



**TURUN AMMATTIKORKEAKOULU  
ÅBO YRKESHÖGSKOLA**

**Opinnäytetyö**

**GOAL ATTAINMENT SCALE-  
MENETELMÄN KÄYTTÖÖNOTON  
KEHITTÄMINEN**

**Sanna Toivonen**

**Ylempi ammattikorkeakoulututkinto**

**Kuntoutus**

**2009**

Kuntoutuksen koulutusohjelma (Ylempi AMK)	
Sanna Toivonen	
Goal Attainment Scale-menetelmän käyttöönoton kehittäminen	
Kuntoutus	Ohjaajat: Tiina Hautala Merja Sallinen
Opinnäytetyön valmistumisajankohta: Joulukuu 2009	Sivumäärä:86+15
<p>Tämän kehittämistyön lähtökohtana oli Kelan standardin vaatimus Goal Attainment Scale-arviointimenetelmän käyttöönotosta tavoitteiden asettamisessa ja tavoitteiden toteutumisen arvioinnissa kuntoutuskursseilla. Kuntoutuksen järjestäjänä ja rahoittajana Kela edellyttää palveluntuottajalta laadukasta ja vaikuttavaa kuntoutusta, jonka kriteerit on esitetty Kelan standardissa. Kuntoutuksen tarve kasvaa lähivuosina mm. väestön ikääntymisen myötä, joten kuntoutuksen on oltava vaikuttavaa. Kehittämistyön teki tarpeelliseksi myös Maskun neurologisessa kuntoutuskeskuksessa nähty tarve kehittää tavoitteen asettelua ja kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointia. Kehittämisen taustalla vaikuttivat myös kuntoutuksen ydintekijät: kuntoutujalähtöisyys ja moniammatillisuus.</p> <p>Kehittämistyö toteutettiin Maskun neurologisessa kuntoutuskeskuksessa toimintatutkimuksen näkökulmasta. Tärkeimpänä kehittämismenetelmänä koko prosessissa oli työkonferenssi, jonka avulla moniammatillinen työryhmä suunnitteli ja organisoivat kehittämistä. Työ koostui kolmesta perättäisestä kehittämissyklillä. Jokaisella kehittämissyklillä oli omat tavoitteensa, kehittämismenetelmänsä ja aineistonsa. Sykleissä käytettiin sekä kvantitatiivisia että kvalitatiivisia aineistonkeruumenetelmiä, mm. kyselytutkimuksia ja osallistuvaa havainnointia, joilla kerättiin tietoa kehitettyjen toimintamallien ja työvälineiden toimivuudesta ja edelleen kehittämistarpeesta.</p> <p>Kehittämistyön aikana kehitettiin lomake, ohjeistusmateriaalia ja toimintamallit tavoitteen asetteluun ja arviointiin moniammatilliselle kuntoutustyöryhmälle kurssimuotoisessa laituskuntoutuksessa. Kehittämistyöllä saavutetut tulokset ovat käytössä kehittämisen kohdeorganisaatioissa. Lisäksi kehittämistyöstä saatiin ideoita GAS-menetelmän käytöstä muiden palvelulinjojen yhteydessä.</p>	
Hakusanat: Kuntoutus, vaikuttavuus, arviointi, moniammatillisuus	
Säilytyspaikka: Turun ammattikorkeakoulun kirjasto	

Master's Degree in Health Care	
Sanna Toivonen	
Developing the use of Goal Attainment Scaling-method	
Specialization line: Rehabilitation	Instructor(s): Tiina Hautala Merja Sallinen
Date: December 2009	Total number of pages:86+15
<p>The basis of this project was Finnish National Insurance Institution`s (FNII) standards demand to use the Goal Attainment Scaling (GAS) in goal setting and evaluation of goal achieving in rehabilitation courses. FNII sets guidelines for good-quality and effective rehabilitation. Criteria for producing rehabilitation are described in FNII's standards. The need for rehabilitation increases in near future example due to aging of population. Because of that rehabilitation has to be effective. This project was important also because in Masku neurological rehabilitation centre (MNRC) need for developing goal setting and evaluation was already observed. The need for developing more patient-oriented and multiprofessional rehabilitation was also one of the affecting factors behind this work.</p> <p>The project was performed in the perspective of activity research and it was carried out in MNRC. The most important development methods were working conferences. The multiprofessional team planned and organized the development of the new working model. The project consisted of three consecutive development cycles. Every cycle contained it's own goals, development method and research material. Both qualitative and quantitative data were collected during the cycles for example questionnaires and participating observation.</p> <p>During the project, a form, instruction materials and model to set and evaluate goals was developed for the use of multiprofessional rehabilitation team in rehabilitation courses. The results of this project are being used in the organization. Furthermore, the project produced ideas how to use the GAS in other forms of rehabilitation, for example during individual rehab periods.</p>	
Keywords: Rehabilitation, evaluation, effectiveness, multiprofessional team work	
Deposited at: Library, Turku University of Applied Sciences	

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b> .....	8
<b>2 KUNTOUTUS</b> .....	9
2.1 Kuntoutujalähtöinen toimintamalli kuntoutuksessa .....	12
2.2 Kuntoutuksen prosessimaisuus .....	13
2.3 Moniammatillinen kuntoutus .....	14
2.4 Kuntoutuksen vaikuttavuus .....	14
2.5 MS-tauti ja kuntoutus etenevissä neurologisissa sairauksissa .....	15
2.6 Kelan laitospuotoisen kuntoutuksen standardin mukainen kurssimuotoinen kuntoutus .....	17
2.7 Maskun neurologinen kuntoutuskeskus .....	19
<b>3 TAVOITTEEN ASETTAMINEN KUNTOUTUKSESSA</b> .....	20
3.1 Goal Attainment Scaling tavoitteen asettelussa ja tavoitteiden toteutumisen arvioinnissa .....	21
3.2 Goal Attainment Scaling aiemmissä tutkimuksissa .....	24
3.3 Kelan standardin edellyttämä GAS .....	25
<b>4 KEHITTÄMISTYÖN TAVOITTEET</b> .....	27
<b>5 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN</b> .....	28
5.1 Kehittämistyön tutkimuksellinen ote .....	28
5.2 Kehittämistyön kohde ja kehittämisorganisaatio .....	30
5.3 Suhteeni kehittämiskohteeseen .....	31
5.4 Tiedonkeruumenetelmät kehittämistyöprosessin aikana .....	32
5.5 Tutkimusaineiston analysointimenetelmät .....	37
5.6 Kehittämistyön luotettavuus ja eettisyys .....	38
<b>6 ENSIMMÄINEN KEHITTÄMISSYKLI - GAS-MENETELMÄN KÄYTTÖÖNOTON VALMISTELU</b> .....	41
6.1 Tavoitteet, kehittämistyömenetelmät ja aineisto .....	41
6.2 Kehittämisyklin toteutuminen ja tulokset .....	43
6.2.1 Työvälineenä henkilökohtainen kuntoutumissuunnitelmalomake .....	44
6.2.2 Tavoitteiden asettamisen ohjaamisen –toimintamalli .....	46
6.2.3 Tavoitteiden toteutumisen arvioinnin ohjaamisen –toimintamalli .....	47

<b>7 TOINEN KEHITTÄMISSYKLI - GAS-MENETELMÄN KÄYTTÖNOTTO JA KEHITTÄMINEN</b> .....	48
7.1 Tavoitteet, kehittämistyömenetelmät ja aineisto.....	48
7.2 Toisen kehittämissyklin toteutuminen .....	49
7.3 Ensimmäisen vaiheen tulokset .....	51
7.3.1 Osallistuvan havainnoinnin tulokset .....	52
7.3.2 Henkilökohtaisten kuntoutumissuunnitelmalomakkeiden tulokset.....	55
7.3.3 Kuntoutujille toteutetun kyselyn tulokset .....	55
7.4 Johtopäätökset ja kehittämissuunnitelma.....	57
7.4.1 Henkilökohtaisen kuntoutumissuunnitelmalomakkeen toimivuus ja kehittämistoimenpiteet .....	58
7.4.2 Tavoitteiden asettamisen ja toteutumisen arvioinnin ohjaamisen - toimintamallien toimivuus ja kehittämistoimenpiteet .....	59
7.4.3 Tavoitelomakkeen hyödyntämisen -toimintamallin toimivuus ja kehittämistoimenpiteet .....	61
7.5 Toisen vaiheen tulokset.....	61
7.5.1 Henkilökunnan kyselyn tulokset.....	62
7.5.2 Sisäisen auditoinnin tulokset.....	63
7.6 Kolmannen vaiheen tulokset .....	63
<b>8 KOLMAS KEHITTÄMISSYKLI - GAS-MENETELMÄN KEHITTÄMINEN JA VAKIINNUTTAMINEN</b> .....	65
8.1 Tavoitteet, kehittämistyömenetelmät ja aineisto.....	65
8.2 Kolmannen kehittämissyklin toteutuminen.....	66
8.3 Tulokset ensimmäisestä toimintamallikokeilusta .....	69
8.4 Tulokset toisesta toimintamallikokeilusta.....	70
8.4.1 Webropol-kyselyn tulokset .....	70
8.4.2 Henkilökohtaisten kuntoutumissuunnitelmalomakkeiden tulokset.....	72
8.4.3 Ryhmäohjaajien ja erikoissairaanhoidajien kokouksen tulokset .....	73
8.4.4 Koko kolmannen kehittämissyklin tulokset .....	74
<b>9 POHDINTAA</b> .....	75
9.1 Kehittämistyön onnistumisen pohdintaa .....	75
9.2 Kehittämistyön tulosten toimivuuden ja hyödynnettävyyden pohdintaa .....	78
9.2.1 Henkilökohtaisen kuntoutumissuunnitelmalomakkeen toimivuus ja hyödynnettävyys .....	79

9.2.2 Toimintamallien toimivuus ja hyödynnettävyys.....	79
9.3 Muuta pohdintaa.....	82
9.4 Kehittämistyöllä saatujen kokemusten hyödyntäminen GAS-menetelmän käytön laajentamiseksi .....	82
<b>10 LÄHTEET .....</b>	<b>84</b>

## **LIITTEET**

Liite 1 GAS-kokonaispistetaulukko	
Liite 2 Kelan tavoitelomake	
Liite 3 Henkilökohtainen kuntoutumissuunnitelmalomake versio 1	
Liite 4 Kuntoutujille toteutettu kysely	
Liite 5 Henkilökunnalle toteutettu kysely	
Liite 6 Webropol-kysely	
Liite 7 Henkilökohtainen kuntoutumissuunnitelmalomake versio 2	
Liite 8 Henkilökohtainen kuntoutumissuunnitelmalomake versio 3	
Liite 9 Henkilökohtainen kuntoutumissuunnitelmalomake versio 4	

## **TAULUKOT**

Taulukko 1: Gas-asteikko	22
Taulukko 2: Painokerroinluokitus Khanin mukaan	23
Taulukko 3: Kelan GAS-asteikko	26
Taulukko 4: Kooste ensimmäisen kehittämissyklin tavoitteesta, metodologiasta ja tuloksista	42
Taulukko 5: Henkilökohtaisen kuntoutumissuunnitelmalomakkeen luomisen vaiheita	44
Taulukko 6: Kooste toisen kehittämissyklin tavoitteesta ja metodologiasta	48
Taulukko 7: SWOT-analyysi henkilökohtaisen kuntoutumissuunnitelmalomakkeen toimivuudesta ja siitä johdetut kehittämistoimenpiteet	58
Taulukko 8: SWOT-analyysi ja kehittämistoimenpiteet tavoitteiden asettamisen ohjaamisen-toimintamallista	59
Taulukko 9: Kehittämisehdotukset lomakkeen hyödyntämiseksi	61
Taulukko 10: Henkilökunnan esittämät kehittämisehdotukset	63
Taulukko 11: Sisäisen auditoinnin esittämät kehittämisehdotukset	63

Taulukko 12: GAS-työryhmän kokouksen laatima kehittämissuunnitelma kolmanteen kehittämissykliin	64
Taulukko 13: Kooste kolmannen kehittämissyklin tavoitteesta ja metodologiasta	65
Taulukko 14: Kehitysehdotukset Wepropol-kyselystä	72

## **KUVIOT**

Kuvio 1: Kehittämistyön toteutuminen syklimäisenä spiraalina	29
Kuvio 2: Ensimmäisen kehittämissyklin toteutuminen	43
Kuvio 3: Tavoitteen asettamisen ja tavoitteiden toteutumisen arvioinnin ohjaamisen -toimintamallit kurssimuotoisen kuntoutuksen kuntoutusprosessissa	46
Kuvio 4: Toisen kehittämissyklin vaiheet	50
Kuvio 5: Muutamien kuntoutujien kommentteja tavoitteen asettelun aikana	52
Kuvio 6: Lähtökeskustelulla tehtyjä havaintoja.	53
Kuvio7: Tavoitekeskustelussa tehtyjä havaintoja	54
Kuvio 8: Kuntoutujien (n=20) valitsemien tavoitteiden prosenttiosuudet kokonaistavoitemäärästä (130kpl)	55
Kuvio 9: Kuntoutujille toteutetun kyselyn tulokset yhteenvetona	56
Kuvio 10: Henkilökunnan kyselyn tulokset yhteenvetona	62
Kuvio 11: Kolmannen kehittämissyklin toteutuminen	66
Kuvio 12: Tavoitteen asettamisen ja tavoitteiden toteutumisen arvioinnin ohjaamisen -toimintamallit kurssimuotoisen kuntoutuksen kuntoutusprosessissa	67
Kuvio 13: Kuntoutujien (n=9) valitsemien tavoitteiden prosenttiosuudet kokonaistavoitemäärästä (41kpl)	73

## 1 JOHDANTO

Kuntoutuksen tarve tulee lähivuosina kasvamaan. Kuntoutuksen haasteena on kasvavan ikääntyvän työvoiman työssä pysyminen ja vanhusväestön omatoimisuuden tukeminen, syrjäytymisvaarassa olevien nuorten kuntoutus, pitkäaikaistyöttömien ja kaikenikäisten vaikeavammaisten kuntoutus. Kasvava tarve aiheuttaa väistämättä tarpeen lisätä kuntoutukseen käytettäviä voimavaroja. Kuitenkin taloudellinen niukkuus vaikeuttaa tämän toteuttamista. Lisääntyneen resurssien tarpeen, taloudellisen niukkuuden sekä toisaalta kuntoutuksella saavutettavien huomattavien taloudellisten ja inhimillisten arvojen vuoksi yksi kuntoutuksen ydinkysymyksistä onkin kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointi. Kuntoutukseen satsattavien taloudellisten panosten suuruuden takia, on oikeus odottaa tuloksia. Kuntoutusta pitää kohdentaa ja järjestää niin, että käytettävissä olevilla voimavaroilla saavutetaan suurin mahdollinen vaikutus. On selvitettävä eri kuntoutusmuotojen soveltuvuus eri väestöryhmiin, sillä oikein kohdennettuna ja tuloksellisilla menetelmillä toteutettuna kuntoutus lisää ihmisen elämänlaatua ja säästää muiden palvelujen ja sosiaaliturvan kustannuksia. (Kuntoutusselonteko 2002, 19-20 [viitattu 2.10.2008]; Pohjolainen & Malmivaara 2008, 658.)

Kuntoutusta järjestävänä ja rahoittavana tahona mm. Kansaneläkelaitos on määrittänyt kuntoutusetuuksista annetun lain mukaiset ammatillisen, lääkinnällisen ja harkinnanvaraisen kuntoutuksen tuottamisen prosessit, niiden etenemisen ja laatuvaatimukset standardeissaan. Standardeissa palveluntuottajaa velvoitetaan käyttämään mm. tiettyjä standardoituja mittareita laatuvaatimusten täyttämiseksi ja kuntoutuksen vaikuttavuuden osoittamiseksi. (Kuntoutuksen standardit [viitattu 2.10.2008].)

Lähtökohtana tuloksia arvioivien menetelmien onnistuneelle valinnalle ovat selkeästi asetetut kuntoutuksen tavoitteet ja osatavoitteet. Kuntoutuksen ydinkäsite, kuntoutujalähtöisyys, korostaa kuntoutujan autonomiaa, kun arvioidaan kokonaisvaltaista toimintakykyä ja kuntoutustarpeita ja asetetaan tai toteutetaan kuntoutumisen tavoitteita. (Puumalainen 2008, 19-21.) Kuntoutuja on kuntoutuksen kehityskaaren aikana muuttunut kuntoutuksen objektista kuntoutuksen subjektiksi.



Käytännössä tämä ei edelleenkään aina ole näin vaan asiantuntijakeskeisyys korostuu vielä usein palvelujärjestelmässä ja käytännön kuntoutustyössä. (Järvikoski & Härkäpää, 2004, 159-160; Puumalainen 2008, 19-21.)

Kehittämistyössäni yhdistyvät juuri edellä mainitut kuntoutuksen ydinkysymykset; kuntoutuksen tavoitteellisuus, vaikuttavuus ja kuntoutujalähtöisyys. Näiden teemojen näkökulmasta kehittämistyössä kehitetään työväline ja toimintamallit Maskun neurologisen kuntoutuskeskuksen moniammatilliselle kuntoutusta tuottavalle työryhmälle laituskuntoutuksen toteuttamiseen kuntoutuskursseilla. Toimintamallit rakentuvat Goal Attainment Scale -menetelmän (GAS-menetelmän) ympärille, joka korostaa henkilökohtaisten tavoitteiden asettamista ja tavoitteiden toteutumisen arviointia yhdessä moniammatillisen tiimin tukemana. Työn lähtökohdaksi oli sekä Kelan standardin edellyttämänä ottaa käyttöön GAS-menetelmä tavoitteiden asettamisessa ja toteutumisen arvioinnissa että myös Maskun neurologisen kuntoutuskeskuksen tarve kehittää tavoitteen asettamista ja vaikuttavuuden arviointia.

## **2 KUNTOUTUS**

Kuntoutuksen tavoitteena on kuntoutuminen. Kuntoutumisen näkökulmasta kuntoutus voidaan määritellä ihmisen tai ihmisen ja ympäristön muutosprosessiksi, jonka tavoitteena on toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen, hyvinvoinnin ja työllisyyden edistäminen. Kuntoutus on suunnitelmallista ja monialaista, usein pitkäjänteistä toimintaa, jonka tavoitteena on auttaa kuntoutujaa hallitsemaan elämäntilanteensa. Kuntoutus eroaa tavanomaisesta hoidosta ja huollosta monialaisuutensa ja menetelmiensä vuoksi. Hoidon ja kuntoutuksen raja ei kuitenkaan ole kaikissa tilanteissa selvä eikä sitä ole aina tarpeen vetääkään. Kuntoutujan oma osallisuus kuntoutusprosessissa ja vaikuttaminen ympäristöön ovat tämän päivän kuntoutuksen ydinasioita. Kuntoutus on saamassa yhä enemmän psykososiaalisia ja sosiaalisia ulottuvuuksia. Kuntoutuksen keskeisiä käsitteitä ovat itsemäärääminen ja autonomia, kuntoutujan osallistuminen ja

vaikutusmahdollisuudet, itsenäinen eläminen, elämänhallinta ja valtaistuminen. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 12-14; Järvikoski & Härkäpää 2008, 56-58; Kuntoutusselonteko 2002, 3-4 [viitattu 2.10.2008].)

Kuntoutuksen kehityksen aikana kuntoutuja on muuttunut kuntoutuksen objektista kuntoutuksen subjektiksi samalla, kun kuntoutusparadigma on muuttunut vajavuusparadigmasta valtaistavaan eli ekologiseen toimintamalliin. Nykyään puhutaankin kuntoutumisesta yksilön näkökulmasta katsottaessa. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 55.) Kuntoutuminen prosessina viittaa niihin vähittäisiin tai vaiheittaisiin muutoksiin, joita syntyy kuntoutuksen tuloksena yksilössä ja hänen ympäristössään: yksilölliseen elämänmuutokseen, oppimis- ja kasvuprosessiin, yksilön ja ympäristön välisen suhteen muutokseen tai ”elämää jäsentävän tarinan eheytymiseen”. Kuntoutumisen aikana kuntoutuja löytää itsestä uusia voimavaroja ja opitaan uusia tapoja toimia erilaisissa arkielämän tehtävissä ja tilanteissa. (Järvikoski & Karjalainen 2008, 80; Järvikoski & Härkäpää 2004, 19; Kuntoutusselonteko 2002, 3 [viitattu 2.10.2008].)

Kuntoutuksen kehittyminen on tapahtunut vähitellen lääketieteellisestä näkökulmasta kohti kokonaisvaltaista holistista ihmiskäsitystä kohti. Kuntoutumisen taustalla oleva kolmijakoinen ihmiskäsitys olettaa ihmisen toimintakyvyn ja hyvinvoinnin syntyvän biopsykososiaalisesta kokonaisuudesta fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten edellytysten ehdoilla. Niinpä yksilön toimintakyvyn fyysiset ja psyykkiset edellytykset toteutuvat myönteisesti vain hänelle sopivassa sosiaalisessa ja kulttuuris-poliittisessa ympäristössä; toisaalta toimintakykyä mahdollistavat sosiaaliset toimenpiteet voivat tukea kuntoutumista vain yksilön psykofyysisten ominaisuuksien puitteissa (Järvikoski & Karjalainen 2008, 82-84.)

WHO:n International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF-luokitus) suomennettuna toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus kuvaa viimeaikaista biopsykososiaalista käsitystä sairaudesta ja terveydestä. Siinä toimintaa ja toiminnan rajoituksia tarkastellaan toisaalta yksilön terveydentilan, toisaalta erilaisten elämänpiirin tilannetekijöiden dynaamisena vuorovaikutuksena. Toimintakyky nähdään yläkäsitteenä, johon kuuluvat ruumiin

toimintojen ja rakenteiden lisäksi suoriutuminen ja osallistuminen jokapäiväisessä elämässä ja yhteiskunnassa. ICF-malli on interaktiivinen: terveydentila vaikuttaa suoriutuksiin ja osallistumiseen, mutta vastaavasti suorituksilla ja osallistumisella vaikutetaan terveydentilaan. Malli tukee kuntoutusprosessin suunnittelua tarjoamalla systemaattisen apuvälineen kuntoutustarpeen taustalla olevien ongelmien – tai kuntoutuksen esteiden – paikallistamiseen ja kuntoutujan elämäntilanteeseen ja kontekstiin liittyvien vahvuuksien analysointiin. Näin se tarjoaa yhteisen viitekehyksen ja muistilistan, joiden pohjalta eri ammattiryhmien on mahdollista jäsentää yhteistyön kohteita ja työnjaon perusteita moniammatillisessa kuntoutuksessa. Kuntoutuksen näkökulmasta ICF-mallia tarkastellessaan painotetaan pitkäaikaisissa sairaustiloissa sitä, miten ihmiset suoriutumisen ongelmien kanssa ja niistä huolimatta selviytyvät jokapäiväisessä elämässään. (Järvikoski & Karjalainen 2008, 82-84.)

Kuntoutusparadigman muutosta on kuvattu etenemisenä vajavuuskeskeisestä kohti ”valtaistavaa” tai ”ekologista” toimintamallia. Vajavuuskeskeisessä toimintamallissa asiakas on ollut potilas, edunsaaja ja intervention kohde. Toimintamalli on ollut asiantuntijalähtöistä ja sen on katsottu unohtavan kuntoutuksen asiakkaan ja ajavan toiminnallaan muita kuin asiakkaan tavoitteita. Vajaakuntoisuus tulkittiin yksilöllisenä vajavuutena, jota pyrittiin korjaamaan yksilöä hoitamalla, valmentamalla, kasvattamalla ja sopeuttamalla. Kuntoutusparadigman muutos kohti ”valtaistavaa” toimintamallia näkyy selvästi nykypäivän kuntoutuksen tavoitteissa, puheessa ja retoriikassa, joissa korostuu kuntoutujalähtöisyys ja kuntoutujan itsemääräämisoikeus, vaikutusmahdollisuudet ja aktiivinen osallistuminen prosessin suunnitteluun ja toteutukseen. ”Valtaistava” toimintamalli korostaa asiakasta kuntoutujana, joka on aktiivinen osallistuja ja päätöksentekijä; elämäänsä suunnitteleva subjekti. Toiminnan tavoitteena on voimavarojen vahvistuminen: elämänhallinnan, toiminta- ja selviytymismahdollisuuksien paraneminen. Valtaistumisen tavoite voidaan kuntoutuksessa parhaiten saavuttaa, kun kuntoutusprosessin aikana kuntoutujalla on mahdollisuus osallistua oman kuntoutusprosessinsa suunnitteluun ja toteutukseen, tehdä omia päätöksiä omissa asioissaan, seurata päätösten tuloksia ja saada onnistumisen kokemuksia kuntoutusprosessin aikana. Kuntoutusparadigmat ovat ideaalimalleja, jotka harvoin

täysin toteutuvat käytännössä. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 52-55; Järvikoski & Karjalainen 2008, 85-86.)

## 2.1 Kuntoutujalähtöinen toimintamalli kuntoutuksessa

Huolimatta kuntoutusparadigman muutoksesta kohti valtaistavaa toimintamallia asiantuntijalähtöinen toimintamalli on edelleen valta-asemassa kuntoutuksessa. Tämä näkyy varsin selkeästi käytännössä, jossa eri organisaatiot toiminnassaan korostavat ulkopuolisen asiantuntijan keskeisyyttä kuntoutuksen tarpeiden määrittelyssä. (Järvikoski & Härkäpää 2008, 61.) Kuntoutujalähtöisen toimintamallin lähtökohtana on, että ihminen järjestää elämäänsä erilaisten henkilökohtaisten projektien, elämäntehtävien ja pyrkimysten kautta. Kuntoutuja ymmärretään kuntoutumisprosessin kaikissa vaiheissa tavoitteelliseksi, omia pyrkimyksiään ja elämänprojektejaan toteuttavaksi toimijaksi, joka pyrkii paitsi ymmärtämään ja tulkitsemaan myös suunnittelemaan sekä hallitsemaan omaa elämäänsä ja sen perustaa. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 160-161.)

Kuntoutujan rooli on kuntoutusprosessissa aktiivinen: suunnittelijan, valitsijan ja päätöksentekijän rooli. Kuntoutustyöntekijä on tasavertainen yhteistyökumppani, joka antaa tietoja ja tuo uusia vaihtoehtoja yhteiseen käsittelyyn. Kuntoutujan ja kuntoutustyöntekijän välisen suhteen tulisi olla vuorovaikutussuhde, joka perustuu tasa-arvoon. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 160.)

Kuntoutujalähtöisessä mallissa kuntoutujan toimintaympäristö on usein kuntoutujan ja kuntoutustyöntekijän yhteisen tutkiskelun kohteena. Tärkeää on se, miten kuntoutuja pärjää arkipäivässä, tavallisessa asuin- ja elinympäristössä. Kuntoutustyön painopiste on kuntoutujan ja hänen toimintaympäristön suhteessa ja kuntoutujan toimintamahdollisuuksia estävien esteiden poistamisessa. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 161.)

Kuntoutuksen eri ideaalimallit harvoin toteutuvat täysin käytännössä eikä niin ole tarkoituskaan. Asiantuntija- ja kuntoutujalähtöinen malli ovat vastakkaisia toisilleen,

mutta käytännössä niiden olisi hyvä tukea toisiaan. Kuntoutujalähtöisessäkin mallissa ei voida ohittaa ”asiantuntijoiden” tietämystä, esim. lääketieteellistä perustaa, vaan se on oleellinen osa kokonaisvaltaista selvitystä ennen kuntoutuksen käynnistämistä. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 162.)

## 2.2 Kuntoutuksen prosessimaisuus

Kuntoutus sisältää usein erilaisia ja eriaikaisia toimenpiteitä. Niiden olisi hyvä liittyä toisiinsa tarkoituksenmukaisella ja kuntoutujan kannalta mielekkäällä tavalla. Kuntoutuksen eri toimenpiteistä tulisi muodostua looginen ja katkeamattomasti etenevä prosessi. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 19.) Prosessia voidaan kuvata toimenpiteiden sarjana, jonka tarkoituksena on auttaa kuntoutujaa saavuttamaan tavoiteltu tila. Yksilön näkökulmasta kuntoutusprosessia voidaan kuvata henkilökohtaisena kasvu- ja oppimisprosessina. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 165.) Kuntoutustapahtuma on aina ainutlaatuinen prosessi, jonka perustana on kuntoutujan ja kuntoutustyöntekijän välinen yhteistyö ja vuorovaikutus. Kuntoutusprosessin keskeiset vaiheet ovat: kuntoutustarpeen havaitseminen, yksilöllisten tavoitteiden asettaminen, suunnitelman laatiminen miten tavoitteisiin pyritään, toiminnan käynnistäminen ja toiminnan jatkuva arvioiminen. Kuntoutusprosessi voi olla lyhytkestoinen tai pitkäkestoinen kuntoutumis- ja voimaantumisprosessi. (Järvikoski & Karjalainen 2008, 87-88.)

Kuntoutussuunnitelman laatiminen on yksi tärkeimmistä kuntoutusprosessin vaiheista (Järvikoski & Karjalainen 2008, 87). Kuntoutussuunnitelmassa hahmotellaan ne tavoitteet ja toimenpiteet, joiden pohjalta kuntoutusprosessia lähdetään toteuttamaan ja jonka mukaan kuntoutusprosessin etenemistä ohjataan (Järvikoski & Härkäpää 2004, 167). Kuntoutussuunnitelman tekoa kuvataan kuntoutustyöntekijän ja kuntoutujan välisenä kuntoutujan elämäntilannetta koskevana neuvotteluna. Kuntoutujalla ja kuntoutustyöntekijällä voi olla eriävät mielipiteet kuntoutuksen tavoitteista, tausta-arvoista, edellytyksistä ja mahdollisuuksista, hyödyistä ja haitoista, palveluiden määrästä, ajoituksesta jne. Heillä saattaa olla myös erilaiset odotukset toistensa rooleista ja vastuista. Neuvottelussa tarkoituksena on, että molemmilla osapuolilla on mahdollisuus

laajentaa omaa näkökulmaansa uusilla tiedoilla ja näkemyksillä. Voidaan sanoa, että asiakkaan tulisi saada valtaistumisen kokemuksia neuvottelun tuloksena. (Järvikoski & Karjalainen 2008, 60.) Viitteitä on siitä, että kuntoutusprosessi etenee sujuvammin ja johtaa parempiin lopputuloksiin silloin, kun asiakas on aktiivisesti mukana tilanteensa määrittelyssä ja tavoitteiden asettelussa (Järvikoski & Härkäpää 2008, 61).

### 2.3 Moniammatillinen kuntoutus

Kuntoutuksen määritelmän mukaan kuntoutus on monialaista toimintaa (Kuntoutusselonteko 2002, 3 [viitattu 2.10.2008]). Moniammatillisuus ja tiimityö kuuluvatkin kuntoutuksen ominaisiin piirteisiin. Niiden on katsottu olevan avain hyviin kuntoutumistuloksiin. Moniammatillinen työskentelytapa edellyttää kuntoutustyöryhmien muodostamista. Työryhmän tulee koostua useista eri ammattiryhmistä, kokoontua säännöllisesti ja olla mukana aktiivisesti kuntoutujan kuntoutusprosessissa. Voidaan olettaa, että toimiva moniammatillinen yhteistyö ja hyvä vuorovaikutus asiakkaan kanssa voivat olla jo kuntouttavia. Hyvän yhteistyön edellytys on, että jokaisella työryhmän jäsenellä on oman alansa vankka tietopohja ja sen pohjalta rakentuva näkökulma asiakkaan tilanteeseen. Asiakasyhteistyön perimmäinen tarkoitus on erilaisuuden luova yhdistäminen. Moniammatillisen yhteistyön lähtökohtana on ajatus, että työryhmän valmiudet tukea asiakasta ongelmien kohtaamisessa ja selvittämisessä ovat suuremmat kuin sen yksittäisten jäsenten: kokonaisuus on enemmän kuin osiensa summa. (Järvikoski & Karjalainen 2008, 88.)

