -suosituksen toteutuminen kielellisen erityisvaikeuden tukitoimissa

Useissa tutkimuksissa on todettu lapsen saavan ikätoverinsa kielellisessä kehityksessä kiinni huolimatta vähäisestä tai puuttuvasta interventtiosta (Duff ym., 2015). Yksittäisen lapsen kohdalla on kuitenkin vaikea tietää, aiheuttaako kehitysriski juuri hänelle pidempiaikaisempaa kielellistä ongelmaa (Ahonen, 2010), joten se ei voi olla perusteena odottelulle. Varhaisten interventioiden puolustajat perustelevat kantaansa aivojen plastisiteetilla ja sillä, että mahdollisimman varhain aloitetuilla tukitoimilla vältetään pahimmat seuraukset ja saadaan aikaan tehokkaimmat muutokset (Duff ym., 2015). Tämän tutkielman aineiston perusteella varhaisten tukitoimien tarjoaminen perheelle toteutuu melko hyvin.

Varhainen kielellisen erityisvaikeuden tunnistaminen mahdollistaa lapselle tarvitsemansa varhaiskuntoutuksen, tuen ja osallisuuden sekä tasavertaisuuden tunteen esimerkiksi päiväkodissa ryhmän toiminnassa (Ahonen, 2010). Kielellisen erityisvaikeuden aiheuttamien mahdollisten oppimisvaikeuksien ja sosioemotionaalisten ongelmien välttämiseksi olisi tärkeää edistää lapsen kommunikaatiota (Asikainen, 2005). Tämän tutkielman aineiston perusteella liian harva lapsi sai AAC-ohjausta kommunikointinsa tueksi. Jotta kommunikointikeinot olisivat aktiivisessa käytössä lapsen lähiympäristössä, olisi AAC-keinojen opettaminen ja ohjaaminen aloitettava mahdollisimman varhain, mikäli lapsen kommunikaatio ei etene tyypillisesti (Sellman & Tykkyläinen, 2017). Puheterapeutin tai kommunikaatio-ohjaajan antama yksilöllinen ja räätälöity ohjaus auttaa lasta ja tämän perhettä selviytymään ja osallistumaan arjen eri toimintoihin niin kotona kuin esimerkiksi päivähoitossa.

Hoitamattomana ja ilman riittäviä tukitoimenpiteitä, saattaa kielellinen erityisvaikeus aiheuttaa yksilölle huomattavia haittoja (esim. ilmaisun ja ymmärryksen haasteet, sosioemotionaalisen kehityksen puutteet, mielenterveyden vaikeudet, osallistumisen ja osallisuuden haasteet, työttömyys) ja tämä näkyy yhteiskunnallisesti kasvavina kustannuksina (Asikainen, 2005; Bates, 1999; Locke, 1996; McArthur, Hogben, Edwards, Heath & Mengler, 2000; McGregor, Friedman, Reilly & Newman, 2002). Nämä osa-alueet ovat aivan liian vähän tutkittuja eikä niitä huomioida riittävästi kliinisessä työssä. Tukitoimet lapselle, jolla epäillään kielellistä erityisvaikeutta tulisi nähdä ennaltaehkäisevänä ja pitkällä aikavälillä säästöjä tuovana toimintana.

Rauhaton ympäristö yhdessä kuullun erottelun heikkouden ja representaatioiden uudelleenmuotoilun haasteiden kanssa saattaa vaikeuttaa lapsen uusien sanojen ja mallien oppimista (Asikainen 2005; McGregor ym., 2002). Ilman tarvitsemaansa tukea lapsen, jolla on kielellinen erityisvaikeus, ongelmanratkaisutaidot saattavat heikentää entisestään puutteellista sisäistä puhetta ja myöhempiä ongelmanratkaisustrategioita myös nonverbaalilla puolella (Conti-Ramsden, Botting, Simkin & Knox, 2001). Käypä hoito -suosituksen mukaan olisi hyvä, jos lapsella, jolla on kielellinen erityisvaikeus olisi mahdollisuus pienryhmään päiväkodissa. Tässä tutkielmassa ei kysytty tästä tukitoimesta, joten sen toteutumisesta ei voida tehdä arviointia.

Käypä hoito -suosituksessa (2010) korostuu moniammatillisen yhteistyön merkitys ja sellaisena tulisi yhteistyö lapsen päivähoidon kanssa myös nähdä. Tämän tutkielman aineiston perusteella kiertävät erityislastentarhanopettajat nähtiin joidenkin vastausten perusteella erittäin merkittäviksi yhteyshenkilöiksi päivähoidon ja puheterapeutin välillä. Useimmissa kunnissa/ kuntayhtymissä järjestettiin lisäksi yhteistyöpalavereja puheterapeutin ja päivähoidon välillä tarpeen mukaan. Käyntikerroissa oli kuitenkin todella suurta vaihtelua yhdestä kerrasta vuodessa kahteen kertaan viikossa. Päivähoidon, neuvolan ja puheterapeutin yhteistyö olisi hyvin tärkeää muun muassa siksi, että vältyttäisiin päällekkäiseltä työltä. Toisaalta myös tiedon vaihtaminen kielellisestä erityisvaikeudesta ja lapsista, joita se koskettaa, auttaisi ymmärtämään lapsen ja hänen perheensä kokonaisuutta ja sitä kautta kukin taho voisi tukea perhettä toisiaan täydentäen. Tiedon vaihtaminen parantaisi lisäksi kielellisen erityisvaikeuden tunnistamista.



#### 5.4 Kuntakoon ja alueen yhteys kielellisen erityisvaikeuden seulontaan, kuntoutukseen ja tukitoimiin

Tämän tutkielman aineiston perusteella kuntakoolla oli jonkin verran yhteyttä kielellisen erityisvaikeuden seulontaan, kuntoutukseen ja tukitoimiin. Pienessä kunnassa oli todennäköisempää, että seulonta, kuntoutus ja tukitoimet toteutuivat Käypä hoito -suosituksen (2010) mukaisesti. Kuntoutuksen osalta myös keskisuudessa kunnassa useampi puheterapeutti koki kuntoutukseen liittyvien asioiden olevan Käypä hoito -suosituksen (2010) mukaisia kuin suuressa kunnassa. Ainoana tutkielman selitettävistä muuttujista henkilökohtaisen avustajan tarjoaminen tukitoimena lapselle, jolla on kielellinen erityisvaikeus, oli todennäköisempi suuressa tai keskisuudessa kuin pienessä kunnassa. Aikaisemmin Lounais-Suomen aluehallintovirasto on tutkinut muun muassa vuonna 2015 nuorisopalvelujen saatavuuden yhteyttä kuntakokoon ja todennut raportissaan, että resurssit suhteessa väestön määrään vaihtelivat paljon, ja että kuntien päätöksenteko ja esittelevien virkamiesten asenne vaikuttivat tähän. Tämän tutkielman aineiston perusteella näyttäisi siltä, että alle 80 000 asukkaan kunnissa kielellisen erityisvaikeuden seulonta, kuntoutus ja tukitoimet toteutuvat paremmin kuin suurissa kunnissa. Tämä ei välttämättä selity resursseilla, vaan huomioon on otettava myös se, että niissä kunnissa/ kuntayhtymissä, joissa on useampi neuvolan terveydenhoitaja tai puheterapeutti, voi työnkuva olla niukempi kuin pienen kunnan ainoalla neuvolan terveydenhoitajalla tai puheterapeutilla ja sitä kautta myös suppeampi palvelujen tarjonta.

Alueelliset erot kielellisen erityisvaikeuden seulonnan, kuntoutuksen ja tukitoimien osalta johtuvat todennäköisesti resursseista ja esimerkiksi puheterapeuttien alueellisesti epätasaisesta jakautumisesta. Lisäksi menetelmävalintoihin vaikuttanevat koulutusten järjestäminen eri alueilla. Tutkielman tulokset alueellisesta eriarvoisuudesta ovat samansuuntaiset kielellisen erityisvaikeuden seulonnan, kuntoutuksen ja tukitoimien osalta kuin Kaikkosen ym. (2016) tutkimuksessa erityisen ja tehostetun tuen osalta. Lapin läänin ja Itä-Suomen läänin alueilla seulonta, kuntoutus ja tukitoimet toteutuivat usein heikommin kuin muilla alueilla. Tähän syynä lienevät vähäisten resurssien ja puheterapeuttien saatavuuden (vrt. Kangas, 2011) lisäksi pitkät välimatkat. Vaikka puheterapeuttien koulutusta on vuosien saatossa lisätty, on puheterapeuttien määrä edelleen liian pieni väestömäärään nähden. Työhyvinvointiin ja sitä kautta työssä jaksamiseen ja jatkamiseen vaikuttavat käytettävissä olevat resurssit. Moniammatilliseen yhteistyöhön ja organisaation tukeen tulee kiinnittää erityistä huomiota, jotta käypä hoito

-suositukset ja niiden kokoama tieteelliseen näyttöön perustuva tutkimus tulevat osaksi neuvoloiden ja puheterapeuttien kliinisen työn käytäntöjä (vrt. Breimaier ym. 2013).

### 5.5 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen ulkoinen validiteetti eli luotettavuus on sitä, onko kyseinen tutkimus yleistettävissä ja jos on, niin mihin ryhmiin (Metsämuuronen, 2008). Mikäli tutkimus toistettaisiin, tulisi tulosten olla samansuuntaisia kuin tässä tutkielmassa esitetyt. Tutkimuksen empiirinen osuus on tehty jo vuonna 2011. Mikäli kysely tehtäisiin nyt uudelleen, saattaisivat vastaukset olla erilaisia johtuen yhteiskunnassa ja resursseissa tapahtuneista muutoksista. Tästä ei kuitenkaan ole täyttä varmuutta. Tuloksia voidaan vertailla suhteessa toisiin terveydenhuollon palveluja tuottaviin ryhmiin, mutta ne eivät ole suoraan hyödynnettävissä toisen ammattiryhmän tarkastelussa johtuen asiantuntijuutta vaativasta kohderyhmästä.

Tutkimuksen sisäinen validiteetti on tutkimuksen omaa luotettavuutta eli sitä, ollaanko tutkimuksessa kyetty mittaamaan oikeita asioita (Metsämuuronen, 2008). Sisäiseltä validiteetiltaan onnistuneessa tutkimuksessa hyvä tutkimusasetelma, käsitteen muodostus, teorian johtaminen ja otanta varmistavat luotettavuuden. Tämä kyselytutkimus tehtiin vuonna 2011, jolloin Käypä hoito-suosituksen (2010) julkaisemisesta oli kulunut yksi vuosi. Ajankohtana vuosi suosituksen julkaisemisen jälkeen oli tutkimuskysymysten näkökulmasta hyvä, sillä puheterapeuteilla on ollut riittävästi aikaa perehtyä suositukseen ja toisaalta se on ollut vielä tuoreessa muistissa. Osa vastanneista puheterapeuteista työskenteli erikoissairaanhoidossa, vaikka kysely oli pyritty ohjaamaan kunnallisille puheterapeuteille. Koska varmuutta siitä, ketkä kaikki vastaajista eivät olleet itse työssä perusterveydenhuollossa ei ollut, päädyttiin kaikki vastaukset pitämään mukana aineistossa. Vastausprosenttia ei voida pitää täysin luotettavana, sillä lähetettyjen sähköpostien tarkkaa määrää ei ole tiedossa.

Tutkimuskysymysten osuvuutta kohderyhmälle voidaan pitää kuntoutukseen ja tukitoimiin liittyvien kysymysten osalta onnistuneina, mutta seulontaan liittyvät kysymykset olisi pitänyt esittää neuvolan terveydenhoitajalla ja/ tai päivähoiton henkilökunnalle luotettavamman tuloksen saavuttamiseksi. Nyt käsillä olevassa tutkielmassa on pystytty arvioimaan seulonnan osalta Käypä hoito -suosituksen (2010)

toteutumista vain kohtalaisesti, sillä puheterapeuttien asiantuntemus siitä, mitä välineitä neuvolan terveydenhoitajat käyttivät työssään, oli rajoittunutta. Seulontaan liittyvien kysymysten osalta voidaankin puhua vain puheterapeuttien kokemuksiin eikä todelliseen kliinisen työn tilanteeseen pohjautuvasta tuloksesta.

Webropolin ja SPSS:n käyttö rinnakkain mahdollisti aineiston tarkastelun kummassakin ohjelmassa ja näin myös esimerkiksi prosentuaalisen jakauman tarkistamisen luotettavasti. Aineistoon liittyvät ristiintaulukoinnit ja tilastolliset testit on tehty jokaisen kysymyksen kohdalla useampaan kertaan ja näin on pystytty minimoimaan virheet. Tilastollisten testien tulkintaan tutkielman tekijä on saanut ulkopuolista asiantuntevaa opastusta, jolloin testitulosten tulkintoihin liittyvät virheet on pystytty poissulkemaan. Tuloksia tulkitessa lukijan tulee ottaa huomioon, että kaikkien ristiintaulukointien osalta ehdot eivät toteudu. Muuttujamuunnosten tekeminen vääristäisi tulkintaa alueiden välisestä eroavaisuudesta, minkä vuoksi näin ei ole haluttu tehdä.

Tulosten sanallisen esittämisen tueksi on tutkielmaan lisätty taulukoita ja kuvioita, joiden avulla saavutetaan lukijan virheettömämpi tulkinta tutkielman laatijan esittämästä tuloksesta. Jokaisessa ristiintaulukoinnissa eivät täytyneet Khiin neliö -testin kriteerit, koska vastaajia esimerkiksi Lapin läänin alueella oli vain seitsemän. Tulos on tästä huolimatta haluttu esittää, jotta lukijalla on mahdollisuus saada kattava kuva alueellisesta ja kuntakoon mukaisesta tarkastelusta ja sen tuloksista. Niiltä osin kuin kriteerit eivät täytyneet, on se tuotu tulosten esittämisen yhteydessä esille.

Tilastollisten testien, aineiston laadullisen tarkastelun ja teorian tiedon kautta tehdyissä johtopäätöksissä on pyritty objektiivisuuteen ja monipuolisuuteen. Lisääntyvän kielelliseen erityisvaikeuteen liittyvän tutkimustiedon ja ajan rajallisuuden vuoksi lähdemateriaaleja on ollut pakko rajata. Osittain tutkielmassa on jouduttu käyttämään pro gradu -tason lähteitä, koska tietyistä aineiston kannalta olennaisista asioista (esim. puheterapeuttien alueellinen jakautuminen) ei ole ollut saatavilla suomalaista tutkimusta. Tästä huolimatta tutkielmassa on kyetty tuomaan monipuolisesti eri tutkimusten näkökulmia esiin ja näin onnistuttu melko hyvin luotettavuudessa myös esitetyn teorian osalta. Johtopäätökset sisältävät luonnollisesti tutkielman laatijan omia tulkintoja, mutta ne on pyritty pohjaamaan käytettävissä olevaan teorian tietoon mahdollisimman hyvin.

## 5.6 Lopuksi

Monet kielellisen erityisvaikeuden kielteiset seuraukset voitaisiin välttää riittävän varhain aloitetulla ja kattavalla tuella ja näin toimien oltaisiin myös kustannustehokkaita (Asikainen, 2005). Kustannustehokkuuden ja resurssien viisaan jakamisen näkökulmasta olisi erittäin tärkeää, että neuvolat, päivähoito ja puheterapeutit tekisivät paikallisesti ja alueellisesti enemmän yhteistyötä kuin tämän tutkielman tulosten valossa näyttäisi olleen tehty vuonna 2011. Tuleva sosiaali- ja terveydenhuoltoalan muutos herättää luonnollisesti huolta siitä, miten palvelujen saatavuus voidaan turvata jatkossa. Palvelujen saatavuus puheterapian osalta ei jakautunut täysin tasapuolisesti alueellisesti eikä kuntakoon mukaan tarkasteltuna tämän tutkielman valossa.

