



Kansainvälisen asiantuntijaverkoston *Aphasia United* laatimat afasiaan liittyvät hyvät käytänteet

Johdanto

Afasia tarkoittaa aivovaurion aiheuttamaa kommunikoinnin häiriötä. Afasia johtuu useimmiten aivoverenkierronhäiriöstä, mutta syynä voi olla myös aivovamma tai aivokasvain. Afasia aiheuttaa eriasteisia puheen tuottamisen ja ymmärtämisen sekä lukemisen ja kirjoittamisen vaikeuksia. Sairastuneen ihmisen sosiaalinen toimintakyky heikkenee usein afaattisen kommunikointihäiriön vuoksi. Afasia vaikeuttaa sosiaalisten suhteiden ylläpitämistä ja osallistumista sosiaaliseen elämään, ja se voi siten heikentää ihmisen yleistä hyvinvointia. Afasia ei vaikuta suoraan älykkyyteen, mutta kommunikointiongelmien voivat peittää alleen ihmisen todellisen älykkyyden. Afaattista ihmistä ei siis tule kohdella henkisesti vajavaisena. Afaattinen ihminen kykenee tekemään päätöksiä ja osallistumaan toimintaan, mikäli tieto ja toiminta muokataan helposti vastaanotettavaksi.

Afaattisilla ihmisillä on oikeus tulla kohdelluksi arvokkaasti ja kunnioitavasti, ja heidän tulee saada samanlaista terveydenhoitoa kuin ei-afaattiset ihmiset. Afaattisten ihmisten tulee saada omaan elämäänsä liittyvää tietoa, ja heitä tulee auttaa osallistumaan itseään koskevaan päätöksentekoon. Afaattisella ihmisellä ja hänen läheisellään on oikeus saada asianmukaisia palveluita, jotka on suunniteltu parantamaan kommunikointia ja tukemaan oman elämän valintoja. Terveydenhoidon palvelujen tulee olla kullekin kuntoutujalle suunniteltuja, ja palvelujen tulee perustua kuntoutujan ja perheen kanssa käytyyn neuvotteluun.

Seuraavassa esitetään kymmenen hyvää käytännettä terveydenhoidon ja avopalveluiden henkilöstölle, joka työskentelee afaattisten ihmisten parissa. Suositukset on koottu kansainvälisistä lähteistä. Kunkin suosituksen kohdalla viitataan siihen liittyvään tieteelliseen tutkimusnäyttöön. Lähteiden tietoon ei ole viitattu sanatarkasti vaan lähteiden johtajatukset on tuotu esille. Tutkimusnäytön yksityiskohtaisemmassa esittelyssä tulee viitata alkuperäiseen lähteeseen. On myös huomioitava, että enin osa suosituksista on johdettu yleisistä aivoverenkiertohäiriöpotilaiden suosituksista pikemminkin kuin erityisesti afaattisten ihmisten hoitoon liittyvistä suosituksista.

Kymmenen afasiaan liittyvää hyvää käytännettä

1. Jokaisen aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen tai etenevää aivosairautta sairastavan ihmisen kommunikointikyky tulee kartoittaa^{1,2,3,5,7,8,9} (Näytön taso C).
2. Puheterapeutin tulee tutkia potilas, jolla epäillään olevan kommunikointihäiriö. Epäillyn kommunikointihäiriön arvioimiseksi tulee käyttää niin laajaa arviointimenetelmää, että sillä voidaan arvioida mahdollisen häiriön luonne, vaikeusaste ja häiriön vaikutus sairastuneen ihmisen elämään^{1,2,3,4,5,6,8,9} (Näytön tasot B, C).
3. Afaattisen ihmisen tulee saada tietoa kommunikointihäiriöstään, sen aiheuttajasta (esimerkiksi aivoverenkiertohäiriö) ja hoitovaihtoehdoista Tätä käytäntöä tulee soveltaa terveydenhuollon eri tasoilla akuutista vaiheesta krooniseen^{1,5,6,7,8,9} (Näytön taso A-C).
4. Afaattista ihmistä ei tule kotiuttaa hoitopaikasta ilman tarvittavaa ja hänen hyväksymäänsä kommunikointikeinoa tai –välinettä (esimerkiksi kommunikointia tukevaa tai korvaavaa menetelmää, tukea tai ohjattua lähi-ihmistä) tai ilman dokumentoitua suunnitelmaa siitä, miten ja milloin tällainen kommunikointikeinoa tai –väline voidaan saada käyttöön. (Näytön taso: Asiantuntijanäyttö).
5. Afaattiselle ihmiselle tulee tarjota tiivistä ja yksilöllisesti suunnattua afasiaterapiaa, joka suunnitellaan siten, että sillä on vaikutusta kommunikointiin ja siten ihmisen elämään.^{1,2,3,4,5,6,7,8,9} (Taso A- Asiantuntijanäyttö riippuen lähestymistavasta, terapian tiiviyydestä ja ajoituksesta). Puheterapeutin tulee suunnitella ja ohjata interventio.
 - a. Hoito voi sisältää häiriökeskeistä harjoitusta, kompensatoristen keinojen harjoittelua, keskustelun harjoitusta, toiminnallista ja osallistumiseen tähtävästä harjoitusta, ympäristön ohjausta ja/tai harjoitusta kommunikoinnin apukeinoilla ja kommunikointia tukevalla tai korvaavalla menetelmällä.
 - b. Hoitotapoina voi olla yksilöterapia, ryhmäterapia, teleterapia ja/tai tietokoneavusteinen terapia.
 - c. Sekä aivoverenkiertohäiriöön sairastuneelle että etenevää aivosairautta sairastavalle tulee tarjota puheterapiaa.
 - d. Aivoverenkiertohäiriöön tai muuhun vakaana pysyvään aivovaurioon sairastunut afaattinen ihminen voi hyötyä puheterapiasta sekä akuutissa että kroonisessa vaiheessa.