### 2.4 Kuntoutuksen vaikuttavuus

Väestön ikärakenteen muutoksen aiheuttamaan lisääntyneeseen kuntoutustarpeeseen on pyritty vastaamaan kuntoutukseen suunnattuja voimavaroja lisäämällä. Terveys- ja sosiaalihuollon rajallisista voimavaroista johtuen voimavaroja joudutaan kohdentamaan ja tällöin on tietenkin järkevää kohdentaa ne siten, että

saadaan mahdollisimman hyvä vaikuttavuus. (Pohjolainen & Malmivaara 2008, 658.) Kuntoutuksen vaikuttavuudella tarkoitetaan toiminnan tavoitteen mukaisten tulosten saavuttamista ja tieteellisen tutkimuksen osoittamaa, näyttöön perustuvaa intervention vaikuttavuutta. Tavoitteet voivat olla yhteisötason ja yksilötason tavoitteita tai muita pyrkimyksiä (Pohjolainen & Malmivaara 2008, 658; Rissanen & Aalto 2002, 3.)

Eri kuntoutusmuodoilla on useita tavoitteita, joten vaikuttavuutta on mitattava monin eri muodoin. Vaikuttavuutta mitataan yleensä määrällisesti. Yleisiä hoidon ja kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointiin soveltuvia standardoituja mittausmenetelmiä ei ole onnistuttu kehittämään. Joskus kuntoutuksen vaikuttavuutta on vaikea tai jopa mahdotonta mitata. Kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointiin on käytetty terveydenhuollon hoitojen arviointiin kehitettyjä mittareita, mutta nämä eivät aina sovellu kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointiin, koska hoitamisen ja kuntoutuksen tavoitteet eroavat toisistaan. Mittareiden ongelmana on myös usein riittävän herkkyyden puuttuminen, jotta pystyttäisiin osoittamaan muutosta kuntoutusintervention aikana. (Rissanen & Aalto 2002, 3.)

Tuloksellisessa kuntoutuksessa on osoitettu olevan mm. seuraavia yhtenäisiä seikkoja: eri ammattiryhmien yhteistyöhön perustuva kuntoutus eli moniammatillinen työote ja kuntoutujan kuntoutukseen osallistuvien tahojen yhteistyö, kuntoutuksen sitominen kuntoutujan ympäristöön, lähiyhteisöön tai työyhteisöön sekä kuntoutuksen tarkka kohdentaminen ja varhainen aloittaminen. (Kuntoutusselonteko 2002, 8 [viitattu 2.10.2008].)

## 2.5 MS-tauti ja kuntoutus etenevissä neurologisissa sairauksissa

Multipeliskleroosi (MS-tauti) eli keskushermoston pesäkekovettumatauti on nuorten aikuisten etenevä neurologinen autoimmuunisairaus. Yli puolet sairastuvista saa diagnoosin 20 - 40 -vuotiaana. Naiset sairastuvat keskimäärin miehiä nuorempina ja useammin. Suomessa on noin 6000 MS-potilasta ja keskimääräinen esiintyvyys on vähintään 100/100000. (Ruutiainen, Wikström & Sivenius 2008, 237-238.)

MS-tautiin liittyy monimuotoisesti vammaisuutta. Sairaudessa on erilaisia esiintymismuotoja: relapsoiva-remittoiva (aaltomaisesti etenevä) ja primaaristi progressiivinen (alusta alkaen etenevä). Aaltomaisesti etenevä sairaus muuttuu usein 10 vuoden sairastamisen jälkeen eteneväksi, jolloin sitä kutsutaan sekundaarisesti progressiiviseksi. Ennuste primaarisesti progressiivisessa sairauden kulussa on huonompi ja 80 % sairastuneista tarvitsee apuvälineen liikkumiseen 10 vuoden kuluessa sairastumisesta. Vastaava luku aaltomaisessa on 30 %. MS-tautiin liittyy moninaisia fyysisiä ja psyykkisiä oireita, jotka heikentävät toimintakykyä monin tavoin. Yksi tavallisimmista ja rajoittavimmista oireista on uupumus, jolla tarkoitetaan epänormaalia väsymistä fyysisissä tai psyykkisissä ponnisteluissa. Muita oireita ovat mm. spastisuus, lihasheikkous, tasapaino- ja koordinaatiovaikeudet, rakon, suolen ja lantionpohjan toimintahäiriöt, mielialaoireet, muistin, ongelmanratkaisun ja muun kognitiivisen suorituskyvyn heikkoudet, näköhäiriöt, puhe- ja nielemisvaikeudet, seksuaaliset toimintahäiriöt, kivut ja tuntohäiriöt. (Ruutiainen ym. 2008, 238-239.)

MS-taudin lisäksi muita eteneviä neurologisia sairauksia ovat mm. Parkinsonin tauti, myasthenia gravis, syringomyelia, ataksiat ja amyotrofinen lateraaliskleroosi. Eteneville neurologisille sairauksille yhteinen piirre vuosien kuluessa lisääntyvän haitan lisäksi on oireiden monimuotoisuus. Sairauksien ennuste vaihtelee suuresti. Eteneviä neurologisia sairauksia sairastavat tarvitsevat varhaisen diagnostiikan ja korkeatasoisen hoidon lisäksi apua elämänlaatuun, fyysiseen suoriutumiseen ja elämänhallintaan, työ- ja toimintakykyyn liittyvissä asioissa, tiedollisessa osaamisessa, perhesuhteiden käsittelyssä sekä tunnekriisin ja fyysisten oireiden hoitamisessa. Neurologisia sairauksia sairastavan kuntoutus on laaja-alainen ja pitkäkestoinen prosessi, johon liittyy kasvua, kehitystä, harjoittelua ja oppimista. Esimerkiksi MS-taudissa kuntoutuksen palvelut usein ulottuvat koko elämänkaaren pituudelle lukuun ottamatta lapsuutta ja varhaisnuoruutta. Ongelmien moninaisuudesta johtuen kuntoutus on haasteellista ja edellyttää monen ammattiryhmän yhteistyötä. Yleisesti hyväksyttyä on se, että ollakseen tehokasta on MS-potilaan kuntoutuksen oltava hyvin koordinoitua, monialaista ja moniammatillista (Kallanranta 2002, 103-104). Sairastuneiden perheet tarvitsevat tukea ja toimintamalleja sekä uskallusta kohdata tulevaisuus, avoimuutta uusille



asioille ja vastuun ottamista omasta elämästä sosiaalisen syrjäytymisen ehkäisemiseksi. Vertaistuki on ensiarvoisen tärkeää sairastuneille ja heidän perheilleen. (Ruutiainen ym. 2008, 235-236.)

MS-tautia sairastavan sopeutumisvalmennus on tärkeä osa alkuvaiheen kuntoutusta ja tällä hetkellä noin 75 % MS-tautia sairastavista osallistuu laitosmuotoisille kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskursseille. MS-tautia sairastavien kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskurssit toteutuvat pääsääntöisesti Kelan järjestämänä. (Ruutiainen ym. 2008, 242.)

## 2.6 Kelan laitospuotoisen kuntoutuksen standardin mukainen kurssimuotoinen kuntoutus

Kelalle on säädetty vajaakuntoisten ammatillisen ja vaikeavammaisten lääkinällisen kuntoutuksen järjestämisvelvollisuuden lisäksi harkinnanvaraisen (KKL 12 §) kuntoutuksen järjestäminen, joka on eduskunnan vuosittain vahvistamaan määrärahaan perustuva. Harkinnanvaraista kuntoutusta ovat mm. sairausryhmäkohtaiset kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskurssit. (Ståhl & Rissanen 2008, 734.) Kelan laatimat kuntoutuksen standardit edellyttävät palveluntuottajaa toteuttamaan kuntoutusta standardin mukaisesti ja pyrkimään mahdollisimman suureen kuntoutuksen vaikuttavuuteen. Standardin tarkoituksena on turvata Kelan kuntoutujille laadullisesti hyvä kuntoutus oikea-aikaisesti sekä varmistaa kuntoutujan oikeudet. (Kuntoutuksen standardit [viitattu 2.10.2008].) Kelan laitospuotoisen kuntoutuksen standardi versio 15/2008 (sairausryhmäkohtaiset kurssit) määrittelee kuntoutuskurssien toteutukseen liittyvät ja vaadittavat toimenpiteet.

Kuntoutuskurssit ovat moniammatillista kokonaisvaltaista ryhmämuotoista toimintaa, jossa päätavoitteena on parantaa tai ylläpitää kuntoutujan työ- ja toimintakykyä. Sairausryhmän yhteisten tavoitteiden lisäksi asetetaan henkilökohtaiset tavoitteet, jotka voivat olla fyysisen, psyykkisen tai sosiaalisen toimintakyvyn alueella. (Kelan laitospuotoisen kuntoutuksen standardi 2008, 20.)

MS-tautia sairastavien kuntoutuskurssit on tarkoitettu sekä vastasairastuneille että pidempään sairastaneille, jotka tarvitsevat ohjausta ja neuvontaa terveystilanteiden selvittelyssä sekä tietoa ja tukea sairauden kanssa elämiseen sekä omatoimiseen työ- ja toimintakyvyn säilyttämiseen. Ensisijaisesti valitaan sairastuneita, jotka eivät ole osallistuneet vastaavalle jaksolle aiemmin ja jotka eivät ole oikeutettuja vaikeavammaisten kuntoutukseen. Kurssien tavoitteena on kuntoutujien toiminta- ja / tai työkyvyn ja hyvinvoinnin säilyminen mahdollisimman pitkään ja elämänhallinnan paraneminen. Lisäksi osatavoitteina kohderyhmästä riippuen voivat olla: antaa tietoa sairaudesta, ohjata kuntoutujaa ymmärtämään sairauteen liittyviä toimintakyvyn rajoitteita, auttaa tunnistamaan voimavaroja ja saavuttaman kompensoivia keinoja hyödyntämällä hyvä toimintakyky ja arjessa selviytymisen taso, ohjata ja motivoida itsehoitoon, hyödyntää ryhmän vertaistukea kuntoutujien tavoitteiden suuntaisesti, tukea työssä jatkamista, löytää erilaisia ratkaisumalleja työ- ja arkielämään. (Kelan laitosmuotoisen kuntoutuksen standardi 2008, 125.)

Kuntoutuskurssien suunnittelusta ja toteutuksesta vastaa moniammatillinen työryhmä, johon kuuluvat neurologi, psykologi ja/tai neuropsykologi, sairaanhoitaja ja/tai terveydenhoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja sosiaalityöntekijä/sosionomi. Myös kohderyhmän tarvitsemia erityistyöntekijöitä voi osallistua kurssin toteutukseen. Kuntoutujaryhmän ryhmäohjaajana (vetäjänä) toimii moniammatillisen työryhmän jäsen. Ryhmäohjaaja neuvoo kuntoutujia kurssin aikana ja huolehtii yhteistyössä työryhmän kanssa kurssin tavoitteiden ja sisällön toteutumisesta. (Kelan laitosmuotoisen kuntoutuksen standardi 2008, 126-127.)

Kuntoutujia ja työryhmän avainhenkilöitä (2-4 henkilöä) edellytetään keskustelemaan jakson alussa ryhmässä kuntoutuksen tavoitteista ja ohjelmasta sekä kuntoutujille sairauden kuluessa esille tulleista asioista. Ryhmän tavoitteet kirjataan muistiin jaksonaikaisen suunnittelun pohjaksi sekä seurantajaksoa varten. Kuntoutuja tapaa yksilöllisissä haastatteluissa lääkärin, sairaanhoitajan ja fysioterapeutin. Lisäksi psykologi tai neuropsykologi tapaa kuntoutujat ryhmässä ja haastattelee tarvittaessa yksilöllisesti. Myös toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä, muu erityistyöntekijä ja työelämän/ammattillisen kuntoutuksen erityisasiantuntija voivat tarvittaessa haastatella kuntoutujan. Haastattelujen yhteydessä pohditaan ja sovitaan kuntoutujan

kanssa, onko muiden työryhmän jäsenten tai erityistyöntekijöiden tapaaminen tarpeen kuntoutusjakson aikana. (Kelan laitospuotoisen kuntoutuksen standardi 2008, 129.)

Kurssin päätösvaiheessa (3 viimeistä päivää) kuntoutuja tapaa yksilöllisesti fysioterapeutin tai toimintaterapeutin ja lääkärin sekä psykologin tai sosiaalityöntekijän yksilö- tai ryhmäkeskustelussa. Lisäksi tarvittaessa kuntoutuja tapaa sairaanhoitajan ja erityistyöntekijöitä. Työryhmän avainhenkilöt (2-4 henkilöä) pitävät joko ryhmässä tai yksilöllisesti kuntoutujien kanssa päätöspalaverin, jossa arvioidaan kuntoutuskokonaisuuden toteutumista, kurssin aikana tehtyjä havaintoja, annettavia jatkosuosituksia ja tavoitteita jatkoa ajatellen. (Kelan laitospuotoisen kuntoutuksen standardi 2008, 139.)

## 2.7 Maskun neurologinen kuntoutuskeskus

Maskun neurologinen kuntoutuskeskus tuottaa laitospuotoista moniammatillista kuntoutusta neurologista sairautta sairastaville nuorille ja aikuisille sekä heidän omaisilleen. Kuntoutuskeskus tuottaa lääkinällisen kuntoutuksen ja harkinnanvaraisen kuntoutuksen palveluita sekä yksilöllisenä että kurssimuotoisena laitospuotuksena. Maskun neurologinen kuntoutuskeskus toimii myös valtakunnallisena harvinaisten neurologisten sairauksien resurssikeskuksena. Suurimpana kuntoutujaryhmänä ovat MS-tautia sairastavat. (Maskun neurologinen kuntoutuskeskus [viitattu 10.10.2008].)

Maskun neurologinen kuntoutuskeskus järjestää Kansaneläkelaitoksen kustantamia harkinnanvaraisia kuntoutuskursseja MS-tautia, Parkinsonin tautia, harvinaisia neurologisia sairauksia (harnes) ja Myastenia Gravis -sairautta (MG) sairastaville sekä aivohalvauskuntoutujille. Maskun neurologisessa kuntoutuskeskuksessa työtä ohjaa moniammatillinen kuntoutusote. Moniammatillisuuden toteutumiseksi kuntoutusta tuottaa moniammatillinen työryhmä, johon kuuluvat neurologi, kuntoutussosiaalityöntekijä, psykologi, neuropsykologi, fysioterapeutti, sairaanhoitaja, toimintaterapeutti, puheterapeutti ja ravitsemusterapeutti. (Maskun neurologinen kuntoutuskeskus [viitattu 10.10.2008].)

### **3 TAVOITTEEN ASETTAMINEN KUNTOUTUKSESSA**

Kuntoutuksen prosessi kuntoutuksen tarpeen havaitsemisen jälkeen alkaa yhteisten tavoitteiden määrittelyllä ja pohtimalla, millä keinoin niihin voidaan pyrkiä. (Rissanen 2008, 631). Kuntoutumisen tavoitteissa tulee ottaa huomioon ihmisen biopsykososiaalisen olemassaolon eri puolet. Kuntoutumisen tavoitteiden asettelussa, toteuttamisessa ja arvioinnissa tärkeintä on ottaa huomioon kuntoutujan suunnitelmat, tarpeet ja toiveet. Tarpeen lähtökohtana on yksilön kokemana ongelma ja halu vapautua siitä (Järvikoski & Härkäpää 2004, 143). Myös kuntoutujan omaisia, perhettä, avustajia ja muuta kuntoutujan lähipiiriä tulisi kuunnella. Moniammatillisen työryhmän tärkein tehtävä on ohjata kuntoutujaa asettamaan itselleen kuntoutumisen realistiset tavoitteet ja auttaa saavuttamaan ne. (Rissanen 2008, 628-632.)

On yleisesti hyväksytty, että hyvä tavoite on spesifi, mitattava, saavutettavissa oleva, realistinen ja oikein ajoitettu (SMART-tekniikka). SMART-tekniikan mukaisten tavoitteiden asettaminen ei kuitenkaan ole helppoa ja kuntoutuksessa sen toteuttamista usein estää ajan puute ja vaikeus. (Bovend'Eerd ym. 2009.) Tavoitteiden realismi on tärkeää, koska kuntoutuja uskoo ja sitoutuu tavoitteisiin vain, jos ne ovat saavutettavia. Selkeästi, riittävän konkreettisesti ja realistisesti asetetut tavoitteet saavat kuntoutujan itsensä ja kuntoutusta tuottavan moniammatillisen työryhmän sitoutumaan omaan tehtäväänsä tavoitteiden saavuttamiseksi. Motivaatio on merkittävin vaikuttaja tavoitteiden saavuttamisessa onnistuneesti. Kuntoutujan ja moniammatillisen työryhmän sitoutuminen tavoitteiden mukaiseen toimintaan vahvistaa motivaatiota. (Rissanen 2008, 628-632.) Motivaation käsitteellä viitataan psykologiassa sellaisiin voimiin, kimmokkeisiin tai olosuhteisiin, jotka aktivoivat, suuntaavat tai ylläpitävät toimintaa (Järvikoski & Härkäpää 2004, 140).

Tavoitteen määrittelyn prosessissa on tärkeää huomioida aika ja käsitteellinen taso. Ajallisesti tavoitteet voidaan jakaa pitkän, keski- ja lyhyen ajan tavoitteisiin. Tärkeää on se, että asetettu tavoite on ajallisesti mahdollista saavuttaa toteutuvassa

kuntoutusinterventiossa. Kuntoutujan sitoutuminen kuntoutussuunnitelmaan ei ole itsestään selvää. Esim. elämäntilanne saattaa olla sellainen, että sitoutuminen tulevaisuuden suunnitelmaan saattaa olla vaikeaa. Vaikeissa elämäntilanteissa on järkevää pyrkiä aluksi pieniin, helposti saavutettavissa oleviin muutoksiin. (Rissanen 2008, 629.)

Käsitteellisellä tasolla tavoitteen määrittelyssä voidaan käyttää hyväksi esim. Maslowin tarvehierarkiaa tai ICF-luokitusta. ICF-luokituksen mukaan kuntoutuksen tavoitteiden asettelun tulisi kohdistua suoritustoiminnan ja osallistumisen tasolle ja kuntoutuksella pyritään vaikuttamaan näihin. Muiden alueiden tavoitteiden tärkeyttä ei kuitenkaan voida poissulkea. (Bovend'Eerd ym. 2009.)

### 3.1 Goal Attainment Scaling tavoitteen asettelussa ja tavoitteiden toteutumisen arvioinnissa

Tavoitteen asetteluun on käytetty monia menetelmiä. Goal Attainment Scaling eli GAS on menetelmä, johon sisältyy sekä tavoitteiden asettelu että tavoitteiden toteutumisen arviointi. Menetelmä korostaa kuntoutujälähtöisyyttä. GAS on oikeastaan yksilöllinen jokaiselle kuntoutujalle erikseen laadittu tavoitteiden toteutumisen arviointimittari, jossa tavoitteiden toteutumista arvioidaan standardoidulla tavalla. (Turner-Stokes 2009; Smith 1994,1-2.)

Ensimmäisen kerran GAS esiteltiin tieteellisessä tutkimuksessa Kiresukin ja Shermanin toimesta vuonna 1968 ja se on kehitetty arvioimaan mielenterveyshäiriöistä kärsivien kuntoutuksen tuloksellisuutta. Menetelmän kehittäminen on lähtenyt liikkeelle standardoitujen mittareiden puutteellisuudesta ja soveltumattomuudesta heterogeeniselle mielenterveysongelmista kärsivien potilasryhmälle. GAS soveltuu arvioimaan minkä tahansa intervention aikaansaamaa muutosta, joten siksi sitä on sovellettu monilla eri tieteenaloilla. Kuntoutuksen alalla sitä on sovellettu mm. vanhustenhoitoon, kognitiiviseen kuntoutukseen, amputaatiokuntoutukseen ja MS-tautia sairastavien kuntoutukseen. Mielenkiintoisen GAS-menetelmästä tekee sen yksilöllinen näkökulma mittaamiseen verrattuna

standardisoituihin mittareihin. GAS tarjoaa siis toisenlaisen lähestymistavan kuntoutuksella saavutettavien muutosten mittaamiseen perinteisen standardisoitujen mittareiden rinnalle. Lisäksi se palvelee suoraan terapian suunnittelua. (Kiresuk & Sherman 1968; Smith 1994, 1-2; Rockwood, Joyce & Stolee 1997; Gordon, Powell & Rockwood 1999; Rushton & Miller 2002; Hurn, Kneebone & Cropley 2006; Khan, Pallant & Turner-Stokes 2008.)

GAS-menetelmän käytön on esitetty kehittävän ja lisäävän moniammatillisen tiimin yhteistyötä asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi, lisäävän vuorovaikutusta kuntoutustyöntekijöiden ja kuntoutujan välillä sekä rohkaisevan kuntoutujia aktiiviseen rooliin omassa kuntoutumisprosessissaan. GAS-menetelmä lisää kuntoutuksen organisointia ja suunnitelmallisuutta asetettujen tavoitteiden suuntaisesti. (Turner Stokes 2003; Smith 1994, 3.)

GAS-menetelmässä tavoitteiden asettamisessa on käytetty hyödyksi SMART-tekniikkaa, joka korostaa, että tavoitteiden tulee olla spesifejä, mitattavia, saavutettavissa olevia, realistisia ja oikein ajoitettuja. GAS-menetelmässä arvioidaan tavoitteen saavuttamista 5-portaisella asteikolla (-2 - +2).

*Taulukko 1: GAS-asteikko.*

-2 = ”tavoite toteutui paljon huonommin kuin odotin”.
-1 = ”tavoite toteutui huonommin kuin odotin”
0 = ”odotettu tulos”
+1 = ”tavoite toteutui paremmin kuin odotin”
+2 = ”tavoite toteutui paljon paremmin kuin odotin”.

(Kiresuk & Sherman 1968; Rockwood ym. 1997; Gordon ym. 1999; Rushton & Miller 2002; Khan ym. 2008.)

GAS-menetelmässä on viisi vaihetta, joita eri tutkimuksissa on toteutettu vähän eri tavalla ja soveltaen:

1. **Tavoitteiden määrittely:**

- Määritellään tärkeimmät tavoitealueet yhdessä kuntoutujan ja kuntoutustiimin kanssa kuntoutujalähtöisyyttä korostaen. Tavoitteiden määrittelyssä suositellaan käyttämään SMART-tekniikkaa.

## 2. **Tavoitteiden painottaminen:**

- Tavoitealueet pisteytetään painokertoimilla tärkeyden ja vaikeuden mukaan. Pisteytyksestä on monia eri vaihtoehtoja käytössä ja 3-portainen asteikko on käytössä esim. Khan ym. tutkimuksessa (Taulukko 2). Yksittäisen tavoitteen painokerroin = tärkeys x vaikeus.

*Taulukko 2: Painokerroinluokitus Khanin mukaan.*

Vaikeus	Tärkeys
1= ei kovin vaikea	1= ei kovin tärkeä
2= vaikea	2= tärkeä
3= erittäin vaikea	3= erittäin tärkeä

(Khan ym. 2008)

- Gordon ym. käyttävät painottamatonta menetelmää.

## 3. **Odotetun tuloksen määrittely:**

- Tavoitteet määritellään tarkkaan GAS-asteikon jokaisen luvun mukaan. Ensin määritellään odotettavissa oleva eli 0-taso, jonka jälkeen jokainen asteikon luku määritellään erikseen tavoitteen muotoon. Esim. Tavoitteena on kuntoutujan wc:ssä siirtymisen itsenäisyyden lisääntyminen. +2 = siirtyminen onnistuu täysin itsenäisesti, +1= itsenäinen siirtyminen onnistuu 2xpv:ssä, 0 = siirtyminen onnistuu valvottuna, -1 = siirtyminen onnistuu muistutuksen/kannustuksen/ohjauksen turvin ja -2 = siirtyminen onnistuu vain avustettuna.
- Tavoitteiden tarkempi määrittely objektiiviseksi ja observeitavaksi on kuntoutustiimin tai asiantuntijan tehtävä.

## 4. **Lähtötilanteen kirjaaminen:**

- Kuntoutujan tämänhetkinen tilanne arvioidaan alkuvaiheessa jokaisen tavoitteen kohdalla arvoilla -1 tai -2.

## 5. **Toteutuneiden tavoitteiden arviointi ja T-score eli GAS-kokonaispisteen laskeminen:**

- Kuntoutusjakson lopussa arvioidaan tavoitteiden toteutuminen 5-portaisella asteikolla ja lasketaan tavoitteiden toteutumisen kokonaisuutta kuvaava GAS-kokonaispiste = T -score.

- Yhteispisteen laskemiseksi käytetään laskukaavaa

$$T = 50 + \frac{10 \sum w_i x_i}{\sqrt{(1-\rho) \sum w_i^2 + \rho (\sum w_i)^2}} \quad \begin{array}{l} x_i = \textit{individual goal} \\ w = \textit{relative weight} \end{array}$$

w = painokerroin = tärkeys x vaikeus

x = tavoitteen toteutumisen arvioluku (-2 - +2)

$\rho = 0.3$

- Gordon ym. ovat kehittäneet helpotetun laskukaavan ja ovat luoneet valmiin pistetaulukon, josta on helppo katsoa T-score (LIITE 1).

$$T = 50 + C(\sum x_i) \quad \begin{array}{l} x_i = \textit{individual goal} \\ C = \textit{constant} \end{array}$$

- T score eli GAS-kokonaispiste sijoittuu 0-100 välille ja tulkitaan seuraavasti;

T = 50 = tavoitteet toteutuneet odotusten mukaan

T > 50 = tavoitteet toteutuneet odotuksia paremmin

T < 50 = tavoitteet toteutuneet odotuksia heikommin.

(Kiresuk & Sherman 1968; Rockwood ym. 1997; Gordon ym. 1999; Rushton & Miller 2002; Khan ym. 2008.)

### 3.2 Goal Attainment Scaling aiemmissä tutkimuksissa

Hurn ym. tekemässä kirjallisuuskatsauksessa GAS-menetelmällä todettiin olevan vahva näytönaste reliabiliteetin, validiteetin ja herkkyyden suhteen. Kirjallisuuskatsauksen mukaan GAS näyttää olevan järkevä ja käyttökelpoinen mittari fyysiseen kuntoutukseen työikäisten ja ikääntyneiden kohdalla. Kirjallisuuskatsauksessa oli mukana alkuperäistutkimuksia eri kuntoutuksen aloilta, joissa GAS-menetelmästä oli käytetty vähän erilaisia sovelluksia alkuperäiseen menetelmään nähden. Sovellukset koskivat pääasiassa pisteytystä tai T-score pisteen laskemiskaavaa. Erilaisista sovelluksista huolimatta menetelmä on kuitenkin



käyttökelpoinen ja luotettava mittari. (Kiresuk & Sherman 1968; Rockwood ym. 1997; Gordon ym. 1999; Rushton & Miller 2002; Hurn ym. 2006; Khan ym. 2008.)

Khan ym. ovat tutkineet GAS- menetelmän käyttöä MS-potilaiden kuntoutuksen arvioinnissa. Tutkimuksessa tavoitteena oli käyttää GAS-menetelmää mittaamaan kliinisesti tärkeitä toiminnan muutoksia kuntoutuksen aikana ja arvioida menetelmän herkkyyttä verrattuna jo käytössä oleviin mittareihin FIM ja Barthelin Indeksiin. Tähän tutkimukseen osallistui 24 (37- 62-vuotiasta) MS-tautia sairastavaa kuntoutujaa. Yli puolella oli sekundaarisesti etenevä MS-tauti. Tutkimuksessa tavoitteet asetettiin kuntoutujan ja perheen sekä hoitavan tiimin kanssa yhdessä. Tavoitteet asetettiin SMART-tekniikan mukaisesti. Seurantakokouksissa tavoitteiden toteutumista seurattiin ja dokumentoitiin hoitavan työryhmän kesken. Kuntoutusjakson lopussa arvioitiin tavoitteiden saavuttamista. Tässä tutkimuksessa GAS todettiin herkimmäksi mittariksi osoittamaan muutosta kuntoutusinterventio aikana verrattuna Barthelin indeksiin ja FIM:iin. Se todettiin käyttökelpoiseksi mittariksi MS-potilaiden kuntoutuksessa. (Khan ym. 2008.)

### 3.3 Kelan standardin edellyttämä GAS

Kelan standardi velvoittaa palveluntuottajia ottamaan käyttöön uutena arviointimenetelmänä GAS-mittarin kurssimuotoisessa kuntoutuksessa. Standardi edellyttää kurssin alkuvaiheessa (1-4 päivää) laatimaan kuntoutujan henkilökohtaiset konkreettiset tavoitteet standardin liitteenä olevalle GAS-tavoitelomakkeelle, jota on kahta eri vaihtoehtoa (Liite 2). Jakson päätösvaiheessa kuntoutujat arvioivat henkilökohtaisten tavoitteiden toteutumista GAS-tavoitelomakkeeseen sisältyvällä GAS-asteikolla. Tavoitteen toteutuminen arvioidaan GAS- asteikolla (+3) - (-2), joka on erilainen kuin alkuperäisessä Kiresuk ja Shermanin luomassa GAS-menetelmässä. (Kelan laitospuolisen kuntoutuksen standardi, versio 15/2008.) Kirjallisuuskatsauksella ei löydetty viitteitä Kelan käyttämästä GAS-asteikosta eikä tutkittua tietoa sen käyttöominaisuuksista.

*Taulukko 3: Kelan GAS-asteikko.*

<b>+3 = muutos parempi kuin tavoite</b>
<b>+2 = tavoite saavutettu</b>
<b>+1 = muutos parempaan, mutta tavoite ei saavutettu</b>
<b>0 = ei muutosta</b>
<b>-1 = hieman huonompi</b>
<b>-2 = tilanne merkittävästi huonompi</b>

(Kelan laitospuotoisen kuntoutuksen standardi, versio 15/2008.)

## 4 KEHITTÄMISTYÖN TAVOITTEET

Kehittämistyön päätavoitteena oli ottaa käyttöön Maskun neurologisessa kuntoutuskeskuksessa Goal Attainment Scale (GAS)- menetelmä kuntoutujien henkilökohtaisten tavoitteiden asettamiseen ja tavoitteiden toteutumisen arviointiin kuntoutuskurssien yhteydessä. GAS-menetelmän käyttöönoton mahdollistamiseksi kehittämistyössä pyrittiin luomaan seuraavat osatehtävien mukaiset toimenpiteet. GAS-menetelmän käyttöönoton kehittämisessä lähtökohtina olivat tarve kehittää kuntoutujalähtöisyyttä, moniammatillista kuntoutusta ja kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointia.

Kehittämistyön osatehtävänä olivat:

### 1. Osatehtävä

- Kehittää kuntoutujien henkilökohtaisten tavoitteiden asettamiseen ja tavoitteiden toteutumisen arviointiin työväline.

### 2. Osatehtävä

- Kehittää kuntoutuskursseista vastaavalle moniammatilliselle työryhmälle toimintamalli kuntoutujien henkilökohtaisten tavoitteiden asettamisen ohjaamiseen.

### 3. Osatehtävä

- Kehittää kuntoutuskursseista vastaavalle moniammatilliselle työryhmälle toimintamalli kuntoutujien henkilökohtaisten tavoitteiden toteutumisen arvioimisen ohjaamiseen.