Kielellisen erityisvaikeuden seulonta toteutui pienissä kunnissa keskimäärin paremmin kuin suurissa kunnissa. Tähän syynä saattaisi olla se, että pienessä kunnassa puheterapeutti vastaa laajemmasta osaamisalasta kuin suuren kunnan puheterapeutti eikä suuren kunnan puheterapeutti näin ollen välttämättä tunne seulonnan tilaa yhtä hyvin. Toisaalta suuressa kunnassa taloudelliset resurssit saattavat ohjata palvelujen rajaamiseen tiukemmin. Yksityisten puheterapeuttien saatavuus voi olla suuressa kunnassa helpompaa ja osa asiakkaista ohjautuu heille. Alueellisesti eroja oli esimerkiksi siinä, saattoiko vanhempi pyytää suoraan puheterapeutilta lapselleen arviointia vai ei. Oulun läänissä näin tapahtui eniten, Lapin läänissä ei ollenkaan. Alueellista eroa oli myös erikoissairaanhoidon lähettämässä ja siinä, mitä arviointeja lapselle tuli olla tehtynä ennen lähettämistä. Muun muassa Oulun läänissä ei ollut tarpeen tehdä psykologin arviota, kun taas Etelä-Suomen läänissä psykologin arvio useimmiten vaadittiin.

Alueella oli tilastollinen yhteys siihen, toimiko kunnassa/ kuntayhtymässä moniammatillinen, lasten kehitykseen liittyviä asioita pohtiva työryhmä. Etelä-Suomen läänin kunnista/ kuntayhtymissä suurimmassa osassa oli tällainen työryhmä, mutta Itä-Suomen läänin alueella se oli paljon harvinaisempaa. Kuntakoolla oli työryhmän olemassaoloon tilastollisesti melkein merkitsevä yhteys. Työryhmään kuuluviin jäseniin liittyvät erot olivat enemmän yhteydessä alueeseen kuin kuntakokoon. Kuntakoolla oli tilastollisesti merkitsevä yhteys siihen, oliko lapsen puheterapialle määritelty enimmäiskäyntimäärä. Riski jäädä ilman puheterapiaa oli keskisuurissa kunnissa suurempi kuin pienissä ja suurissa kunnissa.

Kielellisen erityisvaikeuden tukitoimissa oli alueellista eroa siinä, oliko perheelle esimerkiksi tarjottu sopeutumisvalmennuskursseja vai ei. Oulun läänissä näitä ei tarjottu perheelle ollenkaan, kun taas Itä-Suomen läänissä vajaa puolet puheterapeuteista vastasi niitä tarjottavan perheelle. Kuntakoon mukaista eroa oli siinä, oliko lapsella mahdollisuus päiväkotiin, mikäli hänellä epäiltiin kielellistä erityisvaikeutta. Keskisuurissa kunnissa tämä toteutui hyvin, kun taas suurissa ei.

Kuten aikaisemmin kohonneen verenpaineen käypä hoito -suosituksen vaikuttavuutta, käyttöä ja tuntemusta tutkittaessa (Alanen ym., 2007), myös tässä tutkielmassa voidaan todeta suosituksen tuntemisen olevan hyvää ja edelleen klinisen työn käytäntöjen vaihtelevan suuresti. Tässä tutkielmassa Käypä hoito -suositus toteutui pääosin paremmin pienissä kuin suuremmissa kunnissa. Tulos poikkeaa aikaisemmasta tutkimuksesta, jossa kohonneen verenpaineen käypä hoito -suosituksen on todettu toteutuvan pienissä terveyskeskuksissa kaikkein heikoiten (Alanen ym., 2007). Alanen ym. (2007) ajattelivat suurten ja pienten terveyskeskusten välisten erojen suosituksen noudattamisessa johtuvan siitä, että isot terveyskeskukset ovat useimmiten aktiivisia ja niissä on suurempi tarve moniammatilliselle yhteistyölle. Lisäksi suuremmissa terveyskeskuksissa on enemmän aikaa yhteiselle keskustelulle ja rakenne on hallitumpi, jolloin tiedon suuntaaminen on myös helpompaa. Toisaalta taas pienissä terveyskeskuksissa on vähemmän virallista päätöksentekoa, dokumentoituja päätöksiä ja siksi myös suositukset unohtuvat helpommin. Tulosten välistä eroa saattaisi selittää se, että aikaisempi tutkimus kosketti terveyskeskusten hoitajien työskentelyä ja käsissä oleva tutkielma neuvoloiden ja puheterapeutin työtä. Terveyskeskuksessa työskentelee useampi hoitaja, mutta puheterapeutteja usein vain yksi. Kun kaikki vastuu työstä on vain yhdellä ihmisellä, on tiedon hyväksikäyttö hänestä itsestään kiinni, kun taas useamman työntekijän ollessa kyseessä tiedon hyväksikäyttö ja käytäntöön pano vaatii yhteistä keskustelua ja sopimista.

Käypä hoito -suositusten implemointia suunniteltaessa apuna voitaisiin käyttää esimerkiksi tarkistuslistaa (Cochrane effective practice and organisation of care review group (EPOC) data collection checklist, 2002), joka helpottaisi suositusten käyttöön ottoa. Tarkistuslistassa on jaoteltuna erikseen ammatilliset, organisaationaaliset, taloudelliset ja sääntöihin liittyvät interventiot. Aikaisemmissa tutkimuksissa on osoitettu, että passiivisena tiedon vastaanottajana olo ei edistä suositusten mukaisten käytäntöjen toimeenpanoa, joten keskusteleva, moniammatillinen yhteistyö olisi tämänkin perusteella suositeltavaa. Yhteistyöllä saataisiin poistettua myös päällekkäistä

työtä ja yksilöllinen tuki mahdollistuisi tasapuolisemmin kaikille lapsille, joilla epäillään kielellistä erityisvaikeutta. Myös kansallista puheterapeuttien ja neuvoloiden ohjausta voisi olla enemmän, jotta käytännöt olisivat yhtenäisempiä koko Suomessa. Vuonna 2017 julkaistussa ”Terveystarkastukset lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa” -menetelmäkäsikirjassa (Mäki, Wikström, Hakulinen & Laatikainen, 2017) määräämälliset terveystarkastukset on esitetty tehtäväksi lapselle vuosittain ikävuosien 2 – 5 välillä. Näistä laaja terveystarkastus olisi neljävuotiaana. Menetelmäkäsikirjassa Lene esitetään vuosittain käytettäväksi ja viisivuotiaana lapselle tehtäisiin kielellisen kehityksen seuraamiseksi Lumiukko -puheseula. Tutkimustiedon valossa olisi perusteltua teettää lapsella kaksivuotiaana Sanaseula -testi, mikäli vanhemmat ovat huolestuneita lapsen kielen kehityksestä. Lisäksi suositeltavaa olisi tehdä Kettu -testi kolmivuotiaana ja näin saattaa käytäntö jo ollakin päivähoidon puolella.

Käypä hoito -suositus (2010) toteutui melko hyvin niin seulonnan, kuntoutuksen kuin tukitoimienkin osalta, mutta kuntakoolla ja alueella oli jonkin verran yhteyttä toteutumiseen ja kliinisen työn käytäntöihin. Erot saattavat selittyä puheterapeuttien alueellisella sijoittumisella (ks. Kangas 2011). Puheterapeuttien koulutuspaikkojen määrä on hieman kasvanut vuoden 2011 jälkeen ja työssä olevia puheterapeutteja on aikaisempaa enemmän. Mielenkiintoista olisikin tehdä uusi kyselytutkimus nyt ja verrata saatavia tuloksia tämän tutkielman tuloksiin.

Jatkossa seulontaa koskevat kysymykset olisi järkevää esittää neuvolan terveydenhoitajalle, jotka luotettavammin osaavat vastata sitä koskeviin kysymyksiin. Kuntoutukseen ja tukitoimiin liittyen kysymykset voitaisiin edelleen esittää puheterapeuteille.

## LÄHTEET

- Ahonen, T. & Rautakoski, P. (2007). Kielelliset vaikeudet ja niiden pitkäaikaisvaikutukset. Teoksessa T. Aro, T. Siiskonen & T. Ahonen (toim.), *Ymmärsinkö oikein? Kielelliset vaikeudet nuoruusiässä*. Jyväskylä: PS-kustannus, 18 – 34.
- Ahonen, T. Seulonta ja kielellisten erityisvaikeuksien varhainen toteaminen. *KÄYPÄ HOITO -suositus*. 2010.  
<<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/nix01469>>  
[viitattu 5.12.2010]
- Alanen, S.I., Johannala-Kemppainen, R., Ijäs, J.J., Kaila, M., Klockars, M., Mäkelä, M. & Välimäki, M.A. (2007). Evaluation of current care effectiveness: A survey hypertension guideline implementation in Finnish health centres. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25, 232 – 236.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Archibald, L. & Gathercole, S. (2006). Visuospatial immediate memory in specific language impairment. *Journal of Speech-Language and Hearing Research*, 49, 265 – 277.
- Asikainen M. (2005). *Diagnosing specific language impairment*. Academic dissertation, University of Tampere, Finland, Acta Electronica Universitatis Tamperensis.
- Aunola, K., Barman, S., Isosaari, T., Tuomi, E. & Nurmi, J-E. (2001). Neuvolan 5-vuotistarkastus kouluvaikeuksien ennustajana. *Psykologia*, 6, 419 – 428.
- Barry, J. G., Yasin, J., & Bishop, D.V.M. (2007). Heritable risk factors associated with language impairments. *Genes, Brain and Behavior*, 6, 66 – 76.
- Bates E (1999): Language and the infant brain. *Journal of Communication Disorders*, 32, 195 – 205.
- Beitchman, J.H., Nair, R., Clegg M. & Patel, P.G. (1986). Prevalence of speech and language disorders in 5-year-old kindergarten children in the Ottawa-Carleton region. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 51, 98 – 110.
- Beitchman, J. H., Wilson, B., Johnson, C. J., Atkinson, L., Young, A., Adlaf, E. & Douglas, L. (2001). Fourteen-year follow-up of speech/language-impaired and control children: Psychiatric outcome. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 75 – 82.
- Bishop, D. V. (2003). Genetic and environmental risks for specific language impairment in children. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 6751, 5143 – 5157.
- Bishop, D. V. M. (2006). What causes specific language impairment in children? *Current Directions in Psychological Science*, 15, 217–221.

- Bishop, D. V. M. (2014). Ten questions about terminology for children with unexplained language problems. *International journal of speech, language and communication disorders*, 49, 381 – 397. <http://dx.doi.org/10.1111/1460-6948.12101>.
- Bishop, D. V. M. & Snowling, M. J. (2004). Developmental Dyslexia and Specific Language Impairment: Same or Different? *Psychological Bulletin*, 130, 858 – 886. DOI: 10.1037/0033-2909.130.6.858
- Breimaier, H. E., Halfens, R. J.G., Wilborn, D., Meesterberends, E., Haase Nielsen, G. & Lohrmann, C. (2013). Implementation interventions used in nursing homes and hospitals: A descriptive, comparative study between Austria, German and the Netherlands. *ISRN Nursing*. doi:10.1155/2013/706054
- Cochrane effective practice and organisation of care review group (EPOC). (2010) Data collection checklist. <http://methods.cochrane.org/sites/methods.cochrane.org.bias/files/public/uploads/EPOC%20Data%20Collection%20Checklist.pdf> [viitattu 27.5.2018]
- Conti-Ramsden, G. & Botting, N. (1999). Classification of children with specific language impairment: longitudinal considerations. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 42, 1195 – 1204.
- Conti-Ramsden, G., Mok, P., Pickles, A. & Durkin, K. (2013). Adolescents with a history of specific language impairment (SLI): Strengths and difficulties in social, emotional and behavioral functioning. *Research in developmental disabilities*, 34, 4161 – 4169. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2013.08.043>.
- Conti-Ramsden, G. & Durkin, K. (2015). What factor influence language impairment? Considering resilience as well as risk. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 67, 293 – 299. <http://dx.doi.org/10.1159/000444750>.
- Conti-Ramsden, G., Botting, N., Simkin, Z. & Knox, E. Follow-up of children attending infant language units: outcomes at 11 years of age. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 36, 207 – 219.
- Duff, F. J., Nation, K., Plunkett, K. & Bishop, D. V. M. (2015). Early prediction of language and literacy problems: is 18 months too early? *PeerJ* 3:e 1098. doi: 10.7717/peerj.1098
- Eichenbaum, H. & Cohen, N. J. (2001). *From conditioning to conscious recollection: memory systems of brain*. New York: Oxford University Press.
- Ervast, L. & Leppänen, P. H. T. (2010). Kielellinen erityisvaikeus. Teoksessa P. Korpilahti, O. Aaltonen & M. Laine (toim.), *Kieli ja aivot*. Turun yliopisto: Kognitiivisen neurotieteen tutkimuskeskus, 213 – 221.
- Evans, J. L., Saffran, J. R. & Robe-Torres, K. (2009). Statistical learning in children with specific language impairment. *Journal of speech, language and hearing research*, 52, 321 – 335.
- Flax, J. F., Realpe-Bonilla, T., Hirsch, L. s., Brzustowicz, L. M., Bartlett, C. W. & Tallal, P. (2003). Specific language impairments in families: Evidence for co-



occurrence with reading impairments. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 46, 530 – 543.

Fletcher, P. (1999). Specific language impairment. Teoksessa Martyn Barrett (toim.), *The development of language*. New York: Psychology Press, 349 – 371.

Gabriel A, Maillart C, Stefaniak N, Lejeune C, Desmottes L, Meulemans T. Procedural learning in specific language impairment: effects of sequence complexity. *J Int Neuropsychol Soc*. 2013 Mar;19(3):264-71. doi: 10.1017/S1355617712001270

Ghassabian, A., Rescorla, L., Henrichs, J., Jaddoe, V. W., Verhulst, F. C., Tiemeier, H. Early lexical development and risk of verbal and nonverbal cognitive delay at school age. *Acta Paediatrica*, 103, 70 – 80. doi: 10.1111/apa.12449.

*HALI - kolmivuotiaiden lasten kehityksen arviointimenetelmä*

<[http://www.nokiankaupunki.fi/palvelut/kasvatus\\_ja\\_opetus/varhaiskasvatus/hali\\_ja\\_kehu/hali/](http://www.nokiankaupunki.fi/palvelut/kasvatus_ja_opetus/varhaiskasvatus/hali_ja_kehu/hali/)> [viitattu 5.12.2010]

Handley, R. D., Radley, K. C. & Lum, J. D. K. (2016). Promoting social communication in a child with specific language impairment. *Communication Disorders Quarterly*, 37, 199 – 210.

Hannus, S., Kauppila, T. & Launonen, K. (2009). Increasing prevalence of specific language impairment (SLI) in primary healthcare of a Finnish town, 1989-99. *International Journal of language and Communication Disorders*, 44, 79 – 97.

Hansson, K., Nettelbladt, U. & Leonard, L. B. (2000) Specific Language Impairment in Swedish: The Status of Verb Morphology and Word Order. *Journal of Speech, Language & Hearing Research*, 43, 848 – 864.

Heikkilä, T. (2014). Tilastollinen tutkimus. Edita Publishing Oy. 9. painos.

Helland, W. A. & Helland, T. (2017). Emotional and behavioural needs in children with specific language impairment and in children with autism spectrum disorder: The importance of pragmatic language impairment. *Research in developmental disabilities*, 70, 33 – 39.

Honkakorpi, P. (2015). ”Raskas työ mutta hirveen palkitsevaa” – Puheterapeuttien työssä jaksaminen ja siihen vaikuttavat tekijät. Pro gradu -tutkielma. Tampere: Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö.

Hyytiäinen-Ruokokoski, U. (2001). *Diagnoosina dysfasia.; Opas kielihäiriöisen lapsen vanhemmille*. Afasia- ja dysfasialiitto ry. Turku: Kelan Kuntoutuksen palveluyksikön kirjapaino.

