

## MEDITSIINILISE TÕENDUSPÕHISUSE HINNANG

<b>Teenuse nimetus</b>	Logopeediline grupiteraapia v Logopeedi teenus grupis
<b>Taotluse number</b>	nr 1635
<b>Kuupäev</b>	17.05.2024

### 1. Tervishoiuteenuse meditsiiniline näidustus

Teenus on näidustatud afaasia teraapias nagu seda on põhjalikult kirjeldatud Eesti Logopeedide Ühingu (ELÜ) ja Eesti Afaasialiidu taotluses ning millele leiab kinnitust ka erinevatest teadusartiklitest (Dede, G. jt, 2019, Savage, M. jt, 2017, Fama, M. E., 2016). Ent see pole kindlasti ainuke diagnoos, mille puhul on logopeedilise grupiteraapia teenus põhjendatud. Logopeedilise grupiteraapia teenus on näidustatud ka mitmete teiste kõne- ja keelepüüete puhul, millele on lühidalt viidatud Eesti Logopeedide Ühingu vastuskirjas Tervisekassa pärimisele. Mitmetes teadusartiklites ja teadustöodes tuuakse välja grupiteraapia kasulikkus kogelusteraapias (Fry, J. jt, 2014, Liddle, H. jt, 2011, Shoster, D. jt, 2011), arengulise keelepüüdega laste teraapias (Ardanouy, E. jt, 2023, Ottow-Henning, E. jt, 2020, [Sundstrom](#) jt 2023) ning hääleteraapias ([Abrahamsson](#), M. jt 2018) ja düsartria ravis (Whillans, C. jt, 2022, MacKenzie, C. jt, 2012), sealhulgas Parkinsoni tõvega inimeste kõneravis (Lillemets, M., 2019).

Lisaks leiab teadusartikleid selle kohta, kuidas grupiteraapiat rakendatakse edukalt muudegi diagnooside puhul, nt kuulmispuue (Guarinello jt, 2017), suulaelõhe (Williams, C. jt, 2021) jm.

Eriti oluline on logopeedilise grupiteraapia teenusel osalemine nende isikute jaoks, kes on saanud individuaalset teraapiat ja omandanud juba teatud keeleliste oskuste taseme ja/või kõnetehnikad (nt kogeluse korral), aga vajavad oskuste kinnistamiseks ning suhtlemisolukordadesse ülekandmiseks teisi suhtluspartnereid ning igapäevaeluga sarnasemaid suhtlusolukordi. Kõne üks olulisemaid funktsioone on kommunikatsioon st suhtlemine teiste inimestega. Kui patsiendil peale teraapia lõppu ei ole kujunenud välja võimekust rakendada õpitud oskusi väljaspool teraapiaruumi ja suheldes teiste inimestega peale logopeedi, siis on teraapia efektiivsus madal. Grupiteraapia annab võimaluse harjutada ja saavutada toimivaks kommunikatsiooniks vajalikku suhtlemisjulgust ning harjutada individuaalteraapias omandatud oskuste ülekandmist suhtlussituatsioonides, turvaliselt väikeses rühmas: suhtlusolukorrad on sarnasemad igapäevaeluga, kuid samas pakuvad kliendile turvatunnet ja vajadusel spetsialisti tuge.

Seega on logopeediline grupiteraapia kindlasti näidustatud afaasia, kogeluse, arengulise keelepüüde (eriti pragmaatiliste oskuste puudujäägi puhul), häälepüüde ja düsartria (sh Parkinsoni tõvega patsientide) kõneravis (vastavad koodid Rahvusvahelise Haiguste Klassifikatsiooni (RHK 10) järgi on R47.0, F98.5, F80.1, F80.2, F80.9, R49.1, R47.1), ent see loetelu ei ole lõplik.

Eelnevast lähtudes teen ettepaneku, et selle otsuse, milliste logopeediliste diagnooside puhul ning millal rakendada grupiteraapiat, võiks jätta logopeedi pädevusse.

## 2. Näidustuse aluseks oleva haiguse või tervises seisundi iseloomustus

Taotluses olev afaasia iseloomustus on adekvaatne ja asjakohane. Taotluses ära toodud arvud afaasia oletatava esinemissageduse kohta Eestis on adekvaatsed, kuna sarnased andmed on ära toodud ka teistes allikates (Padrik, M. jt, 2016).

Taotluses ega ELÜ vastuskirjas Tervisekassa pärimusele ei ole ära toodud iseloomustust teiste kõnepuute kohta, mille puhul samuti on logopeediline grupiteraapia näidustatud. Lisan järgnevalt lühidalt neist olulisemate kõnepuute iseloomustused ning selgitan juurde, mil moel võib nende diagnooside puhul grupiteraapiast kasu olla.

Kogeluseks peetakse kõnet, mille puhul ilmneb kõnetakistuste ebanormaalselt kõrge sagedus või kestus. Iseloomulikud on häälikute, silpide või ühesilbiliste sõnade kordused, häälikute venitamine, õhuvoolu või hääle blokid. Mingil ajaperioodil oma elu jooksul on kogelenud u 5% inimestest. Põhikooliastmes on kogelejaid u 1% lastest, täiskasvanute hulgas aga juba alla 1%. Kogelus on aja jooksul muutuv kommunikatsioonipuue, mis võib mõjutada kogu inimese suhtlemist, käitumist ja elu kvaliteeti. Kogeluse püsides õpib inimene kasutama vältimisstrateegiaid, tajub suhtlemisstressi jt negatiivseid emotsioone seoses suhtlemisega (Padrik jt, 2016). Damico jt (2021) märgivad samuti, et kogeluse esinemissagedus on u 1%. Eelnevast lähtudes on kogeluse puhul eriti oluline pakkuda võimalust rakendada individuaalteraapias õpitud kõnetehnikaid ning saavutada suhtlemisjulgus väikestes gruppides ning seejärel väljaspool logopeedi kabinetti, et ei kujuneks välja vältimisstrateegiaid ega negatiivset mõju inimese elukvaliteedile tervikuna.