### 4. Osatehtävä

- Kehittää kuntoutuskursseista vastaavalle moniammatilliselle työryhmälle toimintamalli kehitetyn työvälineen hyödyntämiseksi moniammatillisessa ryhmämuotoisessa kuntoutuksessa.

## 5 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN

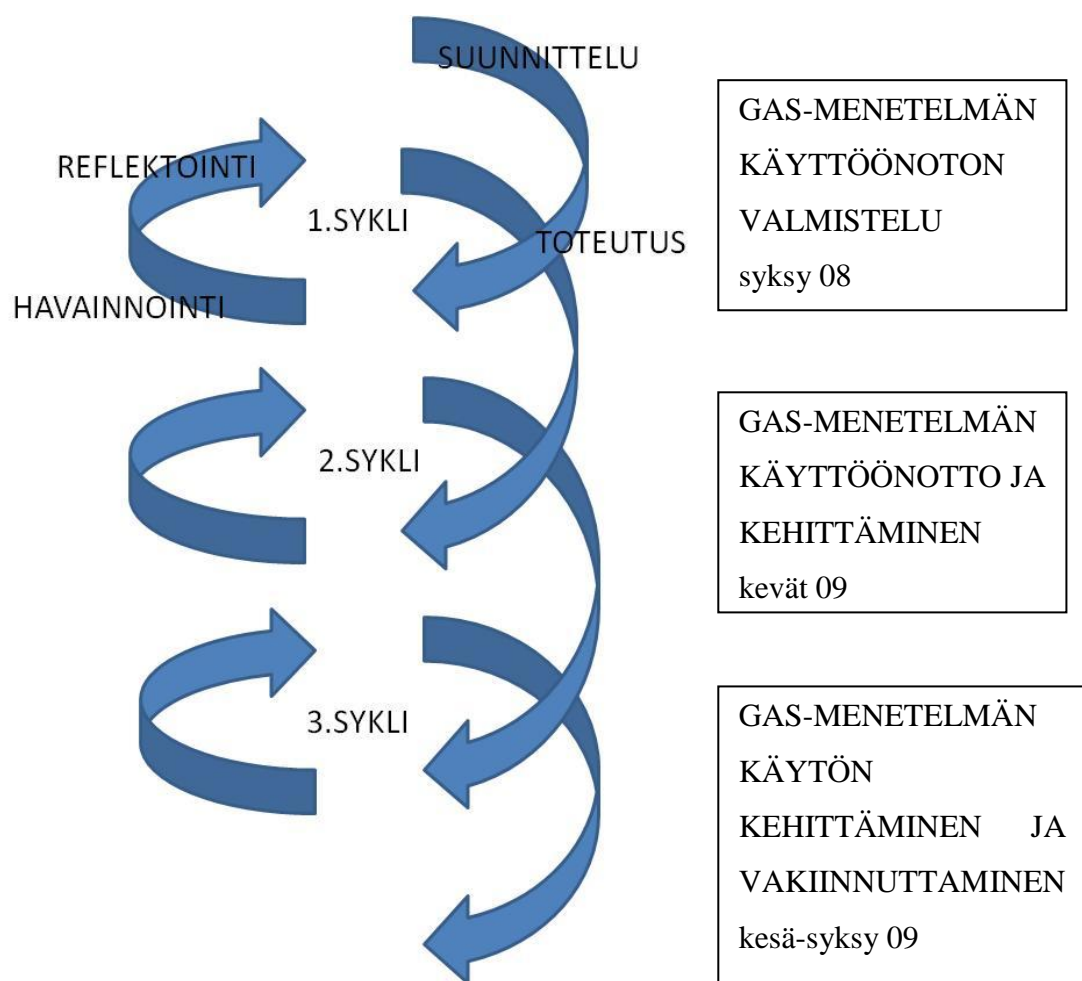
### 5.1 Kehittämistyön tutkimuksellinen ote

Toimintatutkimus on tutkimusta, jonka avulla pyritään ratkaisemaan erilaisia käytännön ongelmia, parantamaan sosiaalisia käytäntöjä sekä ymmärtämään niitä entistä syvällisemmin esim. työyhteisöissä. Toimintatutkimus on ajallisesti rajattua teoriaa ja käytäntöä yhdistävä prosessi, joka tähtää uuden tiedon tuottamiseen, sen kokeiluun, uudenlaiseen toiminnan ymmärtämiseen, ja sitä kautta asioiden muuttamiseen ja kehittämiseen paremmiksi. (Aaltola & Syrjälä 1999, 18; Metsämuuronen 2006, 102.) Toimintatutkimusta voidaan kuvailla mm. seuraavin termein; interventioon perustuvaa, tilanteeseen sidottua, yleensä yhteistyötä vaativaa, osallistavaa, reflektiivistä ja käytännönläheistä. (Heikkinen 2006, 27.) Toimintatutkimus on luonteeltaan prosessimaista, jossa ymmärrys ja tulkinta lisääntyvät vähittäin tutkimuksessa etenevien spiraalimaisten syklien kautta. Syklissä vaihtelevat suunnittelun, toteutuksen, havainnoinnin ja reflektion vaiheet erikseen ja osittain päällekkäin. (Heikkinen ja Jyrämä 1999, 36-37; Heikkinen 2006, 35-36.)

Toimintatutkimusta on kuvattu ”tutkimusperheenä”, johon kuuluu useita erilaisia tutkimussuuntia. (Heikkinen ym. 2006, 40). Kommunikatiivisessa toimintatutkimuksessa korostetaan vuorovaikutusta ja osallistujien tasavertaista keskustelua muutoksen aikaansaamiseksi. Tämän suuntauksen avulla pyritään lisäämään työntekijöiden osallistumista ja demokratiaa käyttämällä heidän kokemustietoaan voimavarana ja aktivoimalla heitä. (Heikkinen ym. 2006, 57; Kuula 1999, 90.)

Kehittämistyö toteutettiin kommunikatiivisen toimintatutkimuksen näkökulmasta. Kehittämistyön luonteen prosessimaisuus, käytännönläheisyys, teoretiedon hyödyntäminen, tutkijan toimiminen aktiivisena työyhteisön jäsenenä, työyhteisön toimintamallien kehittäminen ja koko työyhteisön osallistuminen oman toimintansa kehittämiseen johtivat siihen, että kehittämistyön tutkimusmenetelmäksi valikoitui juuri toimintatutkimus. Työ voidaan sijoittaa laadullisen ja määrällisen tutkimuksen

välimaastoon, sillä siinä yhdistyvät laadullisen ja määrällisen tutkimuksen tiedonhankintamenetelmät. Toimintatutkimukselle tyypillinen spiraalimainen syklimäisyys toteutuu kehittämistyössä (kuvio 1), jossa GAS-menetelmän käyttöönottoon liittyvien toimintamallien ja työvälineen vähittäistä kehittämistä toteutetaan suunnittelun, erilaisten kokeilujen ja niiden toimivuuden havainnoinnin ja reflektoinnin kautta. Kehittämistyö rakentuu kolmesta toisistaan erotettavasta syklistä, joiden aikana kehittämistyön osatehtäviä vähitellen kehitetään. Jokainen sykli sisältää ikään kuin oman pienimuotoisen tutkimusintervention, jossa on omat tavoitteet, tutkimusmenetelmät ja tiedonkeruumenetelmät.



*Kuvio 1: Kehittämistyön toteutuminen syklimäisenä spiraalina.*

Työkonferenssi on ryhmätyömenetelmä, jota usein käytetään kommunikatiivisessa toimintatutkimuksessa. Työkonferenssi on yhteistoiminnallinen ja osallistava kehittämismetodi, joka perustuu osallistujien keskinäiseen vuoropuheluun eli dialogiin (Laaksonen 2008, [viitattu 2.12.2008]). Perusajatuksena on, että

työntekijöillä on mahdollisuus vaikuttaa oman työnsä ja työorganisaation toiminnan kehittämiseen ja heidän mielipiteitään kuunnellaan. Tulosten saaminen työkonferensseissa on osallistujien vastuulla. (Kuula 1999, 94.) Kehittämistyötä pyrittiin koordinoimaan, refleктоimaan, suunnittelemaan ja tekemään päätöksiä tutkimussuuntaukselle tyypillisen työkonferenssimenetelmän avulla.

## 5.2 Kehittämistyön kohde ja kehittämisorganisaatio

Kehittämistyö toteutettiin Maskun neurologisessa kuntoutuskeskuksessa syksyn 2008 ja syksyn 2009 välisenä aikana. Kehittämistyön kohteena oli sairausryhmäkohtaisten kuntoutuskurssien moniammatillinen kuntoutusprosessi. Kehittämistyöstä vastasi Maskun neurologisen kuntoutuskeskuksen kuntoutusta tuottavasta henkilökunnasta valittu moniammatillinen GAS-työryhmä, joka kokoontui GAS-työryhmän kokouksissa. GAS-työryhmä oli koottu viidestä eri ammattiryhmän edustajasta; lääkärin ja johdon edustaja, psykologi, kuntoutussosiaalityöntekijä, erikoissairaanhoitaja ja fysioterapeuttien edustajana ja tutkijana minä. Kaikilla työryhmän jäsenillä oli kokemusta kuntoutuskurssien toteuttamisesta ja osa työskenteli kuntoutuskurssien ryhmänohjaajina. GAS-työryhmä vastasi kehittämisen suunnittelusta, reflektoinnista ja toteutuksen organisoinnista. Työryhmän jäsenet olivat mukana myös toimintamallien ja lomakkeen kokeiluissa kehittämistyöprosessin aikana. Lisäksi kehittämistyössä mukana olivat koko kuntoutuksesta vastaava moniammatillinen henkilökunta ja myös kuntoutuskursseille osallistuvat kuntoutujat.

Kehittämistyön aikana luotiin erilaisia pienempiä työryhmiä tarpeen vaatiessa ja työryhmät kokoontuivat epävirallisissa kokouksissa. Näiden työryhmien tehtävinä oli erilaisten kehittämisvaiheiden valmistelu tai toteuttaminen kehittämistyöprosessin aikana.

### 5.3 Suhteeni kehittämiskohteeseen

Toimintatutkija on aktiivinen osallistuja. Tutkija aktivoi ja kehittää toimintaa ja tutkimuksesta huomattava osa on erilaista keskustelua ja kokouksia, joissa toimintaa kehitetään. (Heikkinen ja Jyrkämä 1999, 40.) Toimintatutkimus on usein koko työyhteisön tai organisaation muutosprosessi, jolloin koko yhteisön tulisi olla sitoutunut projektiin. Toimintatutkimuksessa olennaisena on yhteistyö ja toimintatutkijan tehtävänä onkin saada yhteisö toimimaan yhdessä ja luomaan avointa dialogia yhteisöön. (Heikkinen ja Jyrkämä 1999, 49.) Koska toimintatutkimuksessa tutkija on toimiva subjekti, sosiaalisten tilanteiden tulkintaan vaikuttaa oma näkökulma. Tutkija ei ole puolueeton tarkastelija, joka tarkkailisi etäältä ihmisyhteisön toimintaa niin kuin perinteisesti on ymmärretty. Näin toimintatutkijan saavuttama tieto ei voi olla objektiivista vaan se onkin useissa yhteyksissä määritelty arvosidonnaiseksi ja subjektiiviseksi. (Heikkinen ja Jyrkämä 1999, 46.) Eettiseltä kannalta onkin parempi tuoda esiin oma näkökulma kehitettävään kohteeseen, sillä sen vaikutusta ei voi poissulkea.

Työskentelen kehittämistyön kohdeorganisaatiossa fysioterapeuttina yhdessä moniammatillisessa kuntoutustyöryhmässä, joka tuottaa sekä kehittämisen kohteena olevaa kurssimuotoista laitospääntoutusta että yksilöllistä laitospääntoutusta. Fysioterapeutin työssä erilainen mittaaminen, tavoitteiden määrittely, tavoitteiden mukainen terapian toteutus ja tulosten arviointi ovat arkipäivää. Näen mittaamisen olevan tavoitteiden asettamisen rinnalla tärkeimpiä fysioterapian ja kuntoutuksen osa-alueita. Mittaamisen tulee kuitenkin olla tarkoituksenmukaista. GAS-menetelmä sisältää työvälineen tavoitteiden asettamiseen, moniammatillisen kuntoutuksen suunnitteluun ja tulosten arvioimiseen, joten GAS-menetelmän käyttöönoton kehittäminen herätti voimakasta kiinnostusta heti alusta asti. GAS- menetelmän yksilöllinen luonne tarjoaa sopivan arviointimenetelmän tilanteissakin, joissa muut standardoidut mittaukset eivät onnistu ja silti voidaan mitata kuntoutuksen vaikuttavuutta. Lisäksi menetelmän käyttöönoton kehittäminen kiinnosti moniammatillisen kuntoutuksen kehittämisen näkökulmasta.

#### 5.4 Tiedonkeruumenetelmät kehittämistyöprosessin aikana

Kehittämistyö koostui kolmesta toisistaan erotettavasta syklistä, joiden aikana toteutin kolme erilaista minitutkimusta, joissa keräsin tutkimusaineistoa sekä laadullisin että määrällisin tutkimusmenetelmin. Laadullista tutkimusaineistoa keräsin toimintatutkimukselle tyypillisillä tiedonkeruumenetelmillä käyttäen osallistuvaa havainnointia, kirjallisia dokumentteja (kokouspöytäkirjat ja sähköpostiviestit) ja pitämällä tutkimuspäiväkirjaa. Työkonferenssia käytettiin GAS-työryhmän kokouksissa ryhmätyöskentelymenetelmänä. Määrällistä tutkimusaineistoa keräsin kyselytutkimuksilla toisen ja kolmannen syklin aikana sekä kuntoutujien täyttämiä henkilökohtaisia kuntoutumissuunnitelmalomakkeita käyttäen aineistona.

Tiedonkeruumenetelmät valikoituivat pitkälti tilanteeseen ja toimintaan soveltuvuuden mukaan. Reunaehdot tiedonkeruumenetelmien valinnalle loivat ajalliset resurssit ja kurssien valmiit ohjelmapiirrokset, joiden mukaan valittiin nopeasti toteutettavia menetelmiä. Toimintatutkimuksen syklisyyden ja nopeasti etenevän kehittämistyöprosessin vuoksi aineisto tuli olla myös nopeasti analysoitavissa seuraavia kehitystoimenpiteitä varten, joten myös se vaikutti tiedonkeruumenetelmien valintaan. Seuraavissa kappaleissa selvitän tarkemmin käyttämiäni tiedonkeruumenetelmiä.

##### *Tutkimuspäiväkirja*

Tutkimuspäiväkirjanani toimi iso kalenteri, johon kirjasin koko tutkimusprosessin ajan kehittämistyön vaiheita sekä omia ja muiden työntekijöiden ajatuksia, ehdotuksia, tunteita ja mielipiteitä. Tutkimuspäiväkirja toimi myös muistiinpanovälineenä havainnointitilanteissa ja vapaamuotoisissa keskusteluissa. Kirjallisen kehittämistyöraportin kirjoittamisen vaiheessa tutkimuspäiväkirja oli hyvä apu palauttamaan mieleen kehittämistyön vaiheita ja tunteita.



*Muut dokumentit*

Sähköpostia käytettiin kehittämistyön aikana viestintäkanavana. Se toimi kehittämissideiden ja mielipiteiden viestittämisessä ja kuuntelemisessa ja tuotettujen/kehitettyjen asioiden toimivuuden tarkistuttamisessa ja korjaamisessa. Lisäksi se toimi hyvänä vertaistuen ja kannustuksen saamisen välineenä. Sähköposti mahdollisti nopean tiedonsiirron ja kehittämissaikataulun. Sähköposti toimi viestintäkanavana erityisesti työkonferenssin jäsenten ja kehitystyönohjaajan kanssa. Sähköpostin avulla keräsin tietoa myös kurssin vastaavien henkilökunnan edustajien kuten ryhmäohjaajien ja erikoissairaanhoitajien mielipiteistä. Tallensin sähköpostit dokumenteiksi myöhempää analyysiä varten.

GAS-työryhmän kokouksista pidettiin kokouspöytäkirjaa, jotka toimivat myös tärkeinä tiedonkeruudokumentteina. Näistä dokumenteista selvisivät erityisesti kehittämistyön eri vaiheissa tehdyt johtopäätökset ja kehittämistyön eteneminen. Kehittämistyön aikana tuotin mahdollisimman paljon kirjallista raporttia työn etenemisestä lopullisen raportointivaiheen helpottumiseksi ja oleellisten asioiden muistamisen varmistamiseksi.

*Kuntoutujien täyttämät henkilökohtaiset kuntoutumissuunnitelmalomakkeet*

Kuntoutujien täyttämät henkilökohtaiset kuntoutumissuunnitelmalomakkeet (LIITE 3) toimivat määrällisen aineiston keräämisessä tiedonkeruudokumentteina. Aineistoon otetuista henkilökohtaisista kuntoutumissuunnitelmalomakkeista peitin kuntoutujien henkilötiedot ja allekirjoitukset anonyymiuden ja potilasasiakirjojen salassapitovelvollisuuden säilyttämiseksi. Näistä lomakkeista sain tietoa asetettujen tavoitteiden määrästä ja laadusta. Keräsin tietoa itse muotoiltujen ja valmiiksi kirjattujen tavoitevaihtoehtojen tavoitteiden määrästä ja tavoitteiden täydentämisestä, joiden perusteella arvioin tavoitteen asettelun ohjaamisen -toimintamallin toimivuutta erityisesti ohjaamisen riittävyyden, sisällön kehittämisen ja moniammatillisuuden näkymisen näkökulmista.

*Osallistuva havainnointi*

Osallistuvaa havainnointia käytin koko kehittämistyön aikana toimiessani työyhteisön aktiivisena jäsenenä ja tehdessäni havaintoja. Osallistuvaa havainnointia käytin lisäksi erityisesti toisessa kehittämissyklissä tiedonkeruumenetelmänä yhdessä kyselytutkimuksen kanssa. Havainnoinnin avulla saadaan välitöntä ja suoraa tietoa todellisuudesta ja siitä, toimivatko ihmiset niin kuin sanovat toimivansa (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara, 2008, 207-208). Havainnoinnin valitsin tiedonkeruumenetelmäksi edellä mainittujen syiden vuoksi tuomaan lisätietoa kyselytutkimuksella saadun aineiston oheen. Havainnointilajiksi valitsin osallistuvan havainnoinnin, koska oli tärkeää, että havainnointi muotoutui vapaasti tilanteessa ja havainnoija osallistui ryhmän toimintaan (Hirsjärvi ym. 2008, 209). Näin pyrin tekemään havainnointitilanteesta mahdollisimman luonnollisen ja minimoimaan havainnoinnin häiriötekijöitä. Tämän takia myöskään videointia ei toteutettu havainnoinnin yhteydessä. Osallistumisen aste voi vaihdella osallistuvassa havainnoinnissa ja se toteutettiin niin, että olin pääasiassa havainnoijana (Hirsjärvi ym. 2008, 212).

Osallistuvalla havainnoinnilla keräsin tietoa toisessa kehittämissyklissä kahden MS-kuntoutuskurssin alkuvaiheessa tavoitekeskustelu- ja loppuvaiheessa lähtökeskustelutilaisuuksissa. Molempiin osallistuivat MS-kurssin kaikki kuntoutujat ja moniammatillisesta kuntoutustyöryhmästä tilaisuuksia ohjanneet ryhmäohjaaja/psykologi ja erikoissairaanhoitaja. Molempien tilaisuuksien alussa kerroin kuntoutujille lyhyesti meneillään olevasta kehittämistyöstä ja havainnoinnin tarkoituksesta. Kannustin kuntoutujia antamaan suullista palautetta ja kehitysehdotuksia.

Tavoitekeskustelussa havainnoinnin tarkoituksena oli kerätä tietoa ryhmämuotoisen tavoitteen asettamisen ohjaamisen –toimintamallista ja lomakkeen toimivuudesta tavoitteiden kirjaamisessa. Tein havaintoja kuntoutujille annetun tavoitteen asettamisen ohjaamisen ja informaation riittävydestä ja toimivuudesta suhteessa kuntoutujien tavoitteen asettamiseen, lomakkeelle kirjaamisen

helppoudesta/vaikeudesta, henkilökohtaisten tavoitteiden asettamisen vaikeudesta/helppoudesta.

Vastaavasti lähtökeskustelussa kohdistin havainnoinnin tavoitteiden toteutumisen arvioinnin ohjaamiseen ja informaation riittävyyteen ja toimivuuteen suhteessa kuntoutujien tavoitteiden toteutumisen arviointiin. Havaintoja tein myös lomakkeen toimivuudesta tavoitteiden toteutumisen arvioinnin kirjaamisessa. Molemmissa tilanteissa keräsin tietoa myös tilanteesta vallinneesta ilmapiiristä, kuntoutujien motivaatiosta omien tavoitteiden asettamiseen ja kuntoutujien esittämistä kysymyksistä. Motivaatiota havainnoin erityisesti tavoitteiden asettamiseen suhtautumisen, keskittymisen ja ajankäytön avulla.

### *Kyselytutkimukset*

Kyselyiden avulla keräsin tietoa toisessa kehittämissyklissä edellä esitetyn osallistuvan havainnoinnin lisäksi ja kolmannessa kehittämissyklissä. Kysely valikoitui tiedonkeruumenetelmäksi, koska sillä saatiin nopeasti tietoa kuntoutujilta ja henkilökunnalta ja se mahdollisti nopean analysoinnin ja uusien kehittämissuunnitelmien tekemisen.

Toisessa kehittämissyklissä keräsin tietoa kyselyllä (LIITE 4) kahden MS-kuntoutuskurssin kuntoutujilta (n=20). Toteutin kyselyn molempien kurssien lopussa lähtökeskustelutilaisuudessa. Informoin kuntoutujia kyselystä ja sen merkityksestä kurssin alussa tavoitekeskustelutilaisuudessa ja lähtökeskustelutilaisuuden alussa. Kyselymuodoksi valitsin puolistrukturoidun informoitu kyselyn, jonka täyttämistä ohjasin ja seurasin paikan päällä, jotta vastausprosentti saatiin mahdollisimman suureksi. Kyselytutkimus toteutettiin nimettömänä ja ilman mitään taustatietoja anonymiteetin takia.

Kysymykset oli aseteltu strukturoidun ja avoimen välimuodoksi. Strukturoiduissa kysymyksissä käytin vastausvaihtoehtoina ainoastaan kyllä ja ei vaihtoehtoja, koska otoskoko oli niin pieni ja tarkoituksena oli saada tietoa toimivatko kehitetyt asiat vai eivät. Strukturoitujen kysymysten jälkeen pyysin perusteluja vastaukselle avoimella

kysymyksellä. Perusteluiden pyytämisen ajatuksena oli se, että kuntoutujat saivat esittää omia mielipiteitään ja kehitysehdotuksiaan. Näin laadullista aineistoa saatiin kerättyä myös kyselyiden yhteydessä. Näillä kysymysmuodoilla asetetuilla kysymyksillä keräsin tietoa kuntoutujilta tavoitelomakkeen toimivuudesta sekä tavoitteiden asettamisen että toteutumisen arvioinnin kohdalla, tavoitteiden asettamisen helppoudesta valmiiksi kirjattujen tavoitteiden yhteyteen, tavoitteiden toteutumisen arvioinnin helppoudesta, tavoitekeskustelun sopivuudesta tavoitteiden asettamisen paikaksi sekä saamastaan ohjauksesta tavoitteiden asettamiseksi ja lomakkeiden täyttämiseksi ja kokivatko kuntoutujat tavoitteiden asettamisen ohjaavan omaa kuntoutumista kurssin aikana. (Liite) Samassa kyselyssä pyysin myös kuntoutujia arvioimaan VAS (Visual analogic scale) -janalla motivaatiota omien henkilökohtaisten tavoitteiden asettamiseen ja kokemusta lisääkö tavoitteiden asettaminen omaa kuntoutumismotivaatiota. Näiden tietojen keräämiseksi valitsin VAS-jana arvioinnin, koska sillä pystyin arvioimaan helposti kysytyjen asioiden määrää.

Henkilökunnan osallistamisen ja informoinnin luento-keskustelutilaisuudessa toteutin kyselytutkimuksen (LIITE 5), jolla kartoitin henkilökunnan tietämystä GAS-menetelmästä ja sen käytöstä, motivaatiota kehittämiseen ja GAS-menetelmän käyttämiseen sekä arvioin tilaisuuden onnistumista VAS-janalla arvioiden. Lisäksi kyselyssä pyysin kirjaamaan kehitysehdotuksia avoimella kysymyksellä.

Kolmannessa syklissä toteutin kyselytutkimuksen Webropol-kyselynä (LIITE 6). Webropol on internetin välityksellä toimiva kysely- ja tiedonkeruusovellus. Valitsin Webropol- kyselyn, koska sen avulla oli helppo kerätä ja analysoida tietoa nopeasti. Kyselyn analysointi tapahtuu automaattisesti tietokoneohjelman avulla. Toteutin kyselyn puolistrukturoituina eli annoin kysymyksiin valmiit vastausvaihtoehdot, mutta osaa vastauksia pyysin tarkentamaan avoimella kysymyksellä. Kyselyn lopussa pyysin myös avoimella kysymyksellä kirjaamaan kehittämisehdotuksia. Toteutin kyselyn toimintamallikokeilussa, jossa tavoitteiden asettamista ohjattiin moniammatillisesti (24.6. - 10.7.09) ja kohdistettiin moniammatillisen työryhmän jäsenille (n=7), jotka olivat mukana kyseisessä toimintamallikokeilussa. Kyselyyn

osallistujille aikataulutettiin aika kyselyyn vastaamiseksi mahdollisimman suuren vastausprosentin saamiseksi.

#### *Työkonferenssi kehittämismenetelmänä*

GAS-työryhmä vastasi kehittämistyöstä koko prosessin ajan. Se kokoontui kehittämistyön aikana kuusi kertaa. Työryhmässä käytettiin työkonferenssia ryhmätyömenetelmänä, koska oli tärkeää saada kaikkien jäsenten ääni kuuluville ja yhdessä päättää asioista. Keskusteluissa pyrittiin saamaan esiin hiljaisen tiedon eli työryhmän vankan kokemuksen, tiedon ja ammattitaidon kautta uusien toimintamallien ja tavoitelomakkeen kehittämisideoita. Kehitettävien kohteiden suunnittelussa pohjana olivat myös näkemykset ja kokemukset moniammatillisesta kuntoutuksesta, kuntoutujalähtöisyydestä ja tavoitteen asettamisesta. Kokouksista pidettiin virallista kokouspöytäkirjaa.

#### *Sisäinen auditointi*

Maskun neurologisen kuntoutuskeskuksen laatujärjestelmän vuosittaista sisäistä auditointia hyödynnettiin myös kehittämistyön aineiston keruussa. Auditoinnit kuuluvat laatujärjestelmään ja ne ovat systemaattista toiminnan arviointi- ja varmistusmenettelyä. Sisäinen auditointi suoritettiin huhtikuussa -09 organisaation sisällä koulutettujen auditoijien toimesta ja se kohdistui kehittämistyön kohteeseen eli kurssimuotoisen kuntoutuksen tuottamiseen. Sisäisestä auditoinnista raportoitiin kirjallisesti auditointiraportein ja ne hyödynnettiin aineistona.

### 5.5 Tutkimusaineiston analysointimenetelmät

Koko kehittämistyöprosessi vaati jatkuvaa analysointia työn etenemiseksi ja toimintatutkimukselle tyypillisen jatkuvan suunnittelu-toteutus-havainnointi-reflektio-uudelleen suunnittelu syklisyyden mahdollistamiseksi. Tein analyysia lähes välittömästi kehittämistyön eri vaiheisiin liittyneiden kokeilujen jälkeen.

Tärkeimpänä kriteerinä aineistonkeruumenetelmien valinnalle olikin, että niiden tuli mahdollistaa nopea analysointi.

Kyselyillä ja henkilökohtaisilla kuntoutumissuunnitelmalomakkeilla saamaani määrällistä aineistoa analysoin yksinkertaisia tilastollisia analysointimenetelmiä käyttäen. Analysoin aineistoa laskemalla keskiarvoja ja prosenttijakaumia, joiden avulla tein johtopäätöksiä uusien kehittämislinjojen suuntaan. Webropol-kyselyn tulokset analysoin suoraan ohjelman valmistajan valmiilla analysointiohjelmalla.

Kehittämistyössä keräämäni laadullista aineistoa pyrin analysoimaan sisällönanalyysin kaltaisesti luokittelemaan kehitettävien asioiden suhteen esiin nousseita asioita kahteen luokkaan, toimiva - ei-toimiva luokittelulla. Analyysia toteutettiin paljon myös yhdessä keskustelemalla havainnoista mm. työkonferensseissa sekä työyhteisössä kokeilujen yhteydessä.

Toisessa kehittämissyklissä analysointimenetelmänä käytin lisäksi SWOT-analyysiä. SWOT-analyysi on Albert Humbleyn kehittämä neli-kenttämenetelmä, jota käytetään strategian laatimisessa, ongelmien ja oppimisen tunnistamisessa, arvioinnissa ja kehittämisessä. SWOT-analyysissä kirjataan ylös esim. kehitettävän asian sisäiset vahvuudet ja heikkoudet, ulkoiset mahdollisuudet ja uhat. (Lipiäinen 2000, 46-49.) SWOT-analyysin valitsin analyysimenetelmäksi aineiston monimuotoisuuden ja sen kehittämiseen sopivuuden takia. SWOT-analyysin nelikenttään yhdistin eri aineistonkeruumenetelmillä tekemiäni havaintoja, jotta sain kehitettävistä toimintamalleista ja lomakkeesta kokonaiskuvan. Analyysin perusteella kehittämistyössä pyrittiin etenemään mahdollisuuksien suuntaan vahvuuksia hyödyntäen ja pyrkimällä minimoimaan heikkouksia ja uhkia. SWOT-analyysin avulla saatiin näin esiin mahdolliset kehityssuunnat, joiden suuntaan kehittämistyötä pyrittiin edistämään.

## 5.6 Kehittämistyön luotettavuus ja eettisyys

Kehittämistyössä reliabiliteettia ja validiteettia on vaikea tai jopa mahdoton arvioida johtuen toimintatutkimustyyppisestä tutkimusotteesta. Reliabiliteettia ei ole järkevää

arvioida, koska toimintatutkimuksen tarkoituksena on nimenomaan muutos tilanteessa, ei niiden välttäminen, joten saman tuloksen saavuttaminen uusintamittauksessa on toimintatutkimuksen pyrkimysten vastaista. Validiteettia ei myöskään voida arvioida, koska toimintatutkimuksessa ei pyritä pysyvään totuuteen. Validointi käsite sopii paremmin toimintatutkimukseen. Validointi on prosessi, jossa ymmärrys maailmasta kehkeytyy vähitellen eikä koskaan ole lopullisesti valmis. (Heikkinen & Syrjälä 2006, 147-149.) Toimintatutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida toimintatutkimukselle tyypillisellä tavalla eli historiallisen jatkuvuuden, reflektiivisyyden, dialektisuuden, toimivuuden ja havahduttavuuden näkökulmista katsottuna (Heikkinen & Syrjälä 2006, 149).