IQWiG. 2009. Screening for specific developmental disorders of speech and language in children. Käännös saksankielisen raportin yhteenvedosta. Alkuperäinen raportti: “Früherkennunguntersuchung auf umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache”. IQWiG Reports - Commission No. S06-01. <[https://www.iqwig.de/download/S06-01\\_Executive\\_summary\\_Screening\\_for\\_specific\\_developmental\\_disorders\\_of\\_speech\\_and\\_language\\_in\\_children.pdf](https://www.iqwig.de/download/S06-01_Executive_summary_Screening_for_specific_developmental_disorders_of_speech_and_language_in_children.pdf)> [viitattu 5.12.2010]

Järnefelt, K., Koskimäki, L., Helenius, R., Luhtalampi, K. & Mäkinen, S. 1999. *KEHU! Viisivuotiaan lapsen kehityksen arviointi neuvolassa ja päiväkodissa*. Nokian kaupunki. Sosiaali- ja terveystoimen julkaisu 1999. Nokian kaupungin keskusmonistamo.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. (2011). *Kuntoutuksen perusteet: Näkökulmia kuntoutukseen ja kuntoutustieteeseen*. Helsinki: WSOYpro.

Kaikkonen R, Murto J, Pentala O, Koskela T, Virtala E, Härkänen T, Koskenniemi T, Ahonen J, Vartiainen E & Koskinen S. *Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen perustulokset 2010-2015*. Verkkojulkaisu: [www.thl.fi/ath](http://www.thl.fi/ath)

Kaikkonen R, Mäki P, Hakulinen-Viitanen T, Markkula J, Wikström K, Ovaskainen M-L, Virtanen S, Laatikainen T (toim.). *Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot. Raportti 16/2012*. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.

Kangas, M. (2011). *Puheterapeuttien alueellinen sijoittuminen Suomessa*. Pro gradu -tutkielma. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto.

Karoly, L. A., Kilburn, M. R., & Cannon, J. S. (2005). *Early childhood interventions: Proven results, future promise*. Santa Monica, CA: RAND Corporation. viitattu 29.4.2018]. Saatavissa: [http://www.rand.org/pubs/monographs/2005/RAND\\_MG341.pdf](http://www.rand.org/pubs/monographs/2005/RAND_MG341.pdf).

*KEHU – viisivuotiaan lapsen arviointimenetelmä*. Saatavissa: [http://www.nokiankaupunki.fi/palvelut/kasvatus\\_ja\\_opetus/varhaiskasvatus/hali\\_ja\\_kehu/kehu/](http://www.nokiankaupunki.fi/palvelut/kasvatus_ja_opetus/varhaiskasvatus/hali_ja_kehu/kehu/) [viitattu 5.12.2010]

Kemeny, F. & Lukacks, A. (2009). Impaired procedural learning in language impairment: Results from probabilistic categorization. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 32, 249 – 258. doi: 10.1080/13803390902971131

KKRL 566/2005, Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050566> [viitattu 29.4.2018]

Kojo, T. (2012). *HALI -JA KEHU-arviointimenetelmät lapsen kehityksellisten ongelmien tunnistamisessa*. Pro gradu -tutkielma. Tampere: Psykologian laitos.

Komulainen, J. (27.4.2010) *SLI:n diagnostiset kriteerit WHO:n ja suomalaisessa ICD-10-luokituksessa*. Suomalainen Terveyskirjasto Duodecim. <[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=nix01570#R1](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix01570#R1)> [viitattu 23.6.2016]

Korkman, M. (2002). Kielelliset erityisvaikeudet. Teoksessa Heikki Lyytinen, Timo Ahonen, Tapio Korhonen, Maarit Korkman & Tytti Riita (toim.), *Oppimisvaikeudet. Neuropsykologinen näkökulma*. Helsinki: WSOY, 95 – 126.

Korpilahti, P. & Eilomaa, P. (2014). *Kettu – 3-vuotiaan puheen ja kielen arviointimenetelmä*. Helsinki: Language and Communication Care Oy.

Korpilahti P., Kaljonen, A. & Jansson-Verkasalo, E. (2016). Population-based screening for language delay: Let's talk STEPS study. *Psychology*, 7, 205 – 214.

Korpilahti, P. (2014). *LUMIUKKO – 5-vuotiaan puheseula. Laajennettu lasten viisivuotistutkimus*. Helsinki: Language and Communication Care Oy.

Kuronen, R., Jallinoja, P. & Patja, K. (2011). Use of and attitudes toward current care guidelines among primary and secondary care nurses in Finland. *Clinical Nursing Research, 20*, 310 – 325.

*KÄYPÄ HOITO -suositus*. (2010). Lasten ja nuorten kielellinen erityisvaikeus (dysfasia). <<http://www.kaypahoito.fi/khhaku/PrintArticle?tunnus=hoi50085>> [viitattu 7.1.2012]

Laakso, M-L., Eklund, K. & Poikkeus, A-M. (2011). *ESIKKO – Lapsen esikielellisen kommunikaation ja kielen ensikartoitus*. Jyväskylä: Niilo Mäki Instituutti.

Lai, C.S., Fisher, S. E., Hurst, J. A. ym. (2001) A forkhead-domain gene is mutated in a severe speech and language disorder. *Nature, 413*, 519 – 523.

Law, J., Rush, R., Anandan, C., Cox, M. & Wood, R. Predicting language change between 3 and 5 years and its implications for early identification. *Pediatrics, 130*, 132 – 137. doi: 10.1542/peds.2011-1673.

Lee, & Tomblin, (2015). Procedural Learning and Individual Differences in Language. *Language Learning and Development, 11*, 215 – 236. doi:10.1080/15475441.2014.904168

Leonard, L., Eyer, J., Bedore, L., & Grela, B. (1997). Three accounts of the grammatical morpheme difficulties of English-speaking children with specific language impairment. *Journal of Speech, Language and Hearing Research, 40*, 741 – 753.

Locke, J. L. (1996). Why do infants begin to talk? *Journal of Child Language, 23*, 251 – 268.

Lounais-Suomen aluehallintovirasto. (2015). Pepa 2015 LSAVI. Nuorisotyö: Johtopäätökset ja toimenpide-ehdotukset. <<http://www.patio.fi/web/pepa-2015-lsavi/johtopaatos7>> [viitattu 27.5.2018]

Luinge, M. R., Post, W. J., Wit, H. P. & Goorhuis-Brouwer, S. M. (2006). The ordering of milestones in language development for children from 1 to 6 years of age. *Journal of Speech, Language and Hearing Research, 117*, 298 – 319.

Lum, J. A. G., & Bleses, D. (2012). Declarative and procedural memory in Danish speaking children with specific language impairment. *Journal of Communication Disorders, 45*, 46 – 58.

Lum, J. A. G., Conti-Ramsden, G., Morgan, A. T., & Ullman, M. T. (2014). Procedural learning deficits in specific language impairment (SLI): A meta-analysis of serial reaction time task performance, *Cortex, 51*, 1 – 10.

Lum, J. A. G., Conti-Ramsden, G., Page, D., & Ullman, M. T. (2012). Working, declarative and procedural memory in specific language impairment. *Cortex, 48*, 1138 – 1154.

Lum, J. A. G., Gelgec, C., & Conti-Ramsden, G. (2010). Procedural and declarative memory in children with and without specific language impairment. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 45, 96–107.

Lyytinen, P. (1999). *MCDI - Varhaisen kommunikaation ja kielen kehityksen arviointimenetelmä*. Jyväskylä: Niilo Mäki Instituutti.

Mainela-Arnold, E. & Evans, J. L. (2012). Child-wise variables? *International Journal of Language & Communication Disorders*. DOI: 10.1111/j.1460-6984.2011.00080.x

Mainela- Arnold & Evans, (2014). Do statistical segmentation abilities predict lexical-phonological and lexical-semantic abilities in children with and without SLI? *Journal of Child Language*, 41, 327 – 351. doi: 10.1017/S0305000912000736.

Mainela-Arnold, Evans & Coady, (2010). Beyond Capacity Limitations II: Effects of lexical processes on word recall in verbal working memory tasks in children with and without specific language impairment. *Journal of Speech, Language & Hearing Research*, 53, 1656 – 1672.

Maja, J. & Simola, S. (2004). *5-vuotisarviointi KEHU! ensimmäisen luokan koulutaitojen ja kehityksen ennustajana*. Pro gradu - tutkielma. Tampereen yliopisto: Psykologian laitos.

Marttinen, M., Ahonen, T., Aro, T. & Siiskonen, T. (2001). Kielen kehityksen erityisvaikeus. Teoksessa Timo Ahonen, Tiina Siiskonen & Tuija Aro (toim.), *Sanat sekaisin? Kielelliset oppimisvaikeudet ja opetus kouluikässä*. Jyväskylä: PS-Kustannus, 19 – 32.

Majorano, M. & Lavelli, M. (2014). Maternal input to children with specific language impairment during shared book reading: Is mothers' language in tune with their children's production? *International Journal of Language and Communication Disorders*, 49, 204 – 212

Marton, K., Kovi, Z. & Egri, T. (2018). Is interference control in children with specific language impairment similar to that of children with autistic spectrum disorder? *Research in Developmental Disabilities*, 72, 179 – 190.

McArthur, G. M., Hogben, J. H., Edwards, W.T., Heath, S. M. & Mengler, E. D. (2000). On the “specifics” of specific reading disability and specific language impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 869 – 874.

McGregor, K. K., Friedman, R. M., Reilly, R. M. & Newman, R. M. (2002): Semantic representation and naming in young children. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 45, 332 – 346.

Mercy, J. A. & Saul, J. (2009). Creating a healthier future through early interventions for children. *JAMA*, 3, 2262 - 2264. doi: 10.1001/jama.2009.803.

Metsämuuronen, J. (2008). *Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä*. Vaajakoski; Gummerus Kirjapaino Oy.

- Miettinen, L., Heikkinen, E., Juhala, S., Suvanto, A., Vikkula, L. & Vuorio, E. (2016). *Kielellisen erityisvaikeuden kuntoutus – Hyvät puheterapiakäytännöt*. Suomen Puheterapeuttiliitto ry. <http://www.puheterapeuttiliitto.fi/binary/file/-/id/107/fid/1318/> [viitattu 11.5.2018]
- Mäki, P., Wikström, K., Hakulinen, T. & Laatikainen, T. (2017). Terveystarkastukset lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa: Menetelmäkäsikirja. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos: opas 14.
- Määttä, S., Laakso, M. L., Tolvanen, A., Ahonen, T. & Aro, T. (2012). Developmental trajectories of early communication skills. *Journal of Speech, Language and Hearing Research, 4*, 1083 – 1096. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22232414>> [viitattu 12.5.2018]
- Nelson H. D., Nygren, P., Walker, M. & Panoscha, R. (2006). Screening for speech and language delay in preschool children: Systematic evidence review for the US preventive services task force. *Pediatrics, 117*, 298 – 318.
- Osman, D.M., Shohdi, S. & Aziz, A.A. (2011). Pragmatic difficulties in children with specific language impairment. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 75*, 171 – 176.
- Park, J., Miller, C. A., Mainela-Arnold, E. (2015). Processing Speed Measures as Clinical Markers for Children With Language Impairment. *Journal of Speech Language and Hearing Research, 58*, 954 – 960. doi: 10.1044/2015\_JSLHR-L-14-0092.
- Park, J., Miller, C. A., Rosenbaum, D. A., Sanjeevan, T., van Hell, J. G., Weiss, D. J., Mainela-Arnold, E. (2018). Bilingualism and Procedural Learning in Typically Developing Children and Children With Language Impairment. *Journal of Speech, Language and Hearing Research, 61*, 634 – 644. doi: 10.1044/2017\_JSLHR-L-16-0409.
- Perusopetuslaki 628/1998. <<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1998/19980628>> [viitattu 27.5.2018]
- Plante, E. (1998). Criteria for SLI: the Stark and Tallal legacy and beyond. *Journal of Speech, Language and Hearing Research, 41*, 951 – 957.
- Pratt, C., Botting, N. & Conti-Ramsden, G. (2006). Characteristics and concerns of mothers of adolescents with SLI. *Child Language Teaching and Therapy, 22*, 177 – 196.
- Ramey, C. T. & Ramey, S. L. (1998). Early intervention and early experience. *American Psychologist, 53*, 109-120.
- Rantala, S-L., Asikainen, M. & Voutilainen, A. (2004). Puheen ja kielellisen kehityksen vaikeudet. Teoksessa Matti Sillanpää, Eila Herrgård, Matti Iivanainen, Matti Koivikko ja Heikki Rantala (toim.), *Lastenneurologia*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 232 – 240.
- Rescorla, L. (2005). Age 13 language and reading outcomes in late-talking toddlers. *Journal of Speech, Language and Hearing Research, 48*, 459 – 472.

- Rimpelä, M., Rigoff, A-M., Wiss, K. & Hakulinen-Viitanen, T. (2006). Seulontatutkimukset 3 –7-vuotiaiden lasten terveystarkastuksissa. *Stakesin työpapereita 17/2006*. Valopaino Oy.
- Roddam, H. & Skeat, J. (2010). *Embedding evidence based practice in speech and language therapy: International examples*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Rutter, M. (2008). Diagnostic concepts and risk processes. Teoksessa C. F Norbury, J. B. Tomblin & D. V. M. Bishop (toim.), *Understanding developmental language disorders. From theory to practice*. East Sussex: Psychology Press, 204 – 215.
- Savolainen, T. (toim.) (2017). *Puheterapianimikkeistö*. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Sellman, J. (2010). Näyttöön perustuva puheterapia – uhka vai mahdollisuus? *Puheterapeutti 1/2010*, 8 – 11.
- Sellman, J. & Tykkyläinen, T. (2017). *Puheterapia*. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Vastapaino.
- Shevell, M., Majnemer, A., Webster, R. Platt, R.W. & Birnbaum, R. (2005). Outcomes at school age of preschool children with developmental language impairment. *Pediatrica Neurologica*, 32, 264 – 269.
- Smith-Lock, K., Leitao, S., Lambert, L. & Nickels, L. (2013). Effective intervention for expressive grammar in children with specific language impairment. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 48 (3), 265 – 282.
- Smith-Lock, K. (2014). Rule-based learning of regular past tense in children with specific language impairment, *Cognitive Neuropsychology*, 32, 221 – 242, DOI: 10.1080/02643294.2014.951610
- Smith-Lock, K., Leitão, S., Prior, P. & Nickels, L. (2015). The effectiveness of two grammar treatment procedures for children with SLI: A randomized clinical trial. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*, 46, 312 – 324.
- Smolík, F. & Vávru, P. (2014) Sentence imitation as a marker of SLI in Czech: Disproportionate impairment of verbs and clitics. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 57, 837 – 849.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2004). Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. *Oppaita 2004:14*. Helsinki.
- Stolt, S., Lehtihalmes, M., Heikkola, L. M. & Kunnari, S. (2011). Lasten ja nuorten puheen ja kielen arviointi ja mittaaminen: puheen ja kielen tutkimuksen päivät Helsingissä 31.3.-1.4.2011. Puheen ja kielen tutkimuksen yhdistys.
- Stolt, S., Lind, A., Matomäki, J., Haataja, L., Lapinleimu, H. & Lehtonen, L. (2016). Do the early development of receptive and expressive lexicon and gestures predict language skills at 5;0 in prematurely born very-low-birth-weight children? *Journal of Communication Disorders*, 61, 16 – 28.

Stolt, S. & Vehkavuori, S-M. (2018). *Sanaseula – MacArthur-Bates Communicative Development Inventories -arviointimenetelmän lyhyt, suomalainen versio*. Niilo Mäki Instituutti.

Sunela, M. (2009). *Psykologin tekemät ikäkausitarkastukset perusterveydenhuollossa. Psykologin tarkastukset samalle ikäluokalle pohjalaisessa terveystuntayhtymässä kaksi -ja kuusivuotiaina, sekä yhdeksännellä luokalla*. Lisensiaatintutkimus. Tampereen yliopisto: Psykologian laitos.

Suomela-Markkanen, T. & Peltonen, R. (2016). Kuntoutussuunnitelma. Teoksessa: Ilona Autti-Rämö, Anna-Liisa Salminen, Marketta Rajavaara & Aarne Ylinen (toim.) *Kuntoutuminen*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 247 – 262.

Suomen Puheterapeuttiliitto ry:n täydennys lausuntoon Perusopetuslain muuttamisesta (HE 109/2009 vp). 17.3.2010.

