

Opinnäytetyö (AMK)

Fysioterapeuttikoulutus

2018

Brown Veera, Kütük Yonca & Partanen Mari

KOHTI ASIAKASLÄHTÖISTÄ TAVOITTEENASETELUA

- Turun yliopistollisen keskussairaalan neurologian poliklinikan fysioterapian ostopalveluasiakkaiden loppupalautteiden analyysi



OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Fysioterapeuttikoulutus

2018 | 37 sivua

Ohjaava opettaja: Bärlund Esa

Brown Veera, Kütük Yonca & Partanen Mari

KOHTI ASIAKASLÄHTÖISTÄ TAVOITTEENASETELUA

-Turun yliopistollisen keskussairaalan neurologian poliklinikan fysioterapian ostopalveluasiakkaiden loppupalautteiden analyysi

Terveystieteiden ja kuntoutuksessa ajatusmalli kehittyä jatkuvasti sairauskeskeisyydestä kohti tavoitekeskeistä ajattelutapaa. Ihmistä ei nähdä enää kuntoutuksen objektina, vaan asiakkaan rooli kuntoutusprosessissa vahvistuu. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin lähivuosisien strategioissa korostetaan asiakkaan aktiivista osallisuutta ja asiakaslähtöisyyttä. Fysioterapiassa kirjaamisen laatuun ja tavoitteiden asettamiseen keskitytään yhä enemmän. Erityisesti ihmisen kokonaisvaltainen tarkastelu ja yksityiskohtainen toimintakyvyn kuvaaminen ovat olleet esillä.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Turun yliopistollisen keskussairaalan neurologian poliklinikan fysioterapian ostopalveluasiakkaiden tavoitteenasettelua ja tavoitteiden saavuttamisen arviointia. Viitekehystenä tarkastelussa käytettiin tavoitteenasettelun apuvälineenä käytettävää asiakaslähtöistä SMART-periaatetta ja ihmisen toimintakyvyn kokonaisvaltaisesti huomioivaa kansainvälistä ICF -toimintakykyluokitusta.

Tutkimusaineistona oli 131 fysioterapian loppupalautetta yleisneurologian sekä kuntoutus ja aivovammapotilaan hoito – palvelualueilta vuosilta 2016–2017. Aineisto valittiin yksinkertaisella satunnaisotannalla 754 loppupalautteesta. Analyysissä selvitettiin, onko fysioterapialle laadittu tavoitteet, onko tavoitteiden saavuttamista arvioitu ja vastaako arvio fysioterapialle asetettuja tavoitteita. Lisäksi tarkasteltiin, miten SMART – periaate toteutuu tavoitteenasettelussa ja miten ICF – luokituksen toimintakyvyn osa-alueet näkyvät asetetuissa tavoitteissa.

Tulosten perusteella loppupalautteissa oli puutteita verrattuna Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin vaatimuksiin ja suosituksiin. Analysoiduista palautteista noin viidesosasta puuttui tavoite kokonaan. Yksikään tavoite ei ollut täysin SMART-periaatteen mukainen. Yksilölliset, mitattavissa olevat ja aikataulutetut tavoitteet olivat poikkeuksia. Tavoitteet painottuivat melko vahvasti ICF-luokituksen Ruumiin/kehon toiminnot -osa-alueelle, vaikka toimintakyvyn eri osa-alueet tulisi huomioida tavoitteenasettelussa. Osa tavoitteista oli laadittu terapeutin, eikä asiakkaan näkökulmasta. Suurimmassa osassa tavoitteen saavuttamista oli arvioitu, mutta arviossa ei aina tarkasteltu niitä asioita, jotka oli mainittu fysioterapian tavoitteiksi.

Tulosten perusteella saatua tietoa voidaan hyödyntää neurologian poliklinikan fysioterapian loppupalautepohjan kehittämisessä. Myös muita opinnäytetyössä mainittuja lähteitä voidaan suositella palveluntuottajien käytettäväksi palautepohjan kehittämistä ja laatimista varten. Palautepohjaan on mahdollista lisätä tarkemmat ohjeistukset tavoitteiden laatimiseen SMART-periaatteen sekä ICF-luokituksen pohjalta.

ASIASANAT: asiakaslähtöisyys, ICF, kuntoutus, ostopalvelu, SMART, tavoite, toimintakyky

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Physiotherapy

2018 | 37 pages

Supervisor: Bärlund Esa

Brown Veera, Kütük Yonca & Partanen Mari

TOWARDS PATIENT-ORIENTED GOAL-SETTING

Analysis of the Turku university hospital neurological outpatient department's physiotherapy final assessments

In health care and rehabilitation there has been a paradigm shift from an illness-centered mindset to a goal-centered mindset. Individuals are no longer seen as an object of rehabilitation, but rather the patient's role is emphasized in the rehabilitation process. An active role of the patient and a patient-oriented approach are emphasized in the current strategies of the hospital district of Southwest Finland. In physiotherapy the focus is increasingly on the quality of goal-setting in clinical documentation. Especially the description of functioning and a comprehensive inspection of the individual have been discussed.

The purpose of this thesis is to describe the goal-setting and the evaluation of these goals within the context of the Turku university hospital neurological polyclinic's outpatient department's physiotherapy provided by private physiotherapists. The frame of reference was composed of the SMART-principle as a means of goal-setting, and the ICF classification as a means of taking into account an individual's functioning.

The sample consisted of 131 out of 754 physiotherapy final assessments from the neurology and brain trauma units from 2016-2017. A simple random generator was used. The sample was described according to the main descriptives of interest related to the research questions. The purpose of the analysis was to investigate if the written physiotherapy feedbacks included goal-setting, if the achievement of these goals had been assessed and if the assessment corresponded with the goals set. The use of the SMART-principle in goal-setting and the frequency of the various domains used according to the ICF classification were examined.

Goal-setting was completely absent in approximately one-fifth of all assessments, and none of the goals mentioned completely fulfilled the SMART-principle. Specific, measurable and timed goals were an exception. The majority of the goals were classified as body functions within the ICF classification. Some of the goals had been set from the therapist's viewpoint, rather than from the patient's. In the majority of the assessments goal achievement had been evaluated, but the evaluation did not always include examination of the goals set in the beginning of the physiotherapy process.

Based on findings and conclusions in this thesis, it can be recommended in further development of a final assessment form in gathering physiotherapy feedback. Also, any similar work described in this thesis can be recommended to be extended to any other professional service provider's feedback's for a neurological outpatient department. The assessment form should contain more detailed goal-setting instructions based on the SMART-principle and the ICF classification.