Kehittämistyöprosessin aikana käytin triangulaatiota tiedon keräämisessä, jotta sain mahdollisimman laajasti tietoa tutkittavasta kohteesta. Triangulaatiolla tarkoitetaan tutkimusmenetelmää, jossa kahta tai useampaa menetelmää käytetään mittaamaan yhtä tutkimuskohdetta. Triangulaatiossa halutaan saada enemmän ymmärrystä tutkittavasta kohteesta ja voidaan osoittaa luotettavuutta. Mitä suurempi yhdenmukaisuus saavutetaan triangulaation avulla, sitä paremmin voidaan luottaa tuloksiin. (Taanila 2005 [viitattu 25.2.2009].) Triangulaation avulla pyrin lisäämään myös dialektisuutta. Lisäksi kehittämistyössä pyrittiin huomioimaan useita näkökulmia esim. henkilökunnan ja kuntoutujien mielipiteitä sekä Kelan vaatimukset.

Historiallinen jatkuvuus tuli esiin sykleittäin tapahtuneena kehittämisenä, jolloin kehittämistyön prosessi vähitellen syntyi. Reflektiivisyyden kannalta tärkeimpänä tekijänä oli kehittämismenetelmänä käytetty työkonferenssimenetelmä, joka perustuu dialogiin ja yhteisiin päätöksiin. Työkonferenssit kehittämisessä vähensivät huomattavasti omien näkemyksien liiallista esiintuloa. Reflektiivisyyttä pyrin saamaan esiin myös kuvaamalla mahdollisimman tarkkaan käytetyt tutkimusmenetelmät, tiedonkeruumenetelmät ja aineistot sekä niiden valinnan perusteet.

Tiedonkeruumenetelmistä arvioin havainnoinnin ja kyselytutkimusten luotettavuutta seuraavaksi tarkemmin. Havainnoinnissa luotettavuutta pyrin lisäämään siten, että

pyrin tekemään tilaisuudesta mahdollisimman luonnollisen ja minimoimaan näin mahdolliset havainnoinnin häiriötekijät juuri osallistuvan havainnoinnin menetelmää käyttäen. Havainnot kirjattiin välittömästi tilanteen aikana, jotta ne eivät olleet pelkän muistin varassa. Lisäksi havainnoinnin jälkeen keskusteltiin ryhmäohjaajan ja erikoissairaanhoidajan kanssa yhdessä jokaisen tekemistä havainnoista ja mielipiteistä ja kirjasin ne. Näin sain minimoitua omien tulkintojeni vaikutuksen.

Kyselytutkimusten validiteettia pyrin saamaan esiin pitämällä kysymysten määrä vähäisenä ja kysymyksen asettelu selkeänä, yksinkertaisena ja helposti ymmärrettävänä. Kehitin kyselyt juuri sen tarpeen mukaan, mitä tietoa tarvittiin kokeilussa olleista toiminnoista, joten validiteetti näin ollen toteutuu kyselyiden osalta. Kuntoutujille toteutetun kyselylomakkeen selkeyttä ja ymmärrettävyyttä pyysin kollegoita, työkonferenssijäsentä, kehittämistyönohjaajaa ja ohjaavaa opettajaa arvioimaan. Heidän kommenttiansa perusteella muokkasin kyselylomaketta selkeämmäksi ja helposti täytettäväksi ottaen huomioon kuntoutujien mahdollisen sairauden mukanaan tuoman kognitiivisen tason heikkenemisen. Webropol-kyselyn tarkistutin kehittämistyönohjaajallani, jonka kommenttien perusteella muokkasin kysymyksiä selkeämmiksi. Pilottikyselyn tekeminen ei ollut mahdollista kyselytutkimuksissa, koska kehitettävät toiminnot olivat ensimmäistä kertaa käytössä. Kyselyissä reliabiliteettia ei juurikaan voida arvioida, koska kyselyt eivät ole toteutettavissa kehittämistyön edetessä ja muokatessa toimintaa eikä toistettavuus ole edes tarpeen, koska pyritään muutokseen.

Kyselytutkimuksiin valittiin kaikki toimintamallikokeilussa mukana olleet kuntoutajat ja henkilökunta, joten otanta oli kokonaisotanta ja näin ollen luotettava. Otoksen koko kuntoutujien kyselytutkimuksessa oli riittävä. Lisäotos ei tuskin olisi tulosta juurikaan muuttanut. Webropol-kyselyn otos jäi pieneksi siitä syystä, että kokeilua ei toteutettu aikataulullisista syistä kuin yhdellä kuntoutuskurssilla, joten suurempi otos oli mahdoton toteuttaa.

Tiedonkeruussa on pyritty anonymiteetin säilymiseen. Kyselyt on toteutettu täysin ilman henkilötietoja nimettöminä, joten niistä ei selviä palautteen antajaa. Webropol-kysely kohdistettiin pienelle työryhmälle, joten vastauksista saattoi päätellä kenelle



vastaajalle kuului mikäkin vastaus, joten siinä anonyymius ei täysin toteutunut nimettömyydestä huolimatta. Lisäksi tutkijan kuullessa työyhteisöön ja tuntiessa muut kehittämistyöhön osallistuneet on vaikea täysin pois sulkea tunnistettavuutta. Henkilökohtaisista kuntoutumissuunnitelmalomakkeista poistettiin kuntoutujien henkilötiedot anonyymiteetin säilymisen ja potilasasiakirjojen salassapitovelvollisuuden vuoksi. Eettisyyttä lisää kehittämistyössä se, että kehittämistä ei toteuta vain tutkija omien näkemystensä mukaan vaan moniammatillinen työryhmä. Kehittämisessä on pyritty lisäksi huomioimaan työyhteisön ja kuntoutujien mielipiteitä.

## **6 ENSIMMÄINEN KEHITTÄMISSYKLI - GAS-MENETELMÄN KÄYTTÖÖNOTON VALMISTELU**

GAS-työryhmä kokoontui ensimmäisen kerran 7.10.2008. Kokouksen aikana määriteltiin tavoitteet työryhmän toiminnalle ja luotiin alustava kehittämissuunnitelma, jossa hahmoteltiin tarvittavat osatehtävien mukaiset toiminnot, joita esitellään seuraavassa kappaleessa tarkemmin.

### **6.1 Tavoitteet, kehittämistyömenetelmät ja aineisto**

Ensimmäisen kehittämissyklin tavoitteena oli GAS- menetelmän käyttöönotto tammikuussa 2009 alkavalla ensimmäisellä kurssimuotoisella laituskuntoutusjaksolla. Osatehtäviksi muodostuivat seuraavien toimintojen kehittäminen; työväline kuntoutujien henkilökohtaisten tavoitteiden asettamiseen ja tavoitteiden toteutumisen arviointiin käyttämällä GAS:ä, toimintamallit moniammatilliselle työryhmälle kuntoutujien tavoitteiden asettamisen ohjaamiseen ja tavoitteiden toteutumisen arvioinnin ohjaamiseen.

*Taulukko 4: Kooste ensimmäisen kehittämissyklin tavoitteesta, metodologiasta ja tuloksista.*

<b>Tavoite</b>	Gas-menetelmän käyttöönotto kurssimuotoisessa kuntoutuksessa 01/09		
<b>Osatehtävät</b>	1.kehittää työväline kuntoutujien henkilökohtaisten tavoitteiden asettamiseen ja toteutumisen arviointiin	2. kehittää toimintamalli tavoitteiden asettamisen ohjaamiseen	3. kehittää toimintamalli tavoitteiden toteutumisen arvioinnin ohjaamiseen
<b>Kehittämistyömenetelmät</b>	-työkonferenssi -kirjallisuuskatsaus		
<b>Aineistot</b>	-tieteelliset artikkelit -Kelan laitospuotoisen kuntoutuksen standardi versio 15/2008 -Maskun neurologisen kuntoutuskeskuksen laatukäsikirja -Kurssimuotoisen kuntoutuksen ohjelmapohjat -sähköpostiviestit -tutkimuspäiväkirja -GAS-työryhmän kokouspöytäkirjat		
<b>Tulokset</b>	-Henkilökohtainen kuntoutumissuunnitelma-lomake	- Ryhmämuotoinen tavoitekeskustelu = tavoitteen asettelun ohjaamisen toimintamalli (pp-esitys ja työohje)	-Ryhmämuotoinen lähtökeskustelu = tavoitteiden toteutumisen arvioinnin ohjaamisen toimintamalli (pp-esitys ja työohje)

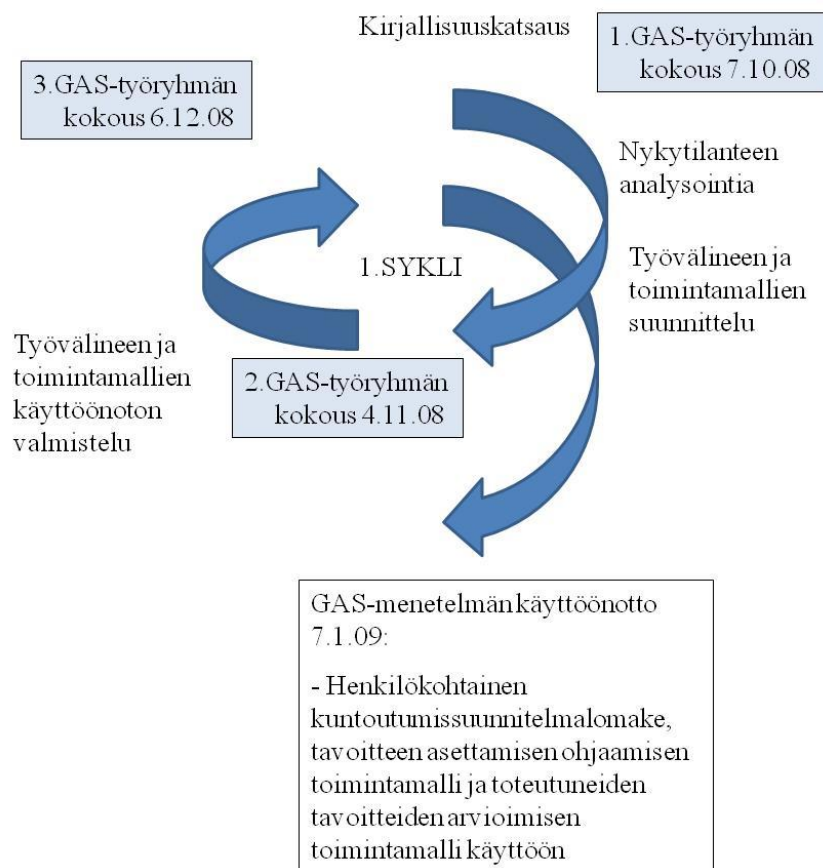
Ensimmäisessä kehittämissyklissä kehittämistä toteutettiin kirjallisuuskatsauksella ja työkonferenssin muodossa. Kirjallisuuskatsauksessa perehdyttiin tieteellisiin kansainvälisiin artikkeleihin GAS-menetelmän käytöstä kuntoutuksessa sekä kirjallisuuden ja tieteellisten artikkeleiden avulla kuntoutuksen ja tavoitteen asettamisen viitekehukseen. Lisäksi perehdyttiin olemassa oleviin dokumentteihin, jotka koostuivat Maskun neurologisen kuntoutuskeskuksen laatustandardien mukaisista työ- ja toimintaohjeista, kurssimuotoisen kuntoutuksen ohjelmapohjista sekä Kelan laitospuotoisen kuntoutuksen standardista 15/2008.

Työkonferenssia käytettiin GAS-työryhmän kokouksissa kehittävänä menetelmänä. Kirjallisuuskatsauksella luotu viitekehys, henkilökunnan asiantuntemus ja kokemus

sekä olemassa olevat toimintamallit toimivat pohjana GAS-menetelmän käyttöönoton ja sen vaatimien toimenpiteiden suunnittelussa, organisoinnissa ja käyttöönotossa. Ensimmäisessä kehittämissyklissä GAS-työryhmän kokouksia toteutettiin kolme (7.10.08, 4.11.08 ja 16.12.08). Henkilökunnan asiantuntemus ja kokemusperäinen osaaminen saatiin esiin työkonferensseissa dialogia hyödyntäen. Sähköpostia käytettiin myös keskustelukanavana GAS-työryhmän kokousten välissä.

## 6.2 Kehittämissyklin toteutuminen ja tulokset

Ensimmäinen kehittämissykli (kuvio 2) toteutui syksyn 2008 aikana suunnitelman mukaisesti.



*Kuvio 2: Ensimmäisen kehittämissyklin toteutuminen.*

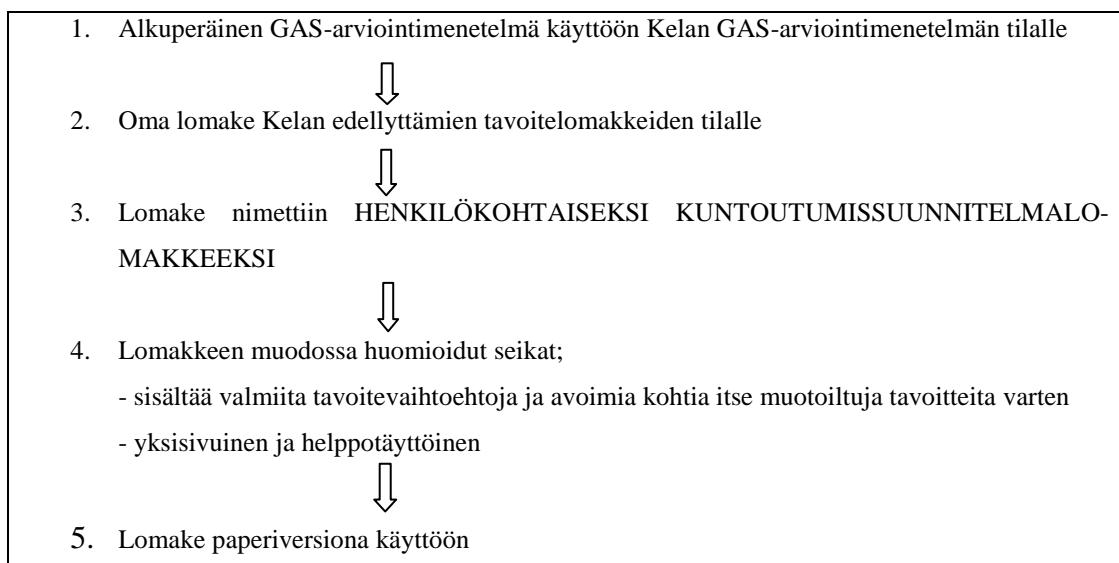
Tavoitteenmukaisesti kehittämissyklissä luotiin GAS-menetelmän käyttöönoton mahdollistumiseksi tammikuussa 2009 seuraavat toiminnot; työväline kuntoutujien

henkilökohtaisten tavoitteiden asettamiseen ja toteutumisen arviointiin GAS-arviointimenetelmää käyttäen sekä toimintamallit kuntoutujien tavoitteen asettamisen ohjaamiseen ja tavoitteiden toteutumisen arviointiin. Seuraavassa selvitetään tarkemmin edellä mainittujen tulosten syntyyn vaikuttaneita seikkoja.

### 6.2.1 Työvälineenä henkilökohtainen kuntoutumissuunnitelmalomake

Kuntoutujien henkilökohtaisten tavoitteiden asettamisen ja toteutumisen arvioinnin työvälineeksi luotiin henkilökohtainen kuntoutumissuunnitelmalomake (LIITE 3), jonka luomiseen vaikuttaneita seikkoja on esitetty seuraavassa taulukossa (taulukko 5).

*Taulukko 5: Henkilökohtaisen kuntoutumissuunnitelmalomakkeen luomisen vaiheita.*



Kelan standardissa edellytettiin ottamaan käyttöön heidän valmiiksi laatima tavoitelomake, johon oli sisällytetty GAS-arviointimenetelmä tavoitteiden toteutumisen arviointiin. Kirjallisuuteen perehtyminen osoitti kuitenkin, että Kelan käyttämä GAS-arviointimenetelmä oli erilainen kuin alkuperäinen Kiresuk ja Shermanin (1968) luoma ja tieteellisissä artikkeleissa monien tutkimuksien kohteena ollut GAS-menetelmä. Kelan edellyttämän GAS-arviointimenetelmän käyttöön pyydettiin perustelua Kelalta, mutta perusteet osoittautuivat heikoiksi. Tieteellistä näyttöä ei lisäksi löytynyt ja Kelalta saadun luvan myötä päätettiin ottaa käyttöön alkuperäinen GAS-menetelmä. Alkuperäisen menetelmän valinnan perusteina olivat

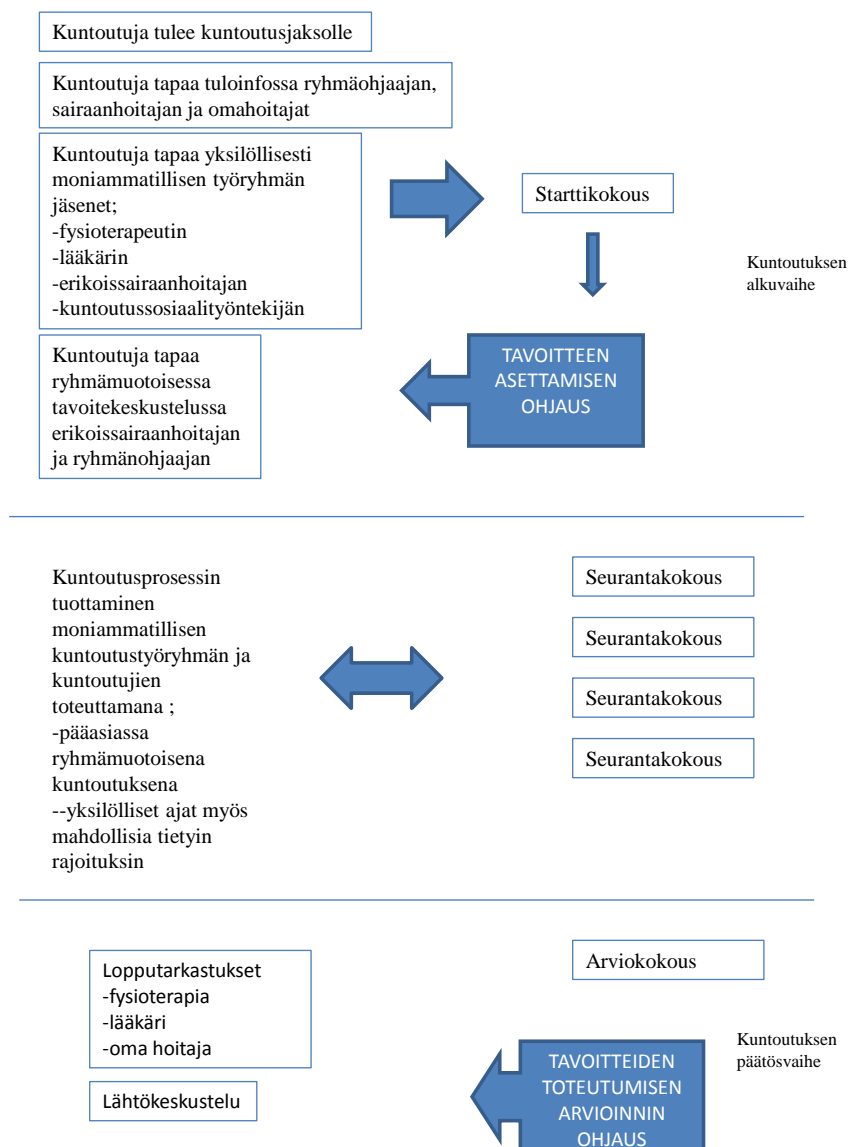
tieteellisten tutkimusten osoittama käyttökelpoisuus reliabiliteetin ja validiteetin suhteen kuntoutusinterventioiden tulosten arvioinnissa. Lisäksi se on osoittautunut riittävän herkäksi mittariksi osoittamaan kuntoutuksen tuloksellisuutta. Alkuperäisen GAS- menetelmän käyttö mahdollistaa jatkossa tieteellisten tutkimusten tekemisen, vertailukelpoisuuden ja kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnin ja vaikuttavuuden osoittamisen. Nämä mahdollisuudet puuttuvat Kelan edellyttämästä GAS-arviointimenetelmästä. Näiden seikkojen vuoksi Kelan edellyttämän tavoitelomakkeen käyttö ei ollut mahdollista, joten päädyttiin luomaan täysin oma lomake (LIITE 3) Maskun neurologisen kuntoutuskeskuksen käyttöön, joka nimettiin henkilökohtaiseksi kuntoutumissuunnitelmalomakkeeksi.

Lomakkeen muodon ja sisällön suunnittelussa pyrittiin ottamaan huomioon Kelan standardin edellyttämien kurssimuotoisen kuntoutuksen tavoitteita, joita palveluntuottajina pitää noudattaa. Lisäksi pyrittiin ottamaan huomioon kuntoutujalähtöisyys kuntoutuksessa ja alkuperäisen GAS-menetelmän mukaisuus henkilökohtaisten tavoitteiden asettamisessa ja arvioinnissa. Näiden seikkojen huomioimiseksi päätettiin kehittää lomake, joka sisältää sekä avoimia kohtia henkilökohtaisten tavoitteiden kirjaamiseen itse muotoillen että valmiiksi kirjattuja tavoitevaihtoehtoja, jotka mukailevat Kelan standardin edellyttämiä kurssimuotoisen kuntoutuksen tavoitteita. Valmiiksi kirjattujen tavoitevaihtoehtojen yhteyteen lisättiin avointa tilaa tavoitteiden täsmentämiseksi, jotta ne sisältäisivät mahdollisimman spesifiä tietoa. Valmiiksi kirjattujen tavoitteiden ajateltiin myös helpottavan ja ohjaavan kuntoutujia tavoitteiden asettamisessa sekä ohjaavan asettamaan tavoitteita, jotka ovat mahdollisia toteutua ajallisesti ja kurssimuotoisen kuntoutuksen resurssit huomioiden. Tavoitteiden toteutumista arvioidaan GAS-menetelmän mukaisesti GAS-asteikolla, joten se sisällytettiin kehitettyyn lomakkeeseen arviointivaihetta varten.

Lomakkeen suunnittelun yhtenä kriteerinä pidettiin myös, että lomakkeen tulisi palvella työvälineenä sekä kuntoutujia että moniammatillista työryhmää. Kuntoutujien kohdalla lomakkeen tulisi ohjata kuntoutujia aktiiviseen osallistumiseen omassa kuntoutumisprosessissaan asettamiensa tavoitteiden toteuttajana. Moniammatillisen työryhmän kohdalla lomakkeen tulisi ohjata

moniammatillisen kuntoutuksen suunnittelua ja toteuttamista kuntoutujien asettamien tavoitteiden mukaisesti. Sähköisessä muodossa oleva lomake palvelisi parhaiten moniammatillista kuntoutusta, mutta sen toteuttaminen katsottiin tässä vaiheessa mahdottomaksi.

### 6.2.2 Tavoitteiden asettamisen ohjaamisen –toimintamalli



*Kuvio 3: Tavoitteen asettamisen ja tavoitteiden toteutumisen arvioinnin ohjaamisen -toimintamallit kurssimuotoisen kuntoutuksen kuntoutusprosessissa.*

Kuntoutujien tavoitteiden asettamisen ohjaaminen päätettiin toteuttaa kurssimuotoisen kuntoutuksen olemassa olevia toimintamalleja hyödyntäen. Kurssien valmiissa ohjelmapohjassa mahdollisia tavoitteiden asettamisen ohjaamisen tilanteita olivat kurssin alkuvaiheessa ryhmämuotoinen tavoitekeskustelu ja yksilölliset alkutapaamiset moniammatillisen työryhmän jäsenten kanssa. Alkuvaiheessa toteutuu myös moniammatillisen työryhmän starttikokous, joka on tilaisuus, jossa kuntoutujien tavoitteet käydään läpi ja luodaan kurssin aikainen suunnitelma. Starttikokoukseen ei osallistu kuntoutuja. Kelan standardi ei tällä hetkellä edellytä kuntoutujan osallistumista starttikokoukseen, joten se mahdollisuus suljettiin pois. Tavoitteiden asettelun ohjaaminen päätettiin toteuttaa ryhmämuotoisesti tavoitekeskustelutilaisuudessa (Kuvio 3), joka toteutetaan kurssin alkuvaiheessa kolmantena päivänä. Tavoitekeskustelutilaisuudessa kuntoutujien tavoitteiden asettelua ohjaavat ryhmänohjaaja ja kuntoutustyöryhmän/tiimin erikoissairaanhoitaja.

Kuntoutujien tavoitteiden asettamisen ohjaamiseksi luotiin suullisen ohjauksen tueksi Power Point-diaesitys. Kuntoutusprosessin toteuttamista ohjaamaan luotiin väliaikaisesti työohje, joka sisälsi informaation toimintamalleista ja lomakkeen kulusta kuntoutusprosessin toteuttamisen ketjussa.

### 6.2.3 Tavoitteiden toteutumisen arvioinnin ohjaamisen –toimintamalli

Kuntoutujien tavoitteiden toteutumisen arvioinnin ohjaaminen päätettiin toteuttaa myös kurssimuotoisen kuntoutuksen olemassa olevia toimintamalleja hyödyntäen. Kurssien valmiissa ohjelmapohjassa mahdollisia tavoitteiden toteutumisen arvioinnin ohjaamisen tilanteita olivat lopputarkastukset, joissa arvioidaan esim. fysioterapiassa asetettujen tavoitteiden toteutumista sekä kurssin viimeisenä päivänä toteutettava lähtökeskustelu. Lähtökeskustelun (Kuvio 3) todettiin sopivan tavoitteiden toteutumisen arvioinnin tilaisuudeksi mainiosti. Lähtökeskustelu on tavoitekeskustelutilaisuuden tavoin ryhmämuotoinen kurssimuotoisen kuntoutuksen ideologiaa toteuttaen ja sen tilaisuuden toteuttajina ovat myös ryhmänohjaaja ja tiimin erikoissairaanhoitaja, joten samat henkilöt sekä ohjaavat tavoitteiden asettamisessa että arvioinnissa.

Kuntoutujien tavoitteiden toteutumisen arviointia päätettiin ohjata suullisesti kertomalla GAS-asteikon ja menetelmän idea arvioinnissa. Lisäksi ohjaamisen tukemiseksi luotiin Power Point -diaesitys. Myös henkilökohtaiseen kuntoutumissuunnitelmalomakkeeseen (LIITE 3) oli sisällytetty ohjeistusta GAS-asteikon sisältämien (-2) - (+2) lukujen merkityksen tulkittamiseksi.

## 7 TOINEN KEHITTÄMISSYKLI - GAS-MENETELMÄN KÄYTTÖÖNOTTO JA KEHITTÄMINEN

### 7.1 Tavoitteet, kehittämistyömenetelmät ja aineisto

Toisen kehittämissyklin tavoitteena oli ottaa käyttöön GAS-menetelmä kurssimuotoisessa kuntoutuksessa eli ensimmäisessä kehittämissyklissä sen käyttöön ottamiseksi kehitetyt henkilökohtainen kuntoutumissuunnitelmalomake (LIITE 3) ja toimintamallit tavoitteiden asettamisen ja tavoitteiden toteutumisen arvioinnin ohjaamisessa (kuviot 3). Osatehtävinä olivat selvittää lomakkeen ja toimintamallien toimivuutta, osallistaa henkilökunta kehittämiseen mukaan ja hahmottaa toimintamallia lomakkeen hyödyntämiseksi moniammatillisessa kuntoutuksessa. Näiden osatehtävien toteuttamisella pyrittiin selvittämään jatkokehittelyn tarpeita ja suuntia.

*Taulukko 6: Kooste toisen kehittämissyklin tavoitteesta ja metodologiasta.*

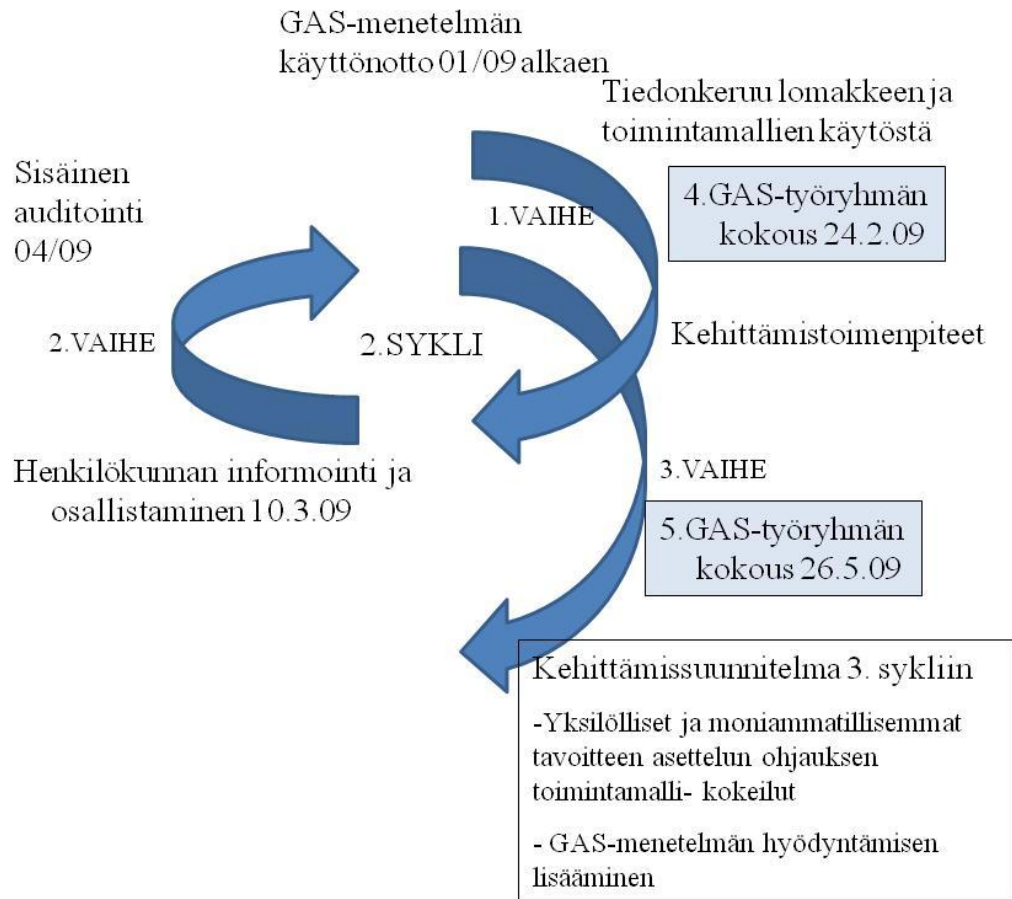
<b>Tavoite</b>	Ottaa käyttöön ensimmäisessä kehittämissyklissä luodut työväline ja toimintamallit ja arvioida niiden toimivuutta.		
<b>Osatehtävät</b>  (jatkuu)	1. Selvittää ensimmäisessä kehittämissyklissä kehitettyjen työvälineen ja toimintamallien toimivuus	2. Osallistaa henkilökunta kehittämiseen ja luoda toimintamalli lomakkeen hyödyntämiseksi	3. Suunnitella jatkokehittely  (jatkuu)



<b>Kehittämistyö menetelmät</b>	-kyselytutkimus (n=20) -havainnointitutkimus -henkilökohtaisten kuntoutumissuunnitelmal omakkeiden tilastollinen analysointi	-henkilökunnan tiedotustilaisuus -sisäinen auditointi -työkonferenssi	-työkonferenssi
<b>Aineistot</b>	-kyselyt kuntoutujille (n=20) -kuntoutujien täyttämät henkilökohtaiset kuntoutumissuunnitelmal omakkeet -tutkimuspäiväkirja -sähköpostiviestit	-kysely henkilökunnalle (n=48) -auditointi raportit -työkonferenssipöytäkirjat	-työkonferenssipöytäkirjat
<b>Tulokset</b>			Uusi lomake (LIITE 7) Toimintamallikokeilut

## 7.2 Toisen kehittämissyklin toteutuminen

Toinen kehittämissykli (kuvio 4) toteutettiin kevään 2009 aikana. Kehittämissykli jaetaan raportoinnin selkeyttämisen takia ajallisesti kolmeen eri vaiheeseen osatehtävien mukaan, vaikka toimenpiteitä on toteutettu myös osittain päällekkäin.