Arengulise keelepuude puhul on tegemist püsiva (ei möödu iseeneslikult aja jooksul) ja süsteemse kõnearengu mahajäämusega, mille puhul ei vasta eakohasele normile ühegi keeletasandi oskused – hääldamine, sõnakasutus, grammatilised ja pragmaatilised oskused.

Tegemist on alakõnega, mis on oma olemuselt primaarne, st see ei tulene ühestki teisest puudest. Puue on oma olemuselt arenguline, st sümptomid avalduvad ja muutuvad lapse kõne arenedes. Sageduse protsendid varieeruvad kirjanduses üsna oluliselt, sõltudes diagnostilistest kriteeriumitest. Arengulist keelepuuet on 3-7-aastastest lastest 6-8% (Padrik jt, 2016). Kuna arengulise keelepuude puhul vajab laps logopeedi abi mitmeid aastaid, st kõneravi algab väikelapseas ning kestab sageli põhikooli lõpuni, siis on just vanemate koolieelikute ja kooliealiste puhul grupiteraapia näidustatud. Eriliselt soovin rõhutada arengulise keelepuudega laste hulgas olevate pragmaatiliste oskuste puudujäägiga laste jaoks grupiteraapia vajalikkust. Pragmatika on oskus kasutada keelt vastavalt suhtlussituatsioonile. Pragmatilise puudujäägi puhul võib vahel keeleline võimekus olla suhteliselt hea, ent ebapiisavad suhtlemisoskused tekitavad igapäevaselt probleeme. Selliseid oskuseid on hea harjutada väikerühmas logopeedi juhendamisel.

Häälepuudega on tegemist siis, kui hääle omadused on muutunud või hääle ei vasta kasutaja nõudmistele (Padrik jt, 2016). Häälepuude tunnuste määr ja raskusaste võivad olla väga erinevad. Kõige ekstreemsemaks häälepuude väljundiks on afoonia ehk täielik häälekaotus, kuid seda tuleb harva ette. Enamasti avaldub häälepuue mitmesuguse raskusastmega häälekvaliteedi halvenemisenähtena – düsfoonia. Häälepuuet esineb nii lastel kui täiskasvanutel. ASHA (*American Speech-Language-Hearing Association*) kodulehel (külastatud mais 2024) oleva info järgi pöörduvad u 10 % täiskasvanutest Ameerika Ühendriikides ravile düsfoonia tõttu. Sama allikas viitab lisaks konkreetsete hääleharjutuste tegemisele ka nõustamise olulisusele hääleteraapias – häälele negatiivselt mõjuvate psühhosotsiaalsete faktorite identifitseerimine ja nende muutmise strateegiate rakendamine, nt stressiga toimetulekuks. Hääleteraapias on oluline psühholoogiline komponent ning seda saab rühmateraapias leevendada. Hääle kasutamist ja õpitud tehnikaid tuleb harjutada suhtlusolukordades.

Düsartria on kõnemotoorikapuue, mis tekib siis, kui kõneliigutusi ehk kõnemotoorikat kontrolliva kesk- ja/või perifeerse närvisüsteemi ühes või mitmes kohas ajukoorest lihaseeni on kahjustus ning innerveeritakse kõneelundite lihaseid puudulikult (Padrik, M. jt, 2016). Düsartria on neurogeenne kõnepuue, mille puhul ei vasta normile kõik või valikuliselt järgmised kõne komponendid: kõnehingamine, fonatsioon, resonants, artikulatsioon ning prosoodia. Kõnepuude sümptomid sõltuvad neuroloogilise kahjustuse kohast ja sellega seotud neuropatofüsioloogiast. Düsartria põhjustavad mitmesugused närvisüsteemi kahjustavad haigused jm tegurid. Omandatud düsartria korral nimetatakse sagedamini vaskulaarseid (ajuhalvatus/insult), traumadega seotud põhjusi, degeneratiivsed haigusi (nt Alzheimeri tõbi, Parkinsoni tõbi, sclerosis multiplex, ALS), toksilis-metaboolseid seisundeid, neoplastilisi haigusi (erinevad kasvaja) ning infektsioone (nt entsefaliit, meningiit). Arenguline düsartria tekib närvisüsteemi kahjustusest enne sündi, sünni ajal või pärast sündi. Arenguline düsartria seostub eelkõige laste tserebraalparalüüsiga (PCI), sh sõltub kõnehäire PCI vormist: nt hüperkineetilise vormi puhul on düsartriat 90%-l, spastilise dipleegia puhul 70 %-l, atoonilis-astatilise vormi puhul 60-75%-l lastest. Puuduvad andmed, mis näitaksid düsartria sagedust üldpopulatsioonis (Padrik, M. jt, 2016). Parkinsoni tõve tõttu tekkiva düsartria vormi puhul on tõendusmaterjalil kasutusel LSVT hääleteraapia, mis on oma olemuselt küll individuaalteraapia, aga maailmas on kasutatud ka selle edasiarendust grupiteraapia vormina. LSVT teraapia ise on intensiivne ja ajamahukas (16 individuaalset teraapiatundi 4 nädala jooksul). Selleks, et võimalikult paljud Parkinsoni haiged saaksid ligipääsu teraapiale võiks sarnast teraapiat rakendada ka grupiteenusena (Lillemets, M., 2019).