<<http://www.puheterapeuttiliitto.fi/binary/file/-/id/81/fid/564/>> [viitattu 23.6.2016]

Suomen virallinen tilasto (SVT): Erityisopetus [verkkojulkaisu].

ISSN=1799-1595. 2016. Helsinki: Tilastokeskus.

<[http://www.stat.fi/til/erop/2016/erop\\_2016\\_2017-06-13\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/erop/2016/erop_2016_2017-06-13_tie_001_fi.html)> [viitattu: 29.4.2018].

Suomen virallinen tilasto (SVT): Erityisopetus [verkkojulkaisu].

ISSN=1799-1595. 2011. Helsinki: Tilastokeskus.

<[http://www.stat.fi/til/erop/2011/erop\\_2011\\_2012-06-12\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/erop/2011/erop_2011_2012-06-12_tie_001_fi.html)> [viitattu: 29.4.2018].

Tallal, P., Townsend, J., Curtiss, S. ym. (1991). Phenotypic profiles of language-impaired children based on genetic/family history. *Brain and Language*, 41, 81 – 95.

Tallal, P., Hirsch, L. S., Realpe-Bonilla, T. ym (2001). Familial aggregation in specific language impairment. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 44, 1172 – 1182.

Tallal, P., Ross, R. & Curtiss, S. (1989). Familial aggregation in specific language impairment. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 54, 167 – 173.

Tautiluokitus ICD-10. (2011). Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. <<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085423>> [viitattu 11.5.2018]

Terveystieteidenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

<<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>> [viitattu 27.5.2018]

Theodorou, E., Kambanaross, M. & Grohmann, K. K. (2017). Sentence repetition as a tool for screening morphosyntactic abilities on bilingual children with SLI. *Frontiers in Psychology*, 8: 2104. doi: 10.3389/fpsyg.2017.02104

Tomblin, J.B., Records, N.L., Buckwalter, P., Zhang, X., Smith, E. & O'Brian, M. (1997). Prevalence of Specific Language Impairment in Kindergarten Children. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 40, 1245 – 1260.

Tomblin, J. B., Mainela-Arnold, E., & Zhang, X. (2007). Procedural learning in children with and without specific language impairment. *Language Learning and Development*, 3, 269 – 293.

Ullman, M. T., & Pierpont, E. I. (2005). Specific language impairment is not specific to language: The procedural deficit hypothesis. *Cortex*, 41, 399 – 433.

Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (380/2009).  
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090380#L2P9>> [viitattu 27.5.2018]

Valtonen, R., Mustonen, K. & työryhmä. (1999) *Lene – leikki-ikäisen lapsen neurologinen arvio*. Menetelmäkäsikirja. Jyväskylä: Niilo Mäki Instituutti.

Valtonen, R. 2009. *Kehityksen ja oppimisen ongelmien varhainen tunnistaminen Lene-arvioinnin avulla. Kehityksen ongelmien päällekkäisyys ja jatkuvuus 4-6vuotiailla sekä ongelmien yhteys koulusuoriutumiseen*. Jyväskylä studies in education, psychology and social research 357. Jyväskylän yliopisto.  
<<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/19890/9789513935382.pdf?sequence=1>> [viitattu 5.12.2010]

Vehkavuori, S-M. & Stolt, S. (2018). Screening language skills at 2;0. *Infant Behaviour and Development*, 50, 174 – 179. doi:10.1016/j.infbeh.2018.01.001

Wadman, R., Durkin, K. & Conti-Ramsden, G. (2011). Social stress in young people with specific language impairment. *Journal of Adolescence*, 34, 412 – 431.

Webster, R. I. & Shevell, M. I. (2004). Neurobiology of specific language impairment. *Journal of Child Neurology*, 19, 471 – 481.

Włodarczyk, E., Szkielkowska, A., Pilka, A. & Skarzynski, H. (2017). Assessment of cortical auditory evoked potentials in children with specific language impairment. *Otoralyngol Pol*, 72, 16 – 22.

Włodarczyk, E., Szkielkowska, A., Pilka, A. & Skarzynski, H. (2015). Evaluation of central auditory processing in children with Specific Language Impairment. *Otolaryngol Pol*, 69 22 – 28. DOI: 10.5604/00306657.1174224

Wong, A., Ho, C., Au, T., McBride, C., Ng, A., Yip, L. & Lam, C. (2016). Reading comprehension, working memory and higher-level language skills in children with SLI and/ or dyslexia. *Reading and writing*, 30, 337 – 361.





Käypä hoito

# Käypä hoito -suositus



Liite 1.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Foniatri ry:n ja Suomen Lastenneurologisen yhdistyksen asettama työryhmä

## Lasten ja nuorten kielellinen erityisvaikeus (dysfasia)

Käypä hoito -suositus perustuu systemaattisesti koottuun tutkimustietoon, jonka näytön aste, luotettavuus, arvioidaan alla olevan taulukon mukaan. Suositus on tarkoitettu tukemaan päätöksiä sekä kliinisissä tilanteissa että potilasryhmien hoitoa suunniteltaessa. Paikalliset versiot saattavat tarkentaa esim. sairaanhoitopiirin käytäntöä yksityiskohdissa.

Suositus ja näytönastekatsaukset päivitetään kolmen vuoden välein elektronisina, päivystiivistel-mät julkaistaan Duodecim-lehdessä.

Suosituksen kirjoittajien sidonnaisuudet näkyvät elektronisissa versioissa.

Kommentit ja kehittämisehdotukset voidaan lähettää Internetissä [www.kaypahoito.fi/](http://www.kaypahoito.fi/) palaute tai lähettämällä se osoitteeseen Käypä hoito, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, PL 713, 00101 Helsinki.

### NÄYTÖN VARMUUSASTEEN ILMOITTAMINEN KÄYPÄ HOITO -SUOSITUKSISSA

Koodi	Näytön aste	Selitys
A	Vahva tutkimusnäyttö	Useita menetelmällisesti tasokkaita <sup>1</sup> tutkimuksia, joiden tulokset samansuuntaiset
B	Kohtalainen tutkimusnäyttö	Ainakin yksi menetelmällisesti tasokas tutkimus tai useita kelvollisia <sup>2</sup> tutkimuksia
C	Niukka tutkimusnäyttö	Ainakin yksi kelvollinen tieteellinen tutkimus
D	Ei tutkimusnäyttöä	Asiantuntijoiden tulkinta (paras arvio) tiedosta, joka ei täytä tutkimukseen perustuvan näytön vaatimuksia

<sup>1</sup> Menetelmällisesti tasokas = vahva tutkimusasetelma (kontrolloitu koeasetelma tai hyvä epidemiologinen tutkimus), tutkittu väestö ja käytetty menetelmä soveltuvat perustaksi hoitosuosituksen kannanottoihin.

<sup>2</sup> Kelvollinen = täyttää vähimmäisvaatimukset tieteellisten menetelmien osalta; tutkittu väestö ja käytetty menetelmä soveltuvat perustaksi hoitosuosituksen kannanottoihin.

*Koko suositus näytönastekatsauksineen ja sähköisine taustamateriaaleineen on saatavissa osoitteessa [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi). PDF-versio sisältää suositustekstin, keskeiset taulukot ja kuvat sekä kirjallisuusviitteet tyypistetyssä muodossa.*

### VASTUUN RAJAUS

Käypä hoito -suositukset ovat parhaiden asiantuntijoiden laatimia yhteenvedoja yksittäisten sairauksien diagnostiikan ja hoidon vaikuttavuudesta. Ne eivät korvaa lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattilaisen omaa arviota yksittäisen potilaan parhaasta mahdollisesta diagnostiikasta ja hoidosta hoitopäätöksiä tehtäessä.

# Lasten ja nuorten kielellinen erityisvaikeus (dysfasia)

## Keskeinen sanoma

- Kielellinen erityisvaikeus (specific language impairment, SLI) on laaja-alaisesti toimintakykyyn, osallistumiseen ja vuorovaikutukseen vaikuttava ongelma.
- Puheen ymmärtämisen vaikeutta voi olla vaikea tunnistaa arjessa.
- Vaikka kielellinen erityisvaikeus on luotettavimmin diagnosoitavissa vasta neljän vuoden iästä lähtien, tukitoimenpiteet on aloitettava heti epäilyn herätessä.
- Diagnostiikka sekä kuntoutuksen ja muiden tukitoimenpiteiden suunnittelu edellyttävät moniammatillista yhteistyötä.
- Tärkeimmät ennustetta parantavat tekijät ovat
  - riittävä ja varhain aloitettu toimintakyvyn tukeminen arjessa
  - riittävä ja oikein ajoitettu kuntoutus sekä
  - kielellisen oppimisen ja toimintakyvyn puutteiden huomioon ottaminen koulussa.

## Aiheen rajaus

- Hoitosuositus koskee lasten ja nuorten (alle 18-vuotiaiden) kielellisen erityisvaikeuden
  - diagnosointia
  - kuntoutusta ja
  - muita tukitoimenpiteitä.
- Suosituksessa käsitellään myös varhaislapsuuden kielellisiä vaikeuksia, jotka eivät vielä ole luokiteltavissa erityisvaikeudeksi.
- Suosituksessa ei käsitellä älylliseen kehitysvammaisuuteen (ICD-10: F70–F79), monimuotoiseen kehityshäiriöön (ICD-10: F83) eikä autismitiloihin (ICD-10: F84) liittyvää kielellisen kehityksen häiriötä, mutta suositusta voidaan soveltaa myös näihin diagnosoitaviin kuuluvien lasten kuntoutuksessa.

## Tavoitteet

- Hoitosuosituksen tavoitteena on yhtenäistää lasten ja nuorten kielellisten erityisvaikeuksien diagnostiikka-, vaikeusasteluokittelu- ja kuntoutuskäytäntöä.

## Kohderyhmä

- Suosituksen kohderyhmänä ovat SLI-lasten ja -nuorten sekä heidän perheidensä kanssa työskentelevät tahot erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa.
- Suositus on tarkoitettu myös lasten perheiden ja heidän sidosryhmiensä kuten päiväkotien, koulujen sekä kunnallisten kuntoutustyöryhmien avuksi.

## Määritelmät

- Kielellinen erityisvaikeus (SLI):
  - Häiriö, jossa lapsen kielellinen toimintakyky ei kehity iän mukaisesti, vaikka näönvarainen päättely on ikätasoista.
  - Häiriö ei selity neurologisilla, aistitoimintojen, tunne-elämän tai ympäristötekijöiden (esimerkiksi merkittävät lapsen kasvuympäristöön ja vuorovaikutukseen liittyvät puutteet, monikielisyys) poikkeavuuksilla.
- Suomessa kielellistä erityisvaikeutta on aiemmin kutsuttu dysfasiaksi.

- Tässä suosituksessa käytetään kansainvälisen käytännön mukaista termiä kielellinen erityisvaikeus.

## Esiintyvyys ja oirekuva

- Lapsilla SLI:n esiintyvyydeksi on todettu diagnosointikriteerien mukaan vaihdelleen 1–7 % [1–5]. Kun lievät kielelliset erityisvaikeudet huomioidaan (ks. kohta Diagnostiikka), lieenee esiintyvyys noin 7 % [2].
- Puheen kehitys viivästyy jopa 19 %:lla lapsista [6].
- Pojilla kielellinen erityisvaikeus voi olla yleisempi kuin tytöillä [2, 7].
- Kielellinen erityisvaikeus on useimmiten luotettavimmin diagnosoitavissa leikki-ikässä (noin neljän vuoden iästä lähtien).
  - Yleinen oirekuva on viivästynyt tai poikkeava puheen ja kielen kehitys, joka ilmenee kielellisten ilmausten tuottamisessa tai ymmärtämisessä taikka molemmissa.
  - Pitkään jatkuva puheen epäselvyys on tavallista virheellisten ja muuntuneiden sanahahmojen, virheellisten ja puuttuvien taivutuspäätteiden ja sananlöytämistä vauvoiksi.
  - Ymmärtämistä vaikeuttaa on usein vaikea havaita arjessa. Se voi ilmetä levottomuutena, käyttöhäiriönä tai vetäytymisenä [8–11].
  - Ilmaisusta saattaa puuttua sisällön kannalta oleellisia sanoja, tai sanoja voi olla puheen ymmärrettävyyden kannalta liikkua.
- Ensi sanat voivat ilmaantua normaalin kehitysaikataulun mukaisesti, mutta aktiivisen sanavaraston lisääntyminen ja lausetasoinen puhe kehittyvät yleensä normaalia hitaammin [12–15].
- Lapsilla, joilla on ennen kouluikästä todettu kielellinen erityisvaikeus, on usein kouluikässä edelleen puutteellinen kielellinen toimintakyky [16–22]<sup>A</sup>.
  - Viiden vuoden iässä todetut kielelliset ja puheen ymmärtämisen vaikeudet ennustavat kielellisten vaikeuksien jatkumista sekä luetun ymmärtämisen ja muun op-

pimiskyvyn heikkoutta vielä 15 vuoden iässä [23–25].

- Iän myötä kielellisen erityisvaikeuden oirekuva muuttuu.
  - Puhe selkiytyy vähitellen ja jokapäiväisen kielen hallinta kehittyy, mutta pitkien, käsitteellisten ja monimutkaisten kuultujen ja luettujen lauseiden ymmärtäminen on ikään nähden vaikeaa.
  - Nämä lapset oppivat kouluikässäänkin uusia sanoja heikommin kuin normaalisti kehittyneet [12, 13, 23]<sup>B</sup>.
    - \* Jokapäiväisen kielen ulkopuolelle jäävän sanaston ja käsitteistön hallinnan puutteet korostuvat kouluikässä.
  - Kielellisen ymmärtämisen ja muistamisen vaikeus häiritsee kielellistä päättelyä. Kielellisen muistamisen vaikeus voi kouluikässä heijastua visuaalisen (näönvaraisen) päättelykyvyn kehittymiseen.
  - Kouluikässä saattaa ilmetä kielelliseen erityisvaikeuteen ja sen taustalla oleviin tekijöihin liittyen myös keskittymistä vaikeutta ja puutteita oman toiminnan ohjauksessa, kaverisuhteiden niukkuutta, vuorovaikutustaitojen puutteellista kehitystä ja tunne-elämän ongelmia [22, 26–28]<sup>B</sup>.
- SLI:n esiintyvyydestä lapsuuden jälkeen on niukasti tutkimustietoa.

## Vaikeusaste

- SLI:n vaikeusaste vaihtelee lievästä vaikeaan. Rajanveto vaikeusasteiden välillä ei ole yksiselitteistä.
  - Työryhmän näkemyksen mukaan kielellinen ongelma on vaikea, jos
    - \* kolme vuotta täyttänyt lapsi ei pysty ilmaisemaan itseään sanallisesti tai hänellä on huomattava kielellinen ymmärtämistä vaikeus taikka molemmat
    - \* kommunikoinnin vaikeudet häiritsevät lapsen mahdollisuuksia osallistua arjen vuorovaikutustilanteisiin ja oppia uutta
    - \* lapsi tarvitsee puhetta tukevia ja korvaavia kommunikaatiokeinoja lähes kaikissa tilanteissa.



- Samantasoiset kielelliset erityisvaikeudet haittaavat eri lapsia eri tavoin.
  - Lapsen kasvu- ja toimintaympäristön ai- kuiset voivat tukea lapsen oppimista ja selviytymistä.
  - Lapsi, jolla on hyvä kognitiivinen toi- mintakyky, saattaa pystyä päättämään lause- tai tilanneyhteyden perusteella esimerkiksi puutteellisesti kuulemiaan tai tunnistamia sanoja [20]. Työryh- män kokemuksen mukaan lapsi, jolla on hyvä kognitiivinen toimintakyky, voi silti kärsiä kielellisestä erityisvaikeudesta huomattavan paljon.