KEYWORDS: Function, goal, ICF, outsourcing, patient-oriented viewpoint, rehabilitation, SMART

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 TAVOITE KUNTOUTUSPROSESSISSA	7
2.1 Asiakaslähtöisyys	7
2.2 Fysioterapian järjestäminen ja terapian loppupalaute	8
2.3 Tavoitteen laatiminen	10
2.4 SMART -periaate	11
2.5 Tavoitteen saavuttamisen arviointi	12
3 TOIMINTAKYKY	14
3.1 ICF-luokitus (International Classification of Functioning, Disability and Health)	15
3.2 ICF-luokitus tavoitteenasettelussa	18
4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET, TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	20
4.1 Tavoite ja tarkoitus	20
4.2 Tutkimusongelmat	20
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	21
5.1 Tutkimusmenetelmä	21
5.2 Tutkimusaineisto	22
5.3 Opinnäytetyöprosessi ja aikataulu	23
6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	25
6.1 SMART – periaatteen toteutuminen	25
6.2 Arvio tavoitteiden saavuttamisesta	31
7 POHDINTA	32
LÄHTEET	35

KUVAT

Kuva 1. ICF –luokituksen hierarkkinen rakenne ja koodit	16
Kuva 2. Spiraalimalli	23
Kuva 3. Opinnäytetyön aikataulu	24
Kuva 4. ICF – koodien esiintyvyys tavoitteissa	29

TAULUKOT

Taulukko 1. SMART osa-alueiden määrä per tavoite	25
Taulukko 2. SMART – periaatteen osa-alueiden esiintyvyys tavoitteissa	26
Taulukko 3. ICF – luokituksen osa-alueiden määrä per tavoite	28
Taulukko 4. ICF – luokituksen osa-alueiden esiintyvyys tavoitteissa	28
Taulukko 5. Yleisimmät ICF – koodit tavoitteissa, n=104	30

1 JOHDANTO

Terveydenhuollossa ajatusmalli kehittyi sairauskeskeisyydestä kohti tavoitekeskeistä ajattelutapaa. Asiakkaan yksilöllisiin tavoitteisiin keskitytään yhä enemmän ja suositukset korostavat asiakkaan kanssa yhdessä laaditun tavoitteen tärkeyttä. (Stevens ym. 2017, 1.) Sekä Suomessa että ulkomailla puhutaan kuntoutuksen paradigmanmuutoksesta, jossa asiakkaan rooli vahvistuu. Asiakas on muuttunut kuntoutusobjektista aktiiviseksi toimijaksi. (Järvikoski 2013, 74.) Asiakaslähtöisyys näkyy vahvasti myös Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuluvaan ja kahden seuraavan vuoden strategioissa (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2016; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2018).

Kuntoutuksen ammattilaiset kokevat, että realististen tavoitteiden asettaminen ja kuntoutuksen sitominen asiakkaan arkeen on haasteellista. Kuntoutuksen tavoite voi olla muotoiltu täysin ammattilaisen lähtökohdista, eikä asiakas välttämättä ole tietoinen asetuista tavoitteista. (Karhula ym. 2016a; Paltamaa ym. 2011, 66, 72.) Tutkimuksissa on osoitettu, että asiakkaat osallistuvat harvoin tavoitteenasetteluun. Fysioterapeuttien on löydettävä keinoja asiakkaan osallisuuden lisäämiseen, sillä osallistuminen tavoitteen asettamiseen ja suunnitteluun lisäävät hoitoon sitoutumista, motivaatiota ja asiakastytyväisyyttä. (Stevens ym. 2017, 1.)

Tavoitteiden laatua on Suomessa tarkasteltu esimerkiksi Kelan vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeen vuosina 2007–2009 suorittamassa tutkimuksessa. Tulokset paljastivat laadun heikkouden Kelan organisoiman vaikeavammaisten kuntoutuksen suunnitelmissa. Kolmasosalla asiakkaista ei ollut tavoitetta ollenkaan. Tavoitteet oli laadittu pääosin yleisellä tasolla ja ne olivat yksilöityjä vain murto-osalla. Tavoitteina oli ollut esimerkiksi toimintakyvyn paraneminen, mutta toimintakyvyn kuvaaminen oli puutteellista. Haastatelluista 25 % ei ollut kuvannut asiakkaan toimintakykyä ollenkaan. (Paltamaa, ym., 2011, 58.)

Opinnäytetyön toimeksiantaja on Turun yliopistollinen keskussairaala (Tyks). Tavoitteena on tuottaa tietoa aikuisneurologian poliklinikan ostopalveluasiakkaiden fysioterapian tavoitteenasettelusta. Tulosten perusteella selvitetään, ovatko palautteet sairaanhoitopiirin vaatimusten mukaisia ja onko tarvetta kehittää esimerkiksi palautepohjaa, joka yhtenäistäisi kirjauksia ja lisäisi tavoitteiden asiakaslähtöisyyttä. Tällöin palautteiden ja koko fysioterapiaprosessin laadun arviointi olisi helpompaa.

2 TAVOITE KUNTOUTUSPROSESSISSA

Kuntoutus on yksilöllistä, tavoitteellista toimintaa, jossa tähdätään ihmisen omien tavoitteiden mukaiseen elämäntilanteen muutokseen. Kuntoutus on asiakkaan ja kuntoutustyöntekijän välistä yhteistyötä, jossa ammattilaisen osuus riippuu asiakkaan tarpeista. Asiakas suunnittelee itse kuntoutusprosessin vaiheita, tekee sitä koskevia päätöksiä ja arvioi tavoitteiden saavuttamista. Kuntoutuksen ammattilainen on tässä tukena. Kuntoutuksen pitäisi suuntautua asiakkaan voimavaroihin, vahvuuksiin ja tukea asiakkaan omaaloitteisuutta. (Järvikoski 2013, 73.)

2.1 Asiakslähtöisyys

Termissä asiakslähtöinen kuntoutus, "lähtöisyys" viittaa siihen, että kuntoutuksen suunnittelussa ja päätöksenteossa pohjana ovat asiakkaan omat tavoitteet. Termi on ollut käytössä kuntoutuksessa nimenomaan tarkoittaessa asiakkaan omien tavoitteiden pohjalta tapahtuvaa toimintaa. (Järvikoski 2013, 41.)

Sekä Suomessa että ulkomailla on pitkään puhuttu kuntoutuksen paradigmanmuutoksesta, jossa keskeistä on asiakkaan roolin vahvistuminen. Asiakas ei ole kuntoutuksen objekti, vaan osallistuu aktiivisesti kuntoutuksen suunnitteluun ja päätöksentekoon. Näkemyksenä on myös se, että yksilön "vajaakuntoisuus" ei ole hänen ominaisuutensa, vaan riippuvainen myös hänen toimintaympäristöstä. (Järvikoski 2013, 74.)

Fysioterapian lähtökohtana on asiakkaan tarpeiden ja tavoitteiden selvittäminen. Tämä mahdollistaa asiakkaan sitoutumisen prosessiin ja auttaa siirtämään terapiassa suoritettuja toiminnot myös arkeen. (Paltamaa ym. 2011, 225.) Kuntoutuksen tulokset saavutetaan parhaiten, jos asiakas voi hyödyntää yksilöterapiassa harjoiteltuja toimintoja myös arjen tilanteissa. Asiakslähtöisyys ei palvele ainoastaan kuntoutujan etua. Ainakin teorialtasolla ymmärretään yhä paremmin, että kuntoutus on tuloksetonta ja resurssien hukkaamista, ellei sitä toteuteta asiakslähtöisesti. Asiakkaan itse laatimat tavoitteet ja oma käsitys toimintakyvystään vaikuttavat ratkaisevasti kuntoutuksen tulevaisuuteen. Jos halutaan saavuttaa yhteiskunnan odottamia tuloksia, on asiakkaan tultava kuulluksi. Kuntoutuksen rahoittajana on tavallisesti jokin kuntoutusorganisaatio, jonka on taloudellisesti kannattavaan toimintaa varten otettava huomioon asiakkaansa näkemykset kuntoutustoiminnan suunnittelussa ja päätöksenteossa. (Järvikoski 2013, 24.)