### **3. Tervishoiuteenusel põhinevate andmete ravi tulemuslikkuse kohta kliiniliste uuringute ja metaanalüüside alusel**

Taotluses esitatud esimene kliiniline uuring (Dede, G. jt., 2019) on asjakohane ja usaldusväärne taotluses esitatud näidustusel. Uuringu käigu kirjeldus vastab taotluses esitatule.

Teine taotluses analüüsitud artikkel (Akabogu, J. jt, 2019) sisaldab CBLT (*Cognitive Behaviour Language Therapy*) rakendamist afaasiaga patsientidel. Vastavalt artiklile on samad autorid varasemalt edukalt rakendanud kognitiiv-käitumuslikku teraapiat koos kõneteraapiaga kogelejate grupiteraapia vormina. Taotluses analüüsitud Akabogu jt. (2019) artikkel on asjakohane ja usaldusväärne, arvestades antud taotlust. Uuringu sihtgrupp on taotluses kohaselt kirjeldatud. Uuringu aluseks oleva ravi kirjelduses olev info on vastav artiklile, ent minu hinnangul on üks oluline tööloik jäänud taotluses mainimata. Lisaks keeleliste ja kommunikatiivsetele eesmärkidele tegeldi teraapias ka kõne ja suhtlemisega seotud irratsionaalsete mõtete tundma õppimise ja muutmise ning käitumise muutmise suhtlemisolukordades. Programmi käigus õpetati välja ka patsientide eest hoolitsevad inimesed (*care-givers*). Teraapiat viisid läbi logopeedid ja psühholoogid. Taotluses on uuringu pikkuse juures mainitud, milline oli grupiteraapia kestus. Lisan juurde, et artiklit lugedes selgus, et 4 tundi nädalas teraapiat sisaldas nii grupitunde 5 patsiendiga kui ka individuaaltunde. Esmane tulemusnäitaja ning esmase tulemusnäitaja tulemus on taotluses ära toodud vastavalt artiklile („Pärast teraapia sessioone toimus märgatav muutus testgrupi kõnelistes võimetes (afaasiatunnused vähenesid) võrreldes kontrollgrupiga.“). Lisasin juurde, et ka kõnega seotud mitte-abistavad mõtted ja tunded vähenesid teraapia jooksul statistiliselt olulisel määral. Taotluses on vastavalt artiklile ära toodud, et teraapias saavutatud efekt püsis ka 2 kuud hiljem statistiliselt olulisel määral. Lisan juurde, et efekt püsis ka tunnete ning mõtete osas.

Sellest uuringust lähtuvalt teeksin ettepaneku, et lisaks logopeedilisele grupiteraapiale võiks vajadusel ka Eestis sarnaselt artiklis toodud sekkumisega töötada sama grupiga ka psühholoog, nt vajadusel kogeluse ja afaasiaga isikute grupi puhul.

Lisan järgnevalt juurde info 2 uuringu kohta.

Esmalt käsitlen Euleri jt (2021) uuringut kogelusteraapia puhul grupiteraapia kasutamise kohta: „*Speech restructuring group treatment for 6-to-9-year-old children who stutter: A therapeutic trial.*“

Uuringu sihtgrupp ja uuritavate arv uuringugruppide lõikes	Kaasatud oli 119 last vanuses 5-10 (108 poissi ja 11 tüdrukut). Lisan juurde, et meeste hulgas on kogeluse levimus 3-4 korda suurem kui naiste hulgas.
Uuringu aluseks oleva ravi/teenuse kirjeldus	Läbi viidi FranKa teraapia, mis on lastele kohandatud Kasseli kogelusteraapia. Õpetati pehme hääldusega silpide alustamist lausete alguses. Intensiivne grupiteraapia kestis 6 päeva. Intensiivse teraapia ajal veetsid lapsed koos vanematega päevas u 8 h erinevate teraapia tegevustega (harjutamine arvuti abil programmiga 'flunatic! junior', kõnemängud, aktiivsemad mängud koos teiste lastega suhtlemisega, maalimine, lühikesed loengud kõne ja kogeluse kohta). Vanemaid instrueeriti sel ajal kasutama sama kõnetehnikat. Intensiivsele teraapiale järgnes 6 kuu pikkune säilitamise faas, mille jooksul kolmel nädalavahetusel viidi läbi nn värskenduskursus. Säilitamisfaasi ajal viis lapsevanem lapsega kodus igapäevaselt läbi ühe 10 min harjutamissessiooni (alustades struktureeritumatest tegevustest ja lõpetades vabamatega).
Võrdlusravi	Kontrollgrupp, kes sai teraapiat hiljem.
Uuringu pikkus	Teraapia kestis 6 kuud ja 6 päeva.
Esmane tulemusnäitaja	Kõnesalvestusi analüüsiti SSI-4 testiga, milles hinnatakse objektiivselt kogeluse tugevust. Lisaks paluti klientidel täita OASES-S küsitlus, mis annab kliendi subjektiivse hinnangu enda kogelusele. Esmane mõõtmine toimus enne teraapiat ning teine mõõtmine 4 nädalat peale intensiivset teraapiat.