### Etiologia ja myötävaikuttavia tekijöitä

- Kaikkia SLI:tä aiheuttavia taustamekanis- meja ei vielä tunneta, mutta erityisvaikeu- den arvellaan johtuvan aivojen toimintahäi- riöstä [29, 30]. Aivojen toimintahäiriö joh- tune useimmiten perinnöllisten tekijöiden ja ympäristön yhteisvaikutuksesta [31–33].
  - Kaksos- ja perhetaustatutkimusten mu- kaan erityisvaikeuden syy näyttäisi ole- van valtaosassa geneettinen [7, 29, 31, 34–36].
  - Raskauteen, synnytykseen ja vastasynty- neisyyskauteen liittyvät ongelmat selit- tävät harvoin erityisvaikeutta [37]. Kie- lellisten ongelmien, luki- tai oppimisvai- keuksien ja puheen ja kielen viivästyneen kehityksen esiintyminen lähisuvussa li- säävät SLI:n riskiä lapsella, jonka puheen kehitys viivästyy [7, 18, 38, 39].
- Laajat etiologiset selvittelyt ovat tarpeen vain, jos epäillään älyllistä kehitysvammai- suutta tai spesifistä oireyhtymää.
- Kaksosten keskenään käyttämä, muille vai- keaselkoinen kommunikointi ”kaksoskie- lellä” (jargon) voi ennakoida pitkäaikaisia kielellisiä ongelmia [40]<sup>C</sup>.
- Kielellisen erityisvaikeuden aiheuttamaa haittaa voivat lisätä seuraavat tekijät (ole- matta etiologia tekijöitä):
  - Kaksi- tai monikielisyys
    - \* Useampi kotikieli saattaa lisätä SLI:n aiheuttamaa haittaa [41]<sup>C</sup>.
  - \* Riskitekijät, jotka ennustavat kielel- lisen kehityksen ongelmien suuruut- ta, näyttäisivät olevan pääosin samat yksi- ja kaksikielisillä lapsilla [42]<sup>B</sup>.
  - Melu
    - \* Melu vaikuttaa haitallisesti lapsen kielellisiin taitoihin ja oppimiseen [43–48]<sup>A</sup>.
  - Television ja videoiden katselu
    - \* Television katselu ilman aikuista, pitkä katseluaika ja ohjelman sisältö saattavat viivästyttää lapsen kielellistä kehitystä [49]<sup>C</sup>.
    - \* Pienen lapsen ja vanhemman yhtei- nen television katselu saattaa lisätä ei-kielellistä mutta vähentää kielellistä vuorovaikutusta [50]<sup>C</sup>.
    - \* Hyvin toteutettu televisio-ohjelma voi lisätä yli kolmivuotiaan lapsen yleis- tietoutta, sanojen ja numeroiden op- pimista ja mielikuvitusleikkejä [51]<sup>C</sup>.
- Puutteellinen perusturvallisuus tai riittä- mätön vanhemmuus [52–55].
- Toistuvilla välikorvatulehduksilla tai liima- korvataudilla on enintään vähäinen yhteys myöhempään kielelliseen kehitykseen tyy- pillisesti kehittyneillä lapsilla [56–60].
  - Vastaavia tutkimuksia ei ole tehty lap- silla, joilla on SLI. Ääniärsykkeiden sentraaliset johtumisnopeudet ja pro- sessointi on todettu varhaislapsuudessa runsaasti korvatulehduksia sairastaneilla 3–5 vuoden iässä hitaammiksi kuin niil- lä lapsilla, joilla ei ole esiintynyt korva- tulehduksia [61–64].
  - Varhaislapsuudessa toistuvia välikorva- tulehduksia sairastaneilla voi olla puheen tunnistamisen vaikeuksia melussa vielä seitsemän vuoden iässä [64]<sup>C</sup>.

### Seulonta

- Kielellisten ongelmien varhainen toteami- nen on varhaisen puuttumisen edellytys.
- Millään yksittäisellä testillä ei löydetä luo- tettavasti kielellistä erityisvaikeutta.
- Lapsen kielellisten taitojen kartoittaminen neuvolassa on jatkuva prosessi, joka perus- tuu lapsesta neuvolakäynnillä tehtyihin

havaintoihin sekä vanhemmilta ja päivähoi-  
dosta saatuihin tietoihin.

- Hyvin toimiessaan suomalainen neuvola- ja päivähoitojärjestelmä tarjoaa mielekkään seulon-  
taprosessin kuin yksittäinen seulon-  
tatesti.
- Vanhempien tai päivähoiton huoleen lap-  
sen kielellisestä kehityksestä on syytä suh-  
tautua vakavasti.
- Neuvolassa on tärkeää tunnistaa puheen  
kehityksen viive 2–2,5-vuotiaalla lapsella,  
mikä saattaa edellyttää ylimääräisiä neuvo-  
lakäyntejä.
- Kun johdonmukaisesti kerättyjen havain-  
tojen perusteella herää epäily, että lapsen  
kielellinen toimintakyky ei kehity ikätason  
mukaisesti, tulee lapsen tukitoimia tehostaa  
(ks. Internet-linkit Vuorotellen-opas <http://papunet.net/tietoa/fileadmin/muut/Esitteet/Vuorotellen.pdf>, Papunet-verkkopalveluyksikkö <http://papunet.net/tietoa/kommunikointikeinot.html>, Kommunikointi dysfaattisen lapsen kanssa. Ohjeita puheen ja kielen kehityksen tukemiseksi kotiooloissa [http://www.stroke.fi/files/176/kommunikointi\\_www.pdf](http://www.stroke.fi/files/176/kommunikointi_www.pdf) ja suosituksen sähköinen tausta-aineisto) ja ohjata lapsi tarkempaan arvioon.
- Ns. riskiperheiden lasten puheen ja kiel-  
len kehityksen ongelmien varhainen  
tunnistaminen on erittäin tärkeää. Riski-  
perheellä tarkoitetaan perhettä, jossa  
sisaruksilla tai vanhemmilla esiintyy kiel-  
lisiä tai puheen tuottamisen vaikeuksia  
tai oppimisvaikeuksia.

## Diagnosikriteerit

- Diagnostiikka perustuu ICD-10-tautiluoi-  
kituksen kriteereihin, jotka kuitenkin eroa-  
vat WHO:n alkuperäisessä luokituksessa ja  
suomalaisessa luokituksessa (ks. sähköinen  
tausta-aineisto).
- Puheen tuot<sup>EP</sup>on painottuva kielellinen  
erityisvaikeus (F80.1):
  - Puheentuottamistaidot mitattuina stan-  
dardoiduilla testeillä ovat lapsen iänmu-  
kaisen -2 SD rajan alapuolella. Tosin  
riittävän kattavaa tai laadukasta standar-  
doitua suomenkielistä testiä ei ole yleis-

sesti käytössä.

- Puheentuottamistaidot ovat vähintään  
yhden SD-yksikön verran ei-kielellisen  
älykkyydosamäärän alapuolella mitattui-  
na standardoiduilla testeillä.
- Puheenymmärtämistaidot mitattuina  
standardoiduilla testeillä ovat lapsen iän-  
mukaisten 2 SD rajojen sisällä.
- Ei-kielellisen viestinnän käyttö ja ym-  
märtäminen sekä mielikuvitukselliset  
kielelliset toiminnot ovat normaalivai-  
telun rajoissa.
- Ei todeta neurologista aisteihin liittyvää  
tai muuta ruumiillista vammaa, joka  
suoraan vaikuttaa puheen tuottamiseen,  
eikä laaja-alaista (autismikirjon) kehitys-  
häiriötä (F84).
- Ei-kielellinen älykkyydosamäärä ei ole  
alle 70 standardoidussa testissä.
- Puheen tuottoon painottuvaan erityisvai-  
keuteen (F80.1) sisällytetään myös ver-  
baalinen dyspraksia, jossa lapsen kyky  
ohjailla puheliikkeitä kehittyy huomatta-  
vasti ikäodotuksia hitaammin. Verbaaliseen  
dyspraksiaan liittyy usein vähintään lieviä  
puutteita kielellisessä toimintakyvyssä.  
Verbaalisen dyspraksian diagnostiikassa ei  
edellytetä yllä mainittujen hajontakriteerei-  
den täyttymistä.
- Puheen ymmärtämiseen painottuva kiel-  
ellinen erityisvaikeus (F80.2):
  - Puheen ymmärtäminen mitattuna stan-  
dardoiduilla testeillä on lapsen iänmu-  
kaisen -2 SD rajan alapuolella.
  - Puheenymmärtämistaidot ovat vähin-  
tään yhden SD-yksikön verran ei-kielel-  
lisen älykkyydosamäärän alapuolella mi-  
tattuna standardoiduilla testeillä.
  - Ei todeta neurologista, aisteihin liittyvää  
tai muuta ruumiillista vammaa, joka suo-  
raan vaikuttaa puheen ymmärtämiseen,  
eikä laaja-alaista (autismikirjon) kehitys-  
häiriötä (F84).
  - Ei-kielellinen älykkyydosamäärä ei ole  
alle 70 standardoidussa testissä.
- Huomiota on hyvä kiinnittää myös puheen  
ja kielen toimintamalliin. Jos malli on poik-  
keava (eikä vain aiemmille kehitysvaiheille  
ominainen) tai jos lapsen puhe tai kieli si-



- sältää laadullisesti poikkeavia piirteitä, kliinisesti merkittävä häiriö on todennäköinen.
- Jos puheen tai kielen häiriöön liittyy oppimis-, ihmissuhde- ja/tai tunne- tai käytöshäiriöitä, on harvoin kysymys normaali-variaatiosta.
  - Vaikeusastetta kuvaavista testituloksista on vähemmän apua vanhempien lasten diagnostiikassa. Näissä tapauksissa häiriön kulku on hyvä apuväline diagnostiikassa. Jos tämänhetkinen häiriö on lievä mutta aiemmin on esiintynyt puhetaitojen ja/tai puheen ymmärtämisen vaikeaa heikkoutta, on todennäköistä, että nykyinen toimintataso on kliinisesti merkittävän häiriön seuraus eikä normaalivariaatio.
  - Edellä mainittujen seikkojen perusteella työryhmä suosittelee diagnooseja F80.1 tai F80.2 myös silloin, kun asiantunteva moniammatillinen työryhmä toteaa kliinisesti merkittävän kielellisen erityisvaikeuden, vaikka suomalaisen ICD-10:n edellyttämät hajontakriteerit ( $-2$  SD) eivät täytyisikään.
  - Testituloksiin samoin kuin muihinkin lapsen kieltä ja kommunikaatiota koskeviin havaintoihin on aina suhtauduttava kriittisesti, ja tulosten tulkinta edellyttää hyvää perehtymistä kielihäiriöihin, arviointimenetelmiin ja niiden psykometriisiin ominaisuuksiin.
    - Testitulokset voivat vaihdella tutkimuskerrasta toiseen, ja korrelaatiot eri testien välillä ovat heikkoja [65–68]<sup>B</sup>.
    - Testien luotettavuutta ja käytettyjä standardointiaineistoja koskevat tiedot ovat tärkeitä testituloksia arvioitaessa.
    - Käytettäessä kriteerinä vähintään  $-1,25$  SD:n testitulosta, on kielellisen toimintakyvyn todettu voivan aiheuttaa häirtää oppimiseen ja toimintakykyyn [69–74].

## Diagnostiikka

- Diagnostiikka perustuu
  - moniammatillisen työryhmän (kielellisiin ongelmiin perehtynyt lääkäri, psykologi tai neuropsykologi, puheterapeutti sekä tarvittaessa myös toimintaterapeutti) tutkimuksiin
  - kielellisen erityisvaikeuden toteamiseen

6

(testitulokset ja kliininen arviointi)

- \* Mikään yksittäinen testipatteri ei luotettavasti löydä lasta, jolla on kielellinen erityisvaikeus [65–68]<sup>B</sup>.
- muiden hidasta puheen ja kielen kehittymistä aiheuttavien tekijöiden pois sulkemiseen (ks. kohta Erotusdiagnostiikka).
- Kielellinen erityisvaikeus on yleensä luotettavimmin diagnosoitavissa 4–6 vuoden iässä.
  - Ilmaisussa on 4–6 vuoden iässä havaittavissa runsaasti ns. poikkeavia, kielelliseen erityisvaikeuteen viittaavia piirteitä. Jokapäiväisen kielen hallinnan kehittyessä poikkeavat piirteet tyypillisesti vähenevät ja voivat hävitä kokonaankin.
  - Tässä iässä psykologin tutkimus antaa useimmiten jo riittävän luotettavat tulokset.
- Suomessa yleisemmin käytetyt testi- ja arviointimittarit löytyvät sähköisestä tausta-aineistosta.
- Lääkärin tehtävä on moniammatillisen arvioinnin perusteella vastata diagnostiikasta sekä hoidon ja kuntoutuksen koordinoimista.
- Puheterapeutin tutkimuksissa arvioidaan sanaston ja käsitteistön hallintaa, ilmaisujen sanastollista, kieliopillista ja sisällöllistä koostumusta, puhemotoriikan hallintaa, kuullun (kouluiässä myös luetun) ymmärtämistä, lyhytkestoista kuulomuistia, kuulunerottelukykä, kykyä olla kielellisessä ja sosiaalisessa vuorovaikutuksessa sekä kykyä käyttää muita kommunikointikeinoja.
- Psykologin tai neuropsykologin tutkimuksissa arvioidaan lapsen kognitiivista, emotionaalista ja sosiaalista kehittymistä.
  - Kognitiivisten toimintojen arvioinnin kohteita ovat muun muassa lapsen kielellinen ja ei-kielellinen päättely, tarkkaavuus, toiminnanohjaus, muisti, oppimiskyky, sensomotoriset taidot, sosiaalinen havaitseminen ja visuospatiaaliset taidot.
- Puheterapeutin ja psykologin tai neuropsykologin tutkimuksen löydöksiä on kuvattu tausta-aineistossa.
- Muut tutkimukset
  - Hieno- tai karkeamotorisen, hahmotta-

misen tai aistisäätelyn kehityksen ongelmia epäiltäessä lapsen toimintakyvyn arviointiin osallistuu toiminta- tai fysioterapeutti.

- Jos toimintakyvyn kehittymisen luotettava arviointi edellyttää osastotutkimusta, työryhmään kuuluu yleensä myös foniatrisen tai lastenneurologisen yksikön lasten- tai sairaanhoitaja ja joissakin paikoissa (erityis)lastentarhanopettaja.
- Etiologiset tutkimukset
  - Kuulovika tulee sulkea pois mahdollisimman aikaisin.
  - Jos kuuloa ei voida tutkia luotettavasti perusterveydenhuollossa, lapsi tulee lähettää erikoissairaanhoidon.
  - Etiologiset tutkimukset ovat tarpeen ainoastaan epäiltäessä spesifistä syytä.

## Erotusdiagnostiikka

- Kielellisen kehityksen vaikeudet voivat liittyä seuraaviin tekijöihin:
  - Kuulovikaan
  - Älylliseen kehitysvammaan
    - \* Kun kielellinen vaikeus on osa älyllistä kehitysvammaisuutta (ei-kielellinen ÄO alle 70), diagnoosi on älyllinen kehitysvammaisuus (F70–79), vaikka ei-kielellinen ÄO olisi yhden SD-yksikön verran tai enemmän kielellistä ÄO:ta verran parempi.
  - Kehitysvammaa lievempään suorituskyvyn heikkouteen
    - \* Kun kielellinen vaikeus on osa laaja-alaista kehitysongelmaa (ei-kielellinen ÄO 70–84), diagnoosi on monimuotoinen kehityshäiriö (F83), vaikka ei-kielellinen ÄO olisi yhden SD:n verran parempi kuin kielellinen ÄO. Työryhmä suosittelee tätä siitä huolimatta, että ICD-10:n kielellisen erityisvaikeuden kriteereissä ei-kielellisen päättelyn alarajaksi määritetään 70.
  - Autismikirjon ongelmaan (F84)
  - Neurologiseen vammaan tai sairauteen
    - \* SLI:tä selviteltäessä työryhmän lääkärin tulee tehdä lapselle somaattinen ja

neurologinen statustutkimus, ja mikäli näissä on poikkeavuutta, konsultoida lastenneurologia. Mikäli lapsen kehitys pysähtyy tai taantuu tai lapsella on kohtausoireita, hänet tulee ohjata lastenneurologisen yksikön arvioon.