*Kuvio 4: Toisen kehittämissyklin vaiheet.*

Ensimmäisessä vaiheessa otettiin käyttöön GAS-menetelmän käytön mahdollistavat henkilökohtainen kuntoutumissuunnitelmalomake ja toimintamallit, jotka oli kehitetty ensimmäisessä kehittämissyklissä. Henkilökohtaisen kuntoutumissuunnitelmalomakkeen ja toimintamallien toimivuudesta kerättiin tietoa osallistuvalla havainnoinnilla ja kyselytutkimuksella, joita selvitettiin tarkemmin kappaleessa 5.4. Tiedon keruu toteutettiin vuoden 2009 kahdella ensimmäisellä MS-kuntoutuskurssilla, jotka toteutuivat Maskun neurologisessa kuntoutuskeskuksessa 7.1. - 23.1.09 ja 28.1. - 13.2.09 välisinä aikoina. Molemmille kursseille osallistui 10 MS-tautia sairastavaa kuntoutujaa. Kurssista vastanneen moniammatillisen kuntoutustyöryhmän muodostivat molemmissa kursseissa ryhmäohjaajana toiminut psykologi, tiimin erikoissairaanhoitaja, kolme fysioterapeuttia, kuntoutussosiaalityöntekijä ja neurologi. Kuntoutustyöryhmä oli eri molemmilla kursseilla. Lisäksi tärkeäksi aineistoksi osoittautuivat kuntoutujien täyttämät henkilökohtaiset kuntoutumissuunnitelmalomakkeet. Tietoa kerättiin myös suullisesti

kurssien ryhmäohjaajilta ja tiimin erikoissairaanhoidajilta sekä tavoitte- että lähtökeskustelutilaisuuksien lopussa. Työkonferenssin avulla GAS-työryhmän kokouksessa 24.2.09 reflektointiin lomakkeen ja toimintamallien toimivuutta. Reflektoinnin tukena käytettiin aineistosta tehtyä SWOT-analyysia.

Toisessa vaiheessa osallistettiin henkilökunta mukaan kehittämiseen ja hahmotettiin ja pyrittiin kehittämään lomakkeen ja menetelmän hyödyntämistä moniammatillisessa kuntoutuksessa. Henkilökunnan osallistamiseksi kehittämiseen mukaan toteutettiin luento-keskustelutilaisuus, jossa tavoitteena oli informoida henkilökuntaa GAS-menetelmästä ja käyttöön otetusta lomakkeesta ja toimintamalleista. Tilaisuus toteutettiin 10.3.09 Maskun neurologisessa kuntoutuskeskuksessa ja tilaisuuteen osallistui 48 kuntoutuksen toteuttamiseen osallistuvaa työntekijää. Tilaisuuteen luotiin Power Point-diaesitys. Lisäksi tavoitteena oli kerätä henkilökunnan ajatuksia ja ideoita kehittämiseen liittyen. Tiedon keruu toteutettiin kyselyllä (LIITE 5). Lisäksi sisäinen auditointi, jota selvitettiin kappaleessa 5.4, toteutui huhtikuussa 2009 ja siitä kirjatut raportit toimivat aineistona kehittämistyössä.

Kolmannessa vaiheessa reflektointiin koko syklin onnistumista ja luotiin kehittämissuunnitelma kolmatta sykliä varten. Reflektointi toteutettiin ja kehittämissuunnitelma laadittiin työkonferenssin avulla GAS-työryhmän kokouksessa 26.05.09.

### 7.3 Ensimmäisen vaiheen tulokset

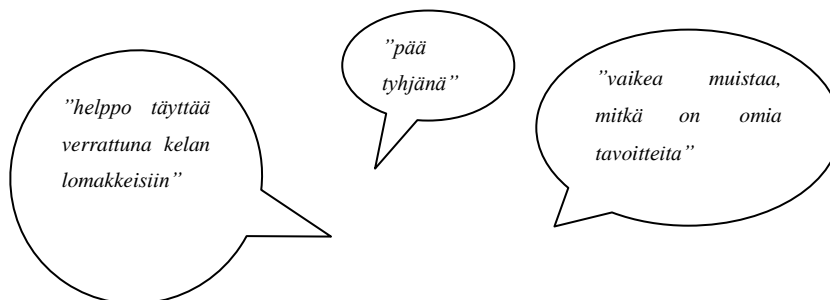
Tulokset koostuvat osallistuvan havainnoinnin, kyselytutkimuksen ja henkilökohtaisten kuntoutumissuunnitelmalomakkeiden tuloksista.

### 7.3.1 Osallistuvan havainnoinnin tulokset

Seuraavassa selvitetään osallistuvan havainnoinnin tuloksia, joka toteutettiin MS-kuntoutuskurssien tavoitekeskustelu- ja lähtökeskustelutilaisuuksissa.

#### *Tavoitekeskustelu 9.1.2009*

Tavoitekeskustelutilaisuuden alussa kuntoutujat saivat informaatiota kurssin sisältämistä asioista. Sen jälkeen kuntoutujat saivat ohjauksen suullisesti ja Power Point-esityksen avulla tavoitteiden asettamiseen ryhmänohjaajan ja erikoissairaanhoidajan ohjaamana.



*Kuvio 5: Muutamien kuntoutujien kommentteja tavoitteen asettelun aikana.*

Osallistuvan havainnoinnin tulokset:

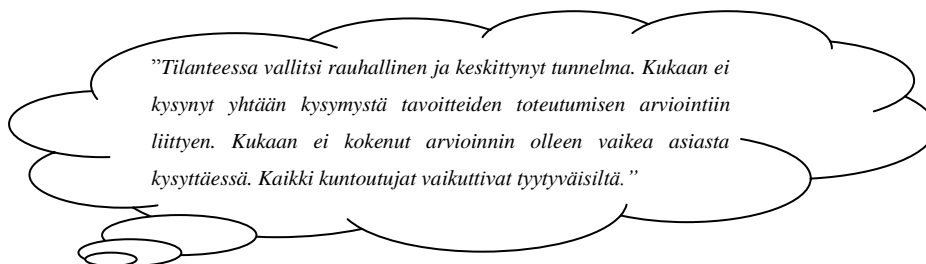
- suurin osa kuntoutujista kommentoi tavoitteiden kirjaamisen helpoksi lomakkeelle ja lomake vaikutti helpolta täyttää
- osalla kuntoutujista tavoitteiden määrittely oli vaikeaa ja osa kaipasi enemmän valmiita esimerkkejä
- ajankäyttö tavoitteiden asettamiseen vaihteli 1-10 min välillä
- osa kuntoutujista vaikutti keskittyneiltä, osa ei
- osa vaikutti motivoituneilta tavoitteiden asettamiseen, osa ei (esim. yksi kuntoutuja täytti lomaketta noin 1min ja oli rastittanut kaikki valmiit kohdat, jonka jälkeen keskittyi näppäilemään kännykkäänsä).

Välittömästi tilanteen jälkeen refleктоitiin tehtyjä havaintoja yhdessä ryhmänohjaajan ja erikoissairaanhoidajan kanssa. Johtopäätöksenä todettiin seuraavat kehitysehdotukset;

- Pyritään lisäämään kuntoutujalähtöisyyttä tavoitteen asettelussa siten, että kurssin sisältö informoidaan kuntoutujille vasta tavoitteiden asettamisen jälkeen. Näin mahdollistuu se, että tavoitteet varmasti ovat henkilökohtaisia ja kuntoutujalähtöisiä ilman, että kurssin valmis ohjelma niihin suuresti vaikuttaa. Päädyttiin kokeilemaan seuraavalla kurssilla tavoitteiden asettamista heti tavoitekeskustelun alussa.
- Motivaation parantamiseksi päädyttiin lisäämään tavoitteiden asettamisen ohjaamisessa käytettävään Power Point- diaesitykseen tavoitteiden asettamisen tärkeydestä informaatiota ryhmäohjaajien ja erikoissairaanhoidtajien suullisen ohjauksen tueksi.
- Tavoitteiden asettamisen vaikeudesta tehdyt havainnot puolsivat lisäämään ohjausta tavoitteiden asettamisen tekniikasta, jotka lisätään myös Power Point- diaesitykseen.

#### *Lähtökeskustelu 23.1.09*

Paikalla olivat kaikki samat kuntoutujat sekä henkilökunnan edustajat kuin tavoitekeskustelussakin.

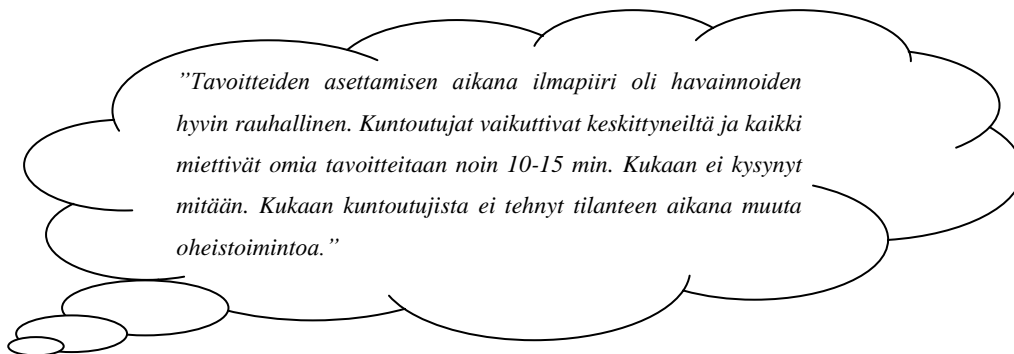


*Kuvio 6: Lähtökeskustelulla tehtyjä havaintoja.*

Havainnoinnin tulosten perusteella johtopäätöksenä oli, että tavoitteiden toteutumisen arvioinnin ohjaamisen -toimintamalli oli varsin toimiva ja tavoitelomake myös tähän tarkoitukseen toimiva. Näiltä osin kehittämissuhteita ei tullut.

### *Tavoitekeskustelu 30.1.09*

Tässä tavoitekeskustelussa toteutettiin edellisellä kurssilla tehdyt kehitysehdotusten mukaiset toimenpiteet. Kehitettyä Power Point -diaesitystä käytettiin tavoitteiden asettamisen ohjaamisen työvälineenä.



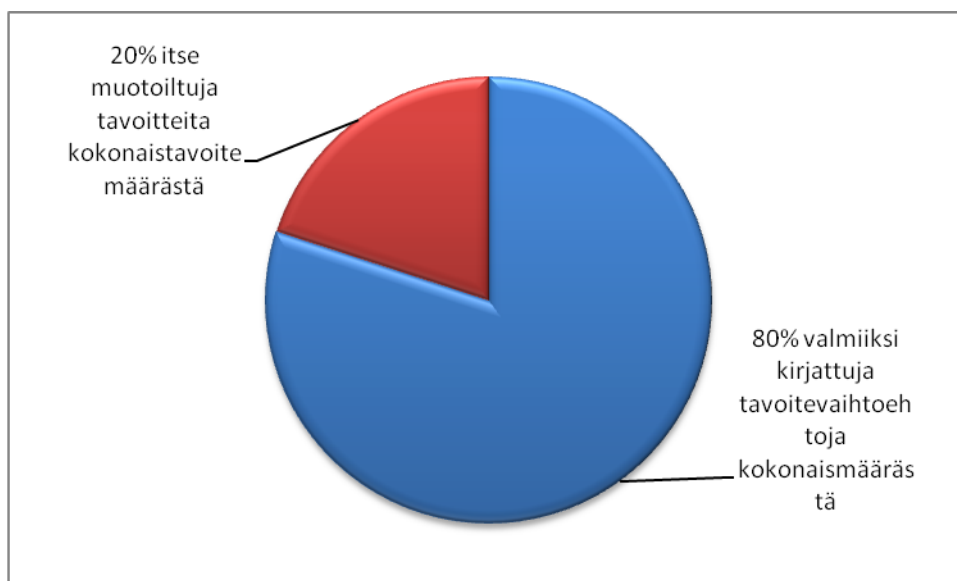
*Kuvio7: Tavoitekeskustelussa tehtyjä havaintoja.*

Ryhmänohjaaja ja erikoissairaanhoitaja kokivat tilaisuuden onnistuneeksi ja kaikkien tekemät havainnot olivat positiivisia. Omana tulkintana havainnoinnin perusteella totesin viime kerran muutosten olleen onnistuneita. Muut työntekijät eivät voineet arvioida tätä, koska he eivät osallistuneet edelliseen tavoitekeskusteluun, joten tulkinta jäi ainoastaan minun vastuulleni. Voidaan tietysti pohtia, olivatko ko. kurssin kuntoutujat yleisesti esim. motivoituneempia, mutta niiden vaikutusta on vaikea arvioida. Kehittämisideoita ei tullut esiin tämän tilaisuuden jälkeen.

### *Lähtökeskustelu 13.2.09*

Paikalla olivat kaikki samat kuntoutujat sekä henkilökunnan edustajat kuin tavoitekeskustelussakin. Lähtökeskustelu toteutettiin samalla tavalla kuin ensimmäisen kurssin kohdallakin, koska kehittämisehdotuksia ei tullut. Mitään kehittämistarpeita ei nytkään tullut havaintojen perusteella esiin.

### 7.3.2 Henkilökohtaisten kuntoutumissuunnitelmalomakkeiden tulokset

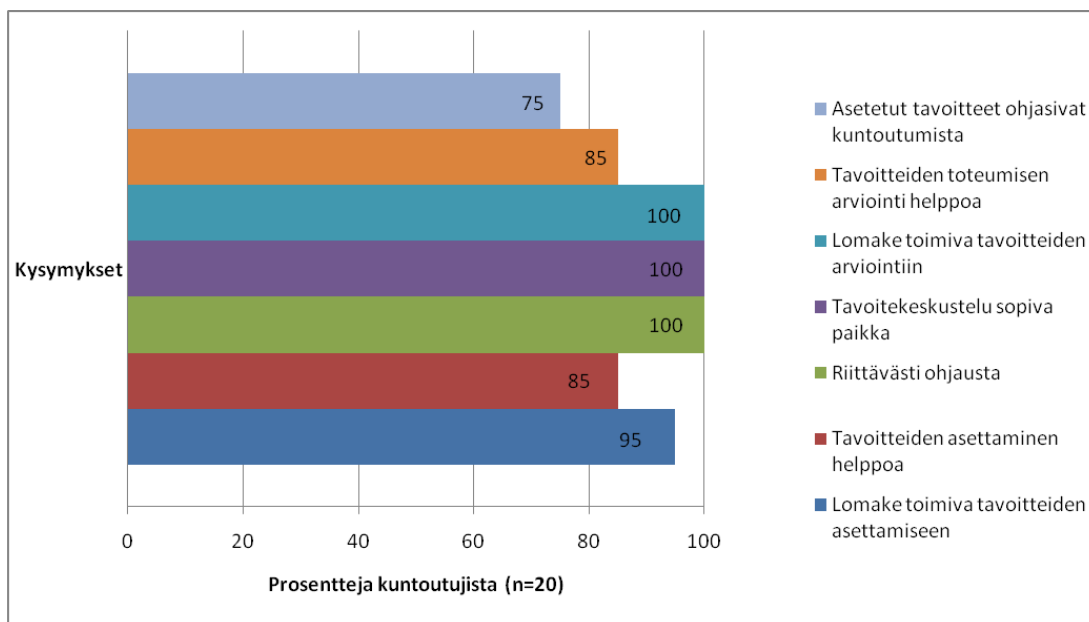


*Kuvio 8: Kuntoutujien (n=20) valitsemien tavoitteiden prosenttiosuudet kokonaistavoitemäärästä (130kpl).*

Kahdella MS-kuntoutuskurssilla kuntoutujat asettivat yhteensä 130 tavoitetta (k.a. 6,5 tavoitetta/kuntoutuja, vaihteluväli 3-10). Valmiiksi kirjattujen tavoitevaihtoehtojen määrä oli 104 tavoitetta (k.a. 5,2 tavoitetta/kuntoutuja) ja osuus kokonaistavoitemäärästä oli 80%. Valmiiksi kirjatuista tavoitevaihtoehtoista oli täsmennetty 20% (k.a. 1,1 tavoitetta/kuntoutuja). Itse muotoiltuja tavoitteita oli kirjattu 26 tavoitetta (k.a. 1,3 tavoitetta/kuntoutuja), joka oli 20 % kokonaistavoitemäärästä.

### 7.3.3 Kuntoutujille toteutetun kyselyn tulokset

Kyselyyn vastaamisprosentti oli 100% eli kaikki kahdelle MS-kuntoutuskurssille osallistuneet kuntoutujat (n=20) vastasivat kyselyyn.



Kuvio 9: Kuntoutujille toteutetun kyselyn tulokset yhteenvetona.

95% kuntoutujista koki lomakkeen toimivaksi tavoitteiden asettamiseen. Kuntoutujat perustelivat vastauksiaan mm. seuraavanlaisesti: *”monipuolinen ja perusteellinen”*, *”helppolukuinen”*, *”sisältävän riittävästi vaihtoehtoja tavoitteille”*, *”valmiit vaihtoehdot helpottivat lomakkeen täyttämistä”*, *”lomakkeesta löytyi hyvin oleellisimmat tavoitteet, joita ms-taudin kanssa kuntoutuessa voi olettaa olevan”*, *”lomake oli selkeä, oli hyvä että siinä oli valmiita vaihtoehtoja sekä tila lisäykselle/tarkennukselle”*, *”avoimet kohdat oli hyviä; omat tavoitteet sai varmasti näkyviin, jos vain tiesi mitä halusi”*. Ainoastaan yksi vastaaja koki lomakkeen *”liian avoimeksi ja kaipasi lisää valmiita vaihtoehtoja.”*

85% kuntoutujista koki omien tavoitteiden asettamisen helpoksi valmiiksi kirjattujen tavoitteiden yhteyteen. Yksi vastaaja, joka koki tavoitteen asettelun valmiiden tavoitteiden alle vaikeaksi, perusteli vastausta näin: *”ei osannut jäsentää, mikä asia kuului minkäkin alle”*. Muita vastauksia ei ollut perusteltu.

Kaikki kuntoutujat kokivat saamansa ohjauksen riittäväksi. Vastausta perusteltiin mm. seuraavasti *”lomakkeen täyttäminen käytiin hyvin yhdessä läpi”* ja *”helppo lomake”*. Kaikki kuntoutujat kokivat tavoitekeskustelun hyväksi paikaksi asettaa tavoitteet.



Kaikki kuntoutujat kokivat lomakkeen toimivaksi tavoitteiden arviointiin ja vastauksia oli perusteltu mm. näin: *"hyvä tapa arvioida, miten omat tavoitteet ja ajatukset olivat kehittyneet", "lomake oli toimiva", "skaala oli sopivan iso – 2....+2", "lomake oli helposti ymmärrettävä", "asteikko selkeä ja toimiva"*.

85% kuntoutujista koki omien tavoitteiden arvion helpoksi. Ne, jotka kokivat tavoitteiden arvion vaikeaksi kommentoivat vastauksia näin: *"en osaa perustella, mutta mieltä piti", "osittain tavoitteet toteutuneet, vaikka niitä ei ollut alussa pitänyt merkittävänä"*.

75% kuntoutujista koki tavoitteiden asettamisen ohjanneen omaa kuntoutumista. Ne, jotka eivät kokeneet tavoitteiden asettamisen ohjanneen omaa kuntoutumista perustelivat vastaustaan näin: *"seurasin ennalta laadittua päiväohjelmaa, joka oli hyvä", "menin vain ohjelman mukaan, enkä muistanut koko tavoitelappua ja mitä sinne olin kirjannut", "en varsinaisesti ollut tavoitehakuisesti liikkeellä"*.

Lisäksi kuntoutujia pyydettiin arvioimaan motivaatiota omien tavoitteiden asettamiseen ja lisääkö omien tavoitteiden asettaminen omaa kuntoutumismotivaatiota VAS-janalla. Kuntoutujat kokivat itsensä motivoituneeksi omien tavoitteiden asettamiseen VAS-janalla arvioituna k.a. 7,17. Vaihteluväli oli 3,9-10. Kuntoutujat kokivat omien tavoitteiden asettamisen lisäävän omaa kuntoutumismotivaatiota k.a. 6,71 vaihteluvälin ollessa 0,1-9,9.

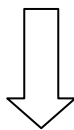
#### 7.4 Johtopäätökset ja kehittämissuunnitelma

GAS-työryhmän kokous toteutettiin ensimmäisen vaiheen päätteeksi 24.2.2009, jossa reflektointiin lomakkeen ja toimintamallien toimivuutta. Edellä esitettyjä tuloksia olin analysoinut SWOT-analyysien avulla, jotka toimivat reflektion tukena. Seuraavaksi esittelen taulukoissa 7 ja 8 SWOT-analyysit kehittämistyön osatehtävien mukaisesti ja niistä johdetut kehittämistoimenpiteet.

#### 7.4.1 Henkilökohtaisen kuntoutumissuunnitelmalomakkeen toimivuus ja kehittämistoimenpiteet

*Taulukko 7: SWOT-analyysi henkilökohtaisen kuntoutumissuunnitelmalomakkeen toimivuudesta ja siitä johdetut kehittämistoimenpiteet.*

<p><b>Vahvuudet</b></p> <p>-Kuntoutujille suunnatun kyselyn mukaan;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• lomake oli toimiva sekä tavoitteen asettelussa(90%) että arvioinnissa(100%)</li> <li>• omien tavoitteiden asettaminen helppoa valmiiksi kirjattujen tavoitteiden yhteyteen(85%)</li> <li>• -kuntoutujat pitivät lomaketta helppo täyttöisenä ja selkeänä</li> </ul> <p>-Osallistuvan havainnoinnin mukaan toimiva</p>	<p><b>Heikkoudet</b></p> <p>- Paperiversiolomakkeen tiedonkulun ongelma</p> <p>-Lomakkeen allekirjoitusajankohta oli joillekin kuntoutujille epäselvä</p> <p>-Valmiiksi kirjatut tavoitevaihtoehdot;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kuntoutujalähtöisyys?</li> <li>• ohjaako liikaa kuntoutujia?</li> <li>• helppo valita, jolloin tavoitteiden määrä nousee suureksi?</li> </ul> <p>-Henkilökohtaisissa kuntoutumissuunnitelmalomakkeissa kirjaamisen ja arvion osalta epäselvyyksiä</p>
<p><b>Mahdollisuudet</b></p> <p>-Moniammatillista kuntoutusta ohjaava työväline, joka ohjaa kuntoutuksen suunnittelua, toteutusta ja arviointia</p> <p>-Kuntoutuksen vaikuttavuuden osoittaminen</p> <p>-Sähköinen lomake lisääsi lomakkeen hyödyntämistä</p>	<p><b>Uhat</b></p> <p>-Kelan standardi edellyttää käyttämään heidän valmiita tavoitelomakkeita;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• -saatu lupa toistaiseksi käyttää omaa lomaketta, mutta miten tulevaisuudessa</li> </ul>



#### Kehittämistoimenpiteet henkilökohtaiseen kuntoutumissuunnitelmalomakkeeseen (LIITE 7)

- Lomakkeen allekirjoittamisen sekaannusten vuoksi muutettiin allekirjoittamisen ohjeistusta lomakkeella selkeämmäksi.
- Itse muotoilluille tavoitteille selkeät avoimet kohdat, jotka asetettiin ennen valmiiksi kirjattuja tavoitevaihtoehtoja, jotta korostuisi niiden tärkeys ensisijaisena tavoitteen asettelussa kuntoutujalähtöisyyden lisäämiseksi.
- Valmiit tavoitevaihtoehdot haluttiin edelleen sisällyttää lomakkeella, mutta korostetaan 1-4 tärkeimmän tavoitteen kirjaamista sekä lomakkeella että Power Point diaesitys- ja suullisessa ohjeistuksessa.
- Lomakkeen sähköistämistä suunnitellaan Elbit Test/Quest tietokoneohjelmaan, mutta

hyödynnettävyys moniammatillisen kuntoutuksen kannalta sen avulla on vielä osittain epäselvää, joten sitä selvitetään.

- Elbit Test/Quest-ohjelman avulla tullaan laskemaan GAS-kokonaispiste, jolloin mahdollistuu menetelmän ja lomakkeen hyödyntäminen kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnissa ja osoittamisessa. Tätä aletaan kehittää.

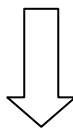
#### 7.4.2 Tavoitteiden asettamisen ja toteutumisen arvioinnin ohjaamisen - toimintamallien toimivuus ja kehittämistoimenpiteet

Taulukossa 8 on esitetty SWOT-analyysi ja kehittämistoimenpiteet tavoitteiden asettamisen ohjaamisen -toimintamallista.

*Taulukko 8: SWOT-analyysi ja kehittämistoimenpiteet tavoitteiden asettamisen ohjaamisen-toimintamallista.*

<b>Vahvuudet</b>	<b>Heikkoudet</b>
<p>- Kyselyn mukaan;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kuntoutujat (100%) kokivat saamansa ohjauksen tavoitteiden asettamisesta riittäväksi</li> <li>• kuntoutujat (100%) kokivat tavoitekeskustelun hyväksi tilanteeksi asettaa omat tavoitteet</li> </ul> <p>- Työntekijät kokivat tavoitekeskustelussa tavoitteiden ohjaamisen onnistuneen kohtalaisesti ja Power Point-esityksen toimivaksi</p> <p>- Osallistuvan havainnoinnin mukaan tavoitekeskustelu oli toimiva</p> <p>- Omin sanoin kirjatut tavoitteet sisältävät enemmän informaatiota moniammatillisen kuntoutuksen hyödyntämisen näkökulmasta, mutta niiden määrä on vähäinen</p> <p>(jatkuu)</p>	<p>-Henkilökohtaisten kuntoutumissuunnitelmalomakkeiden mukaan;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tavoitteiden määrä suuri (k.a.6,5/kunt)</li> <li>• omin sanoin kirjattuja tavoitteita vähän (20%)</li> <li>• valmiiksi kirjattuja tavoitteita paljon (80%), joita täsmennetty vähän (20%)</li> <li>• ilman tavoitteen täsmennystä tavoite sisältää vain vähän tai ei ollenkaan sellaista informaatiota, jota voitaisiin hyödyntää moniammatillisen kuntoutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa</li> </ul> <p>- Kirjattujen tavoitteiden laatu vaihteleva</p> <p>- Tavoitekeskustelu ei mahdollista moniammatillista ohjausta</p> <p>- Yksilöllinen ohjaus vaikea toteuttaa ryhmässä</p> <p>(jatkuu)</p>

	- Muiden moniammatillisen työryhmän jäsenten ja kuntoutujien yhdessä asettamat tavoitteet eivät kirjaudu lomakkeelle, jos kuntoutuja ei osaa niitä sinne itse kirjata
<b>Mahdollisuudet</b> -Lisätä ohjauksen informaatiota tavoitteiden asettamisen tekniikasta ja määrästä -Yksilöllisemmän ja moniammatillisemmän ohjauksen kokeilu	<b>Uhat</b>



<p><b>Kehittämistoimenpiteet tavoitteen asettelu ohjaamisen –toimintamalliin</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toimintamallin heikkoudet nousivat esiin tavoitteen asettamisen ohjauksen osuudesta, joka näkyi asetettujen tavoitteiden heikkona laatuna informaation vähäisyyden vuoksi ja tavoitteiden suurena määränä. Lomakkeelle tehtiin, kuten edellä mainittiin muutoksia, joiden toivotaan vaikuttavan tähän.</li> <li>• Ryhmämuotoisen tavoitekeskustelun ongelmana tavoitteen asettelu ohjauksessa oli ennakkokäsitystenkin mukaan juuri yksilöllisen ohjauksen antamisen vaikeus, joka varmasti vaikuttaa myös tavoitteiden heikkoon laatuun.</li> <li>• Tavoitteen asettelu ohjaamisen toimintamallia ei puutteista huolimatta lähdetty toistaiseksi muuttamaan oleellisesti. Päädyttiin jatkamaan ryhmämuotoisen tavoitekeskustelun toimintamallia tavoitteen asettamisen ohjaamisessa seuraavaan työkonferenssiin asti ja pyritään keräämään lisää kokemuksia.</li> </ul>
--

Tavoitteiden toteutumisen arvioinnin ohjaamisen -toimintamallista kaikki kerätyt aineistot osoittivat toimintamallin olevan toimiva ja onnistunut. Kehittämistoimenpiteitä ei tältä osin tehty.

### 7.4.3 Tavoitelomakkeen hyödyntämisen -toimintamallin toimivuus ja kehittämistoimenpiteet

Toistaiseksi tätä toimintamallia ei ollut varsinaisesti vielä kehitetty mitenkään ja palautettakaan ei tältä osin ollut juuri kerätty. Moniammatillisen kuntoutustyöryhmän seurantakokouksissa (Kuvio 3) kuntoutujien asettamat tavoitteet eivät olleet tulleet esiin millään tavalla ensimmäisen MS-kurssin aikana, mutta toisen kurssin aikana ryhmäohjaaja oli tuonut suullisesti esiin kuntoutujien tavoitteita. Muuten kuntoutujien asettamat tavoitteet eivät millään tavalla olleet näkyneet kuntoutuksen toteuttamisessa tai kokouksen keskusteluissa.

#### *Taulukko 9: Kehittämisehdotukset lomakkeen hyödyntämiseksi.*

Kehittämisehdotukset lomakkeen hyödyntämisen toimintamallin osalta

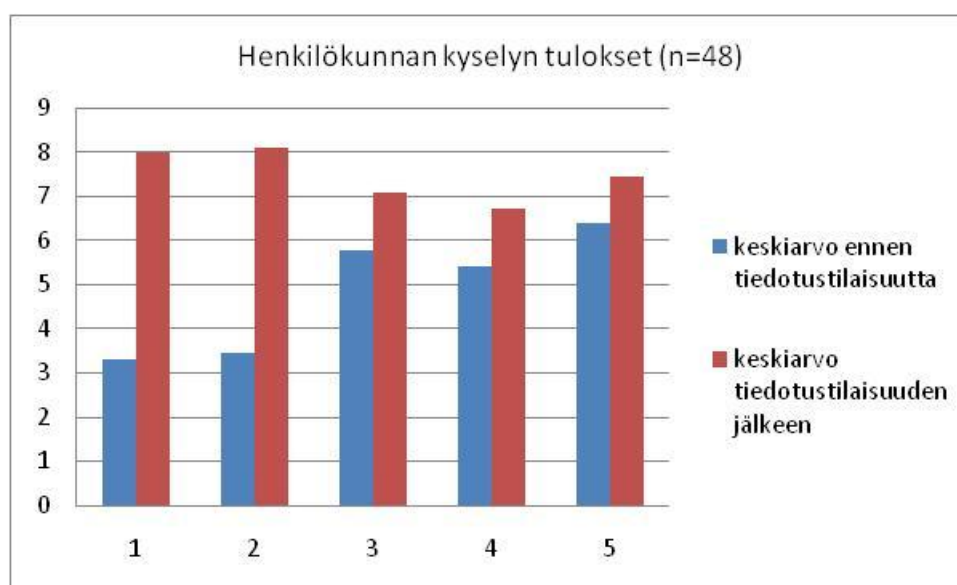
- Tehostetaan ryhmäohjaajien informointia kuntoutujien tavoitteista muulle moniammatilliselle kuntoutustyöryhmälle. Informaatio pyritään antamaan ensimmäisessä kurssin aikaisessa moniammatillisen työryhmän seurantakokouksessa, joka on kuntoutuskurssin ensimmäisellä koko viikolla.
- Informoidaan henkilökuntaa GAS-menetelmästä, sen käytöstä ja toimintamalleista sekä pyritään osallistamaan henkilökunta mukaan kehittämiseen. Tämä toteutetaan henkilökunnan tiedotustilaisuudessa luento-keskustelutyypisesti 10.3.2009.
- Informoidaan moniammatillista työryhmää mahdollisuudesta täsmentää kuntoutujan kanssa kuntoutusjakson aikana kuntoutujan asettamia tavoitteita.
- Sisäinen auditointi tulossa huhtikuussa -09, joten odotetaan myös sen raportoimia tuloksia ja ehdotuksia hyödyntämisen suhteen.