Potilaslähtöisyys on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin toimintaa vahvasti ohjaava arvo ja potilasta pidetään kaiken toiminnan lähtökohtana. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin laatustrategioissa vuosille 2017–2018 ja 2019–2020 korostetaan potilaan roolia asiakkaana. Sekä kuluva että kahden seuraavan vuoden strategioissa korostuu asiakkaan aktiivinen osallisuus ja palveluiden laatu. Tavoitteena on lisätä asiakkaiden osallisuutta hoidossa sekä hoidon ja hoitoprosessien suunnittelussa sekä kannustaa henkilöitä kehittämään toimintaa potilaslähtöisemmäksi. Kun potilas sitoutuu hoitoonsa, resurssitehokkuus ja hoidon vaikuttavuus kasvavat. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2016; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2018.)

Asiakkailla ei aina ole selkeää, mikä heidän roolinsa on tavoitteiden asettamisprosessissa. Myös kuntoutuksen tarkoitus voi olla asiakkaalle epäselvä. Kuntoutuksen ammattilaiset kokevat, että asiakkailla ei aina ole riittävästi tietoa omasta toimintakyvystään ja sen vaikutuksista arjessa toimimiseen. Ammattilaiset kokevat myös, että kuntoutuksen tarkoituksen selittäminen ja yhdistäminen asiakkaan omiin tavoitteisiin on haasteellista. (Karhula ym. 2016a.) Asiakas voi kokea selviytyvänsä hyvin, vaikka hänellä olisi huomattavia toimintarajoituksia. Asiakaslähtöisyyden periaatteen mukaisesti terapian tavoitteiden tulee liittyä asioihin, joissa asiakas itse tunnistaa muutoksen tarpeen. (Karhula ym. 2016b.)

Kuntoutuksen tavoite saatetaan joskus muotoilla palvelun tai ammattilaisen lähtökohdista eikä asiakkaan tarpeesta lähtien. Asiakkaalle asetetaan palveluissa, tai jopa saman palvelun sisällä, eri tavoitteita, joista asiakas ei välttämättä ole itse tietoinen. Asiakaslähtöinen tavoitteenasettelu vaatii vakiintuneiden toimintamallien arviointia ja uusien mallien ja käytäntöjen kehittämistä (Karhula ym. 2016a.) Vaikka prosessi alkaisi asiakaslähtöisesti, voi työntekijä määritellä asiakkaan tarpeet uudelleen tulkiten niitä omista lähtökohdistaan käsin, jolloin toimenpiteet perustuvat vakiintuneisiin ratkaisuihin. (Karhula ym. 2016b.) Asiakaskeskeinen tavoitteenasettelu mahdollistaa sen, että kuntoutuksen tulokset voidaan määritellä tapauskohtaisesti. Näin välttyään siltä, että kaikkien asiakkaiden tuloksia tarkastellaan aina saman mittarin perusteella. (Wade DT 2009, 294.)

2.2 Fysioterapian järjestäminen ja terapian loppupalaute

Suomessa terveydenhuoltolain mukaisen erikoissairaanhoidon järjestäminen on kuntien vastuulla. Jokaisen kunnan tulee lain mukaan kuulua sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään erikoissairaanhoidon järjestämiseksi. (Laki erikoissairaanhoitolain 3 §:n muuttamisesta

915/2017.) Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSHP) kuntayhtymä tuottaa erikois-sairaanhoidon palveluja Turun yliopistollisessa keskussairaalassa (Tyks).

Ostopalvelu tarkoittaa tilannetta, jossa kunta ostaa palvelua ulkopuoliselta taholta, esimerkiksi toiselta kunnalta, kuntayhtymältä, valtiolta, kolmannen sektorin tuottajalta tai yksityiseltä yritykseltä. Terveyspalvelumarkkinoilla on useita pieniä toimijoita, esimerkiksi fysioterapiayrityksiä, joiden palveluja kunta käyttää ydintoiminnan tukemiseen. Ostopalvelun avulla kunta voi saada lisäresursseja tai tarjota yksittäisiä palveluja palvelusetelillä. (Junnila & Fredriksson 2012, 6-9.)

Lakisääteinen kuntoutus sisältää neuvontaa, erilaisia terapioiden, koulutusta, apuvälinepalveluja sekä toimintakykyä tukevia teknisiä ratkaisuja. Kuntoutukseen sisältyy myös lakisääteisen kuntoutuksen ulkopuolella olevat terveyden edistäminen, toimintakykyä yleisesti ylläpitävät toimenpiteet ja ympäristön edellytyksiin vaikuttaminen. Fysioterapia on merkittävä osa kuntoutusta. (Suomen Fysioterapeutit 2016, 8.)

Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa on esitetty yleisiä fysioterapian toimintaperiaatteita. Toimintaperiaatteiden mukaan ostopalveluiden terapiamaksut hyväksytään vasta, kun terapiakäynneistä laadittu loppupalautte on vastaanotettu. (Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon esitys fysioterapian toimintaperiaatteiksi 2016, 30.)

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän fysioterapiapalveluiden tarjouspyynnössä vaaditaan, että ostopalveluna hankittujen palveluntarjoajien loppupalautteissa tulee näkyä kuvaus terapian toteutuksesta, vaikuttavuudesta ja tuloksellisuudesta. Sen on sisällettävä myös asiakkaan oma arvio sekä terapeutin ehdotus jatkosuosituksesta. Asiakkaan toimintakykyä ja liikkumista tulee kuvata asiaan kuuluvilla mittareilla arvioituna. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirille (VSSHP) toimitettava palaute tulee kirjata sairaanhoitopiirin palautelomakkeelle. Jos palveluntarjoaja käyttää omaa lomaketta, tulee sen olla nimikkeistöltään yhtenäinen VSSHP:n palautelomakkeen kanssa. Palautteen sisällöstä tulee näkyä ICF:n rakenne ja tarvittaessa GAS-tavoite. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. 2017, 8.)

Loppupalautteessa on siis kuvattava fysioterapiaprosessin toteutuminen. Fysioterapiaprosessi on yksilön tarpeesta käynnistyvä tapahtumasarja. Fysioterapiaprosessi etenee fysioterapeuttisesta tutkimisesta, terapian suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin.

(Suomen Fysioterapeutit 2016, 6.) Tavoitteen asettaminen ei ole irrallinen kuntoutusprosessin osa, vaan se on jatkuvasti vuorovaikutuksessa toimintakyvyn arvioinnin, suunnittelun ja toteutuksen kanssa (Karhula ym. 2016a).