- Tunne-elämän ongelmiin
- Kasvuympäristön ja vuorovaikutuksen puutteisiin
- Monikielisyyteen
  - \* Kaksikielisyyden aiheuttamat ongelmat saattavat olla vaikeasti erotettavissa kielen kehityksen häiriöistä [75]<sup>c</sup>.
  - \* Monikielisten SLI-lasten on todettu toistavan ”epäsanoja” merkitsevästi huonommin verrattuna normaalista kieltä oppiviin [16]. Uusien sanojen oppimisen vaikeus voi viitata SLI:hin.
- Hyvänlaatuisen puheen kehityksen viiveeseen
  - \* Viive luokitellaan yleisen käytännön mukaisesti hyvänlaatuiseksi, jos lapsi alkaa puhua ikäistensä tavoin neljän vuoden ikään mennessä.
  - \* Myös hyvänlaatuisesti luokiteltavaan kehitysviiveeseen saattaa liittyä arjen toimintakykyä haittaavaa kielellistä vaikeutta [76]<sup>c</sup>.
  - \* Hyvänlaatuisesti viivästyneiksi luokiteltujen lasten kielellisessä toimintakyvyssä on todettu ongelmia 13 vuoden iässä [76].
- Diagnoosia viivästynyt puheenkehitys (R62.0) suositellaan käytettäväksi silloin, kun erotusdiagnostiikka esimerkiksi lapsen iän vuoksi ei vielä luotettavasti onnistu.
- Suosittelemme diagnoosikoodia F80.8 (muu puheen ja kielen kehityksen häiriö) käytettäväksi silloin, kun diagnosoiva työryhmä ei ole voinut tehdä SLI-diagnoosia mutta lapsella kuitenkin todetaan merkittäviä kielen ongelmia.

## Liitännäisoireet

- Yleiset liitännäisoireet:
  - Karkea- ja hienomotorinen kömpelyys [77]
  - \* Suurella osalla lapsista, joilla on SLI,



- esiintyy motorisia tai visuumotorisia ongelmia [78, 79]<sup>A</sup>.
- \* Lapsilla, joilla on puhemotoriikan ongelmia, ilmenee enemmän muitakin motorisia ongelmia kuin muilla kielihäiriöisillä lapsilla [80]<sup>C</sup>.
- SLI-lasten praksiataidot (tahdonalaisten liikkeiden koordinaatio) lienevät huonompia kuin ikätovereilla [81]<sup>C</sup>.
- Tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen ongelmista [82, 83], ks. Käypä hoito -suositus Lasten ja nuorten aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön (ADHD) hoito [84].
- Lapsilla ja nuorilla, joilla on kielellisiä ongelmia, ilmenee usein tarkkaamattomuutta tai ylivilkkautta. Puheen ymmärtämisen häiriö voi ilmentyä ADHD-tyyppisenä käyttäytymisenä (ks. sähköinen tausta-aineisto).
- Kielellinen erityisvaikeus saattaa haitata sosiaalisten taitojen sekä tunteiden ilmaisun ja käsittelyn kehittymistä.
  - Puutteelliseen kielelliseen toimintakykyyn liittyy käytös- ja ihmissuhdeongelmien sekä tunne-elämän häiriöiden suurentunut riski lapsuus- ja nuoruusiässä [22, 26–28]<sup>B</sup>.

### Kielellisen erityisvaikeuden seurannaisvaikutukset ja ennuste

- Kielellisen erityisvaikeuden ennusteeseen vaikuttavat ainakin
  - erityisvaikeuden aste
  - lapsen ei-kielellinen suorituskyky ja siihen liittyvä kyky kompensoida kielellisen erityisvaikeuden aiheuttamia haittoja
  - ympäristön toimintakulttuuri ja
  - vuorovaikutustottumukset.
- ICD-10:n diagnostiset kriteerit eivät usein enää täyty kouluiässä, vaikka ne olisivat täyttyneet ennen kouluiikää [17, 18, 20, 21, 22, 23, 26, 27]. Kuitenkin
  - virheettömän ja sujuvan teknisen luku- ja kirjoitustaidon oppiminen voi olla hidasta
  - uusien sanojen ja käsitteiden oppimisen on osoitettu olevan edelleen puutteellista [12, 13, 23]<sup>B</sup> ja sanaston ja käsitteistön sekä kuullun ja luetun ymmärtämisen puutteet voivat kouluiässä korostua [16–22]<sup>A</sup>, [23, 85]
  - kielellinen erityisvaikeus haittaa vieraiden kielten oppimista
  - matematiikassa erityisesti sanalliset tehtävät ovat haastavia; lisäksi vaikeuksia voi esiintyä lukujonotaidoissa, lukujen kirjoittamisessa ja ymmärtämisessä sekä peruslaskutoimitusten sujuvuudessa [86]
  - mainitut sanaston ja käsitteistön sekä luetun ja kuullun ymmärtämisen vaikeudet saattavat haitata minkä tahansa uuden tiedon tai taidon oppimista.

### Lähiympäristön tukitoimet

- Oleellinen osa haittojen ehkäisyä ovat tukitoimet lapsen arjessa, kuten kotona, päivähoitossa ja koulussa.
- Tukitoimet tulee aloittaa heti, kun on herännyt epäily kielellisen kehityksen viiveestä tai poikkeavuudesta.
  - Ohjauksen antaminen ja perusterveydenhuollossa käynnistetty puheterapia ovat tärkeitä eivätkä edellytä, että SLI-diagnoosi on jo varma.
  - Jos tukitoimet käynnistetään vasta, kun SLI on diagnosoitu, on menetetty ennusteen kannalta tärkeää varhaista kuntoutumisaikaa.
- Pienet päiväkotit ja opetusryhmät ovat suositeltavia.
- Kirjallisuuskatsaukset ja kansainväliset suositukset painottavat päiväkotien ja koulujen melun haitallista vaikutusta lapsen kognitiiviseen kehitykseen. Melun aiheuttama haitta on otettava huomioon niin kielellisen erityisvaikeuden tutkimuksissa kuin suunniteltaessa kielihäiriöisen lapsen päivähoito- ja koulusijoitusta [87–90]<sup>B</sup>. Kuuntelolosuhteet tulee huomioida vaikuttamalla muun muassa huonetilan akustiikkaan ja jälkikaiuntaan.
- Koulussa oleellista on vuorovaikutustaitojen tukeminen ja kielelliset ongelmat huomioiva opetus.
- Opetusmuotoa valittaessa on huomioitava kielellisen ja muun toimintakyvyn kehitty-



minen kouluikään mennessä sekä odotettavissa oleva kielellisen ja muun toimintakyvyn kehittyminen. Oppimisvaikeudet ja kielelliset vaikeudet on huomioitava myös toisen asteen koulutuksessa.

- Jos on ilmeistä, että lapsi ei selviydy peruskoulun oppimäärästä yhdeksässä vuodessa, hänellä on oikeus 11-vuotiseen oppivelvollisuuteen, jolloin opetus alkaa vuosi tavanomaista varhaisemmin (Perusopetuslaki 628/1998).

## Hoito ja kuntoutus

- Hyvään hoitoon kuuluvat vanhempien informointi, vanhempien sitoutuminen ja aktiivinen osallistuminen sekä tukitoimet kodin lisäksi päivähoitossa ja koulussa [91].
- Lapselle päivähoitossa, koulussa tai terveydenhuollossa tehtävässä yksilöllisessä varhaiskasvatus-, opetus- tai kuntoutussuunnitelmassa huomioidaan kielellinen ja yleinen toimintakyky sekä lapsen ja perheen tarpeet ja voimavarat.
- Varhainen perheen ohjaus tai kielellinen interventio edistävät riskilasten kielellisten taitojen ja käyttäytymisen suotuisaa kehitystä [92–94]<sup>B</sup>.
- Kun vanhemmat taikka neuvolan tai päivähoiton henkilökunta epäilevät kielellisiä ongelmia, lapsi on lähetettävä puheterapeutin ohjaukseen 2–2,5 vuoden ikäisenä. Neuvolassakin tulee antaa ohjausta kielellisen kehityksen tukemiseen.
  - Lyhytjänteisyys, keskittymättömyys tai niukka kontaktinotto voivat viitata kielellisiin vaikeuksiin ja antaa aiheen kielellisen toimintakyvyn arviointiin.
- Puhetta tukevat ja korvaavat kommunikointikeinot ovat usein tarpeen. AAC-menettelmät (augmentative and alternative communication), kuten kuvien ja tukiviittomien käyttö, helpottavat kommunikoimista lapsen kanssa ja vähentävät usein puheen ymmärtämisen ja ilmaisemisen vaikeuksiin liittyviä seurauksia kuten oppimisen, käyttäytymisen ja vuorovaikutuksen ongelmia.
  - Ne havainnollistavat ja jäsentävät toimintaa, auttavat ennakoimaan asioita ja

toimivat muistin tukena. Niiden avulla voidaan opetella käsitteitä ja kartuttaa sanavarastoa.

- AAC-menettelmien käyttö ei hidasta puheen ja kielen kehittymistä vaan useimmissa tapauksissa edistää sitä. Menettelmät valitaan yksilöllisesti. Käytön aloittaminen on suositeltavaa aina, kun ymmärtämis- tai ilmaisuvaikeudet haittaavat vuorovaikutusta tai aiheuttavat esimerkiksi käytösongelmia [95–98].
- Jos kielellinen erityisvaikeus on erittäin hankala, on AAC-menettelmien laaja käyttö kuntoutuksen keskeinen väline. Perheelle voidaan suositella viittomaopetusta.
- Vaikka kuntoutusmahdollisuudet vaihtelevat kotipaikkakunnan mukaan, on pyrittävä valtakunnallisesti tasavertaiseen käytäntöön.

## Puheterapia

- Puheterapialla tarkoitetaan laillistetun puheterapeutin antamaa ohjaavaa, yksilöllistä tai ryhmämuotoista puheen, kielen ja kommunikoinnin kuntoutusta.
- Työryhmän kokemuksen mukaan lasten toimintakykyä arjessa voidaan tukea oikein kohdennetulla puheterapialla, vaikka tutkimusnäyttö tästä on vähäistä.
- Yleistä suositusta puheterapian määrästä, intensiteetistä ja kestosta ei voi antaa.
- Puheterapian kesto, intensiteetti ja toteuttamistapa tulee suunnitella yksilöllisesti osana kuntoutussuunnitelmaa. Lääkärin johtaman moniammatillisen työryhmän on arvioitava terapian vaikuttavuutta, eikä vaikuttamatonta terapiaa tule jatkaa. Terapia voidaan jaksottaa, mutta sen tulee jaksojen aikana yleensä olla vähintään viikoittaista.
  - Tutkimuksia puheterapian vaikuttavuudesta on tehty vielä vähän. Niissä on tarkasteltu yleensä kielellisen erityisvaikeuden oirekuvaa rajattujen kielellisten taitojen osalta.
  - Puheterapiasta on hyötyä lasten puheentuohtoon liittyvien ongelmien kuntoutuksessa [99]<sup>A</sup>.
  - 3–5-vuotiaat kielihäiriöiset lapset saattavat hyötyä verbien aikamuotojen ja persoonamuotojen kohdennetusta harjoit-



telusta [100–102]<sup>C</sup>.

- 5–14-vuotiaiden SLI-lasten kielellisestä kuntoutuksesta on ilmeisesti hyötyä, mutta eri kuntoutusmenetelmien vaikutavuuseroista on vielä liian vähän tutkimuksia ja näyttöä [103]<sup>B</sup>.
- Kouluikäisten SLI-lasten kielellisestä kuntoutuksesta saattaa olla hyötyä. Tämä koskee ainakin verbien käytön [104]<sup>C</sup>, fonologisen tietoisuuden [105]<sup>D</sup> sekä kielellisten ohjeiden ymmärtämisen ja muistamisen [106, 107]<sup>C</sup> harjoittelua.
- Kuntoutuksen vaikuttavuudesta puheen ymmärtämisen ongelmissa on niukasti tutkimuksia [99]. Työryhmän käsitys on, että kuntoutuksen tavoitteena puheen ymmärtämisen ongelmissa tulee olla arjen toimintakykyä parantavien keinojen etsiminen.
- Kielellisen toimintakyvyn tuloksellinen tukeminen edellyttää yhteistyötä lapsen vanhempien, päivähoiton ja opettajien kanssa. Lapsen lähiympäristön tulee saada puheterapeutin ohjausta myös silloin, kun yksilöterapiaa ei ole saatavilla tai se ei ole tarkoituksenmukaista.

#### Muut hoidon ja kuntoutuksen menetelmät

- Tietokoneavusteisia harjoit<sup>10</sup>luohjelmia voidaan käyttää osana kuntoutusta. Tällöin tavoitteiden ja harjoitusmenetelmien valinnan täytyy olla oikein suunnattuja. Harjoittelu toteutetaan yhdessä aikuisen kanssa.
  - Lapset, joilla on SLI, saattavat hyötyvät tietokoneavusteisesta kielellisen tietoisuuden kuntoutuksesta ja varhaisen lukemaan oppimisen harjoittelusta [108, 109]<sup>D</sup>.
  - Pelkästään tietokoneavusteisen kuntoutuksen käyttäminen ei ilmeisesti kohenna näiden lasten puheenymmärtämis- tai oikeinkirjoittamistaitoja [110, 111]<sup>C</sup>.
  - Englanninkielisessä ympäristössä käytetyn tietokonepohjaisen FFW-kuntoutusmenetelmän (Fast For Word) käytöstä vaikeasti kielihäiriöisten lasten laaja-alaisten kielellisten ongelmien hoidossa ei näyttäisi olevan hyötyä [112]<sup>C</sup>.
- Ryhmäkuntoutusta voidaan käyttää muun

muussa kielellisen tietoisuuden harjoittelussa.

- Fonologisen tietoisuuden ryhmäharjoittelu saattaa kohentaa kaksikielisten SLI-lasten kykyä erottaa tavupareja [113]<sup>C</sup>.
- Neuropsykologinen kuntoutus
  - Joissain tapauksissa kouluikäisille lapsille, joilla on SLI, harkitaan neuropsykologista kuntoutusta. Neuropsykologisessa kuntoutuksessa harjaannutetaan muun muassa kielellisiä perustoimintoja ja niitä kompensoivia taitoja, vahvistetaan koulussa tarvittavia taitoja sekä tuetaan kognitiivisia, sosiaalisia ja vuorovaikutustaitoja.
  - Lapsi voidaan ohjata neuropsykologisiin tutkimuksiin, jos hänellä on riittävästi koulun tukitoimista huolimatta edelleen vaikeita oppimisen, tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen tai vuorovaikutuksen ongelmia.
  - Perusterveydenhuollon psykologi voi oman tutkimuksensa perusteella suositella neuropsykologista tutkimusta.
- Toimintaterapia
  - Toimintaterapiaa suositellaan, mikäli lapsella, jolla on SLI, todetaan huomattavia hieno- tai karkeamotoriikan, toiminnanohjauksen, hahmotuskyvyn tai leikkitaitojen ongelmia, ja moniammatillinen työryhmä arvioi kuntoutuksesta olevan hyötyä.
  - Toimintaterapian vaikutuksista kielelliseen toimintakykyyn ei ole tutkimuksia.
    - \* Sensorisen integraation terapialla (SIT-terapia) ei ilmeisesti ole vaikutusta lasten kielellisiin taitoihin laaja-alaissa oppimisvaikeuksissa [114]<sup>B</sup>.
- Musiikkiterapia
  - Musiikkiterapian vaikutuksista SLI-lasten kielelliseen toimintakykyyn ei ole tutkimuksia.
- Muu kuntoutus
  - Suunsisäinen irtokoje:
    - \* Suunsisäisiä irtokojeita ovat esimerkiksi kielen liikkeitä aktivoivat, hampaisiin kiinnitettävät helmilevyt. Puhemotoristen tai dyspraktisten ongelmien hoidossa niistä on työryhmän

- kokemuksen mukaan joskus apua, jossaan niiden hyödytä SLI-lasten hoidossa ei ole tutkimusnäyttöä [115].
- Kuulonmuokkaushoidon tai primitiivihajasteiden sammuttamiseen tähtäävän erityisen liikekuntoutusohjelman vaikutuksista kielihäiriöisten lasten hoidossa ei ole näyttöä.
- **Kommunikoinnin apuvälineet**
- Kommunikoinnin apuvälineillä tarkoitetaan puhetta tukevia tai korvaavia yksinkertaisia tai teknisesti hyvinkin monimutkaisia apuvälineitä.
  - Yleisimmin käytettyjä ovat esimerkiksi kuvataulut ja -kansiot, joiden avulla voidaan tukea lasta ymmärtämään puhetta. Ne auttavat myös silloin, kun lapsi ei puhu lainkaan tai puhe on huomattavan vaikeaselkoista.
  - Varsinaisesta puhekommunikaattorista (joka tuottaa synteettistä tai ennalta tallennettua puhetta) on vain harvoin hyötyä SLI-lapselle.
  - Tietokoneen käyttö kirjoittamis- ja kommunikointivälineenä voi olla aiheellista, jos
    - \* puhe on huomattavan vaikeaselkoista
    - \* kynällä kirjoittaminen on huomattavan työlästä.
  - Apuvälineitä voidaan yksilöllisen harkinnan mukaan käyttää myös kielellisen vuorovaikutuksen peruselementtien harjoitteluun.
- **Sopeutumisvalmennus**
- Sopeutumisvalmennus on lääkinnällistä kuntoutusta, jonka tavoitteena on antaa tietoa ja tukea lasten perheiden selviytymistä arjessa.
  - Lapsen kuntoutuksesta vastuussa oleva yksikkö tiedottaa kuntoutujille ja heidän läheisilleen sopeutumisvalmennuskursseista, niiden hakuprosessista sekä kursien sisällöistä ja toteutuksesta.
  - Sopeutumisvalmennuskursseja järjestävät useat tahot (ks. sähköinen taustaineisto). Kurssit ovat perheille maksuttomia. Kurssilaiset valitaan kuntoutussuunnitelman ja vanhempien hakemuksen perusteella.