4.2.6 Esmase tulemusnäitaja tulemus	Kogeldud silpide protsent oli teise mõõtmise ajaks vähenenud märkimisväärselt ( $p < .001$ ), efekt $d = 0.70$ . OASES-S koondskoor oli teise mõõtmise ajaks vähenenud märkimisväärselt ( $p < .001$ ), efekt $d = 0.46$ .
4.2.7 Teised tulemusnäitajad	18 kuud peale intensiivset teraapiat viidi läbi neljas hindamine.
4.2.8 Teiste tulemusnäitajate tulemused	Võrreldes enne teraapiat tehtud uuringut ja neljandat hindamist, oli 4. hindamise ajaks kogeldud silpide protsent vähenenud märkimisväärselt ( $p < .001$ ), efekt $d = 0.86$ . OASES-S koondskoor oli neljanda mõõtmise ajaks samuti vähenenud märkimisväärselt ( $p < .001$ ), $d = 0.86$ .

Euleri jt (2021) artikkel näitab rühmateraapia efektiivsust kogelevate laste puhul.

Järgnevalt käsitlen Abrahamssoni jt (2018) artiklit häälepuude puhul grupiteraapia rakendamise efektiivsuse kohta: „*Effects of Voice Therapy: A Comparison Between Individual and Group Therapy*“

Uuringu sihtgrupp ja uuritavate arv uuringugruppide lõikes	Uuringus osales 187 isikut. Individuaalteraapias osales 81 isikut ning grupiteraapias 105 inimest. Üks patsient langes uuringust välja. Keskmine uuringus osalenute vanus oli 47 a.
--	---

Uuringu aluseks oleva ravi/teenuse kirjeldus	<p>Hindamiseks kasutati küsimustiku täitmist (<i>Swedish Voice Handicap Index (VHI-11)</i>) kahel korral: esimesel visiidil ja u 1 a hiljem.</p> <p>Häälepuude raskusastmest lähtuvalt otsustati koos patsiendiga, kas ta osaleb individuaalses või grupiterapias. Tõsisema hääleprobleemiga (nt häälepaelte struktuuriliste muutustega) patsientidele tavaliselt soovitati individuaalteraapiat. Grupiteraapiat nimetati <i>Basic voice awareness (BVA)</i>. Grupis osales korraga max 4 inimest. Mõlema teraapia puhul soovitati osaleda 3-5 teraapiatunnis. Samas, kui logopeed ja patsient nägid suuremat ravivajadust, siis seda ka võimaldati.</p> <p>Nii individuaalses kui grupiteraapias käsitleti kolme peamise teemana häälehoidu, üldist lõdvestumist ning diafragma hingamist. Mõlema suuna puhul seati eesmärgiks oskuste ülekandumine igapäevaellu (nt julgustati iseseisvalt harjutama väljaspool logopeedi kabinetti).</p> <p>Hiljem pakuti patsientidele võimalust osaleda ka jätkuteraapias.</p>
Võrdlusravi	-
Uuringu pikkus	Logopeediline hindamine ja 3-5 teraapiatundi.
Esmane tulemusnäitaja	Hindamiseks kasutati küsimustiku täitmist ( <i>Swedish Voice Handicap Index (VHI-11)</i> ) kahel korral: esimesel visiidil ja u 1 a hiljem.
4.2.6 Esmase tulemusnäitaja tulemus	Tulemused paranesid statistiliselt olulisel määral nii individuaalterapias osalenutel kui grupiteraapias osalenutel ( $P < 0.05$ ).
4.2.7 Teised tulemusnäitajad	-
4.2.8 Teiste tulemusnäitajate tulemused	-

Abrahamssoni jt (2018) artikkel näitab grupiteraapia efektiivsust häälepuudega täiskasvanute puhul.

4. **Tervishoiuteenuse tõenduspõhised andmed ravi ohutuse kohta** Taotluses esitatud andmed võimalike kõrvaltoimete ja tüsistuste kohta on asjakohased ega vaja minu hinnangul lisaselgitusi.

5. **Tervishoiuteenuse osutamise kogemus maailmapraktikas**

*Kui puuduvad tervishoiuteenuse tõenduspõhisuse andmed ravi tulemuslikkuse ja ohutuse* Taotluses ära toodud näited afaasia teraapia teadusuuringutest on asjakohased. Samuti on nii Eesti Logopeedide Ühingu vastuskirja kohaselt kui ka minu otsingust lähtuvalt logopeedilise grupiteraapia teenust tõhusalt kasutatud arengulise keelepuudega laste puhul (Ardanouy jt, 2023), hääle teraapias ([Abrahamsson, M. jt, 2018](#)), kogeluse teraapias (Fry, 2014) ja düsartria teraapias (Whillans, C. jt, 2022). Lisaks on teenus põhjendatud ka muude puuete puhul, mida varasemalt mainisin.