2.3 Tavoitteen laatiminen

Fysioterapia on tavoitteellista toimintaa, jossa perustana on kokonaisnäkemys asiakkaan elämäntilanteesta. Tavoitteet ohjaavat fysioterapiaprosessin toteutumista niin, että fysioterapian keinoilla pyritään vahvistamaan asiakkaan omatoimisuutta ja itsenäistä suoriutumista arjen toiminnoista. (Veijola ym. 2015, 32.) Fysioterapiaprosessissa tavoitellaan pysyvää toimintakyvyn muutosta, joka edellyttää asiakkaalta motivaatiota. Fysioterapeutin tehtävänä on ohjauksellaan tukea asiakasta suuntaamaan voimavaransa tavoitteiden saavuttamiseen. Motivoitumisen tukemisessa on oleellista ymmärtää asiakkaan merkitysmaailma ja laatia fysioterapian tavoitteet realistiseksi ja mielekkääksi yhdessä asiakkaan kanssa. (Suomen Fysioterapeutit 2016, 16.)

Tavoitteita laatiessa selvitetään asiakkaan oman elämän ja terveyden kannalta merkitykselliset asiat ja tilanteet, erityisesti ne arjessa selviytymistä mahdollistavat ja rajoittavat tekijät, joihin asiakas toivoisi muutosta. Fysioterapeutti keskustelelee asiakkaan kanssa siitä, millainen toimintakyvyn muutos olisi asiakkaalle merkityksellinen ja mahdollinen saavuttaa. Fysioterapeutti auttaa asiakasta konkretisoimaan muutosta vaativat asiat tavoitteen muotoon ja arvioi, voidaanko asetettuun tavoitteeseen vaikuttaa fysioterapian keinojen avulla. Vaikka asiakkailla olisi sama sairaus, tavoitteet ovat aina yksilölliset ja muodostuvat jokaisen asiakkaan kohdalla erilaisiksi. Asiakkaan oman elinympäristön tarkastelu on tärkeää. Tavoitetta asetettaessa tulisi pelkkien ongelmien sijaan keskittyä myös asiakkaan voimavaroihin. (Autti-Rämö ym. 2015, 5-6; Veijola ym. 2015, 32–33.)

Voimavarojen ja elämäntilanteen lisäksi tavoitteenasettelussa on tärkeää huomioida asiakkaan kehitysedellytykset ja motivoituminen päämäärien tavoitteluun (Paltamaa ym. 2011, 29). Kun asiakas osallistuu itse tavoitteiden laatimiseen sekä motivaatio että mahdollisuus saavuttaa tavoitteet kasvavat. Jos asiakas asettaa itse tavoitteensa, hän tekee myös enemmän töitä niiden saavuttamiseksi. Tavoitteet ovat usein vammalähtöisiä. Asiakkaat ovat kuitenkin kiinnostuneempia osallistumiseen ja arjen aktiivisuuteen liittyvistä tavoitteista. (Veijola ym. 2015, 32.)

Tavoite tulisi laatia niin, että kuka tahansa pystyy arvioimaan tavoitteen saavuttamisen tason fysioterapiaprosessin myöhemmissä vaiheissa yhdessä asiakkaan kanssa (Autti-Rämö ym. 2015, 9). Tavoitteen asettaminen on prosessi, jossa asiakas ja fysioterapeutti toimivat vuorovaikutuksessa. Tavoitteet laaditaan yhdessä ja fysioterapeutin rooli on kehottaa asiakasta täsmentämään tavoitteitaan. Esimerkiksi asiakkaan sanoessa: "Haluan selviytyä jokapäiväisestä elämästäni", voi terapeutti pilkkoa tämän useisiin pienempiin osa-alueisiin, kuten kotityöt, asioiden hoitaminen tai julkisilla kulkuneuvoilla liikkuminen. (Lohmann ym. 2011, 154.)

Yksilöllinen asiakaskeskeinen tavoitteenasettelu toteutuu kuntoutuksessa kansainvälistä GAS (Goal Attainment Scaling) -menetelmää käytettäessä (Wade DT 2009, 294). Esimerkiksi Kelan kuntoutuksessa tavoitteet asetetaan GAS-menetelmän avulla. Menetelmässä lähtökohtana on aina asiakkaan oma tavoite ja kuntoutuksen kannalta oleelliset asiat selvitetään asiakkaan näkökulmasta. GAS -menetelmässä tavoitteidenasettelussa suositellaan hyödynnettävän asiakaslähtöistä SMART – periaatetta. (Sukula & Vainiemi 2015, 3-6.)

2.4 SMART -periaate

SMART -periaatetta käytetään määrittämään kuntoutuksen tavoitteita. Useimmat tavoitteenasettelua käsittelevät tutkimukset ovat käsitelleet tavoitteen luonnetta ja sitä, miten tavoitteen eri näkökohtiin keskittyminen voi muuttaa sen vaikutuksia. Tämän seurauksena on muodostettu ohjeita ihanteellisen tavoitteen asettamiseen. Usein käytetty tavoitteenasettelun väline on kirjainlyhenne SMART. (Wade DT 2009, 293.) Lyhenne tulee englanninkielisistä sanoista, jotka ovat suomennettuna:

- Specific = spesifinen, yksilöllinen, määritetty
- Measurable = mitattavissa oleva
- Achievable = saavutettavissa oleva
- Realistic/Relevant = realistinen ja merkityksellinen, kuntoutustoimenpitein saavutettavissa
- Timed = mahdollinen aikatauluttaa (Sukula & Vainiemi 2015, 6.)

Spesifisyyttä arvioitaessa voidaan pohtia, onko tavoite selkeä, konkreettinen, muiden ymmärrettävissä. Tavoitteen saavuttaminen on oltava mitattavissa laadullisesti tai mää-

rällisesti. Laadullista mitattavuutta voidaan arvioida kriteerien avulla ja määrällistä tavoitetta mitta-asteikolla. (Karhula ym. 2016a.) Yksilöllistä ja mitattavaa tavoitetta asettaessa on helpointa keskittyä yksilön käyttäytymiseen suoritusten ja osallistumisen tasolla (Bovend'Eerd ym. 2009, 354).

Asiakkaan on pystyttävä omalla toiminnallaan vaikuttamaan tavoitteen saavuttamiseen. Asiakkaan ei kuitenkaan tarvitse saavuttaa tavoitetta yksin. On tärkeää, että tavoitteet ovat merkityksellisiä asiakkaalle esimerkiksi työssä tai kotona selviytymisen kannalta. Merkityksellinen tavoite pyrkii vaikuttamaan asiakkaan tilanteeseen ja toimintaympäristöön. (Karhula ym. 2016a.) Tavoite on todennäköisesti asiakkaalle merkityksellinen silloin, kun se perustuu aktiviteetteihin tai sosiaaliseen osallistumiseen. Merkityksellinen tavoite muodostuu asiakkaan kanssa käydyn keskustelun perusteella. (Bovend'Eerd ym. 2009, 359.)