- **Kuntoutusohjaus**
- Joissain erikoissairaanhoidon kuntoutustyöryhmissä on kuntoutusohjaaja, joka toimii lasten kuntoutuksen asiantuntijana koti-, päiväkoti- ja koulukäynneillä.
- **Tulkkipalvelut**
- Lapsi tai nuori voi saada puhevammaisille tarkoitettua tulkkipalvelua, jos kielihäiriö tai huomattava puheliikkeiden ohjailun vaikeus haittaa oleellisesti esimerkiksi asiointia kodin ulkopuolella, opiskelua, harrastamista tai muuta osallistumista. Edellytyksenä on, että lapsi kykenee ilmaisemaan omaa tahtoaan tulkkauksen avulla.
- **Erityiskoulut**
- Jotkin erityiskoulut toimivat resurssikeskuksina. Ne tarjoavat opetusta omille oppilailleen sekä ohjaus- ja tukipalveluja lähikoulujen opettajille.



## Seuranta

- Hoidosta vastaavan tahon (perusterveydenhuolto tai erikoissairaanhoido) tulee seurata leikki-ikäisen lapsen kehitystä vähintään kerran vuodessa tehtävillä arvioilla ja pitää kuntoutussuunnitelma ajantasaisena.
- Toimintakyvyn kehittymistä arvioitaessa on tärkeää, että käytettävissä ovat myös vanhempien, päiväkodin ja koulun havainnot arjen tilanteissa sekä terapeuttien hoitopalautteet.
- Kouluiässä seuranta siirtyy yleensä kouluterveydenhuoltoon ja oppilashuoltotyöryhmälle (ks. seuraava kohta Hoidon porrastus). Tarvittaessa kouluterveydenhuolto lähettää lapsen tai nuoren myöhemmin uudelleen erikoissairaanhoidon tutkimuksiin.
- Osa nuorista tarvitsee ammatinvalintaa tukevia tutkimuksia tai erityisammatinvalinnanohjausta, joissa määritetään peruskoulun jälkeisessä koulutuksessa (toisen asteen koulutus) tarvittavat tukitoimenpiteet.

## Hoidon porrastus

- Lievien kielellisten ongelmien tutkimukset sekä kuntoutuksen ja muiden tukitoimien

11

## KÄYPÄ HOITO -SUOSITUS

- järjestäminen ja seuranta kuuluvat perusterveydenhuoltoon. Epäselvissä tapauksissa perusterveydenhuolto voi konsultoida erikoissairaanhoidon.
- Kielellisen erityisvaikeuden toteaminen edellyttää lääkärin, puheterapeutin ja psykologin tai neuropsykologin tutkimuksia sekä perehtyneisyyttä kielellisen erityisvaikeuden ilmenemismuotoihin ja tukitoimenpiteisiin.
  - Vaikeiden kielellisten ongelmien tutkimukset sekä kuntoutuksen ja tukitoimenpiteiden järjestäminen ja seuranta kuuluvat erikoissairaanhoidon tai muuhun erityisosaamista omaavaan hoitoyksikköön. Vaikeavammaisten kuntoutuksen rahoittaa Kela, joka arvioi saamiensa lausuntojen perusteella, täyttyvätkö vaikeavammaisuuden kriteerit.
  - Ennen seurannan siirtymistä perusterveydenhuoltoon on huolehdittava siitä, että lapsen lähiympäristölle on annettu riittävästi tietoa kielelliseen erityisvaikeuteen liittyvistä haitoista, ennusteesta sekä haittojen kompensatio- ja kuntoutusmahdollisuuksista.
  - Hoitoketjumalli laaditaan paikallisesti huomioiden käytettävissä olevat resurssit ja asiantuntijapalvelut sekä pitkäaikainen seurannan ja tuen tarve. ■

### SUOMALAISEN LÄÄKÄRISEURAN DUODECIMIN, SUOMEN FONIATRIT RY:N JA SUOMEN LASTENNEUROLOGISEN YHDISTYKSEN JA ASETTAMA TYÖRYHMÄ

Puheenjohtaja:

**MARJA ASIKAINEN, LT, foniatrian erikoislääkäri, ennaltaehkäisevän terveydenhuollon apulaisylilääkäri**  
Vantaan kaupunki

Kokoava kirjoittaja:

**LEENA ERVAST, FL, erikoispuheterapeutti**  
Neural Oy

Jäsenet:

**TIMO AHONEN, professori, neuropsykologi**  
Jyväskylän yliopisto, psykologian laitos

**JORMA KOMULAINEN, LT, lastentautien ja lastenendokrinologian erikoislääkäri, ylilääkäri**  
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki  
(Käypä hoito -toimittaja)

**KRISTA KORHONEN, yleislääketieteen erikoislääkäri**  
Härkätien terveyskeskus

**MIRJA LUOTONEN, LT, foniatri, osastonylilääkäri**  
OYS, korva-, nenä- ja kurkkutautien vastuualue, audiofoniatrian yksikkö

**JAANA NOPOLA-HEMMI, LT, lastenneurologian erikoislääkäri**  
HUS:n lastenneurologian klinikka

**MARI QVARNSTRÖM, LT, foniatrian apulaisylilääkäri**  
KYS, korva-, nenä- ja kurkkutautien klinikka, foniatrian poliklinikka

**ERKKI VILKMAN, professori, ylilääkäri**  
HUS:n korva-, nenä- ja kurkkutautien klinikka, foniatrian yksiköt

**TIINA WALLDÉN, LL, lastenneurologian ylilääkäri**  
Kymenlaakson keskussairaala

## KIRJALLISUUTTA

1. Viikman E ym. Kun puhe viipyy – kuntoutusohjaus ja dysfaattisten lapsen perhe. Loimaa: Afasia- ja aivohalvauksyhdistysten liitto, 1990
2. Tomblin JB ym. J Speech Lang Hear Res 1997;40:1245-60; PMID: 9430746
3. Law J ym. Health Technol Assess 1998;2:1-184; PMID: 9728296
4. Beitchmann JH ym. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1989;28:118-23; PMID: 2914824
5. Hannus S ym. Int J Lang Commun Disord 2009;44:79-97; PMID: 18608605
6. Nelson HD ym. Pediatrics 2006;117:e298-319; PMID: 16452337
7. Tallal P ym. J Speech Hear Res 1989;54:167-73; PMID: 2709834
8. Cohen NJ ym. J Child Psychol Psychiatry 1998;39: 865-77; PMID: 9758195
9. Cohen NJ ym. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993;32:595-603; PMID: 8496124
10. McGrath L ym. J Abnorm Child Psychol 2008;36:151-63; PMID: 17882543
11. Toppelberg CO ym. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000;39:143-52; PMID: 10673823
12. Oetting JB ym. J Speech Hear Res 1995;38:434-45; PMID: 7596109
13. Nash M ym. J Speech Hear Res 2005;48:439-58; PMID: 15989403
14. Casalini C ym. Cortex 2007;43:769-76; PMID: 17710828
15. Girbau D ym. J Commun Disord 2008;41:124-45; PMID: 17765916
16. Fey ME ym. J Speech Lang Hear Res 2004;47: 1301-18; PMID: 15842012
17. Miller CA ym. J Speech Lang Hear Res 2006;49:712-28; PMID: 16908871
18. Snowling M ym. J Child Psychol Psychiatry 2000;41:587-600; PMID: 10946751
19. Mawhood L ym. J Child Psychol Psychiatry 2000;41:547-59; PMID: 10946748
20. Botting N. J Child Psychol Psychiatry 2005;46:317-26; PMID: 15755307
21. Botting N ym. Int J Lang Commun Disord 2005;40:49-66; PMID: 15832525
22. Silva P ym. Dev Med Child Neurol 1987;29:630-40; PMID: 2444484
23. Stothard SE ym. J Speech Lang Hear Res 1998;41:407-18; PMID: 9570592
24. Snowling MJ ym. J Child Psychol Psychiatry 2006;47:759-65; PMID: 16898989
25. Snowling MJ ym. Int J Lang Commun Disord 2001;36:173-83; PMID: 11344593
26. Durkin K ym. Child Dev 2007;78:1441-57; PMID: 17883441
27. Benasich A ym. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993;32:585-94; PMID: 8496123
28. Tomblin JB ym. J Child Psychol Psychiatry 2000;41:473-82; PMID: 10836677
29. Bishop DV. Int J Pediatric Otorhinolaryngol 2003;67:51:5143-57
30. Webster RI ym. J Child Neurol 2004;19:471-81; PMID: 15526950
31. Bishop DV. Curr Dir Psychol Sci 2006;15: 217-21; PMID: 19009045
32. Barry JG ym. Genes Brain Behav 2007;6:66-76; PMID: 17233642
33. Bartlett CW ym. Am J Human Genet 2002;71:45-55; PMID: 12048648
34. Tallal P ym. J Speech Lang Hear Res 2001;44:1172-82; PMID: 11708534
35. Tallal P ym. Brain Lang 1991;41:81-95; PMID: 1884193
36. Lai CS ym. Nature 2001;413: 519-23; PMID: 11586359
37. Delgado CEF ym. Exceptionality 2005;13:173-91
38. Bishop DV ym. Psychol Bull 2004;130:858-86; PMID: 15535741
39. Flax JF ym. J Speech Lang Hear Res 2003;46:530-43; PMID: 14696984
40. Bishop DV ym. J Speech Lang Hear Res 1998;41:150-60; PMID: 9493741
41. Cheuk DK ym. Paediatr Perinat Epidemiol 2005;19:303-14; PMID: 15958153
42. Salameh EK ym. Acta Paediatr 2002;91:1379-84; PMID: 12578298
43. Stansfeld SA ym. Lancet 2005;365:1942-9; PMID: 15936421
44. Stevens C ym. Brain Res 2006;1111:143-52; PMID: 16904658
45. Hygge A ym. Psychol Sci 2002;13:469-74; PMID: 12219816
46. Sperling AJ ym. Psychol Sci 2006;17:1047-53; PMID: 17201786
47. Warriner CM ym. Exp Brain Res 2004;157:431-41; PMID: 15067434
48. Hygge S ym. Scand J Psychol 2003;44:13-21; PMID: 12602999
49. Chonchaiya W ym. Acta Paediatr 2008;97:977-82; PMID: 18460044
50. Tanimura M ym. Arch Pediatr Adolesc Med 2007;161:618-9; PMID: 17548773
51. Thakkar RR ym. Pediatrics 2006;118:2025-31; PMID: 17079575
52. Launonen K. Suom Lääkäril 2006;61:3719-23
53. Mäntymaa M ym. Duodecim 2003;119:459-65
54. Mäntymaa M ym. Duodecim 1999;115: 2447-53
55. Sinkkonen J. Duodecim 2004;120:1866-73
56. Johnson DL ym. J Commun Disord 2008;41:20-32; PMID: 17418231
57. Majerus S ym. J Commun Disord 2005;38:473-98; PMID: 15950984
58. Roberts JE ym. Pediatrics 2004;113:e238-48; PMID: 14993583
59. Roberts J ym. J Dev Behav Pediatr 2004;25:110-22; PMID: 15083134
60. McCormick DP ym. Ambul Pediatr 2001;1:87-90; PMID: 11888378
61. Maruthy S ym. Behav Brain Funct 2008;4:17; PMID: 18384677
62. Moore DR. J Commun Disord 2007;40:295-304; PMID: 17467002
63. Moore DR ym. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2003;67(Suppl 1):S63-7; PMID: 14662170
64. Zumach A ym. Audiol Neurootol 2009;14:121-9; PMID: 18852485
65. Hewitt LE ym. J Commun Disord 2005;38:197-213; PMID: 15748724
66. Aram DM ym. J Learn Disabil 1992;25:549-54; PMID: 1431538
67. Aram DM ym. J Speech Hear Res 1993;36:580-91; PMID: 8331914
68. Dunn M ym. J Speech Hear Res 1996;39:643-54; PMID: 8783141
69. Catts HW ym. Logoped Phoniatr Vocol 2000;25:3-11; PMID: 10937291
70. Bishop DV ym. J Child Psychol Psychiatry 1990;31: 1027-50; PMID: 2289942
71. Fazio BB. J Speech Lang Hear Res 1999;42:420-31; PMID: 10229457
72. Botting N ym. J Child Psychol Psychiatry 2001;42:1013-20; PMID: 11806682
73. Conti-Ramsden G ym. J Child Psychol Psychiatry 2007;48:147-56; PMID: 17300553
74. Conti-Ramsden G ym. J Speech Lang Hear Res 2008;51:70-83; PMID: 18230856
75. Paradis J ym. J Speech Lang Hear Res 2000; 43:834-47; PMID: 11386472
76. Rescorla L. J Speech Lang Hear Res 2005;48:459-72; PMID: 15989404
77. Trauner D ym. Dev Med Child Neurol 2000;42:470-5; PMID: 10972419
78. Hill E. Int J Lang Commun Disord 2001;36:149-71; PMID: 11344592
79. Rintala P ym. Human Move Sci 1998;17:721-37
80. Visscher C ym. Pediatrics 2007; 120:e158-63; PMID: 17576781
81. Hill E. Dev Med Child Neurol 1998;40:388-95; PMID: 9652780
82. Beitchman JH ym. J Abnormal Child Psychol 1990;18:283-96; PMID: 2376655
83. Beitchman JH ym. J Child Psychol Psychiatry 1996;37:961-70; PMID: 9119943
84. Lasten ja nuorten aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön (ADHD) hoito. Käypä hoito -suositus. [www.kaypa.hoito](http://www.kaypa.hoito).
85. Helenius P ym. Brain 2009;132:1918-27; PMID: 19498087
86. Koponen T. Calculation and language – diagnostic and intervention studies. Jyväskylän tutkimuskeskus koulun, psykologian ja sosiaalisen tutkimuksen tutkimuskeskus 2008/340
87. Evans GW. Annu Rev Psychol 2006;57:243-51; PMID: 16318602
88. Acoustics in educational settings. ASHA 1995;37(3 Suppl 14):15-9; PMID: 7696882
89. Acoustical Society of America. Position on the Use of Sound Amplification in the Classroom. <http://asa.aip.org/amplification.pdf>, Acoustical Society of America, Melville, NY, Jun 2006
90. Zuurbier M ym. Int J Occup Med Environ Health 2007; 20:291-307; PMID: 17932020
91. Koivikko M ym. Lapsen ja nuoren hyvä kuntoutus. Vajaaliikkeisten Kunto ry, 2006
92. Chao PC ym. Early Child Educ J 2006;34:147-53
93. Buscman A ym. Arch Dis Child 2009;94:110-6; PMID: 18703544
94. Robertson SH ym. J Speech Lang Hear Res 1999;42:1234-48; PMID: 10515518
95. Sercik RA ym. Semin Speech Lang 2008;29:92-100; PMID: 18645911
96. Light J ym. Semin Speech Lang 2008;29:120-32; PMID: 18645914
97. Millar DC ym. J Speech Lang Hear Res 2006;49:248-64; PMID: 16671842
98. Romski M ym. Infants Young Child 2005;18:174-85
99. Law J ym. Cochrane Database Syst Rev 2003;(3):CD004110; PMID: 12918003
100. Leonard LB ym. J Speech Lang Hear Res 2008;51:120-5; PMID: 18230859
101. Leonard LB ym. J Speech Lang Hear Res 2004;47:1363-79; PMID: 15842016
102. Leonard LB ym. J Speech Lang Hear Res 2006;49:749-70; PMID: 16908873
103. Cirrin FM ym. Lang Speech Hear Serv Sch 2008;39:S110-37; PMID: 18162642
104. Ebbels SH ym. J Speech Lang Hear Res 2007;50:1330-49; PMID: 17905915
105. Pokorni JL ym. J Educ Res 2004;97:147-57
106. Gill CB ym. Child Lang Teach Ther 2003;19:85-103
107. Joffe VL ym. Int J Lang Commun Disord 2007;42:648-64; PMID: 17852537
108. Segers E ym. Lang Speech Hear Serv Sch 2004;35:229-39; PMID: 15248793
109. Lyytinen H ym. Nordic Psychol 2007;59:109-26
110. Bishop DV ym. Int J Lang Commun Disord 2007;41:19-40; PMID: 16272001
111. Bishop D ym. J Res Read 2005;28:144-57
112. Cohen W ym. J Speech Lang Hear Res 2005;48:715-29; PMID: 16197283
113. Pihko E ym. Cereb Cortex 2006;17:849-58; PMID: 16707736
114. Griffer MR. Lang Speech Hear Serv Sch 1999;30: 393-400
115. Haapanen ML. Suom Lääkäril 2003;58:3877-81