6. Lähi-ihmiselle tulee tarjota harjoitusta kommunikoinnin parantamiseksi afaattisen ihmisen kanssa.^{1,2,3,5,8} (Näytön tasot A,B)
7. Perhe tai afaattisen ihmisen hoitaja tulee ottaa mukaan kuntoutumisprosessiin.^{1,2,3,4,5,7,8,9} (Näytön taso A-C)
 - Perheenjäsenten tai afaattisen ihmisen hoitajan tulee saada koulutusta ja tukea riippumatta afasian syystä tai seurauksista (Näytön taso A).
 - Perheenjäsenten tai hoitajan tulee oppia kommunikoimaan afaattisen ihmisen kanssa (Näytön taso B).
8. Afaattisten ihmisten palveluiden tulee olla kulttuuriin soveltuvia ja henkilökohtaisesti merkityksellisiä.^{1,2,5,8} (Näytön taso: Asiantuntijanäyttö).
9. Afaattisten ihmisten parissa työskentelevien terveys- ja sosiaalialan toimijoiden (akuuttihoidosta terminaalihoitoon) tulee saada koulutusta afasiasta ja siitä, miten afaattista ihmistä tuetaan kommunikoinnissa^{2,3} (Näytön taso C).
10. Afaattisille ihmisille suunnatun informaation tulee olla saatavilla mahdollisimman ymmärrettävässä muodossa^{1,3,5,7,8} (Näytön taso C).

Tutkimusnäytön taso

Taso A: Tutkimusnäyttö antaa luotettavan perustan suosituksille.

Taso B: Tutkimusnäyttö antaa useimmissa tapauksissa luotettavan perustan suosituksille.

Taso C: Tutkimusnäyttö antaa jonkin verran tukea suosituksiin.

Taso D: Tutkimusnäyttö on heikko.

Asiantuntijanäyttö: Näyttö perustuu asiantuntijoiden mielipiteeseen tai yksimielisyyteen.

Suosituksiin on käytetty lähteinä:

1. Intercollegiate Stroke Working Party. (2012). National clinical guideline for stroke, 4th edition. London: Royal College of Physicians.
2. Lindsay MP, Gubitz G, Bayley M, Hill MD, Davies-Schinkel C, Singh S, and Phillips S. Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care (Update 2013). On behalf of the Canadian Stroke Strategy Best Practices and Standards Writing Group. Ottawa, Ontario Canada: Canadian Stroke Network.
3. Miller, E., Murray, L., Richards, L., Zorowitz, R., Bakas, T., Clark, P. Billinger, S. (2010). Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary rehabilitation care of the stroke patient: A scientific statement from the American Heart Association. Stroke. 41:2402-2448.

4. National Health and Medical Research Council Clinical Centre for Research Excellence in Aphasia Rehabilitation (CCRE) (2014). Australian Aphasia Rehabilitation Pathway. <http://www.aphasiapathway.com.au/>
5. National Stroke Foundation Australia (2010) Clinical Guidelines for Stroke Prevention and Management. Melbourne Australia. http://strokefoundation.com.au/site/media/clinical_guidelines_stroke_managment_2010_interactive.pdf
6. Royal College of Speech & Language Therapists (2005).RCSLT Clinical Guidelines. London: RCSLT.
7. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2010) Management of Patients with Stroke: Rehabilitation, Prevention and Management of Complications, and Discharge Planning A National Clinical Guideline. Edinburgh, Scotland. <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign118.pdf>
8. Stroke Foundation of New Zealand and New Zealand Guidelines Group ((2010). Clinical Guidelines for Stroke Management 2010. [Wellington: Stroke Foundation of New Zealand](http://www.stroke.org.nz/resources/NZClinicalGuidelinesStrokeManagement2010ActiveContents.pdf) <http://www.stroke.org.nz/resources/NZClinicalGuidelinesStrokeManagement2010ActiveContents.pdf>
9. US Veteran's Administration / Department of Defense (2010). Management of Stroke: VA/DoD Clinical Practice Guideline. <http://www.healthquality.va.gov/guidelines/Rehab/stroke/online/>