Tavoitteelle asetetaan saavutettavissa oleva aikataulu ja kuntoutusprosessin aikana arvioidaan tavoitteessa etenemistä (Karhula ym. 2016a). Tavoitteelle tulisi määrittää selkeä ajanjakso minkä aikana tavoite saavutetaan tai päivä, mihin mennessä se on saavutettu (Bovend'Eerd ym. 2009, 357).

2.5 Tavoitteen saavuttamisen arviointi

Kuntoutumisen etenemistä tulisi mitata säännöllisin väliajoin. Nykyään terveydenhuollossa potilaat vaihtavat hoitopaikkaa ja hoitopaikkoja voi olla useita. Potilaan tietojen siirron edellytyksinä ovat kirjauksen yhtenäisyys sekä oleellisten tietojen välittäminen seuraavaan hoitopaikkaan. Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisuunnitelmassa esitettyjen fysioterapian toimintaperiaatteiden mukaisesti terapian loppuarviossa tulee näkyä potilaan motivaatio, tavoitteet sekä käytössä olleet mittarit. Ostopalveluasiakkaiden loppupalautteissa tulee olla terapeutin kuvaus vaikuttavuudesta ja tuloksellisuudesta. Palautteen tulee sisältää myös asiakkaan oma arvio sekä terapeutin ehdotus jatkokuntoutuksesta. (Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon esitys fysioterapian toimintaperiaatteiksi 2016, 30–31; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. 2017, 8.)

Jos tavoitteet on laadittu koko fysioterapiaprosessin ajalle, ne tulisi myös arvioida prosessin lopussa (Sukula 2013, 46). Fysioterapiassa vaikuttavuudella tarkoitetaan tera-

pialle asetettujen tavoitteiden mukaisten tulosten saavuttamista. Vaikutus ilmenee muutoksena ihmisen tilassa tai vaikuttavuus voi olla myös tilan vakaana pitämistä. (Suomen Fysioterapeutit 2014.) Mitattavissa olevat toimintakyvyn muutokset antavat tietoa terapian vaikuttavuudesta ja välitöntä palautetta työn tuloksista. Muutos voi olla asiakkaalle palkitsemisen ja motivoinnin väline. Se voi myös antaa yhteisen kielen ja työvälineen asiakkaan ja terapeutin välille. (Matikainen ym. 2004, 377.)

Oleellista olisi tunnistaa, millainen muutos toimintakyvyssä on asiakkaalle merkityksellinen. Yksilöllisesti ja mahdollisimman tarkasti määritelty tavoite on SMART-periaatteen mukainen, eli mitattavissa, asiakkaan kannalta relevantti ja saavutettavissa sovitussa aikataulussa. (Paltamaa ym. 2011, 219–220; Bovend'Eerd ym. 2009.) Mitä konkreettisempia ja rajatumpia tavoitteet ovat, sitä paremmin pystytään arvioimaan kuntoutuksen tuloksellisuutta (Musikka-Siirtola & Anttila 2015, 25).

Muutoksen suuruus pitää tuntea, jotta eri vaihtoehtoja voidaan vertailla. Maailman terveysjärjestön vammaluokituksessa näkökulmana on toimintakyky. Toimintakyky määritellään ihmisen selviämiseksi omassa elinympäristössään. Tämä on terapian kliinisesti tärkein lopputulos. Terapian toteuttaja tarvitsee tietoa vaikuttavuudesta tavallisimmin silloin, kun hän haluaa päättää asiakkaan kanssa hoitolinjasta. Kun sairaanhoitopiirissä on yhtenäinen hoito-ohjelma, joka perustuu hyvään tietoon ja vaikuttavuuteen, on hoitolinjan valinta helpompaa. Kun tarkastellaan muutoksia yksilön toimintakyvyssä, on lisähaasteena se, että yksilön kehon rakenteiden ja toimintojen lisäksi on tarkasteltava liikumista toiminnan ja osallistumisen tasolla. Vaikuttavuutta arvioidessa on selvítettävä, millä näistä tasoista vastausta etsitään. (Matikainen ym. 2004, 28–32.) Jos tavoitteena on poistaa toimintakyvyn menettämisen uhka, on määritettävä syntykö uhka kognitiivisen, fyysisen, sosiaalisen vai psyykkisen toimintakyvyn heikkenemisestä. Tavoitetta kohti edistymisen on tultava ilmi arjen toiminnoissa, ei ainoastaan arviointitilanteessa. (Paltamaa ym. 2011, 218.)

3 TOIMINTAKYKY

Toimintakyky kuvaa ihmisen selviytymistä arkielämän fyysisistä, psyykkisistä sekä sosiaalisista haasteista siinä ympäristössä, jossa hän elää (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2017a). Käytännössä toimintakykyä tarkastellaan sen mukaan, millaiset edellytykset ihmisellä on selviytyä ja toimia haluamallaan tavalla erilaisissa elämäntilanteissa. Elämänlaatuun vaikuttavat kaikki elämän ulottuvuudet, kuten terveys ja hyvinvointi, elintaso, sosiaaliset suhteet ja elinympäristö sekä ihmisen oma kokemus elämän mielekkyydestä ja hänen tyytyväisyytensä elämään. (Talvitie ym. 2006, 39.)

Fyysiseen toimintakykyyn kuuluvat lihasvoima ja -venyvyys, yleiskestävyys, nivelliikkuvuus, kehon hallinta ja keskushermoston koordinoiva toiminta. Aistitoiminnot ovat olennainen osa fyysistä toimintakykyä. Muun muassa fyysinen suorituskyky ja terveystunto ovat fyysisen toimintakyvyn osa-alueita. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2017b.)

Psyykkisen toimintakykyyn liittyy henkilön voimavarat, elämänhallinta, mielenterveys ja kyky selviytyä kriisitilanteista. Ihmisellä on kyky tuntea, kokea, vastaanottaa sekä käsitellä tietoa ja tunteita erilaisissa ympäristöissä. Henkilön persoonallisuus vaikuttaa näihin kaikkiin osa-alueisiin. Psyykkiseen toimintakykyyn sisältyy myös ihmisen kognitio. Kognitioon kuuluvat esimerkiksi muistitoiminnot, ajattelu, havainnointi, kielellinen toiminta, orientaatio, toiminnanohjaus, tarkkaavuus, ongelmanratkaisukyky ja keskittyminen. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2017b.)

Sosiaalinen toimintakyky tarkoittaa ihmisen vuorovaikutussuhdetta toisiin ihmisiin, ympäristöön ja yhteiskuntaan. Sosiaalisen toimintakykyyn kuuluvat erilaiset roolit, yhteisöllisyys ja aktiivinen osallistuminen. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2017b.)

Toimintakykytiedon käyttö helpottaa asiakkaan tilanteen seurantaan kuntoutusprosessin eri vaiheissa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017c). Toimintakyvyn arvioinnilla pyritään tuottamaan luotettavaa tietoa fysioterapian suunnittelua, terapian vaikutusten arviointia ja muutosten seuraamista varten (Talvitie ym. 2006, 117). Fysioterapiassa tavoitteena on seurata, määrittää ja kuvata asiakkaan toimintakykyä niin yksityiskohtaisesti, että sen pohjalta voidaan laatia yksilön, palvelujärjestelmän sekä yhteiskunnan resurssit huomioiva fysioterapiasuunnitelma (Suomen fysioterapeutit 2016).