## SAATE KYSELYYN

Hei!

Olen logopedian kolmannen vuosikurssin opiskelija Turun yliopistosta.

Olen viimeistelemässä kandidaatin tutkielmaani ja jatkan samasta aiheesta pro gradu-työtäni liittyen lasten kielellisiin erityisvaikeuksiin. Pro graduani varten pyydänkin sinua vastaamaan oheiseen kyselyyn.

Kyselystä on tehty pilotti kandidaattitutkielmani aikana ja tuolloin kysely lähetettiin kolmen kunnan Puheterapeuttiliiton jäsenenä oleville puheterapeuteille. Olet siis jo aikaisemmassa vaiheessa saattanut vastata tähän kyselyyn. Toivoisin kuitenkin sinun vastaavan vielä uudelleen.

Nyt kysely on lähetetty kaikille Puheterapeuttiliiton jäsenpuheterapeuteille. On tärkeää, että saat kyselyyn mahdollisimman paljon vastauksia tulosten luotettavuuden ja yleistettävyyden kannalta. Olethan siis ystävällinen ja vastaaat kyselyyn. Vastaamiseen kuluu aikaa noin 15-20 minuuttia.

Kyselyn tarkoituksena on tutkia, miten Käypä hoito-suositus (2010) kielellisestä erityisvaikeudesta toteutuu eri puolilla Suomea.

Kyselyssä ei kysytä henkilötietoja, joten vastaaminen tapahtuu nimettömänä. Kyselyä on kanssani suunnitellut ja kehittänyt pro graduni ohjaaja, Turun yliopiston logopedian professori Pirjo Korpilahti ja puheterapeutti Liisa Miettinen Riihimäeltä. Tutkimuksen toteuttamisesta on neuvoteltu Puheterapeuttiliiton Koulutuspoliittisen toimikunnan kanssa.

Kyselyyn pääset vastaamaan seuraavaa linkkiä klikkaamalla:

<https://www.webropol.com/P.aspx?id=531793&cid=136641573>

Kiitos ajastasi!

Ystävällisin terveisin, Taru Liimatta  
Turun yliopisto, Käyttäytymistieteiden ja filosofian laitos, logopedian oppiaine  
puh. 0401676225  
sähköposti: taru.liimatta@utu.fi

Ohjaaja: Pirjo Korpilahti

## KYSELYLOMAKE PUHETERAPEUTEILLE

Lomake on tarkoitettu lasten parissa työskentelevien puheterapeuttien täytettäväksi

### Taustatiedot

*Rastita oikea vaihtoehto oman toimintayksikkösi ja oman toimintatapasi mukaisesti*

1. Toimin puheterapeuttina pienessä kunnassa/kuntayhtymässä (alle 40 000 asukasta) \_\_\_\_\_  
keskisuudessa kunnassa/ky:ssä (40 000- 80 000 asukasta) \_\_\_\_\_  
suuressa kunnassa/ky:ssä (yli 80 000 asukasta) \_\_\_\_\_
  
2. Toimin puheterapeuttina  
Etelä-Suomen läänissä \_\_\_\_\_  
Länsi-Suomen läänissä \_\_\_\_\_  
Itä-Suomen läänissä \_\_\_\_\_  
Oulun läänissä \_\_\_\_\_  
Lapin läänissä \_\_\_\_\_  
Ahvenanmaan läänissä \_\_\_\_\_
  
3. Kuinka monta puheterapeuttia sosiaali- ja terveydenhuollon /perusterveydenhuollon yksikössäsi toimii lasten parissa?
  
4. Olen toiminut puheterapeuttina alle 5 vuotta \_\_\_\_\_  
5-10 vuotta \_\_\_\_\_  
11-15 vuotta \_\_\_\_\_  
16-20 vuotta \_\_\_\_\_  
yli 20 vuotta \_\_\_\_\_
  
5. Nykyisellä työnantajallani olen työskennellyt alle vuoden \_\_\_\_\_  
1-5 vuotta \_\_\_\_\_  
6-10 vuotta \_\_\_\_\_  
11-15 vuotta \_\_\_\_\_  
16-20 vuotta \_\_\_\_\_  
yli 20 vuotta \_\_\_\_\_
  
6. Olen tehnyt työtä lasten kielihäiriöihin liittyen alle vuoden \_\_\_\_\_  
1-5 vuotta \_\_\_\_\_  
6-10 vuotta \_\_\_\_\_  
11-15 vuotta \_\_\_\_\_  
16-20 vuotta \_\_\_\_\_  
yli 20 vuotta \_\_\_\_\_
  
7. Kuuluvatko puheterapiapalvelut toimintayksikössäsi hoitotakuun piiriin?  
kyllä \_\_\_\_\_

ei \_\_\_\_\_

8. Toimiiko kunnassa/ kuntayhtymässä moniammatillinen lasten kehitykseen liittyviä asioita käsittelevä työryhmä?

kyllä \_\_\_\_\_

ei \_\_\_\_\_

9. Moniammatilliseen/ neuvolan työryhmään kuuluvat

terveydenhoitaja \_\_\_\_\_

yleislääkäri \_\_\_\_\_

lastenlääkäri \_\_\_\_\_

puheterapeutti \_\_\_\_\_

psykologi \_\_\_\_\_

sosiaalityöntekijä \_\_\_\_\_

kelto \_\_\_\_\_

toimintaterapeutti \_\_\_\_\_

fysioterapeutti \_\_\_\_\_

muu \_\_\_\_\_, kuka? \_\_\_\_\_

10. Mitkä ovat em. työryhmän tehtävät? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

11. Minkä tahon lähettämänä lapsi tulee puheterapeutille?

neuvolan terveydenhoitajan \_\_\_\_\_

neuvolan lääkärin \_\_\_\_\_

yleislääkärin \_\_\_\_\_

kelton \_\_\_\_\_

päiväkodin henkilökunnan \_\_\_\_\_

vanhemmat \_\_\_\_\_

muun tahon \_\_\_\_\_ minkä? \_\_\_\_\_



## Lasten kielellisen kehityksen seuranta/ seulonta

*Rastita oikea vaihtoehto*

12. Missä ikäpisteissä lapsi 2-5-vuotiaana käy neuvolassa?

- 2-vuotiaana \_\_\_\_\_
- 2,5 –vuotiaana \_\_\_\_\_
- 3-vuotiaana \_\_\_\_\_
- 3,5-vuotiaana \_\_\_\_\_
- 4-vuotiaana \_\_\_\_\_
- 4,5-vuotiaana \_\_\_\_\_
- 5-vuotiaana \_\_\_\_\_

13. Mitä testejä neuvola käyttää lasten (2-5-v.) kielellisen kehityksen seuraamiseksi/ kielellisen erityisvaikeuden tunnistamiseksi/ seulomiseksi?

KEHU \_\_, minkä ikäisenä? \_\_\_\_\_

LENE \_\_, minkä ikäisenä? \_\_\_\_\_

Muu \_\_, mikä? \_\_\_\_\_, minkä ikäisenä? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, minkä ikäisenä? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, minkä ikäisenä? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, minkä ikäisenä? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, minkä ikäisenä? \_\_\_\_\_

14. Ovatko neuvolan työntekijät saaneet lisäkoulutusta lasten kielellisen kehityksen seuraamiseen/ kielellisen erityisvaikeuden tunnistamiseen?

ei \_\_\_\_\_

kyllä \_\_, minkälaista

koulutusta? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Ympyröi seuraavassa mielestäsi oikea vaihtoehto*

15. Lapset ohjautuvat neuvolasta puheterapeutin tutkimuksiin riittävän varhaisessa vaiheessa

\_\_\_\_\_

1	2	3	4	5
ei koskaan				aina

*Rastita oikea vaihtoehto*

16. Viivettä puheterapeutin tutkimuksiin aiheuttaa:

- neuvolassa odotetaan ja seurataan \_\_\_
- vanhemmat eivät ota yhteyttä \_\_\_
- puheterapiaan on jono \_\_\_
- lapset pääsevät puheterapeutin tutkimuksiin jonottamatta \_\_\_

17. Mitä tutkimuksia perusterveydenhuollossa on tehtävä lapsille ennen erikoissairaanhoidon lähettämistä, kun epäillään kielellistä erityisvaikeutta? Merkitse valintasi perään, minkä ikäiselle lapselle ko. tutkimus on tehtävä.

- puheterapeutin arvio \_\_\_
- toimintaterapeutin arvio \_\_\_
- psykologin arvio \_\_\_
- omalääkärin tutkimus \_\_\_
- neuvolatutkimukset \_\_\_
- ei lähetetä vielä lapsen iän vuoksi \_\_\_

## Kielellisen erityisvaikeuden kuntoutus ja tukitoimet

*Rastita yksi tai useampi vaihtoehto oman toimintayksikkösi ja oman toimintatapasi mukaisesti*

18. Mitä tukitoimia kunnassanne tarjotaan lapselle, jolla epäillään kielellistä erityisvaikeutta?

- seurantakäynnit puheterapeutilla \_\_\_ iästä alkaen \_\_\_
- säännölliset puheterapiatapaamiset \_\_\_ iästä alkaen \_\_\_ , kuinka usein?
- päiväkoti \_\_\_
- avustaja päiväkodissa \_\_\_
- henkilökohtainen avustaja \_\_\_
- perheelle kohdistetut tukitoimet \_\_\_
- toimintaterapia \_\_\_
- sopeutumisvalmennuskurssit \_\_\_
- psykologi \_\_\_
- muu \_\_\_ , mikä? \_\_\_\_\_

19. Diagnosoidaanko lievät kielelliset erityisvaikeudet perusterveydenhuollossa?

- kyllä \_\_\_
- ei \_\_\_

20. Kuka tekee diagnoosin?

ei kukaan \_\_\_\_\_  
neuvolalääkäri \_\_\_\_\_  
omalääkäri \_\_\_\_\_  
lasten kuntoutustyöryhmä \_\_\_\_\_  
pth:n oma erikoislääkäri \_\_\_\_\_  
kaikki lähetetään erikoissairaanhoidon \_\_\_\_\_

21. Miten puheterapeutin ja päivähoidon yhteistyö on järjestetty?

Puheterapeutti käy päiväkodeissa \_\_\_\_\_krt/kk  
\_\_\_\_\_krt/vuosi

Yhteistyöpalavereja järjestetään terveydenhuollon yksikössä \_\_\_\_\_

Yhteistyöpalavereja järjestetään tarvittaessa \_\_\_\_\_

Yhteistyöpalavereja ei ole \_\_\_\_\_

22. Onko kunnassa/ kuntayhtymässä rajattu puheterapiapalveluja?

ei \_\_\_\_\_  
ikäryhmittäin \_\_\_\_\_, miten? \_\_\_\_\_  
häiriöryhmittäin \_\_\_\_\_, miten? \_\_\_\_\_

23. Voidaanko rajauksista joustaa yksilöllisesti?

ei \_\_\_\_\_  
kyllä \_\_\_\_\_, rajauksista päättää \_\_\_\_\_

24. Onko toimintayksikössä määritelty yksittäisen lapsen puheterapialle enimmäiskäyntimäärä?

ei \_\_\_\_\_  
kyllä \_\_\_\_\_, maksimikäynnit \_\_\_\_\_krt/ ½ v, \_\_\_\_\_krt/ 1v

25. Miten toimitaan, jos kuntoutustarve on suurempi kuin mitä toimintayksikkö pystyy tarjoamaan?

enimmäismäärästä ei jousteta \_\_\_\_\_  
enimmäismäärästä joustetaan \_\_\_\_\_  
lähetetään erikoissairaanhoidon \_\_\_\_\_  
tehdään maksusitoumus yksityiselle palveluntuottajalle \_\_\_\_\_

26. Maksusitoumuksen laajuuteen vaikuttavat

yksilöllinen tarve \_\_\_\_\_  
hallinnolliset määräykset \_\_\_\_\_

kuntoutukseen varattu määräraha \_\_\_\_\_  
yksityisen puheterapian saatavuus \_\_\_\_\_  
kunnan/ kuntayhtymän omat puheterapiaresurssit \_\_\_\_\_  
joku muu \_\_\_\_, mikä? \_\_\_\_\_

27. Jos erikoissairaanhoidon tai KELA on tehnyt maksusitoumuksen, mutta yksityistä puheterapeuttia ei löydy, mitä tapahtuu?

lapsi jää ilman puheterapiaa \_\_\_\_\_  
puheterapia toteutuu perusterveydenhuollossa \_\_\_\_\_  
erikoissairaanhoidon suositusten mukaisesti \_\_\_\_\_  
puheterapia toteutuu perusterveydenhuollossa \_\_\_\_\_  
sen omien käytäntöjen mukaisesti \_\_\_\_\_

28. Arvioi, kuinka suuri prosentuaalinen osuus vuosittain puheterapeutin palveluja käyttävistä lapsista ohjautuu kielellisen erityisvaikeuden vuoksi erikoissairaanhoidon tai KELAN kuntoutuksen piiriin? \_\_\_\_\_

29. Minkälaista koulutusta toimintayksikössäsi tarvittaisiin, jotta lasten kielellisen erityisvaikeuden kuntoutus toteutuisi mahdollisimman hyvin?

---

---

---

---

---

---

30. Onko uusi Käypä hoito –suositus (2010) huomioitu toimintayksikössäsi?

kyllä \_\_\_\_\_  
ei \_\_\_\_\_

31. Onko Käypä hoito -suositus (2010) vaikuttanut toimintayksikkösi käytäntöihin?

kyllä \_\_\_\_\_  
ei \_\_\_\_\_

32. Mitä muuta haluat kertoa lasten kielellisen kehityksen kuntoutukseen ja tukitoimiin liittyen?

---

---

---

---

---

**Kiitos vastauksestasi!**