### 7.5 Toisen vaiheen tulokset

Toisen vaiheen tavoitteet selvitettiin kappaleessa 7.2 ja vaiheen aikana toteutettiin kehittämissuunnitelmien mukaisia toimenpiteitä. Toisen vaiheen tulokset esitetään seuraavissa kappaleissa.

### 7.5.1 Henkilökunnan kyselyn tulokset

Henkilökunnan kysely toteutettiin 10.3.09 henkilökunnan luento-keskustelutilaisuudessa, jonka aiheena oli GAS-menetelmän käyttö ja kehittäminen Maskun neurologisessa kuntoutuskeskuksessa sairausryhmäkohtaisilla kursseilla. Kyselyyn vastasivat kaikki tilaisuuteen osallistuneet (n=48). Seuraavassa esitetään kyselyn tulokset tiivistetysti.



1= tietämys GAS-menetelmästä VAS-janalla arvioituna

2= tietämys GAS-menetelmän käytöstä meidän kuntoutuslaitoksessamme

3= motivaatio GAS-menetelmän käyttämiseen

4=motivaatio GAS-menetelmän kehittämiseen

5=miten tärkeäksi koet GAS-menetelmän kehittämisen kuntoutuskeskuksessamme

*Kuvio 10: Henkilökunnan kyselyn tulokset yhteenvetona.*

Kyselyn tulokset osoittivat tilaisuuden varsin tarpeelliseksi ja onnistuneeksi. Henkilökunnan motivaatio oli odotettua parempi kehittämisen ja käyttämisen suhteen, joka oli kehittämistyön kannalta hyvä. Kehittämisehdotuksia tuli vähän avoimiin kysymyksiin, sillä vain neljä työntekijää oli kirjannut niitä. Lisäksi tilaisuuden aikana tuli esiin muutamia ehdotuksia, joista osa on poimittu seuraavaan taulukkoon. Kaiken kaikkiaan ongelmaksi koettiin lomakkeen hyödyntämättömyys.

*Taulukko 10: Henkilökunnan esittämät kehittämissuositukset.*

- lomakkeen täyttäminen mahdolliseksi starttikokouksessa
- sähköinen lomake
- fysioterapeutit toivoivat mahdollisuutta kirjata kuntoutujan kanssa asettamat tavoitteet henkilökohtaiselle kuntoutumissuunnitelmalomakkeelle
- kuntoutujien tavoitteiden mukaisten lisäaikojen varaamista täytyy varmistaa
- tavoitteet esiin kuntoutujan sähköisiin potilasasiakirjoihin
- tavoitteiden tulisi olla enemmän informatiivisia

### 7.5.2 Sisäisen auditoinnin tulokset

Sisäinen auditointi toteutettiin 04/09, joka koski kehittämisen kohteena olevaa kurssimuotoista kuntoutusta. Auditointiin osallistuivat kaikki yksiköt, jotka tuottavat kurssimuotoista kuntoutusta. Auditointiraporttien mukaan henkilökohtaisen kuntoutumissuunnitelmalomakkeen hyödyntäminen oli todettu useissa auditoinnin osa-alueissa puutteelliseksi ja useamman yksikön taholta.

*Taulukko 11: Sisäisen auditoinnin esittämät kehittämissuositukset.*

- lomakkeen hyödyntämistä tulee tehostaa seuranta- ja arviokokouksissa
- työntekijöiden tietämystä kuntoutujan tavoitteista tulee tehostaa
- uusi henkilökunnan informointitilaisuus, kun toimintamallit vakiintuvat
- työ- ja toimintaohjeet GAS-menetelmän käytöstä ja hyödyntämisestä

### 7.6 Kolmannen vaiheen tulokset

GAS-työryhmä kokoontui 26.5.2009 ja työkonferenssia käyttäen reflektoidiin koko toisen kehittämissyklin aikana tapahtuneita kehittämistoimenpiteitä ja suunniteltiin kehittämistoimenpiteet jatkoon kannalta. Kokonaisuudessaan todettiin suurimmaksi ongelmaksi lomakkeen ja GAS-menetelmän vähäinen hyödyntäminen. Lisäksi

tavoitteiden heikko laatu ja suuri määrä olivat edelleen ongelmana. 24.2.09 tehdyt muutokset eivät olleet vaikuttaneet juurikaan. Todettiin myös kuntoutujien asettamien tavoitteiden sisältäneen niin vähän merkityksellistä tietoa moniammatillisen kuntoutuksen toteuttamisen suhteen, joten niitä ei ole ollut tarvetta raportoida seurantakokouksissa. Lisäksi suuri tavoitteiden määrä estää niiden kirjaamisen esim. sähköisiin potilasasiakirjoihin muiden luettavaksi. Siinä tapauksessa, kun tavoitteet on ollut tarpeen informoida, niin on tehty ryhmänohjaajien toimesta seurantakokouksessa. Kukaan muu moniammatillisen työryhmän jäsen ei ole käyttänyt kuntoutujan kanssa lomakkeita ja täsmentänyt tavoitteita. Kelalta oli tullut myös lisäselvitystä GAS-mittarin käyttöön, joita pyrittiin myös huomioimaan. Seuraavassa taulukossa (taulukko 12) esitetään tiivistetysti kehittämissuunnitelma.

*Taulukko 12: GAS-työryhmän kokouksen laatima kehittämissuunnitelma kolmanteen kehittämissykliin.*

1. Toimintamallikokeilut; yksilöllisempi ja moniammatillisempi tavoitteen asettelun ohjaaminen
  - fysioterapeutit ohjaavat tavoitteen asettelua yksilöllisesti ryhmämuotoisen tavoitteen asettelun ohjaamisen lisäksi
  - moniammatillinen tavoitteen asettelun ohjaaminen yksilöllisissä alkutarkastuksissa ryhmämuotoisen tavoitteen asettelun ohjaamisen lisäksi
2. Jatketaan Kelan kanssa neuvotteluja alkuperäisen GAS-menetelmän käytön mahdollisuudesta
3. Lisätään henkilökohtainen kuntoutumissuunnitelmalomake kuntoutusselosteen liitteeksi (Kelan standardin edellytys)
4. Lisätään menetelmän hyödyntämistä
  - lasketaan GAS-kokonaispiste (T- score) ja osoitetaan kuntoutuksen vaikuttavuus eli lisätään lomakkeelle kohta GAS-kokonaispisteelle (LIITE 8) ja laaditaan työohje ryhmäohjaajille
  - Elbit test/quest tietokoneohjelman hyödyntäminen selvitetään
  - kokeillaan starttikokouksen ja tavoitekeskustelutilaisuuden paikan vaihtamista
5. Tavoitteen asettelun ohjauksessa pyritään korostamaan 1-4 tavoitteen asettamista ja tavoitteiden laadun parantamista.
6. Tehostetaan tavoitteiden informointia muulle moniammatilliselle työryhmälle.



## 8 KOLMAS KEHITTÄMISSYKLI - GAS-MENETELMÄN KEHITTÄMINEN JA VAKIINNUTTAMINEN

### 8.1 Tavoitteet, kehittämistyömenetelmät ja aineisto

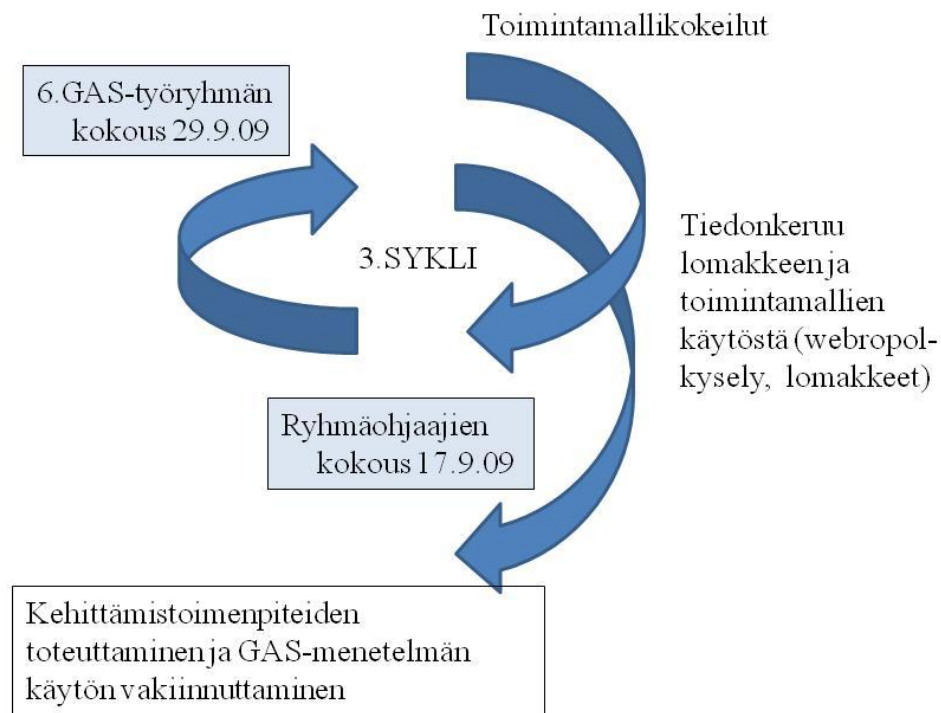
Kolmannen kehittämissyklin tavoitteena oli selvittää moniammatillisemman ja yksilöllisemmän tavoitteen asettelun ohjaamisen toimintamallien hyödyntämistä. Lisäksi tavoitteena oli lisätä koko GAS-menetelmän hyödyntämistä moniammatillisessa kuntoutuksessa ja kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnissa ja osoittamisessa. Lopuksi tavoitteena on vakiinnuttaa GAS-menetelmän käyttö kurssimuotoisessa kuntoutuksessa.

*Taulukko 13: Kooste kolmannen kehittämissyklin tavoitteesta ja metodologiasta.*

<b>Tavoite</b>	Selvittää moniammatillisemman ja yksilöllisemmän tavoitteen asettelun ohjauksen toimintamallien hyödyntämistä kurssimuotoisessa kuntoutuksessa.		
<b>Osatehtävät</b>	1.Selvittää yksilöllisen moniammatillisen tavoitteen asettelun ohjauksen hyödynnettävyyttä kahden eri kokeilun muodossa.	2.Kehittää GAS-menetelmän hyödyntämistä moniammatillisessa kuntoutuksessa	3.Vakiinnuttaa GAS-menetelmän käyttö -lomake -toimintamallit
<b>Kehittämistyömenetelmät</b>	-toimintamallikokeilut -WEBROPOL-kyselytutkimus (n=7) -suullinen palautteen keruu	-toimintamallikokeilut -WEBROPOL-kyselytutkimus (n=7)	-työkonferenssi (GAS-työryhmä) -työkonferenssi (ryhmäohjaajat ja erik.sh.)
<b>Aineistot</b>	-webropol-kyselyt -henkilökohtaiset kuntoutumissuunnitelmalomakkeet -sähköpostiviestit		-työkonferenssipöytäkirjat -ryhmäohjaajien kokouspöytäkirja
<b>Tulokset</b>	-työ- ja toimintaohjeet toimintamallista -henkilökohtainen kuntoutumissuunnitelmalomake		

## 8.2 Kolmannen kehittämissyklin toteutuminen

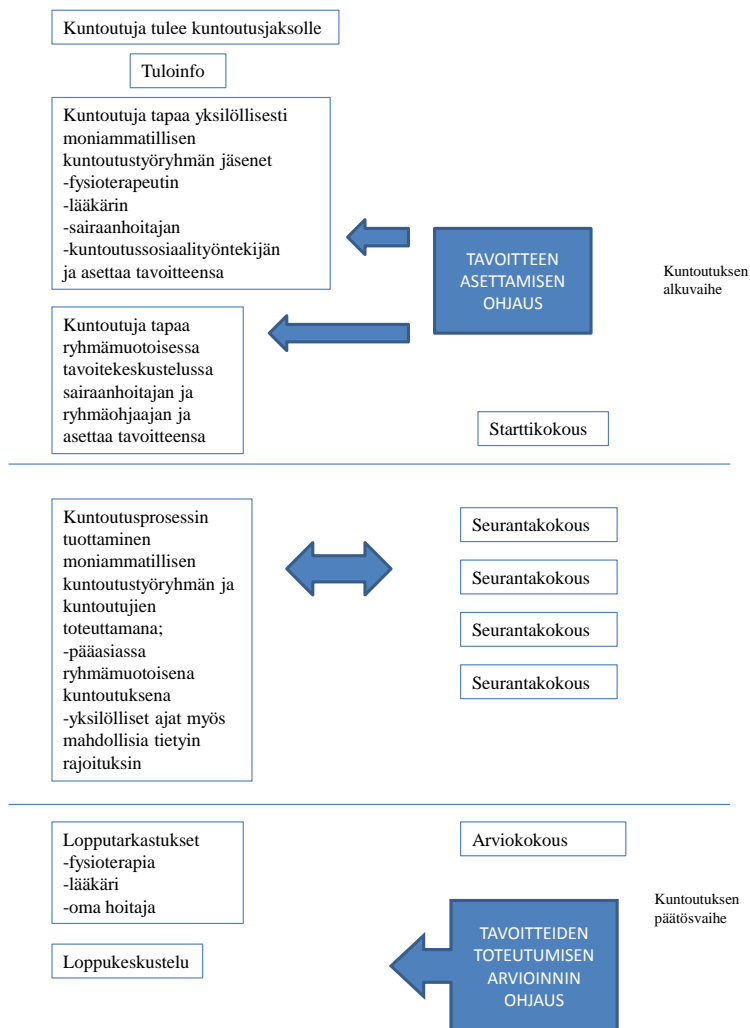
Kolmas kehittämissykli toteutettiin kesän ja syksyn 2009 aikana. Seuraavassa kuviossa (KUVIO 11) näkyvät tiivistettynä kolmannen syklin vaiheet



*Kuvio 11: Kolmannen kehittämissyklin toteutuminen.*

Kolmannessa kehittämissyklissä toteutettiin kaksi kuntoutujien tavoitteen asettelun ohjaamisen toimintamallikokeilua, joilla pyrittiin selvittämään yksilöllisemmän ja moniammatillisemmän tavoitteen asettelun ohjaamisen käytön mahdollisuutta ja GAS-menetelmän hyödyntämistä moniammatillisessa kuntoutusprosessissa.

Ensimmäisessä toimintamallikokeilussa fysioterapeutit ohjasivat kuntoutujaa kirjaamaan fysioterapiassa kuntoutujan kanssa sovitut tavoitteet henkilökohtaiseen kuntoutumissuunnitelmalomakkeeseen fysioterapeutin alkututkimuksen yhteydessä. Muuten toimintamalli oli vastaava kuin toisessa syklissä käytössä ollut (kuvio 3). Tämä kokeilu jatkui koko syklin ajan. Aineistoa kerättiin analysoimalla täytettyjä henkilökohtaisia kuntoutumissuunnitelmalomakkeita, keräämällä suullisesti palautetta kokeiluun osallistuneilta fysioterapeuteilta fysioterapiayksikön viikkokokouksessa ja sähköpostin välityksellä ryhmäohjaajilta.



*Kuvio 12: Tavoitteen asettamisen ja tavoitteiden toteutumisen arvioinnin ohjaamisen -toimintamallit kurssimuotoisen kuntoutuksen kuntoutusprosessissa.*

Toisessa toimintamallikokeilussa selvitettiin moniammatillisen yksilöllisen tavoitteen asettelun ohjaamisen hyödynnettävyyttä sekä GAS-menetelmän hyödyntämisen lisäämisen mahdollisuutta. Kokeilu toteutettiin yhdellä MS-kuntoutuskurssilla (24.6.-10.7.09). Toimintamallikokeilussa (kuvio 12) moniammatillinen työryhmä ohjasi kuntoutujille tavoitteiden asettamista kuntoutuskurssin alussa 1-2 kuntoutuspäivänä yksilöllisissä alkuhaastatteluissa/tarkastuksissa. Kuntoutujia ohjattiin kirjaamaan asettamansa tavoitteet henkilökohtaiselle kuntoutumissuunnitelmalomakkeelle, joita kuntoutujat oli ohjeistettu kuljettamaan mukana. Lomakkeet oli jaettu kuntoutujille tuloinfossa, joka on ensimmäinen kuntoutusohjelma kurssilla. Moniammatilliseen työryhmään

kuuluvat erikoissairaanhoidaja, sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti ja lääkäri. Yksilöllisen ohjauksen lisäksi aiempien kurssien tapaan toteutettiin myös ryhmämuotoinen tavoitekeskustelu, jossa ohjaajina toimivat edellä mainitun erikoissairaanhoidajan lisäksi ryhmäohjaajana toimiva psykologi. Ryhmämuotoinen tavoitekeskustelu toteutettiin kaikkien alkuhaastatteluiden jälkeen poikkeuksellisesti 2. kuntoutuspäivänä. Lomakkeen hyödyntämisen lisäämiseksi toteutettiin kokeilu, jossa starttikokous, järjestettiin vasta kaikkien tavoitteen asettelutilaisuuksien jälkeen (3.päivänä). Tällä pyrittiin mahdollistamaan kuntoutujien tavoitteiden hyödyntäminen starttikokouksessa toteutettavassa kuntoutuksen suunnittelussa sekä mahdollistamaan moniammatillisen kuntoutustyöryhmän tiedonsaanti kuntoutujan asettamista tavoitteista. Tästä toimintamallikokeilusta kerättiin tietoa Webropol-kyselyllä (LIITE 5), joka kohdistettiin kokeilun toteuttaneelle moniammatilliselle kuntoutustyöryhmälle. Lisäksi tietoa kerättiin henkilökohtaisista kuntoutumissuunnitelmalomakkeista.

Työkonferenssia käytettiin menetelmänä kahdessa eri kokouksessa. Ensimmäinen kokous pidettiin 17.9.09 ja siihen osallistuivat tavoitekeskustelutilaisuuksien vetäjät eli ryhmäohjaajat (5) ja erikoissairaanhoidajat (3) sekä kehittämistyönohjaajani (pj) ja toimintamallikokeilujen tuloksista informoimassa olin minä. Kokouksessa tavoitteena oli saada kaikkien tavoitteen asettamisen ohjaamisen -toimintamallikokeiluissa mukana olleiden ryhmäohjaajien ja erikoissairaanhoidajien ääni kuuluville ja osallistaa heidät miettimään ja päättämään toimintamallista, joka tullaan vakiinnuttamaan toistaiseksi käyttöön. Tilaisuuden alussa informoitiin kokeiltujen toimintamallien käytöstä kerätyn aineiston tuloksia, jonka perusteella suoritettiin reflektoivaa keskustelua aiheesta.

Toinen kokous toteutettiin 29.9.09, jossa kokoontui perinteinen GAS-työryhmä. Kokouksen tavoitteena oli reflektoida kehittämissyöryhmien aikana toteutettuja kokeiluja ja niistä saatuja tuloksia sekä laatia kehitystoimenpiteet GAS-menetelmän vakiinnuttamiseksi 17.9.09 kokouksen laatimien ehdotusten mukaisesti.

### 8.3 Tulokset ensimmäisestä toimintamallikokeilusta

Tulokset koskevat toimintamallikokeilua, jossa fysioterapeutit ohjasivat kuntoutujia tavoitteiden asettelussa alkutarkastusten yhteydessä ryhmämuotoisen tavoitteen asettamisen ohjauksen lisäksi. Kokeilun aikana toteutui 5 kurssia. Seuraavissa kappaleissa on selvitetty ryhmäohjaajien ja fysioterapeuttien kokemukset.

Toimintamallissa ryhmäohjaajat kokivat tavoitekeskustelutilaisuuden turhaksi, sillä kuntoutujat olivat jo asettaneet useimmiten kaikki tavoitteensa. Tavoitteiden määrä oli edelleen suuri ja koettiin, että fyysiset tavoitteet korostuivat liikaa. Lisäksi arvioitiin terapeuttien näkemyksen korostuvan liikaa kirjatuissa tavoitteissa, jonka koettiin heikentävän kuntoutujalähtöisyyttä.

Fysioterapeutit kokivat epätietoisuutta, ohjataanko kuntoutujia asettamaan kaikki tavoitteensa fysioterapeutin ohjaamana vai vain fysioterapiassa esiin nousseet tavoitteet. Lisäksi koettiin ongelmaksi se, että kuntoutujat olivat ehdottomasti halunneet valita myös muita tavoitteita, vaikka oli ohjeistettu asettamaan vain fysioterapiasta esiin nousevia tärkeimpiä tavoitteita. Tavoitteiden asettamisen ohjaaminen fysioterapian yhteydessä koettiin jatkossa turhaksi, jos tavoitekeskustelutilaisuus pysyy samanlaisena. Fysioterapeutit kokivat myös fyysisten tavoitteiden korostuvan ja epäilivät sen syyksi tavoitteen asetteluun vuorovaikutustilannetta, jossa on mukana fysioterapeutti ja kuntoutuja. Tilanteen koettiin ohjaavan kuntoutujaa liikaa fyysisten tavoitteiden pariin.

Kuntoutujien täyttämää henkilökohtaisia kuntoutumissuunnitelmalomakkeita havainnoitiin myös kokeilun aikana. Näistä havainnoista esiin nousi edelleen suuri tavoitteiden määrä (vastaavat kuin toisessa kehittämissyklissä). Tarkempaa tilastollista analyysiä ei tässä kokeilussa toteutettu, koska sitä ei katsottu oleelliseksi.

## 8.4 Tulokset toisesta toimintamallikokeilusta

Tulokset koostuvat Webropol-kyselystä ja henkilökohtaisista kuntoutussuunnitelmalomakkeista tehdyistä analyyseistä, joista on kerrottu seuraavissa kappaleissa.

### 8.4.1 Webropol-kyselyn tulokset

Kyselyyn vastasivat kaikki moniammatillisen kuntoutustyöryhmän jäsenet (n=7). Kyselyn tulokset ovat myös liitteenä (LIITE 6) webropol-kyselyn yhteenvetona kuvioina.

Kaikki kyselyyn vastanneet olivat ohjanneet kuntoutujaa asettamaan tavoitteita kuntoutusjaksolle. Kaikki, jotka olivat ohjanneet kuntoutujia asettamaan tavoitteet yksilöllisesti alkuhaastattelujen yhteydessä, olivat käyttäneet henkilökohtaista kuntoutumissuunnitelmalomaketta (GAS-lomaketta) yhdessä kuntoutujan kanssa.

6/7 (85,7%) vastaajasta oli sitä mieltä, että lomake oli toimiva tavoitteiden asettamiseen. Yksi vastaajista piti lomakkeessa olevia valmiiksi kirjattuja tavoitteita mahdollisesti turhina ja liian yleisinä tavoitteina, joihin on helppo sitoutua, mutta vaikea arvioida. Tällöin tavoitteita tulee helposti asetettua liikaa ja omat keskeisimmät tavoitteet eivät nouse riittävästi esiin.

5/7 (71,4%) vastaajasta koki toimintamallin edesauttavan kuntoutujälähtöisen kuntoutuksen toteuttamista. 2/7 (28,6%) vastaajasta ei kokenut toimintamallin edesauttavan kuntoutujälähtöisen kuntoutuksen toteuttamista. Täsmennykseksi kuntoutujälähtöisen kuntoutuksen toteutumattomuuteen oli kirjattu, että yksilöllinen tavoitteen asettamisen ohjaus koettiin liian terapeuttikeskeiseksi ja tavoitteiden asettamisessa korostuu terapeuttien tarpeet eikä kuntoutujien tarpeet.

Kaikki vastaajat pitivät kokeiltua toimintamallia parempana kuntoutujien tavoitteiden asettamisen ohjaamisessa jatkossa, mutta tähän kysymykseen oli vastannut vain 5

työntekijää. Ryhmämuotoisen tavoitekeskustelun ohjaaminen koettiin erilaiseksi kuin aiemmilla kursseilla. Tilaisuutta pidettiin kokeilukurssilla melko turhana, koska tavoitteet oli jo asetettu yksilöllisissä ohjauksissa. Kurssin ohjelman läpikäyminenkin oli koettu liian myöhäiseksi tällä kurssilla.

Starttikokous toteutettiin kokeilukurssilla tuloviikon perjantaina yksilöllisen ja ryhmämuotoisen tavoitekeskustelutilaisuuden jälkeen. 4/7 (57,1 %) vastaajasta koki starttikokouksen ajoittumisen perjantaille edesauttavan henkilökohtaisen tavoitelomakkeen hyödyntämistä moniammatillisessa kuntoutuksessa. Yksi vastaajista ei kokenut sen edesauttavan hyödyntämistä ja kaksi vastaajaa (28,6 %) eivät osanneet sanoa edesauttoiko. Hyödyntämisen ongelmaksi koettiin asetettujen tavoitteiden vaikeaselkoisuus ja tavoitteiden suuri määrä ja vähäinen kokemus (yksi kurssi).

6/7 (85,7 %) vastaajasta totesi, että kuntoutujan henkilökohtaisia tavoitteita ei kirjattu starttikokouksessa sähköiseen kuntoutuja-asiakirjaan muiden työntekijöiden tiedoksi. Kirjaamatta jättämiseen katsottiin olevan seuraavia syitä;

- tavoitteiden suuri määrä
- starttikokoukseen varatun ajan riittämättömyys kaikkien tavoitteiden kirjaamiseen
- lomakkeet vaikeaselkoisesti täytettyjä
- tavoitteet pitkälti yleisten fraasien muodossa, eivätkä sisältäneet mitään erityisinformaatiota.

4/7 vastaajasta piti kokeilukurssin toimintamalla parempana starttikokouksen ajoituksen kannalta. Yksi vastaajista koki kurssin toimintamallikokeilujen edesauttaneen moniammatillista työskentelyä kurssin alkuvaiheen jälkeen kurssin toteutuksessa esim. seurantakokouksessa. 4/7 vastaajasta ei kokenut toimintamallien edesauttaneen moniammatillista työskentelyä alkuvaiheen jälkeen. 2/7 vastaajasta ei osannut sanoa.

Kyselyyn vastaajia pyydettiin lopuksi kirjaamaan kehitysehdotuksia GAS-menetelmän hyödyntämisen kehittämiseksi, joita esitellään seuraavassa taulukossa.

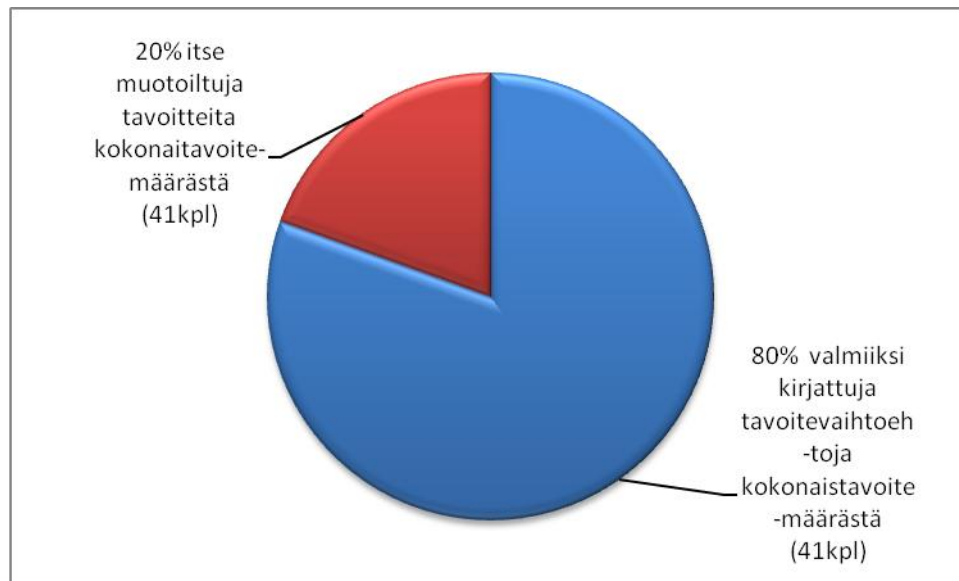
*Taulukko 14: Kehitysehdotukset Wepropol-kyselystä.*

- tavoitteiden määrä nousee suureksi valmiiden tavoitevaihtoehtojen rastittamisen helppouden vuoksi
- kokeilua kannatettiin uusittavaksi pienillä korjauksilla
- starttikokoukseen tulisi osallistua kaikki moniammatillisen työryhmän jäsenet
- ehdotettiin, että kuntoutujille lähetettäisiin jo kotiin ennen kuntoutukseen tuloa informaatiota tavoitteiden asettamisesta
- ryhmämuotoisen tavoitekeskustelun sisältöä täytyy muuttaa, jos kokeilukurssin toimintamallit jatkossa käytössä.
- starttikokous perjantaina asettaa vaatimuksia mm. tiimisairaanhoidajan työajoille
- kehotuksista/ohjaamisesta huolimatta (maks. 4 tavoitetta) kuntoutujat täyttivät suuren määrän tavoitteita

#### 8.4.2 Henkilökohtaisten kuntoutumissuunnitelmalomakkeiden tulokset

Kuntoutujat asettivat henkilökohtaiselle kuntoutumissuunnitelmalomakkeelle k.a. 4,6 tavoitetta /kuntoutuja (vaihteluväli oli 2-8). Tavoitteiden määrä oli huomattavasti pienempi kuin toisessa syklissä, jossa tavoitteita oli k.a. 6,5 tavoitetta/kuntoutuja. Valmiiksi kirjattuja tavoitteita oli käytetty 33 (k.a. 3,7/kuntoutuja), joka oli 80 % kokonaistavoitemäärästä (sama kuin toisessa syklissä). Valmiiksi kirjatuista tavoitteista oli täsmennetty 67 % (k.a. 2,4 tavoitetta/kuntoutuja), joka oli huomattavasti enemmän kuin toisessa syklissä (vertaa 20%). Itse muotoiltuja tavoitteita oli k.a. 0,9 /kuntoutuja ja se oli 20 % kokonaistavoitemäärästä, joka on sama kuin toisessa syklissä.





*Kuvio 13: Kuntoutujien (n=9) valitsemien tavoitteiden prosenttiosuudet kokonaistavoitemäärästä (41kpl).*

#### 8.4.3 Ryhmäohjaajien ja erikoissairaanhoitajien kokouksen tulokset

Kokouksen päätöksenä oli vakiinnuttaa toistaiseksi pysyvään käytäntöön toimintamalli, jossa tavoitteen asettelun ohjaus tapahtuu ryhmämuotoisesti tavoitekeskustelutilaisuudessa (Kuvio 3). Päätökseen vaikuttaneita seikkoja kokoukseen osallistuneiden mukaan olivat mm. se, että kuntoutujalähtöisyyden toteutuminen tavoitteen asettelussa katsottiin toteutuneen paremmin tässä toimintamallissa ja todettiin tämän toimintamallin mahdollistavan paremmin kuntoutujien omien tavoitteiden esiintuloa.