Toimintakykyarvioinnin tarve tulee esille lainsäädännössämme, esimerkiksi Kelan kuntoutuslaissa ja vammaispalvelulaissa. Toimintakykytieto on olennainen lähtökohta hoito,

palvelu- ja kuntoutussuunnitelmissa. (Anttila & Paltamaa 2015, 5.) Monet yhteiskunnan palvelu-, etuisuus- ja kuntoutuspäätökset tehdään toimintakyvyn arvioinnin tulosten perusteella (Valkeinen & Anttila 2014, 5). Myös sairaanhoitopiirin ostopalveluasiakkaiden loppupalautteiden sisällöstä tulisi näkyä toimintakykyluokitus ICF:n rakenne. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. 2017, 8.)

3.1 ICF-luokitus (International Classification of Functioning, Disability and Health)

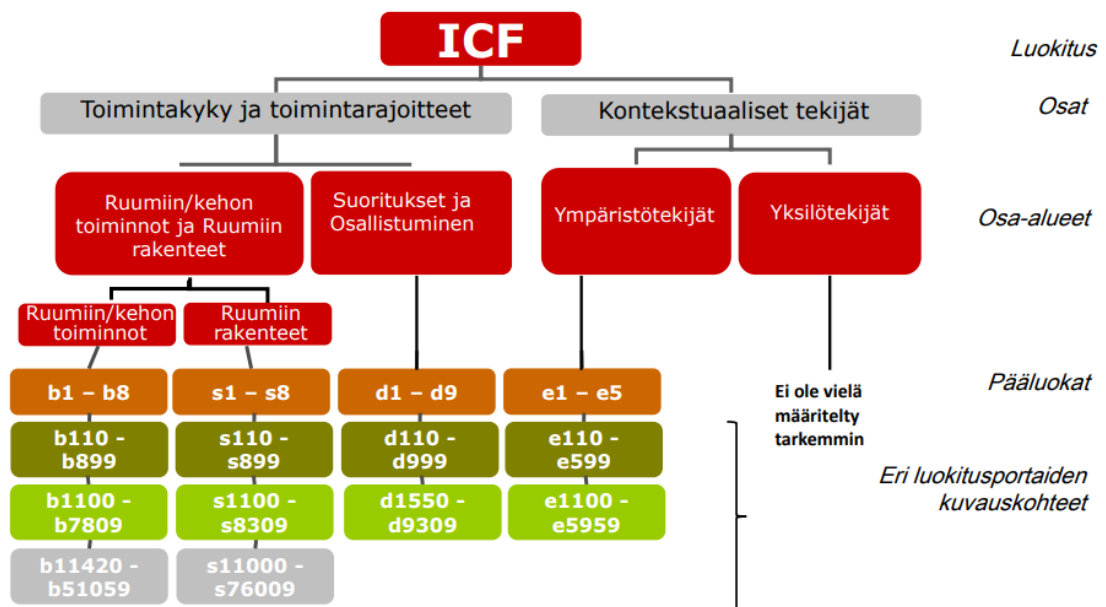
Asiakkaan aktiivisen osallistumisen ja arjessa selviämisen peruslähtökohtana on kokonaisvaltainen kuntoutuksen tarpeen ja tavoitteiden tarkastelu. Kuntoutuksen tarvetta ja arjen toimintojen moniulotteisuutta konkretisoi Maailman terveysjärjestön WHO:n Kansainvälinen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokitus eli ICF-luokitus (International Classification of Functioning, Disability and Health). (Paltamaa ym. 2011, 23.) WHO kehitti ICF-luokituksen vuonna 2001. Luokituksessa toimintakyvyn ajatellaan muodostuvan terveydentilan sekä yksilö- ja ympäristötekijöiden välisestä vuorovaikutuksesta. (Matikainen ym. 2004, 375–376.)

ICF-luokituksen avulla toimintakykyyn liittyvää tietoa voidaan kuvata rakenteisesti eli yhtenäisessä muodossa. Yhteinen käsitteistö varmistaa sen, että asiakas ja hänen yksilöllinen elämäntilanteensa arvioidaan kattavasti ja monipuolisesti. ICF ohjaa laajentamaan näkökulmaa ja toimenpiteitä yksilöön keskittyvästä terapiasta myös fyysiseen ja sosiaaliseen ympäristöön. (Anttila & Paltamaa 2015, 5-7.) ICF ohjaa siis kuvaamaan toimintakykyä ja toimintarajoitteita laajasti myös ympäristötekijät huomioiden, eli se edustaa biopsykososiaalista, kokonaisvaltaista näkökulmaa. ICF on asiakaskeskeinen malli, koska sen avulla voidaan kuvata asiakkaan henkilökohtainen kokemus omasta toimintakyvystään osana hänen arjen toimintaympäristöään. (Sukula ym. 2015, 16–22.)

ICF-luokituksen käsitteet on järjestetty osiin, osa-alueisiin ja pääluokkiin ja kukin käsite on määritelty sanallisesti. Tämä helpottaa käsitteiden hahmottamista. Ylä- ja alakäsitteet on järjestetty niin, että tieto, joka on koodattu tarkemmin alatasolla, säilyttää merkityksensä siirryttäessä ylätasolle. Luokituksen avulla voidaan päästä yleisestä hyvin yksityiskohtaiseen toimintakyvyn kuvaukseen, riippuen siitä, millä luokituksen tasolla toimintakykyä tarkastellaan. ICF jaetaan kahteen osaan, jotka ovat toimintakyky ja toimintarajoitteet sekä kontekstuaaliset tekijät. Nämä kaksi osaa jakautuvat kahteen osa-alueeseen. Jokaiselle osa-alueelle on määritetty kuvaava kirjain, jota käytetään koodaamisessa. Kehon toimintoja kuvaa kirjain b, kehon rakenteita s, suorituksia ja osallistumista

d sekä ympäristötekijöitä e. Yksilötekijöille ei ole määritetty tunnusta, mutta niistä voi käyttää merkintää pf. (Sukula ym. 2015, 16–17.)

Luokituksessa osa-alueen kirjainta (b, s, d, e) seuraa numerokoodi, joka koostuu pääluokan numerosta sekä sitä seuraavista luokitusportaiden kuvauskohdetunnuksista. Pääluokkaa sisältää yhden numeromerkin, II luokitusportaan kohdekuvaustunnus kaksi numeromerkkiä ja III:n ja IV:n luokitusportaan kohdekuvaustunnukset kumpikin yhden numeromerkin. Kuvauskohteet ovat sisäkkäisiä siten, että laajat kuvauskohteet sisältävät yksityiskohtaisempia kuvauskohteita. Esimerkiksi Suoritukset ja osallistuminen osa-alueen liikkumista käsittelevä pääluokka d4 sisältää kuvauskohteet, jotka koskevat muun muassa istumista (d4103), seisomista (d4104) ja kävelemistä (d450). (ICF – Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus 2004, 21, 215.) Luokituksen hierarkkinen rakenne on esitetty kuvassa 1.