6. **Tõenduspõhisus võrreldes alternatiivsete tõenduspõhiste raviviisidega** Olen nõus, et alternatiividena võib käsitleda individuaalset teraapiat ehk teenuseid logopeedi vastuvõtt ja logopeedi videovastuvõtt ning sellega, et kumbki neist ei asenda reaalselt suhtlemist grupis. Teine vaade oleks see, et individuaalset ja grupiteraapiat ei pea vastandama, vaid sageli annab parima teraapiaefekti individuaalse ja grupiteraapia kombineerimine. Näiteks, varane ning võimalusel intensiivne kõneraviga alustamine on soovitatav peale insulti just individuaalse teraapiana, ent suhtlemist oleks vaja treenida lisaks grupiteraapias, kas paralleelselt individuaalse teraapiaga või peale individuaalset teraapiat. Samuti on nii kogeluse, arengulise keelepuude kui hääleprobleemide puhul otstarbekas esmalt diagnostikaks ja ka oskuste õppeks kasutada individuaalse teraapia võimalust, ent suurema teraapiaefektiivsuse saavutamiseks tuleks jätkata oskuste kinnistamist grupiteraapia vormis. Abrahamssoni artiklis (2018) soovitati grupiteraapiat siis, kui häälepuude raskusaste oli madalam ning individualteraapiat raskema häälepuude puhul.

7. **Taotletava teenuse ja alternatiivse raviviisi sisaldumine Euroopa riikides aktsepteeritud ravijuhistes**

Taotluses ravijuhisena ära toodud viide Austraalia Queenslandi Ülikooli kodulehel olevatele parima praktika soovitusetele on asjakohane ning seal tõepoolest mainitakse lisaks individuaalsele teraapiale ka grupiteraapia soovitus afaasia ravis. Need soovitusused toetuvad erinevatele teadusartiklitele ning erinevate riikide insuldi ravijuhistele.

Taotluses Ameerika Ühendriikide Logopeedide ja Foniaatrite Assotsiatsiooni (ASHA) ravijuhisena ära toodud lingil ASHA kodulehel on kokkuvõtte kliinilise praktika ravijuhistest, mis põhineb Simmons-Mackie (2017) artiklil. Seal samuti tuuakse afaasia ühe teraapiavormina välja ka grupiteraapia.

Lisan juurde, et Burtoni jt (2023) artiklis on kirjas, et eraldi afaasia ravijuhiseid ei ole, vähemalt inglise keeles mitte. Afaasia teema sisaldub insuldi ravijuhistes. Burtoni (2023) artiklis käsitletud ravijuhistes oli afaasia puhul korduvalt ära toodud ka grupiteraapia soovitus. Eestis on afaasia taastusravi lühidalt kirjeldatud insuldijärgse taastusravi ravijuhendis (ravijuhend.ee).

Lisan juurde, et ASHA kodulehel on samuti ära toodud soovitus kogeluse teraapiaks, mis põhinevad Pertijsi (2014) artiklil ning Hollandi teraapiasüsteemil ja kogemusel. Artiklis tuuakse ära soovitus kasutada grupiteraapiat kogeluse puhul noorte ja täiskasvanute hulgas.

Nii Euler (2021) kui Liddle (2011) käsitlevad oma artiklis kooliealisi kogelejaid ja nendivad, et grupiteraapia on ka neile soovitatav.

8. **Tervishoiuteenuse osutamiseks vajalike tegevuste kirjeldus** Vajalikud tegevused on taotluses asjakohaselt kirjeldatud. Küll aga lisan juurde, et see info ei peaks olema seotud ainult afaasia teraapiaga (nagu praegu taotluses kirjas), vaid peaks hõlmama ka muid varasemalt minu poolt nimetatud kõnediagnoose.

## 9. **Tingimused ja teenuseosutaja valmisolek kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamiseks**

9.1. Tervishoiuteenuse osutaja

9.2. Tervishoiuteenuse osutamise tüüp

9.3. Raviarve eriala

9.4. Minimaalne tervishoiuteenuse osutamise kordade arv kvaliteetse teenuse osutamise tagamiseks

9.5. Personali (täiendava) väljaõppe vajadus

9.6. Teenuseosutaja valmisolek

Taotluses esitatud andmed on asjakohased. Asjakohast lisainfot selle punkti kohta on antud ka ELÜ vastuskirjas Tervisekassa päringule.

## 10. **Teenuse osutamise kogemus Eestis**

Taotluses esitatud andmed on afaasia kohta asjakohased. Lisan juurde, et Eestis tehakse laste puhul rühmas ka nt häälikuseadet ning keelepuudega lastele õpetatakse pragmaatilisi oskusi.

Enda töökogemuse põhjal (Logopeedilise Teraapia Keskuses Kõnekoda) saan välja tuua, et oleme viimastel aastatel teinud vähemalt kahel korral aastas tasuta kogelusteraapia grupitundi täiskasvanutele (kestvus 2h). See kasvas välja vajadusest pakkuda individuaalteraapia lõpetanud klientidele grupiteraapia võimalust. Osalejad on andnud positiivset tagasisidet (nt teemade asjakohasuse ning harjutuste vajalikkuse osas) ning grupi täitumisega probleeme pole. Samas saan selle kogemuse põhjal väita, et efektiivsuse saavutamiseks, peaks grupiteraapia toimuma sagedamini. Praegu ei ole olnud seda võimalik teha, kuna puudus rahastus.

## 11. **Eestis tervishoiuteenust vajavate isikute ja tervishoiuteenuse osutamise kordade arvu prognoos järgneva nelja aasta kohta aastate lõikes**

Taotluses prognoosi antud ei ole ning mina seda samuti anda ei oska. Küll aga leiab lisainfot ELÜ vastuskirjas Tervisekassa päringule.