Kokouksessa todettiin tavoitelomakkeen vaativan muutosta, jotta saadaan paremmin esiin kuntoutujien tärkeimmät henkilökohtaiset tavoitteet ja tavoitteiden määrää pienemmäksi. Yleisten tavoitteiden katsottiin liikaa ohjaavan kurssin yleisiin tavoitteisiin pois henkilökohtaisista tavoitteista. Päätettiin poistaa lomakkeelta valmiit tavoitevaihtoehdot. Tilalle laitettiin avoimet kohdat neljän tavoitteen määrittelyyn (LIITE 9). Muutosten toivotaan vähentävän tavoitteiden määrää ja saavan esiin paremmin kuntoutujien henkilökohtaiset tarpeet. Tavoitteiden laadun parantamiseksi tehtäviä toimenpiteitä ei juurikaan ehditty kehitellä.

Tavoitelomakkeen hyödyntämisen vähyyteen ongelmaksi kokouksessa todettiin tavoitteiden suuri määrä ja heikko laatu. Epäselvistä ja vähän informaatiota sisältävistä yleisistä tavoitteista on ollut vaikea poimia tavoitteita, jotka olisivat vaatineet erityistä moniammatillista työskentelyä. Lisäksi kuntoutujien listaamat/kirjaamat tavoitteet ovat hyvin pitkälti olleet lomakkeella valmiiksi kirjattuina olleita tavoitevaihtoehtoja, jotka eivät myöskään ole tuoneet mitään tarvetta toteuttaa kuntoutusta poiketen valmiista kuntoutuskurssin toteutuksesta.

Huolimatta Webropol-kyselyn tuloksista ja tavoitteiden kokonaismäärän vähentymisestä moniammatillisessa toimintamallikokeilussa, ryhmänohjaajat eivät halunneet ottaa käyttöön moniammatillisen yksilöllisen ohjauksen –toimintamallia. Koettiin, että siitä oli vain yhden kurssin kokemus ja suurin osa ryhmänohjaajista ei ollut saanut sitä kokemusta.

#### 8.4.4 Koko kolmannen kehittämissyklin tulokset

Viimeinen GAS-työryhmän kokous toteutettiin 29.9.09. Kokouksessa todettiin GAS-menetelmän kehittämisen tulleen siihen kohtaan, että pystytään vakiinnuttamaan GAS-menetelmän käyttö kurssimuotoisessa kuntoutuksessa. 17.9. pidetyn kokouksen laatimat ehdotukset otettiin huomioon, kun päätettiin lopullisista kehittämistoimenpiteistä. Kehittämistoimenpiteiden tuloksena syntyivät seuraavissa kappaleissa selvitetty tulokset. Kokouksessa todettiin myös GAS-menetelmän käytön kehittämisen tarve yksilökuntoutuksessa ja GAS-työryhmä jatkaa sen parissa.

#### *Henkilökohtainen kuntoutumissuunnitelmalomake*

Henkilökohtaisesta kuntoutumissuunnitelmalomakkeesta poistettiin valmiit tavoitevaihtoehdot ja niiden tilalle laitettiin avoimet kohdat neljälle itse muotoillulle tavoitteelle. Muutosten toivotaan oleellisesti vähentävän tavoitteiden määrää sekä korostavan henkilökohtaisia tarpeita tavoitteiden asettamisessa ja lisäävän kuntoutujalähtöisyyttä. Uusi lomake on nähtävillä liitteenä (LIITE 9). Lomakkeelle haluttiin näkyväksi kurssin tarjoama sisältö, koska ne liittyvät oleellisesti

kurssimuotoisen kuntoutuksen toteuttamiseen ja koettiin, että ne helpottavat kuntoutujaa hahmottamaan paremmin kokonaisuutta asettaessaan tavoitteita.

### *Toimintamallit sekä työ- ja toimintaohjeet*

Tavoitteen asettelun ohjaamisessa hyödynnetään jatkossa ryhmämuotoista tavoitekeskustelutilaisuutta, jota ohjaavat ryhmänohjaaja ja erikoissairaanhoitaja toisen kehittämissyklin kaltaisesti (Kuvio 3). Työohjeessa kuitenkin ohjataan kaikkia moniammatillisen kuntoutustyöryhmän jäseniä alkutarkastuksissaan ennen tavoitekeskustelutilaisuutta pohtimaan kuntoutujan kanssa kuntoutujan henkilökohtaisia tavoitteita, jotta helpotetaan kuntoutujien tavoitteiden asettamisprosessia tavoitekeskustelutilaisuudessa. Kuntoutusjakson aikana on myös mahdollisuus täsmentää kuntoutujan tavoitteita tarpeen vaatiessa. Tavoitteiden toteutumisen arviointi toteutetaan samoin kuin koko ajan on toteutettu eli lähtökeskustelussa. Elbit test/quest-tietokoneohjelma on saatu myös käyttöön eli kuntoutujien tavoitteet ja arviot tavoitteiden toteutumisesta GAS-asteikolla syötetään tietokoneohjelmaan. Toistaiseksi tämä toteutuu vasta lähtökeskustelussa suoritettun arvioinnin jälkeen, joten kuntoutujien tavoitteet eivät ole nähtävillä sähköisesti ennen kuntoutuksen loppumista. Toimintamallin vaiheet GAS-menetelmän käyttämisestä kirjattiin laatustandardien mukaisesti työ- ja toimintaohjeisiin, jotta niiden käyttö olisi kaikkien tiedossa. Henkilökuntaa informoidaan vielä edellä mainituista toimintamalleista henkilökunnan tiedotustilaisuudessa 24.11.09.

## **9 POHDINTAA**

### 9.1 Kehittämistyön onnistumisen pohdintaa

Kehittämiseen vaikuttaneita seikkoja oli useita, joten yritän pohtia kehittämistyöllä saavutettua hyötyä monesta eri näkökulmasta. Niistä tärkeimpiä oli organisaation johdon asettamat tavoitteet ja kehittämisen rajat, Kelan standardin edellytykset,

työyhteisön toimintatavat ja yleisesti organisaatiokulttuuri sekä kuntoutujan näkökulma.

Johdon asettamat tavoitteet olivat lähtöisin Kelan standardin edellyttämistä vaatimuksista ottaa käyttöön GAS-arviointimenetelmä tavoitteen toteutumisen arvioinnissa. Johdon asettamat tavoitteet voidaan nähdä toteutuneiksi kehittämistyöprosessissa, sillä GAS-menetelmä otettiin käyttöön suunnitellusti organisaatiossa. Johdon asettamat rajat olivat tiukat johtuen Kelalle tehdyistä ja hyväksytyistä tarjouksista ja Kelan standardin vaatimuksista. Kurssien toteuttamisen suunnitelmia/ ohjelmapohjia ei oltu valmiita muuttamaan, joten luovan kehittämisen mahdollisuudet olivat hyvin rajoitetut. Lisäksi kurssimuotoisessa kuntoutuksessa haluttiin toteuttaa kuntoutustoimenpiteet ryhmämuotoisesti kurssimuotoisen kuntoutuksen luonteen tavalla. Kehittämistyössä näin juuri ongelmaksi sen, että organisaatio ei täysin ollut valmis tarvittaviin muutosprosesseihin vaan haluttiin ottaa käyttöön uusi toimintamalli mahdollisimman vähäisillä muutoksilla. Näin ei ollut mahdollista hyödyntää menetelmän tarjoamia mahdollisuuksia kaikin tavoin. Tämä on kuitenkin ymmärrettävää, sillä muutokset vaikuttavat niin moneen asiaan ja toiminnassa on otettava huomioon monia eri seikkoja, että niiden muuttaminen nopealla aikavälillä ei ole edes mahdollista. Pidemmällä aikavälillä muutosta varmasti tulee tapahtumaan työyhteisön vähitellen kehittäessä toimintaa.

Kelan standardin vaatimuksia ei täysin toteutettu, sillä käyttöön ottamamme GAS-menetelmä poikkeaa Kelan vaatimasta menetelmästä. Organisaatiossamme käyttöön otettu alkuperäinen GAS-menetelmä mahdollistaa huomattavasti paremman hyödyntämisen, kuin Kelan edellyttämä GAS. Sen käyttö mahdollistaa kuntoutuksen tuloksellisuuden arvioinnin kokonaisuutena T-scoren laskemisen avulla, tutkimuksen teon ja kansainvälisen vertailun. Kehittämistyöprosessiin liittyikin lomakkeen ja GAS-menetelmän hyödyntämiseen liittyen kuntoutuksen vaikuttavuuden osoittamisen kehittäminen. Kehittämistyöprosessin aikana saimme organisaatioomme GAS-arviointimenetelmästä uuden mittarin osoittamaan tuottamamme kuntoutuksen tuloksellisuutta ja vaikuttavuutta. GAS-arviointimenetelmän liittäminen prosessin laatumittariksi on myös yksi mahdollisuus hyödynnettävyyden kannalta.

Kuntoutujien näkökulmasta katsottuna uskon kehittämistyön lisänneen kuntoutujalähtöisyyttä. Kuntoutujalähtöisen kuntoutuksen toteuttaminen ja käyttöön otettu GAS-menetelmä osallistaa kuntoutujat yhä enemmän mukaan omaan kuntoutusprosessiin ja lisää kuntoutujan vastuuta kuntoutuksen onnistumisesta. Hyvä näin, koska kuntoutukselta on syytä odottaa myös tuloksia, joiden saavuttaminen ei onnistu ilman kuntoutujan aktiivista osallistumista.

Kehittämisestä vastasi moniammatillinen työryhmä (GAS-työryhmä), joka kokoontui 6 kertaa prosessin aikana. Työkonferenssin periaatteiden mukaisesti työryhmässä saavutettiin onnistuneesti vuorovaikutus ja dialogi, joka mahdollisti kaikkien osallistumisen keskusteluun. Työryhmä koostui eri ammattiryhmien asiantuntijoista, joilla oli laajaa kokemusta kurssimuotoisen kuntoutuksen toteuttamisesta, joten hiljainen tieto saatiin hyvin esiin. Ongelmiakin esiintyi ja mielestäni ne johtuivat enemmän organisaatiossamme vallitsevasta kulttuurista ja johtamistavasta. Työkonferensseissa päätäntävalta oli ajoittain epäselvää, joka vaikeutti kehittämiseen liittyvien toimenpiteiden organisointia ja jatkotyöskentelyä. Työryhmien muuttaminen kehittämistiimeiksi, jolloin tiimin periaatteiden mukaan tiimillä olisi valta ja vastuu päättää asioista, saattaisi helpottaa kehittämistyötä ja motivoida kehittämistyöntekijöitä sekä näin lisätä myös työntekijöiden valtaistumisen tunnetta. Tiimit tarvitsevat vallan ja vastuun lisäksi kuitenkin selkeät rajat kehittämiseen. Selkeästi määritellyt rajat olisivat myös helpottaneet työryhmän toiminnan suuntaamista kehittämistyöprosessin alkuvaiheessa. Lisäksi ajankäyttö kehittämiseen on aina ongelmana, niin kuin oli nytkin. Sekin on toisaalta ymmärrettävää, koska organisaatiossa, jonka päätehtävänä on tuottaa kuntouttavaa asiakastyötä, tietysti suurin osa ajasta tulee kohdistaa asiakastyöhön.

Pyrkimyksenä oli saada koko työyhteisö mukaan muutosprosessiin, mutta se mielestäni oli puutteellista. Henkilökuntaa tiedotettiin ja pyrittiin osallistamaan mukaan kehittämiseen, mutta tiedottaminen olisi voinut olla runsaampaa. Olisi ehkä ollut tarpeen tehdä suunnitelma viestittämisen toteuttamisesta ja informoida esim. sähköpostin välityksellä koko työyhteisöä kehittämistyön vaiheista. Työyhteisön tiedottaminen jäi henkilökunnan tiedotustilaisuuden lisäksi GAS-työryhmän jäsenten vastuulle omien yksikköjen osalta. Lisäksi työyhteisön muutosprosesseissa ongelmia

tuottaa tiedon siirtäminen käytännön työhön. Moniammatillisilta kuntoutustyöryhmiltä puuttuu nykyään kokonaan työryhmän toimintaa kehittävä systemaattinen kokousjärjestelmä, joten usein uudet käytännöt jäävät epäselvinä leijaillemaan ilmaan. Niiden käyttöönotto on näin enemmänkin yksittäisten työntekijöiden varassa, kun se mielestäni pitäisi olla koko työryhmän vastuulla. Se, että tein kehittämistyötä omassa työyhteisössäni ja osallistuin aktiivisesti mukaan työyhteisön toimintaan kehittämistyöprosessin aikana, varmasti myös edisti henkilökunnan osallistuvuutta. Tämä mahdollisti sen, että kehittämistyö muuttui konkreettiseksi henkilökunnan keskuudessa, kun siitä puhuttiin mahdollisimman paljon työyhteisössä. Aktiivisena osallistujana aisti myös työyhteisön tuntemuksia kehitettävästä asiasta ja toiminnasta koko ajan ja pystyi hyödyntämään myös hiljaista tietoa kehittämistyössä.

Omien noviisitason taitojen ja kokemuksen sekä tämänkaltaisen toimintatutkimuksen ideologialla toteutetun kehittämistyön vuoksi prosessi oli erittäin haasteellinen, mutta opettava monesta eri näkökulmasta katsoen. Tutustuin monenlaisiin tiedonkeruumenetelmiin ja sain niiden käytöstä kokemusta. Työyhteisön toiminnan kehittämisestä ja sen haasteista opin erittäin paljon. Lisäksi kehittämistyö antoi paljon ideoita GAS-menetelmän käytön laajentamiseksi organisaatiossa sekä eväitä tulevaisuudessa kehittämistyöhön.

## 9.2 Kehittämistyön tulosten toimivuuden ja hyödynnettävyyden pohdintaa

Pohdin seuraavaksi osatehtävien mukaisesti kehittämistyön aikana kehitettyjen työvälineen ja toimintamallien toimivuutta ja hyödynnettävyyttä. Pyrin pohtimaan myös viitekehyksestä nousevien teemojen (kuntoutujalähtöisyyden, tavoitteellisuuden, moniammatillisen kuntoutuksen ja vaikuttavuuden) näkökulmista kehitettyjen toimintamallien ja työvälineen kehittämisen onnistumista.

### 9.2.1 Henkilökohtaisen kuntoutumissuunnitelmalomakkeen toimivuus ja hyödynnettävyys

Lopullinen henkilökohtainen kuntoutumissuunnitelmalomake (LIITE 9), josta poistettiin kaikki valmiit tavoitevaihtoehdot, on mielestäni onnistunut. Tällä lomakemuodolla voidaan välttää tavoitteiden suuri määrä, koska avoimia tavoitteen kirjaamiskohtia on ainoastaan neljä. Lisäksi kuntoutujien itse kirjaamat tavoitteet sisälsivät pääasiassa enemmän informaatiota kuin ilman täsmennystä kirjatut valmiit tavoitevaihtoehdot. Näillä toimilla toivon kuntoutujien tavoitteiden ohjaavan myös paremmin moniammatillisen kuntoutusprosessin suunnittelua ja näin ollen lomakkeen hyödynnettävyys lisääntyisi. Lomake on nyt myös hyödynnettävissä helpommin yksilölliseen laituskuntoutukseen. Oman organisaation ulkopuolella lomake on myös mielestäni hyödynnettävissä suoraan vastaavissa kurssimuotoisissa kuntoutuksissa.

Kuntoutujälähtöisyyden kannalta uusi lomakemalli on myös parempi, koska se vaatii kuntoutujia miettimään enemmän omia tavoitteitaan. Lomake vastaa nyt myös enemmän GAS-menetelmän periaatteita henkilökohtaisten tavoitteiden asettamisen suhteen.

### 9.2.2 Toimintamallien toimivuus ja hyödynnettävyys

Lopulliseen kuntoutujien tavoitteiden asettamisen ohjaamisen -toimintamalliin en itse ole tyytyväinen. Kuntoutujälähtöisen kuntoutuksen periaatteiden toteutuminen toimintamallissa on mielestäni puutteellista. Toimintamalli vaatii ja osallistaa kuntoutujat mukaan oman kuntoutumisprosessinsa suunnitteluun tavoitteiden asettelussa ja näin ollen vahvistaa kuntoutujan subjektina toimimista. Ongelmia on kuitenkin vuorovaikutuksessa ja asiantuntijan antamassa ohjauksessa, koska ryhmämuotoisessa tavoitekeskustelutilaisuudessa on vaikea toteuttaa yksilöllistä ohjausta ja kuntoutujälähtöisen kuntoutuksen periaatteiden mukaista dialogia.

GAS-menetelmän ja moniammatillisen kuntoutuksen periaatteet ryhmämuotoisessa tavoitekeskustelussa eivät myöskään pääse toteutumaan. GAS-menetelmä edellyttää

tavoitteen asettelun ohjaamisen tapahtuvan moniammatillisen työryhmän ja kuntoutujan yhteistyössä, joka on myös moniammatillisen kuntoutuksen periaatteiden mukaista. Tavoitekeskustelussa tämän kuntoutustyöryhmän kokoonpano on puutteellinen koostuen vain sairaanhoitajasta ja ryhmäohjaajasta. Moniammatillisuutta lisäävä tekijä on kuitenkin se, että kaikkien moniammatillisen kuntoutustyöryhmän jäsenten tulee pohtia yhdessä kuntoutujan kanssa hänen tavoitteitaan alkutarkastustilanteissa ja valmistaa kuntoutujaa tavoitteen asetteluun.

Aineistosta nousi esiin selkeästi oleellisimpana ongelmana toimintamallissa tavoitteiden suuri määrä ja huono laatu. Nämä koettiin myös syyksi siihen, että lomakkeelle kirjattuja kuntoutujien henkilökohtaisia tavoitteita ei juurikaan pystytty hyödyntämään kuntoutuksen suunnittelussa. Syynä näihin ongelmiin oli varmasti osittain lomakkeen muoto, joka toivottavasti tulee tehtyjen muutosten myötä muuttumaan. Jatkossa asetettujen tavoitteiden laadun kehittämiseksi tavoitteiden asettamisen ohjaamiseen tulee kiinnittää huomiota sekä myös sen takia, että tavoitteiden asettaminen kuntoutujien näkökulmasta on nyt kaiken kaikkiaan vaativampaa valmiiden tavoitevaihtoehtojen puuttuessa. Tämän takia lomakkeen haluttiin sisältävän tietoa kurssin tarjoamasta sisällöstä helpottamaan tavoitteen asettamisessa. GAS-menetelmä painottaa SMART-tekniikan käyttöä tavoitteiden asettamisessa, jonka mukaan hyvin asetetussa tavoitteessa on monia huomioon otettavia seikkoja. Tavoitteen asettaminen näiden periaatteiden mukaan on vaikeaa ja mielestäni sen toteutuminen on mahdotonta tavoitekeskustelussa. Tavoitteen asettamisen ohjaamisen kehittämiseksi ryhmäohjaajien olisi kuitenkin mielestäni hyvä yhdessä kehittää tavoitteen asettamisen ohjaamista.

Kehitetty toimintamalli on hyödynnettävissä kaikkien kurssimuotoisten kuntoutuskurssien toteutuksessa ja se on ollutkin käytössä myös muilla kursseilla. Se, miten toimintamallia voisi hyödyntää oman organisaation ulkopuolella, riippuu kunkin organisaation omista toimintamalleista.

Tavoitteiden toteutumisen ohjaaminen suoritettiin samalla tavalla koko kehittämistyöprosessin aikana. Siinä ei havaittu suuria ongelmia olevan, joten sitä ei



lähdetty muuttamaan. Arvioinnissa käytettävä GAS-asteikko vaikutti toimivalta ja helpota tavalta arvioida tavoitteiden toteutumista.

GAS-menetelmän on oletettu lisäävän moniammatillisen työryhmän toiminnan suunnittelua, kuntoutuksen toteuttamista ja toiminnan tuloksellisuutta. Tätä oletusta ei mielestäni tarvitse epäillä, mutta meidän toimintamallissa on vielä kehitettävää, jotta näin tapahtuisi. Uskon, että vähitellen saamme enemmän ymmärrystä käyttämämme menetelmän hyödyntämiseksi. Kurssimuotoisen kuntoutuksen ryhmämuotoisuuden ideologia ei myöskään tarjoa parhaita mahdollisia olosuhteita tämän kehittämiseen. Kehittämistyöprosessin aikana moniammatillisen kuntoutuksen näkökulmasta hyödyntäminen on ollut vähäistä, mutta vähitellen kehittynyt. Tämänkaltainen muutos, joka koskettaa suurta määrää organisaation henkilökuntaa ja vaatii organisaation muidenkin kuntoutustoimintojen uudistamista vie paljon aikaa ja vaatii tiedottamista sekä koulutusta. Nyt kun toimintamallit vakiintuvat, voidaan vähitellen kehittää myös hyödyntämistä.

Hyödyntämisen mahdollistamiseksi täytyy kuntoutujien asettamat tavoitteet saada laadullisesti paremmiksi ja informatiivisemmiksi sekä määrältään pienemmiksi. Lomakkeen muutokset toivottavasti johtavat tähän, mutta tarvitaan varmasti myös tavoitteiden asettamisen ohjaamisen tehostamista. Jos kurssien valmiisiin ohjelmapiirteisiin voidaan tehdä muutoksia jossain vaiheessa, voidaan suositella tavoitekeskustelun ja starttikokouksen paikan vaihtamista kolmannessa syklissä toteutetun kokeilun mukaisesti. Tällöin kuntoutujien tavoitteiden huomioiminen mahdollistuu jo kurssin sisällön suunnittelussa ja sitä kautta toteuttamisessa. Kurssien sisältö on joka tapauksessa hyvin pitkälti valmiiksi suunniteltu, joten suuria muutoksia ei siltikään ole mahdollista tehdä. Myös kurssimuotoisen kuntoutuksen seurantakokousjärjestelmän muuttamista ja erottamista yksilöllisen kuntoutuksen seurantakokousjärjestelmästä voidaan suositella tai ainakin seurantakokouksen sisällön muuttamista. Tavoitteiden kirjaaminen sähköisiin potilasasiakirjoihin mahdollistaisi myös tavoitteiden huomioimista ja ne olisivat myös esim. erityistyöntekijöiden tiedossa. Osa ryhmänohjaajista onkin toiminut näin ja kokenut sen järkeväksi. Elbit test/quest-tietokoneohjelman käyttöönotto tuo myös mahdollisuuksia hyödynnettävyyden suhteen. Ehdottaisinkin, että erityisesti

ryhmänohjaajat pitäisivät yhteisen kokouksen, jossa tekisivät päätöksen, miten kuntoutujien asettamat tavoitteet saatetaan muun moniammatillisen työryhmän tietoisuuteen.

### 9.3 Muuta pohdintaa

Kela on suuri vaikuttaja suomalaisessa kuntoutusjärjestelmässä kuntoutuspalveluiden rahoittajana ja järjestäjänä. Kelan laatimat standardit palveluntuottajille sisältävät paljon vaatimuksia, jotta kuntoutuksen laatu olisi mahdollisimman tasaista ja hyvätasoista. Kuntoutuksen järjestämisvastuussa ja rahoittajana Kela tietysti pyrkii käyttämään ja vaatii palveluntuottajia käyttämään näyttöön perustuvia ja vaikuttavia kuntoutusmenetelmiä. Kuntoutuksen vaikuttavuuden osoittamiseksi tarvitaan luotettavia ja yleisesti hyväksyttäviä mittausmenetelmiä, joita Kelakin edellyttää käytettävän. GAS-arviointimenetelmän käyttöönotossa mielestäni Kela on kuitenkin epäonnistunut, sillä Kelan käyttämä menetelmä ei ole yleisesti hyväksytty ja sen luotettavuutta ei ole tutkittu. Kelan ohjeistus mittarin käyttämiseksi on myös ollut erittäin puutteellista. GAS-arviointimenetelmän käyttö vaatii monenlaisia toimenpiteitä, jotta se toimii luotettavana mittarina ja ilman mittarin käytön virallisia ohjeita palveluntuottajat voivat menetelmää ja mittaria käyttää täysin oman mielensä mukaan. Ihmettelenkin, mitkä ovat Kelan ajatukset mittarin hyödyntämisestä, ja miten Kela tulkitsee eri palveluntuottajien kuntoutuksen tuloksia luotettavasti.

### 9.4 Kehittämistyöllä saatujen kokemusten hyödyntäminen GAS-menetelmän käytön laajentamiseksi

Kehittämistyön aikana syntyi paljon ideoita ajatellen GAS-menetelmän käyttöönoton laajentamista yksilölliseen kuntoutukseen, johon se sopii huomattavasti paremmin yksilöllisen luonteensa vuoksi. Tämä kehittämistyö alkaakin ensi vuonna GAS-työryhmän alkaessa kehittää tätä. Menetelmän monipuoliseksi hyödyntämiseksi toivon avoimen ja luovan kehittämisen mahdollisuutta uusien toimintamallien kokeiluun ja mahdollisuutta muuttaa vanhoja käytäntöjä. Toivon kehittämisestä vastaavan työryhmän saavan myös enemmän valtaa päättää asioista, jotta

päätöksentekoa voidaan nopeuttaa ja päätöksistä aiheutuvat toimenpiteet saadaan täytäntöön. Kuitenkin on mielestäni erittäin tärkeää, että työryhmän aloittaessa kehittämistyötä, on tiedossa myös käytettävät resurssit ja rajat tarkkaan. Kurssimuotoisessa kuntoutuksessa moniammatillinen tavoitteen asettelu ohjaamisen tilaisuus oli mahdoton toteuttaa, mutta toivon sen mahdollistuvan yksilöllisessä kuntoutuksessa. Moniammatillisen työskentelyn kehittämiseksi toivon mahdollisuutta toteuttaa konkreettisesti yhteistyötä enemmän kuntoutujan kuntoutuksen alkuvaiheessa, jolloin tavoitteiden asettaminen toteutetaan. Mielenkiintoista olisi toteuttaa kuntoutujan ja moniammatillisen työryhmän välinen keskustelutilaisuus, jossa kartoitetaan kuntoutujan tämän hetkinen elämäntilanne, kuntoutuksen tarpeet ja kuntoutujan odotukset, joiden mukaan asetettaisiin tavoitteet.

## 10 LÄHTEET

Aaltola, J.& Syrjälä, L. 1999. Tiede, toiminta ja vaikuttaminen. Teoksessa H.L.T. Heikkinen, R. Huttunen ja P. Moilanen Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva. Wsoy-kirjapainoyksikkö, 11-24.

Bovend'Eerdt, T.J.H., Botell, R.E. ja Wade, D.T. 2009. Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide. *Clinical Rehabilitation* 23, 352-361.

Gordon, J.E., Powell, C., Rockwood, K. 1999. Goal attainment scaling as a measure of clinical important change in nursing-home patients. *Age and ageing* 28, 275-281.

Heikkinen, H.L.T. 2006. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa H.L.T. Heikkinen, E. Rovio, ja L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Vantaa. Dark Oy, 16-38.

Heikkinen, H.L.T. ja Jyrkämä, J. 1999. Mitä on toimintatutkimus? Teoksessa H.L.T. Heikkinen, R. Huttunen ja P. Moilanen Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva. Wsoy-kirjapainoyksikkö, 25-62.

Heikkinen, H.L.T., Kontinen, T. ja Häkkinen, P. 2006. Toiminnan tutkimisen suuntaukset. Teoksessa H.L.T. Heikkinen, E. Rovio, ja L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Vantaa. Dark Oy, 39-76.

Heikkinen, H.L.T. ja Syrjälä, L. 2006. Tutkimuksen arviointi. Teoksessa H.L.T. Heikkinen, E. Rovio, ja L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Vantaa. Dark Oy, 144-162.

Hirsjärvi, S., Remes, P. ja Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Keuruu.

Hurn, J., Kneebone, I., Cropley, M. 2006. Goal setting as an outcome measure: a systematic review. *Clinical Rehabilitation* 20, 756-772.

Huttunen, R. ja Heikkinen, H.L.T. 1999. Kriittinen teoria ja toimintatutkimus. Teoksessa H.L.T. Heikkinen, R. Huttunen ja P. Moilanen Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva. Wsoy-kirjapainoyksikkö, 155-186.

Järvikoski, A. ja Härkäpää, K. 2004. Kuntoutuksen perusteet. Vantaa: WSOY.

Järvikoski, A. ja Härkäpää, K. 2008. Kuntoutuskäsityksen muutos ja asiakkuuden muotoutuminen. Teoksessa (toim.) P. Rissanen, T. Kallanranta ja A. Suikkanen. Kuntoutus. Keuruu: Otavan kirjapaino oy, 51-62.

Järvikoski, A. ja Karjalainen, V. 2008. Kuntoutus monitieteisenä ja –alaisena prosessina. Teoksessa (toim.) P.Rissanen, T. Kallanranta ja A.Suikkanen. Kuntoutus. Keuruu: Otavan kirjapaino oy, 80-93.

Kallanranta, T. 2002. Neurologisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Teoksessa Stakes. Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. Saarijärvi: Gummerus, 99-107.

Kelan laitosmuotoisen kuntoutuksen standardi versio 15/2008. Saatavissa <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/011003133632KM?OpenDocument>.

Khan, F., Pallant, J.F., Turner-Stokes, L. 2008. Use of goal attainment scaling in Inpatient Rehabilitation for Persons With Multiple Sclerosis. Arch Phys Med Rehabil Vol 89, april 2008.

Kiresuk, T.J., Sherman, R.E. 1968. Goal attainment scaling: A General Method for Evaluating Comprehensive Community Mental Health Programs. Community Mental Health Journal, Vol.4 (6)

Kuntoutuksen standardit. [viitattu 2.10.2008]. Saatavissa <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/011003133632KM?OpenDocument>.

Kuntoutusselonteko 2002. [viitattu 2.10.2008]. Saatavissa <http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/kuntselonteko2002/luku8.htm>.

Kuula, A. 1999. Toimintatutkimus. Kenttätyötä ja muutospyrkimyksiä. Tampere. Tammer-Paino oy.

Laaksonen, Anna-Kaisa. 2008. Työkonferenssi ja sen toteuttaminen. (dia-esitys). Lahden Ammattikorkeakoulu, Liiketalouden laitos. [viitattu 2.12.2008]. Saatavissa [http://www.lpt.fi/tykes/news\\_doc/tyokonferenssi\\_a-k-laaksonen.pdf](http://www.lpt.fi/tykes/news_doc/tyokonferenssi_a-k-laaksonen.pdf).

Lipiäinen, T. 2000. Liiketoiminnan suunnittelu, markkinointi ja johtaminen uudella vuosituohannella. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Maskun neurologinen kuntoutuskeskus. [viitattu 10.10.2008] Saatavilla <http://www.kuntoutuskeskus.fi/page2118.phtml>.

Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Teoksessa J. Metsämuuronen (toim.) Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 79-147.

Pohjolainen, T. ja Malmivaara, A. 2008. Kuntoutuksen vaikuttavuuden mittaaminen. Teoksessa (toim.) P.Rissanen, T. Kallanranta ja A.Suikkanen. Kuntoutus. Keuruu. Otavan kirjapaino oy, 658-663.

Puumalainen, J. 2008. Kuntoutuksen historiaa. Teoksessa (toim.) P.Rissanen, T. Kallanranta ja A.Suikkanen. Kuntoutus. Keuruu. Otavan kirjapaino oy, 16-30.

Rissanen, P. 2008. Kuntoutussuunnitelma. Teoksessa (toim.) P. Rissanen, T. Kallanranta ja A. Suikkanen. Kuntoutus. Keuruu. Otavan kirjapaino oy, 625-646.

Rissanen, P. ja Aalto, A-M. 2002. Yhteenveto kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnista. Teoksessa Stakes. Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. Saarijärvi. Gummerus Kirjapaino Oy.