Kuva 1. ICF-luokituksen hierarkkinen rakenne ja koodit. <https://thl.fi/documents/974257/1002174/Kuvio+ICF-luokituksen+hierarkkisesta+raken-teesta.pdf/ae384796-8995-4981-9904-b01da7e37eba>

Ruumiin rakenne ja toiminnot (s ja b)

ICF-luokitus jaottelee kehon rakenteen ja toiminnot erilleen, mutta näitä kahta luokitusta käytetään rinnakkain. Ruumiin rakennetasolla kuvataan kehon anatomisia osia, kuten eli-

miä, raajoja ja näiden rakenneosia. Ruumin toiminnoilla kuvataan kehon fysiologisia toimintoja. (ICF – Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus 2004, 12.)

Osallistuminen ja suoritukset (d)

Osallistumisella tarkoitetaan osallisuutta elämän tilanteisiin, toimintaa sosiaalisessa kontekstissa ja selviytymistä sosiaalisista rooleista. Suorituksella tarkoitetaan fyysisiä ja psyykkisiä toimintoja, jotka yksilö suorittaa. Suoritusten ja osallistumisen tasoa on vaikea erottaa toisistaan. ICF -luokituksen käyttäjälle annetaan suoritus käyttää samoja osa-alueita näitä määriteltäessä. (Järvikoski 2013, 29; ICF – Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus 2004, 14–16.)

Kontekstuaaliset tekijät eli ympäristö- ja yksilötekijät (e ja pf)

Ympäristötekijöitä ovat fyysinen, sosiaalinen ja asenneympäristö, jossa yksilö elää. Ympäristötekijät ovat yksilön ulkoisia tekijöitä, jotka ovat vuorovaikutuksessa niin ruumiin ja kehon toiminnot ja rakenteet osa-alueen kuin suoritukset ja osallistuminen-osa-alueen kanssa. Tekijät voivat vaikuttaa muihin luokituksen osa-alueisiin myönteisesti tai kielteisesti (ICF – Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus 2004, 16–17.)

Yksilötekijöihin kuuluvat tekijät, joita ei ole mainittu luokituksen osa-alueissa tai ympäristötekijöissä. Ne muodostavat elämän taustan, joka ei kuulu lääketieteelliseen tai toiminnalliseen terveydentilaan. Yksilötekijöitä ovat esimerkiksi ikä, sukupuoli, rotu, elämäntavat, kasvatus, koulutus ja kokemukset. Yksilötekijöitä ei ole luokiteltu ICF-luokituksessa. Ne kuitenkin huomioidaan ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteessa, koska ne voivat vaikuttaa intervention lopputulokseen. (ICF – Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus 2004, 17.)

3.2 ICF-luokitus tavoitteenasettelussa

Suomessa kirjaamisen yhtenäistäminen on ollut tavoitteena jo pidemmän aikaa. Toimintakykytietoa kirjataan eri paikkoihin ja kirjaus on sekavaa. Ammattilaiset kirjaavat toimintakykykuvauksen vapaatekstinä, ikään kuin kertomusmuotoon. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tavoitteena on julkaista Rakenteisen kirjaamisen opas vuoden 2019 alkupuolella. Oppaassa suositellaan hyödyntämään ICF-luokitusta viitekehyksenä toimintakykytietoa jäsentäessä. Rakenteisen kirjaamisen kannalta olisi hyvä pilkkoa toimintakykytieto tarkempiin osiin. THL:n erikoistutkijan Heidi Anttilan mukaan kirjattu tieto on sitä hyödyllisempää, mitä yksityiskohtaisempaa se on. (Laine 2018, 56–58.)

ICF-luokitusta voidaan käyttää apuvälineenä kuntoutustarpeen taustalla olevien ongelmia ja esteitä havaitessa ja kuntoutuksen tavoitteita määrittäessä. Kelan tutkimusosasto on laatinut tutkimustulosten perusteella suosituksia hyvistä kuntoutuskäytännöistä Kelan järjestämisvelvollisuuteen kuuluvan vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen osalta. Suositusten mukaan kuntoutuksen suunnittelussa, tavoitteiden asettelussa ja vaikuttavuuden arvioinnissa on noudatettava viitekehyksenä ICF-luokitusta. ICF-luokituksen käyttö tarkoittaa tässä yhteydessä asiakkaan kuntoutustarpeen kokonaisvaltaista arviointia. ICF-luokitus toimii muistilistana sekä moniammatillisen yhteistyön välineenä toimintakyvyn arvioinnissa. Eri ammattiryhmät voivat sen avulla jäsentää yhteistyönsä kohteita ja keskinäistä työnjakoa. (Paltamaa ym. 2011, 40, 228.)

Toimintakykykuvaus on ensimmäinen askel kuntoutuksen suunnittelussa. Jotta kuntoutuksen tavoite voidaan saavuttaa, on asiakkaan sitouduttava ja pyrittävä kohti tavoitetta. ICF tarjoaa asiakkaan kokonaisvaltaisesti huomioivan viitekehyksen toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden kuvaamiseen. Mitä jäsentyneemmin toimintakyky voidaan määritellä, sitä tarkemmin tavoite voidaan muodostaa. Käyttämällä ICF:ää kuntoutuksen ammattilainen voi tehdä riittävän laajan toimintakykyarvion tavoitteiden asettamisen ja tarvittavien toimenpiteiden suunnittelua varten. ICF:n avulla kuntoutuksen tavoitteet löytyvät ihmisen läheltä, jolloin ne ovat asiakkaalle mielekkäitä ja kiinnostavia. Tämä auttaa tavoitteen saavuttamisessa. (Musikka-Siirtola & Anttila 2015, 25–26.)

Tavoitteeksi ei riitä ainoastaan toimintakyvyn ylläpito, vaan terapialle tulee määrittää selkeät ja konkreettiset toimintakyvyn osa-alue tavoitteet sekä keinot niiden saavuttamiseen. (Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon esitys fysioterapian toimintaperi-

aatteiksi 2016, 30). Tavoitteenasettelussa vaarana on se, että tavoitteet laaditaan ainoastaan fyysisen toimintakyvyn alueelle. Näkökulmaa tulisi laajentaa myös muille toimintakyvyn osa-alueille ja ICF-luokitus auttaa eri osa-alueille sijoittuvien kuntoutuksen tarpeiden tunnistamisessa. (Sukula 2013, 45.)

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaiseman raportin mukaan kuntoutustoiminta on ollut Suomessa yleisesti ottaen hyvin yksilöön suuntautunutta. Ympäristön sekä olosuhteiden muutosten yhdistäminen kuntoutukseen on harvoin onnistunut. (Järvikoski, 2013, 13.) Ympäristötekijöillä on tärkeä rooli kuntoutujan toimintakyvyn edistämässä ja tavoitteiden saavuttamisessa, eli kuntoutuksessa olisi tärkeää vaikuttaa toimintakyvyn ohella myös kuntoutujan nyky-ympäristöön (Paltamaa ym. 2011, 229).