## 12. **Tervishoiuteenuse seos kehtiva loeteluga, ravimite loeteluga või meditsiiniseadmete loeteluga ning mõju töövõimetusel**

12.1. Tervishoiuteenused, mis lisanduvad taotletava teenuse kasutamisel ravijuhule



12.2. Tervishoiuteenused, mis lisanduvad alternatiivse teenuse kasutamisel ravijuhule

12.3. Kas uus teenus asendab mõnda olemasolevat tervishoiuteenust osaliselt või täielikult?

12.4. Kui suures osas taotletava teenuse puhul on tegu uute ravijuhtudega?

12.5. Taotletava tervishoiuteenusega kaasnevad samaaegselt, eelnevalt või järgnevalt vajalikud tervishoiuteenused (mida ei märgita taotletava teenuse raviarvele), soodusravimid, ja meditsiiniseadmed patsiendi kohta ühel aastal.

12.6. Alternatiivse raviviisiga kaasnevad (samaaegselt, eelnevalt või järgnevalt) vajalikud tervishoiuteenused (mida ei märgita taotletava teenuse raviarvele), soodusravimid, ja meditsiiniseadmed patsiendi kohta ühel aastal.

12.7. Tervishoiuteenuse mõju töövõimetusele

Taotluses ja ELÜ vastuskirjas toodud info on asjakohane. Mina omalt poolt midagi lisada ei soovi.

### **13. Hinnang patsiendi omaosaluse põhjendatusele ja patsientide valmisolekule tasuda ise teenuse eest osaliselt või täielikult**

Taotluses toodud info on afaasia kohta asjakohane ja ääretult oluline. Eakamad, kui keskmiselt kõige väiksema sissetulekuga elanikkonna grupp (kuna neil on väike pension ja väike puudetoetus), võiks kindlasti saada kõneravi jaoks Tervisekassa toetuse ning omaosalust neile määrama ei peaks.

Ka muude kõnepuuetate puhul, kui teenust osutatakse samas mahus (kokku max 20 tundi) ei ole minu hinnangul praegu omaosaluse määra kehtestamine põhjendatud, kuna elanikkonna maksevõime ei ole piisav. Omaosaluse kehtestamisel võivad osad kliendid jätta teenusel osalemise võimaluse kasutamata.

Samas, minu poolt varasemalt käsitletud Euleri (2021) uuringus analüüsiti kogeluse intensiivteraapia läbiviimist koos säilitamisetaapiga, mis oli oluliselt pikem kui 20 tundi.

Sellise mahuka intensiivteraapia puhul võib omaosalus olla põhjendatud.

Tervisekassa poolt laste grupiteraapia teenuse toetamise vajalikkus on põhjendatud ka seetõttu, et kõne- ja keelepuuetel on suur mõju lapse akadeemilisele edukusele ja sotsiaal-emotsionaalsele arengule. Koolieelses ja koolieas tehtud kulutused ennetavad abivajadust täiskasvanuna (nt psühho-sotsiaalsed mõjud teismelise- ja täiskasvanueas, keelepuuetel otsene mõju õpivõimele jne).

#### **14. Tervishoiuteenuse väär- ja liigkasutamise tõenäosus**

Taotluses toodud info väärkasutamise tõenäosusest on afaasia kohta asjakohane. Lisan juurde, et ükskõik millise kõnepuude puhul teraapiagrupp ei tohiks olla liiga suur. Grupis võiks osaleda max 2-5 inimest ühe logopeedi kohta. Sellise suurusega grupid olid ka varasemalt kirjeldatud Akabogu (2019) ja Abrahamssoni (2018) artiklites.

Veel lisaksin juurde, et logopeed peaks olema saanud õppetöö või koolituse käigus teadmised ja võimalusel juhendatud kogemuse grupi juhtimisest, et ta oskaks seada realistlikke eesmärke, hoida grupivaimu ning märgata iga osaleja soove ja vajadusi. Taotluses toodud info liigkasutamise tõenäosuse kohta on kohane. Samas, muude kõnepuude osas võib grupiteraapia maht olla ka suurem, näiteks eelnevalt ära toodud Euleri (2021) uuringus, kus kogelevate lastega viidi läbi intensiivteraapia, oli teraapia kestvus 6 päeva esimeses etapis ja 6 päeva teises etapis, st u 96 tundi kokku. Seega, on oluline arvestada, et intensiivteraapia koos säilitusfaasiga võtab oluliselt rohkem aega. Küllap tuleneb erinevus ka sellest, et kogelevate laste puhul oli tegemist uue oskuse õppimise ja kõnesse viimisega, aga afaasia konversatsiooniteraapias on tegemist pigem kõnejäägi säilitamise ning aktiivse suhtlemise harjutamisega.

- 15. Patsiendi isikupära võimalik mõju ravi tulemustele** Patsiendi isikupära ja eluviisi võimalik mõju ravi tulemustele on afaasia osas kohaselt kirjeldatud. Ka teistel juhtudel (nt kogeluse või häälepuudega isikute puhul) võib oletada, et väljakujunenud isiksustel, täiskasvanutel on sarnased tendentsid, st tõenäoliselt osalevad grupiteraapias edukamalt ja saavutavad kiiremaid tulemusi ekstravertset tüüpi suhtlusaltid inimesed.

#### **16. Tervishoiuteenuse kohaldamise tingimused**

Teenusele kohaldamise tingimuste lisamine ei ole põhjendatud.