Rockwood, K., Joyce, B., Stolee, P. 1997. Use of goal attainment scaling in Measuring Clinically Important Change in Cognitive Rehabilitation Patients. J Clin Epidemiol Vol. 50, No 5, 581-588.

Rushton, P.W., Miller, W.C. 2002. Goal attainment scaling in Rehabilitation of Patients With Lower-Extremity Amputations: A Pilot Study. Arch Phys Med Rehabil Vol 83, June 2002.

Ruutiainen, J., Wikström, J. ja Sivenius, J. 2008. Etenevät neurologiset sairaudet. Teoksessa (toim.) P. Rissanen, T. Kallanranta ja A. Suikkanen. Kuntoutus. Keuruu. Otavan kirjapaino oy, 235-250.

Smith, A. 1994. Introduction and Overview. Teoksessa Kiresuk, T.J., Smith, A. ja Cardillo, J.E. 1994. Goal Attainment Scaling: Applications, Theory and Measurement. Saatavilla [http://books.google.com/books?id=XzgJQ27fd1AC&printsec=frontcover&dq=goal+attainment+scaling&lr=&hl=fi&source=gbs\\_summary\\_r&cad=0#PPA1,M1](http://books.google.com/books?id=XzgJQ27fd1AC&printsec=frontcover&dq=goal+attainment+scaling&lr=&hl=fi&source=gbs_summary_r&cad=0#PPA1,M1).

Ståhl, T. ja Rissanen, P. Kuntoutuksen taloudelliset tukimuodot. Teoksessa (toim.) P. Rissanen, T. Kallanranta ja A. Suikkanen. Kuntoutus. Keuruu. Otavan kirjapaino oy, 752-761.

Taanila, A. 2005. Triangulaatio tutkimusmenetelmänä. Oulun yliopisto. Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos. Dia-esitys.[viitattu 25.2.2009]. Saatavissa <http://kelo.oulu.fi/jatkokoulutus/Triangulaatio3.pdf>.

Turner-Stokes, L. 2003. Goal Attainment Scaling in Rehabilitation. RIMS annual meeting 23.5.03.

Turner-Stokes, L. 2009. Goal attainment scaling (GAS) in rehabilitation: a practical guide. Clinical Rehabilitation 23, 362-370.



## TAVOITELOMAKE

Vaihtoehto 1

## Kuntoutujan/perheen kanssa sovitut tavoitteet ja niiden seuranta

KELA

Nimi \_\_\_\_\_ Henkilötunnus \_\_\_\_\_  
 Kurssin nimi \_\_\_\_\_ Kurssinumero \_\_\_\_\_ Aloituspäivä \_\_\_\_\_  
 Kurssipaikka \_\_\_\_\_

Ensimmäisellä kurssijaksolla kirjataan 1–4 päätavoitetta numerojärjestyksessä selkein ja konkreettisin ilmaisin lomakkeelle. Tavoitteiden tulee olla toteutettavissa. Jos kurssi on moniosainen, lomaketta täytetään kullakin jaksolla; miten tavoite on saavutettu ja mitä sovitaan jatkosta. Jos kurssi on yksiosainen, lomake täytetään tavoitteen osalta kurssin alussa ja lopussa annetaan arvio ja sovitaan jatkosta.

Konkreettinen tavoite	Tavoitteen saavuttaminen asteikko +3, +2, +1, 0, -1, -2 *		Mitä sovitaan jatkosta
<b>Tavoite 1</b> _____	Pvm	Arvo	Jakso 1
	Jakso 1	_____	_____
	Muut jaksot	_____	Muut jaksot
		_____	
<b>Tavoite 2</b> _____	Pvm	Arvo	Jakso 1
	Jakso 1	_____	_____
	Muut jaksot	_____	Muut jaksot
		_____	
<b>Tavoite 3</b> _____	Pvm	Arvo	Jakso 1
	Jakso 1	_____	_____
	Muut jaksot	_____	Muut jaksot
		_____	
<b>Tavoite 4</b> _____	Pvm	Arvo	Jakso 1
	Jakso 1	_____	_____
	Muut jaksot	_____	Muut jaksot
		_____	

\* Tavoitteen saavuttaminen arvioidaan **GAS-asteikolla (Goal attainment scale)**. Asteikko on seuraava:

- + 3= muutos parempi kuin tavoite, + 2 = tavoite saavutettu, + 1= muutos parempaan, mutta tavoite ei saavutettu, 0= ei muutosta, - 1= hieman huonompi, - 2= tilanne merkittävästi huonompi

\_\_\_\_\_ Kuntoutujan/huoltajan allekirjoitus ja päiväys

Hoitotaho, jolle kopio voidaan lähettää selosteen liitteenä kuntoutujan luvalla \_\_\_\_\_

Lomaketta voi kopioida.



## TAVOITELOMAKE

Vaihtoehto 2

Kuntoutujan/perheen kanssa sovitut tavoitteet ja niiden seuranta  
Kuntoutuksen tavoitteiden asettaminen ja arviointi käyttäen GAS-menetelmää

KELA

Kuntoutujan nimi ja henkilötunnus \_\_\_\_\_  
 Palveluntuottajan nimi \_\_\_\_\_  
 Kurssin nimi ja alkamisaika \_\_\_\_\_  
 Kurssin numero \_\_\_\_\_

## Asteikko (Goal Attainment Scaling, GAS):

+3	Tulos ylittänyt tavoitteen	0	Tilanne ennallaan
+2	Tavoite saavutettu	-1	Tilanne hieman huonompi
+1	Edistynyt, mutta tavoitetta ei saavutettu	-2	Tilanne selvästi huonontunut

Yksiosaisen kurssin tai moniosaisen kurssin **pitkän ajan tavoitteet**  
tärkeysjärjestyksessä

Tilanne 1 jakson ja seurantajaksojen lopussa  
1. jakso Muut jaksot

	1. jakso	Muut jaksot		

Miksi tavoitteita ei saavutettu? \_\_\_\_\_

**Välitavoitteet** tärkeysjärjestyksessä

Tilanne 1. jaksolla ja seurantajaksoilla  
1. jakso Muut jaksot

	1. jakso	Muut jaksot		

Miksi välitavoitteita ei saavutettu? \_\_\_\_\_

Ensimmäisellä jaksolla kirjataan kuntoutujan kanssa 1-4 päätavoitetta ja välitavoitetta numerjärjestyksessä selkein ja konkreettisin ilmaisin lomakkeelle. Tavoitteiden tulee olla toteutettavissa. Tavoitteita seuran myöhemmin jaksoilla ja/tai kotikäynnillä. Jos kurssi on yksiosainen, lomake täytetään tavoitteen osalta kurssin alussa ja lopussa annetaan arvio ja sovitaan, miten kuntoutuja tarvittaessa itse jatkaa tavoitteiden seuraamista.

Allekirjoitukset ja päiväys      Aloituspv \_\_\_\_\_      Päätöspv \_\_\_\_\_

Kuntoutuja \_\_\_\_\_      Palveluntuottajan edustajat/ ammattinimikkeet \_\_\_\_\_

Hoitotaho, jolle kopio voidaan lähettää kuntoutusselosteen liitteenä kuntoutujan luvalla. \_\_\_\_\_

Lomaketta voi kopioida.

### HENKILÖKOHTAINEN KUNTOUTUMISSUUNNITELMA/ KURSSIMUOTOINEN KUNTOUTUS

Kuntoutuskurssin yleisenä tavoitteena on työ- ja toimintakyvyn paraneminen / säilyminen sekä elämänhallinnan koheneminen. Tavoitteiden saavuttamiseksi kurssiin sisältyy moniammatillisesti ohjattu kuntoutusohjelma.

#### Henkilökohtaiset tavoitteeni kurssille ovat:

Rastita kohdat, jotka koet itsellesi tärkeiksi. Avoiimiin kohtiin voit kirjata omia tavoitteita.

	Arvioi tavoitteiden toteutuminen *				
	-2	-1	0	+1	+2
<input type="checkbox"/> Saan tietoa sairaudestani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Saan tietoa _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Opin paremmin ymmärtämään sairauteeni liittyviä oireita ja niiden merkitystä elämässäni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Opin tunnistamaan voimavarojani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Opin uusia toimintatapoja arjessa selviytymiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Opin keinoja huolehtia itsestäni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Saan vaihtaa kokemuksia samaa sairautta sairastavien kanssa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Saan tukea työssä jaksamiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* tavoitteiden toteutumisen arviointi:

-2 = tavoite toteutui selvästi odottamaani heikommin / ei toteutunut lainkaan

-1 = tavoite toteutui hieman odottamaani heikommin

0 = tavoite toteutui odotusteni mukaan

+1 = tavoite toteutui hieman odottamaani paremmin

+2 = tavoite toteutui selvästi odottamaani paremmin

pvm \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Allekirjoita lomake arvioinnin jälkeen

\_\_\_\_\_ allekirjoitus ja nimenselvitys

KYSELY HENKILÖKOHTAISEN KUNTOUTUMISSUUNNITELMA-LOMAKKEEN  
KÄYTÖSTÄ

Haluaisimme sinun vastaavan kyselyyn, jonka avulla voimme kehittää henkilökohtaista kuntoutumissuunnitelmalomaketta. Lisäksi pyrimme kehittämään toimintatapaa, jolla kuntoutujat ohjataan asettamaan omat henkilökohtaiset tavoitteet.

Kysymykset 1-5 koskevat kurssin alussa (tavoitekeskustelussa) tapahtunutta henkilökohtaisten tavoitteiden asettamista.

1. Oliko käytössä ollut lomake toimiva henkilökohtaisten tavoitteiden asettamiseen?

Kyllä  Ei

Perustelut vastauksellesi \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Oliko sinun helppo asettaa omat tavoitteesi valmiiksi kirjattujen kurssitavoitteiden yhteyteen?

Kyllä  Ei

Perustelut vastauksellesi \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Saitko henkilökunnalta riittävästi opastusta lomakkeen täyttämiseen?

Kyllä  Ei

Jos vastasit ei- mitä ohjausta haluaisit lisää? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Oliko tavoitekeskusteluryhmä mielestäsi sopiva paikka tavoitteiden asettamiselle?

Kyllä  Ei

Jos vastasit ei- missä tilanteessa sinusta tavoitteiden asettamisen tulisi tapahtua?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Miten motivoituneeksi koit itsesi omien henkilökohtaisten tavoitteiden asettamiseen

\_\_\_\_\_

en ollenkaan  
motivoitunut

\_\_\_\_\_

erittäin  
motivoitunut

Seuraavat kysymykset koskevat palautekeskustelussa suorittamaasi henkilökohtaisten tavoitteiden toteutumisen arviointia.

6. Oliko käytössä ollut lomake toimiva henkilökohtaisten tavoitteiden toteutumisen arvioimiseen?

Kyllä  Ei

Perustelut vastauksellesi \_\_\_\_\_

7. Oliko sinun helppo arvioida omien tavoitteiden toteutumista?

Kyllä  Ei

Perustelut vastauksellesi \_\_\_\_\_

8. Ohjasivatko asettamasi tavoitteet omaa kuntoutumistasi kurssin aikana?

Kyllä  Ei

Perustelut vastauksellesi \_\_\_\_\_

9. Koitko omien tavoitteiden miettimisen/asettamisen lisäävän omaa kuntoutumismotivaatiotasi?

\_\_\_\_\_

ei  
ollenkaan

erittäin  
paljon

KIITOS VASTAUKSISTASI!!!

## KYSELY GAS-TIEDOITUSTILAISUUDESSA /OSA 1

10.3.09/st

1. Kuinka paljon tiedät Goal Attainment Scale-mittarista/metelmästä?



2. Kuinka paljon tiedät Gas-mittarin/metelmän käytöstä meidän talossa?



3. Miten motivoitunut olet käyttämään Gas-mittaria/metelmää jatkossa?



4. Miten motivoitunut olet kehittämään Gas-menetelmän käyttöä?



5. Miten tärkeänä koet gas-menetelmän kehittämisen talossamme?



Kysymyksiä Gas:sta \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## KYSELY GAS-TIEDOITUSTILAISUUDESSA /OSA 2

10.3.09/st

1. Kuinka paljon tiedät Goal Attainment Scale-mittarista?

|-----|

en riittävästi  
ollenkaan

2. Kuinka paljon tiedät Gas-mittarin/menetelmän käytöstä meidän talossa?

|-----|

en riittävästi  
ollenkaan

3. Miten motivoitunut olet käyttämään Gas-mittaria/menetelmää jatkossa?

|-----|

en erittäin  
ollenkaan motivoitunut

4. Miten motivoitunut olet kehittämään Gas-menetelmän käyttöä?

|-----|

en erittäin  
ollenkaan motivoitunut

5. Miten tärkeänä koet gas-menetelmän kehittämisen talossamme?

|-----|

ei ollenkaan erittäin tärkeänä

Ideoita \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

WEBPOL

- Katso raportti
- Luo raportti

- Suomi
- English
- Deutsch
- Bahasa Indonesia
- Suomi
- Svenska
- ไทย
- Tiếng Việt
- 中文

Välitse katsottava raportti: **Perusraportti**

Omat asetukset **Julkaise raportti**

### KYSELY GAS-MENETELMÄN KOKEILUSTA

Vie dokumentti: PDF Tallenna

**1. Ohjasitko kurssilaisia asettamaan henkilökohtaisia tavoitteita kuntoutusjaksolle?** Julkaise

Vastaajien määrä: 7

Vastaus	Määrä
Kyllä	7
Ei, miksi?	0

**2. Missä tilanteessa ohjasit kuntoutujaa asettamaan henkilökohtaisia tavoitteita?** Julkaise

Vastaajien määrä: 7

Tilanne	Määrä
Yksilöllisessä alkuhaastattelussa /- tarkastuksessa	5
Ryhmämuotoisessa tavoit keskustelussa	2
Molemmissa	2

**3. Kirjasitko tavoitteet yhdessä kurssilaisen kanssa henkilökohtaiseen kuntoutumissuunnitelma-lomakkeeseen (= GAS -lomake)?** Julkaise

Vastaajien määrä: 7

Vastaus	Määrä
Kyllä	6
Ei, miksi?	1

Avoimet vastaukset: Ei, miksi?

- tavoit keskustelun mennessä "kaikki" oli jo kirjattu, ryhmätilanteessa ohjeistus on yhteistä- ei yksilöllistä, pienryhmän tapaamisessa esille tulevat sopeutumisen tavoitteet ovat myös siten yleisiä ja toteutuvat muiden osatavoitteiden kautta, etten ko/koenut tarpeelliseksi nostaa niitä erikseen esille.

**4. Oliko henkilökohtainen kuntoutumissuunnitelma-lomake (GAS)mielestäsi toimiva tavoitteiden asettamiseen?** Julkaise

Vastaajien määrä: 7

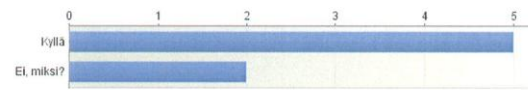
Vastaus	Määrä
Kyllä	6
Ei, mitä muuttaisit?	1

Avoimet vastaukset: Ei, mitä muuttaisit?

- tavoitteita tulee edetä paljon, jokainen ammattihenkilö kokee tehtäväkseen (?) kirjata omalta osaltaan, valmis yleinen höpinä ehkä suuntaa liian yleiseen, johon kuka tahansa voi sitoutua, IHAN OMAT KESKEISIMMÄT tavoitteet eivät näytä nousevan esille - mikä vaikeuttaa myös arviointia.

**5. Edesautoiko mielestäsi kokeiltu toimintamalli(kaikki moniammatillisen työryhmän jäsenet ohjaavat kuntoutujaa tavoitteiden asettamisessa) kuntoutujalähtöisen kuntoutuksen toteuttamista kurssimuotoisessa kuntoutuksessa?** Julkaise

Vastaajien määrä: 7



Avoimet vastaukset: Ei, miksi?

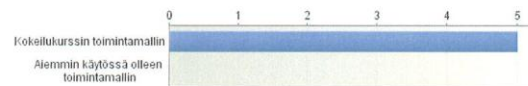
[Näytä kaikki](#)

- katso edellinen vastaus
- Ehkä tuloerä oli aika epätavallinen

6. Kumman toimintamallin koet parempana kuntoutujien tavoitteiden asettamisen ohjaamisessa jatkossa kurssimuotoisessa kuntoutuksessa?

[Julkaise](#)

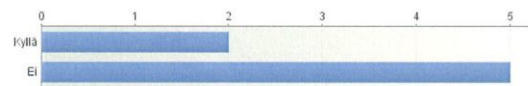
Vastaajien määrä: 5



7. Olitko mukana ryhmämuotoisessa tavoitekeskustelutilaisuudessa (torstaina) ohjaamassa kuntoutujia tavoitteiden asettamisessa?

[Julkaise](#)

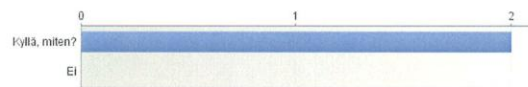
Vastaajien määrä: 7



8. Erosiko kokeilukurssin ryhmämuotoinen tavoitekeskustelu aiemmilla kursseilla toteutuneista tavoitekeskusteluista?

[Julkaise](#)

Vastaajien määrä: 2



Avoimet vastaukset: Kyllä, miten?

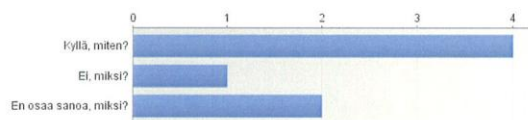
[Näytä kaikki](#)

- melko turha tilaisuus, kaikki oli jo tehty, sisältönä kurssin esittely, aikaa liikaa
- Suurimmalla osalla oli jo tavoitteet kirjattu ennen tavoitekeskustelua, joten tämän muotoinen tavoitekeskustelu tuntui turhalta. Puoli tuntia olisi riittänyt. Ja jotenkin kurssin ohjeiman läpikäyminen tuntui tässä vaiheessa liian myöhäiseltä.

9. Edesauttoiko mielestäsi starttikokouksen ajoittuminen perjantaille henkilökohtaisen kuntoutumissuunnitelma-lomakkeen (GAS-lomake)hyödyntämistä moniammatillisessa kuntoutuksessa?

[Julkaise](#)

Vastaajien määrä: 7



Avoimet vastaukset: Kyllä, miten?

[Näytä kaikki](#)

- kuntoutujia oli tällöin tavannut kaikki ammattiryhmät. Tavoitteita kuitenkin kertyi jollekin kuntoutujalle suuri määrä, jolloin kaikkia tavoitteita ei pystytty noteraamaan.
- kaikki kokouksessa läsnäolleet kuuluivat kuntoutujan asettamat tavoitteet

Avoimet vastaukset: Ei, miksi?

[Näytä kaikki](#)

- Lomakkeet osin vaikeaselkoisesti täytettyjä



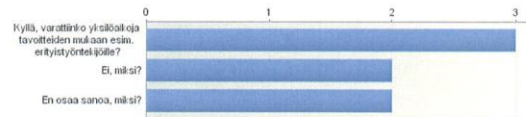
Avoimet vastaukset: En osaa sanoa, miksi?

[Näytä kaikki](#)

- en ole havainnut muiden ammattiryhmien ottavan mitenkään eri tavoin kurssilaisia esille kuin aiemminkaan
- vasta yksi kokeilu

10. Edesauttoiko mielestäsi starttikokouksen ajoittuminen perjantailla kuntoutujien henkilökohtaisten tavoitteiden huomioidusta kuntoutuksen suunnittelussa? [Julkaise](#)

Vastaajien määrä: 7



Avoimet vastaukset: Kyllä, varattiinko yksilöaikoja tavoitteiden mukaan esim. erityistyöntekijöille?

[Näytä kaikki](#)

- kyllä, yksilöaikoja varattiin tarvittaessa.

Avoimet vastaukset: Ei, miksi?

[Näytä kaikki](#)

- Lomakkeet osin vaikeaselkoisesti täytettyjä
- Harva kurssilainen itse osaa pyytää aikaa erityistyöntekijälle vaan tarpeet erityistyöntekijälle tulevat esiin alkuhaastattelussa.

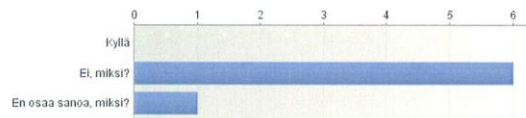
Avoimet vastaukset: En osaa sanoa, miksi?

[Näytä kaikki](#)

- yksilöaikoja varattiin tälle ryhmälle niukasti, he myös toivoivat niukasti johtuneekohan siitä, että tavoitteet oli asetettu niiden henkilöiden kanssa, jotka olivat kurssilaisen tavanneet ja tieto muiden ammattiryhmien olemassaolostakin tulee esille vasta kurssin esittelyn yhteydessä tavoitekeskustelussa (jolloin siis tavoitteet ja toiveet ikään kuin jo esitettiin)?
- Uskoisin niin.

11. Kirjattiinko starttikokouksessa kuntoutujan henkilökohtaiset tavoitteet esim. koontiistaan muiden työntekijöiden esim. konsulttien tiedoksi? [Julkaise](#)

Vastaajien määrä: 7



Avoimet vastaukset: Ei, miksi?

[Näytä kaikki](#)

- paljon rasteja, tavanomaisia "fraaseja ja pitkää lopinää", varsin vähän erityisinformatiota sisältäviä tavoitteita. Tavoitelomakkeet edelleen tiimikäryssä kaikkien asiasta kiinnostuneitten luettavissa.
- olisi vienyt aikaa (kirjoitettiin vain "katso GAS") ja tavoitteita oli jollakin niin paljon että sitä ei nähty tärkeäksi kirjata niitä ylös.
- Lomakkeet osin vaikeaselkoisesti täytettyjä
- kuntoutujilla niin runsaasti tavoitteita, että niiden kirjaaminen koneelle olisi vienyt kohtuuttomasti aikaa ja tilaa.

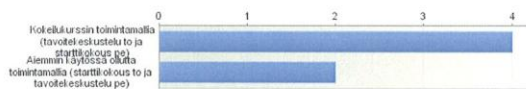
Avoimet vastaukset: En osaa sanoa, miksi?

[Näytä kaikki](#)

- En ollut starttikokouksessa, mutta seurantalomakkeella ei tavoitteita ollut merkittyä

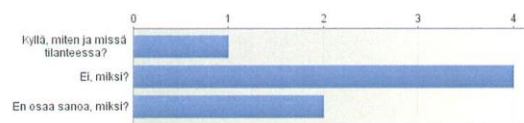
12. Kumpaa toimintamallia pidät parempana starttikokouksen ja tavoitekeskustelun ajoituksen kannalta kurssimuotoisessa kuntoutuksessa? [Julkaise](#)

Vastaajien määrä: 6



13. Edesauttoiko mielestäsi kurssin toimintamallikokeilut moniammatillista työskentelyä kurssin alkuvaiheen jälkeen kurssin toteutuksessa esim. seurantakokouksessa? [Julkaise](#)

Vastaajien määrä: 7



## Avoimet vastaukset: Kyllä, miten ja missä tilanteessa?

[Näytä kaikki](#)

## Avoimet vastaukset: Ei, miksi?

[Näytä kaikki](#)

- en toistaiseksi ole huomannut mitään eroa - ellei sitten yksilöaikaotteitten väheneminen ole merkki kurssimuotoisuuden oivalluksesta?
- Olisi ehkä hyvä, että gas-lomakkeelle merkityt tavoitteet näkyisivät seurantakokouksissa, esim. seurantalomakkeella vaikka lyhennettyinä
- GAS tavoitteet edelleen vain pienen joukon tiedossa (starttikokouksessa läsnäoleilla), koska niitä ei kirjattu mihinkään näkyville.

## Avoimet vastaukset: En osaa sanoa, miksi?

[Näytä kaikki](#)

- en päässyt osallistumaan tiimin seurantakokoukseen tuolloin alussa
- Siirryin tulovikion jälkeen toiseen tiimiin

## 14. Kerro muita GAS-menetelmän hyödyntämiseen liittyviä kehitysehdotuksia

[Analysoi](#) [Julkaise](#)

Vastaajien määrä: 4

[Näytä kaikki](#)

- Kokeilu ehkä kannattaa uusia, kun tämän kyselyn tulokset on koottu ja jos niistä nousee kehittämissajatuksia.
- Gas-lomakkeiden mukana oleminen alkuhaastattelussa oli hyvä asia. Jos jatkossa startti vasta perjantaina niin se tulee huomioida tiimisairaanhoitajien työajoissa (joka koimas pe on vapaa), että kurssintulo viikolla ei ole vapaapäivää perjantaina. Jos lääkäri aloittaa lääkerekkeiluja niin lääkerekkeilut alkavat vasta perjantaina (päivän myöhemmin kuin ennen). Jos kuntoutajat kiertävät GAS -lomakkeiden kanssa alkuhaastattelussa niin tavoitekeskustelun sisältöä tulee muuttaa. Nyt tuntuu hassulta käydä läpi mitä taho tarjoaa kun kaikki tavoitteet oli jo asetettu. Kuntoutajat kehoituksesta huolimatta täyttivät melkein jokainen yli 4 tavoitetta.
- Kuntoutajat helposi rastittavat itselleen "niikaa" tavoitteita, vaimista vaihtoehdoista.
- Minulle ei ollut aikataulutettu starttikokousta. Tietyksi omien kuntoutujien gas-lomakkeet voi katsoa myöhemmin papereista, mutta mielestäni olisi ollut hyödyllisempää olla paikalla kuulemassa kuntoutujan kaikki tavoitteet. Nyt "omat kuntoutajat" täyttivät ensimmäiset tavoitteet ft-alkuarviossa, enkä näin ollen nähnyt muiden ammattiryhmien kanssa asetettuja tavoitteita (paitsi siis myöhemmin omalla ajalla kuntoutujien papereista). Tämä saattaa olla epäoleellista, mutta yhden kuntoutujan ft-alkuarvio oli heti tavoitekeskustelun jälkeen, eikä hän ollut ehtinyt miettiä tavoitteita vielä lainkaan. Alkuarviossa tuntui aika loppuvan kesken ja gas-menetelmän läpikäyminen uudelleen vei lisää aikaa. Olisiko hyvä lähettää kuntoutujille tietoa gas-menetelmästä jo kotiin, ennen kurssin alkua? Näin voisivat miettiä tavoitteita jo hyvissä ajoin etukäteen. Kokonaisuudessaan gas-menetelmä vaikuttaa hyödylliseltä kurssien kohdalla.

Toteutettu Webropolin avulla

**HENKILÖKOHTAINEN KUNTOUTUMISSUUNNITELMA/kurssimuotoinen kuntoutus**

Kuntoutuskurssin yleisenä tavoitteena on työ- ja toimintakyvyn paraneminen/säilyminen sekä elämänhallinnan koheneminen. Tavoitteiden saavuttamiseksi kurssiin sisältyy moniammatillisesti ohjattu kuntoutusohjelma

**Henkilökohtaiset tavoitteeni kurssille ovat:**

Kirjaa 1-4 itselle tärkeää tavoitetta avoimiin kohtiin tai rastittamalla valmiita vaihtoehtoja. Täsmennä ja tarkenna valmiita tavoitteita omien tarpeiden mukaisiksi.

	Arvioi tavoitteiden toteutuminen *				
	-2	-1	0	+1	+2
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Saan tietoa _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Opin ymmärtämään sairauteeni liittyviä oireita _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Opin tunnistamaan voimavaroja _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Opin uusia toimintatapoja arjessa selviytymiseen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Opin keinoja huolehtia itsestäni _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Saan vaihtaa kokemuksia samaa sairautta sairastavien kanssa _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Saan tukea työssä / kotona jaksamiseen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____					

**\*tavoitteiden toteutumisen arviointi:**

-2 = tavoite toteutui selvästi odottamaani heikommin

/ei toteutunut lainkaan

-1 = tavoite toteutui hieman odottamaani heikommin

0 = Tavoite toteutui odotusteni mukaan

+1 = tavoite toteutui hieman odottamaani paremmin

+2 = tavoite toteutui selvästi odottamaani paremmin

Tavoitteet kirjattu

Tavoitteet arvioitu

Allekirjoita lomake vasta lähtökeskustelussa

Pvm \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

pvm \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Kuntoutujan allekirjoitus

**HENKILÖKOHTAINEN KUNTOUTUMISSUUNNITELMA/kurssimuotoinen kuntoutus**

Kuntoutuskurssin yleisenä tavoitteena on työ- ja toimintakyvyn paraneminen/säilyminen sekä elämänhallinnan koheneminen. Tavoitteiden saavuttamiseksi kurssiin sisältyy moniammatillisesti ohjattu kuntoutusohjelma

**Henkilökohtaiset tavoitteeni kurssille ovat:**

Kirjaa 1-4 itselle tärkeää tavoitetta avoimiin kohtiin tai rastittamalla valmiita vaihtoehtoja. Täsmennä ja tarkenna valmiita tavoitteita omien tarpeiden mukaisiksi.

	Arvioi tavoitteiden toteutuminen *				
	-2	-1	0	+1	+2
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Saan tietoa _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____					
<input type="checkbox"/> Opin ymmärtämään sairauteeni liittyviä oireita _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____					
<input type="checkbox"/> Opin tunnistamaan voimavaroja _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____					
<input type="checkbox"/> Opin uusia toimintatapoja arjessa selviytymiseen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____					
<input type="checkbox"/> Opin keinoja huolehtia itsestäni _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____					
<input type="checkbox"/> Saan vaihtaa kokemuksia samaa sairautta sairastavien kanssa _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____					
<input type="checkbox"/> Saan tukea työssä / kotona jaksamiseen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____					

\*tavoitteiden toteutumisen arviointi:

- 2 = tavoite toteutui selvästi odottamaani heikommin /ei toteutunut lainkaan
- 1 = tavoite toteutui hieman odottamaani heikommin
- 0 = tavoite toteutui odotusteni mukaan
- +1 = tavoite toteutui hieman odottamaani paremmin
- +2 = tavoite toteutui selvästi odottamaani paremmin

GAS-kokonaispiste \_\_\_\_\_

Tavoitteet kirjattu pvm \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Tavoitteet arvioitu pvm \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kuntoutujan allekirjoitus

\_\_\_\_\_

Kuntoutujan allekirjoitus

**HENKILÖKOHTAINEN KUNTOUTUMISSUUNNITELMA/kurssimuotoinen kuntoutus**

Kuntoutuskurssin tavoitteena on työ- ja toimintakyvyn paraneminen/säilyminen sekä elämänhallinnan koheneminen. Kurssi tarjoaa mm.

- tietoa sairaudesta, oireista, apuvälineistä, sosiaaliturvasta, kuntoutuksesta jne.
- tukea sairauteen liittyvien oireiden ymmärtämiseen
- tukea omien voimavarojen löytämiseen
- tukea työssä / kotona jaksamiseen
- tietoa uusista toimintavoista
- vinkkejä keinoista huolehtia itsestä
- mahdollisuuden vaihtaa ajatuksia ja kokemuksia muiden samassa tilanteessa olevien kanssa

**Henkilökohtaiset tavoitteeni kurssille ovat:**

Kirjaa 1-4 itselle tärkeää tavoitetta.

	Arvioi tavoitteiden toteutuminen *				
	-2	-1	0	+1	+2
1) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tavoitteet kirjattu Maskussa pvm \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kuntoutujan allekirjoitus

Tavoitteet arvioitu Maskussa pvm \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kuntoutujan allekirjoitus

\*tavoitteiden toteutumisen arviointi:

-2 = tavoite toteutui selvästi odottamaani heikommin /ei toteutunut lainkaan

-1 = tavoite toteutui hieman odottamaani heikommin

0 = tavoite toteutui odotusteni mukaan

+1 = tavoite toteutui hieman odottamaani paremmin

+2 = tavoite toteutui selvästi odottamaani paremmin