#### **17. Kokkuvõte**

Teenuse hüvitamist taotletakse kõnepuuetega patsientide puhul. Logopeediline grupiteraapia on kindlasti näidustatud afaasia, kogeluse, arengulise keelepuude (eriti pragmaatiliste oskuste puudujäägi puhul), häälepuude ja düsartria (sh Parkinsoni tõvega patsientide) kõneravis, ent see loetelu ei ole lõplik. Teenus ei kätke endas ohte. Ravijuhendites on grupiteenus toodud ära ühe võimalusena logopeedilisest teraapiast. Kohaldamise tingimusi ei sätestata.

#### **18. Kasutatud kirjandus**

Artikleid otsisin andmebaasidest PubMed, EBSCO Discovery ja Scopus.

1. Abrahamsson, M. Effects of Voice Therapy: A Comparison Between Individual and

- Group Therapy. *Journal of Voice*, 2018, Jul, Vol. 32 Issue 4, p437-442. 6p  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0892199717301558#:~:text=Effects%20of%20Voice%20Therapy%3A%20A%20Comparison%20Between%20Individual%20and%20Group%20Therapy>
2. Ardanouy, E. Effectiveness of a group intervention for lexical enrichment in 6-to-10-year-old children with developmental language disorder. *Child Language Teaching & Therapy*, 2023, Oct., Vol. 39 Issue 3, p218-233, 16p.  
<https://eds.p.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=3&sid=200dad5b-1a09-4d55-b1ab275a2fb1d70e%40redis&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLHVybCx1aWQmc2l0ZT11ZH>  
[MtbGI2ZQ%3d%3d#AN=EJ1394612&db=eric:~:text=Title%3A-,Effectiveness%20of%20a%20Group%20Intervention%20for%20Lexical%20Enrichment%20in%206%2Dto%2D10%2DYear%2DOld%20Children%20with%20Developmental%20Language%20Disorder,-Language%3A](https://eds.p.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=3&sid=200dad5b-1a09-4d55-b1ab275a2fb1d70e%40redis&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLHVybCx1aWQmc2l0ZT11ZH)
  3. Burton, B. An updated systematic review of stroke clinical practice guidelines to inform aphasia management. *Int J Stroke*, 2023 Oct; 18(9): 1029–1039.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10614176/>
  4. Damico, J.S. *The Handbook of Language and Speech Disorders*. 2021, John Wiley & Sons Ltd.  
<https://onlinelibrary.wiley.com/book/10.1002/9781119606987>
  5. DeDe, G., Two to Tango or the More the Merrier? A Randomized Controlled Trial of the Effects of Group Size in Aphasia Conversation Treatment on Standardized Tests In *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2019, May, 62(5):1437-1451
  6. Euler, H. A., Speech restructuring group treatment for 6-to-9-year-old children who stutter: A therapeutic trial. *Journal of Communication Disorders*, 2021, Vol 89, Jan-Feb.  
<https://eds.p.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=2&sid=fc1cdbe2-a7b6-4d15-a817104d2436b952%40redis&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLHVybCx1aWQmc2l0ZT11ZH>  
[MtbGI2ZQ%3d%3d#AN=S0021992420301416&db=edselp:~:text=Title%3A,Speech%20restructuring%20group%20treatment%20for%206%2Dto%2D9%2Dyear%2Dold%20children%20who%20stutter%3A%20A%20therapeutic%20trial,Authors%3A](https://eds.p.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=2&sid=fc1cdbe2-a7b6-4d15-a817104d2436b952%40redis&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLHVybCx1aWQmc2l0ZT11ZH)
  7. Fama, M., Group therapy as a social context for aphasia recovery: a pilot, observational study in an acute rehabilitation hospital. *International Journal of Computers & Applications*, 2016, Aug, Vol. 23 Issue 4, p276-283.  
<https://eds.p.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=4&sid=fc1cdbe2-a7b6-4d15-a817104d2436b952%40redis&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLHVybCx1aWQmc2l0ZT11ZH>  
[MtbGI2ZQ%3d%3d#AN=116574021&db=edb:~:text=Title%3A-,Group%20therapy%20as%20a%20social%20context%20for%20aphasia%20recovery%3A%20a%20pilot%2C%20observational%20study%20in%20an%20acute%20rehabilitation%20hospital,-Authors%3A](https://eds.p.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=4&sid=fc1cdbe2-a7b6-4d15-a817104d2436b952%40redis&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLHVybCx1aWQmc2l0ZT11ZH)
  8. Fry, J. Effectiveness of Intensive, Group Therapy for Teenagers Who Stutter. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 2014, Jan; 49(1) 113126. <https://eds.p.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=6&sid=fc1cdbe2-a7b6-4d15a817-104d2436b952%40redis&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLHVybCx1aWQmc2l0ZT11ZH>  
[MtbGI2ZQ%3d%3d#db=eric&AN=EJ1028064:~:text=Title%3A,Effectiveness%20of%20Intensive%2C%20Group%20Therapy%20for%20Teenagers%20Who%20Stutter,-Images](https://eds.p.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=6&sid=fc1cdbe2-a7b6-4d15a817-104d2436b952%40redis&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLHVybCx1aWQmc2l0ZT11ZH)

9. Guarinello, A. C. Speech language group therapy in the context of written language for deaf subjects in Southern Brazil. *Deafness & education international*, 2017, 19(3-4):171-181  
<https://eds.p.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=9&sid=fc1cdbe2-a7b6-4d15a817-104d2436b952%40redis&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLHVybCx1aWQmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=EJ1171019&db=eric:~:text=Title%3A,Speech%20Language%20Group%20Therapy%20in%20the%20Context%20of%20Written%20Language%20for%20Deaf%20Subjects%20in%20Southern%20Brazil,-Images>
10. Liddle, H. [Group Therapy for School-Aged Children Who Stutter: A Survey of Current Practices](#) *Journal of Fluency Disorders*, 2011, Dec; 36(4), 274-279.
11. Lillemets, M. Parkinsoni tõvega inimeste hääleteraapiad: LSVT LOUD eLOUD kaugteraapia ja grupiteraapia rakendamise. Tartu Ülikooli magistratöö. 2019.  
<https://dspace.ut.ee/items/4bbd278f-1845-4a92-875d-9c5fab32d436>
12. MacKenzie, C.  
[The Living with Dysarthria group: Implementation and feasibility of a group intervention for people with dysarthria following stroke and family members.](#) *International Journal of Language & Communication Disorders*, 2012, Vol 47(6), NovDec, pp. 709-724.
13. Ottow-Henning, E. Does group intervention make a difference for the speech sound development of Dutch pre-school children with Developmental Language Disorder? *International Journal of Speech-Language Pathology*, 2020, Vol 22(6), Dec, pp. 696707.  
<https://eds.p.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=11&sid=fc1cdbe2-a7b6-4d15-a817104d2436b952%40redis&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLHVybCx1aWQmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#db=edsbl&AN=vdc.100123185817.0x000001:~:text=Title%3A,Does%20group%20intervention%20make%20a%20difference%20for%20the%20speech%20sound%20development%20of%20Dutch%20pre%20school%20children%20with%20Developmental%20Language%20Disorder%3F,-Authors%3A>
14. Padrik, M. Kommunikatsioonipuuded lastel ja täiskasvanutel. Kõrgkooliõpik. Tartu Ülikooli Kirjastus, 2016.
15. Pertijs, M. A. Clinical Guideline Stuttering in Children, Adolescents and Adults *Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie*, 2014, 1-170.  
<https://apps.asha.org/EvidenceMaps/Articles/ArticleSummary/8df12274-fe9a-47e0b5c0-68228e900f9a>
16. Savage, M., Comparing linguistic complexity and efficiency in conversations from stimulation and conversation therapy in aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 2017, Jan/Feb, Vol. 52 Issue 1, p21-29.  
<https://eds.p.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=14&sid=fc1cdbe2-a7b6-4d15-a817104d2436b952%40redis&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLHVybCx1aWQmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=EJ1125030&db=eric:~:text=Title%3A-,Comparing%20Linguistic%20Complexity%20and%20Efficiency%20in%20Conversations%20from%20Stimulation%20and%20Conversation%20Therapy%20in%20Aphasia,-Images>
17. Shoster, D. The importance of group therapy used in the treatment of stuttering. *Journal of Special Education and Rehabilitation*, 2011, Vol 12, Iss 3-4, Pp 77-90.  
<https://eds.p.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=16&sid=fc1cdbe2-a7b6-4d15a817-104d2436b952%40redis&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLHVybCx1aWQmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=EJ1125030&db=eric:~:text=Title%3A,The%20importance%20of%20group%20therapy%20used%20in%20the%20treatment%20of%20stuttering,-Images>

- 1IZHMtbGI2ZQ%3d%3d#AN=edsdoj.9586de5fb7543dcb4cb4219a15e80b7&db=edsdoj:~:text=Title%3A-,THE%20IMPORTANCE%20OF%20GROUP%20THERAPY%20USED%20IN%20THE%20TREATMENT%20OF%20STUTTERING,-Authors%3A
18. Simmons-Mackie, N. The top ten: best practice recommendations for aphasia. *Aphasiology*, 2017, Volume 31, Issue 2 Pages 131-151.  
<https://www.tandfonline.com/journals/paph20>
  19. Sundstrom, S. Small-group vocabulary intervention combining elements from shared book Reading and the Lexicon pirate method - A pilot study of multilingual children with speech, language and communication needs. *Child Language Teaching & Therapy*, 2023, Nov. 28, 16p.  
<https://eds.p.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=18&sid=fc1cdbe2-a7b6-4d15-a817104d2436b952%40redis&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLHVybCx1aWQmc2l0ZT11ZH>  
MtbGI2ZQ%3d%3d#AN=001110359600001&db=edswah:~:text=Title%3A,Small%2Dgroup%20vocabulary%20intervention%20combining%20elements%20from%20shared%20book%20Reading%20and%20the%20Lexicon%20pirate%20method%20%2D%20A%20pilot%20study%20of%20multilingual%20children%20with%20speech%2C%20language%20and%20communication%20needs,-Authors%3A
  20. Whillans, C. A systematic review of group intervention for acquired dysarthria in adults. *Disability and Rehabilitation*, 2022, 44(13), pp. 3002–3018
  21. Williams, C. An Exploratory Study of Speech and Language Therapy Intervention for Children Born With Cleft Palate ± Lip. [Cleft Palate Craniofacial Journal](#) , 2021, Apr, Vol. 58 Issue 4, p455-469. 15p.
  22. American Speech-Language-Hearing Associationi koduleht (külastatud 16.05.2024)  
[https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/voice-disorders/#collapse\\_1](https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/voice-disorders/#collapse_1)