ICF-luokitusta hyödyntäen voidaan kuvata yksilöllisesti toimintakyvyn nykytilaa ja seurata toimintakyvyn muutoksia, eli sen avulla voidaan arvioida terapian vaikuttavuutta. Kuntoutusprosessin eri vaiheita ja tuloksia on arvioitava tarkastelemalla tapahtuneita muutoksia kaikilla ICF-luokituksen osa-alueilla. Terapian tavoitteita ja vaikuttavuutta tulee kuvata erityisesti toiminnan eli suoritusten ja yhteiskunnallisen kytköksen eli osallistumisen kautta. (Anttila & Paltamaa 2015, 6-7; Paltamaa ym. 2011, 40).

Kelan vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeeseen kuuluvan tutkimuksen mukaan fysioterapian palveluntuottajien laatimissa tavoitteissa pääpaino on kehon toiminnoissa ja suorituksissa. Osallistumisen taso näkyy vähäisemmin tavoitteiden asettelussa. Fysioterapia kohdistuu monesti kehon toimintoihin, vaikka tavoitteet olisivat suoritusten tai osallistumisen tasolla laadittuja. Tavoitteiden ja niiden harjoittelun huomiointi ja kirjaaminen on tärkeää, jotta tulosten arviointi voidaan kohdistaa oikein. (Paltamaa ym. 2011, 100.)

4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET, TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

4.1 Tavoite ja tarkoitus

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa toimeksiantajalle tietoa neurologisten ostopalveluasiakkaiden fysioterapian tavoitteenasettelun laadusta. Tarkoituksena on kuvata fysioterapialle asetettuja tavoitteita ja tavoitteiden saavuttamisen arviointia. Viitekehyksenä tarkastelussa käytetään SMART-periaatetta ja ICF-toimintakykyluokitusta. Tulosten perusteella saadaan selville, ovatko loppupalautteet tavoitteenasettelun ja tavoitteiden arvioinnin osalta asiakaslähtöisiä ja sairaanhoitopiirin vaatimusten mukaisia. Tietoa voidaan hyödyntää tulevaisuuden kehittämistyössä ja sen pohjalta on mahdollisuus kehittää Tyksin loppupalautepohjaa.

4.2 Tutkimusongelmat

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

- Miten SMART-periaatteen osa-alueet näkyvät fysioterapian loppupalautteisiin kirjatuista tavoitteista?
- Millä ICF-luokituksen osa-alueilla toimintakyky on kuvattu fysioterapialle asetuissa tavoitteissa?
- Onko tavoitteiden saavuttamista arvioitu ja vastaako arvio fysioterapialle asetettuja tavoitteita?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

5.1 Tutkimusmenetelmä

Analyysissä käytettiin sekä laadullista että määrällistä tutkimusmenetelmää. Laadullisessa tutkimuksessa on tavoitteena löytää aineistosta toimintatapoja, samanlaisuuksia tai eroavaisuuksia. Tutkimusaineistoa tarkastellaan subjektiivisesti ja analyysiyksikkönä on esimerkiksi sana tai ilmaisun sisältö. Hoitotieteellisessä tutkimuksessa määrällisessä, tilastollisessa menetelmässä on taustalla jokin teoria tai käsitejärjestelmä. Määrällisen tutkimusmenetelmän avulla voidaan selvittää ja todeta, että jotakin ilmiötä esiintyy enemmän kuin toista. (Janhonen & Nikkonen 2003, 9-11.) Määrällisen menetelmän ominaispiirteitä ovat objektiivinen tarkastelu, tiedon strukturointi ja sen esittäminen numeroin (Vilka 2014, 13).

Analyysissä viitekehyksenä olivat SMART – periaate ja ICF – luokitus. Laadullista analyysia varten tavoitteista etsittiin ilmaisuja SMART – periaatteen kirjainten, ICF – luokituksen osa-alueiden ja ICF – koodien mukaisiin luokkiin. SMART – periaatteen kirjainten luokittelukriteereinä käytettiin aiemmin laaditussa teoriassa esiintyneitä apukysymyksiä SMART – tavoitteen laadintaan. ICF osa-alueiden ja kuvauskohteiden koodauksessa käytettiin ICF – luokitusta, jonka ajantasainen versio on saatavilla selainversiona. Määrällisessä analyysissä laskettiin, kuinka monta kertaa nämä luokat esiintyivät tavoitteissa. Lisäksi laskettiin, kuinka monesta palautteesta löytyy arvio tavoitteiden saavuttamisesta ja onko arviossa tarkasteltu niitä asioita, jotka on asetettu fysioterapian tavoitteiksi. Määrällinen analyysi suoritettiin MS Excel – taulukkolaskennan avulla.

Laadullisen analyysin luokittelun SMART – periaatteen kirjainten ja ICF – luokituksen osa-alueiden mukaisiin luokkiin suoritti kolme henkilöä. Kaikki tutkimusta suorittaneet henkilöt kävivät läpi jokaisen palautteen ja eriävien mielipiteiden yhteydessä päädyttiin yhteiseen ratkaisuun. Koodauksen ICF – kuvauskohteiden mukaisiin luokkiin suoritti kaksi henkilöä. Usean tutkijan käyttö analyysissä lisää tutkimuksen luotettavuutta.

5.2 Tutkimusaineisto

Tutkimusaineistona opinnäytetyössä käytettiin Tyksin aikuisneurologian ostopalveluasiakkaiden fysioterapiajaksojen loppupalautteita. Aikuisneurologisella asiakkaalla tarkoitetaan tässä yhteydessä 18–100 vuotiasta henkilöä, jolla on diagnosoitu neurologinen sairaus. Toimeksiantaja suoritti aineiston haun Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin potilastietojärjestelmästä. Aineisto rajattiin koskemaan yleisneurologian sekä kuntoutus ja aivovammapotilaan hoito -palvelualueita. Aivoverenkiertohäiriöiden palvelualue rajattiin hausta pois, koska se vastaa vain akuutista hoidosta. Tältä palvelualueelta ei hankita terapiaa ostopalveluna. Palvelualueet tunnistettiin raportointiohjelmassa erikoisalakoo-deilla. Aineistoa ei rajattu tarkkojen diagnoosien pohjalta.

Analyysiaineisto valittiin yksinkertaista satunnaisotantaa käyttäen 1.1.2016–31.12.2017 tehdyistä fysioterapian maksusitoumuksista potilaiden maksusitoumusten päätösnumeroiden perusteella. Yksinkertaisessa satunnaisotannassa havaintoyksiköt numeroidaan ensin, jonka jälkeen arvotaan otokseen valittavat yksiköt. Jokaisella havaintoyksiköllä on yhtä suuri todennäköisyys tulla valituksi tutkimuksen otokseen. (Vilka 2015, 99.) Kaikille päätösnumeroille ei löytynyt loppupalautetta, joten maksusitoumuksista tehtiin täydentävä satunnaisotanta, jonka avulla tutkimusaineistoon saatiin suunniteltu määrä palautteita.

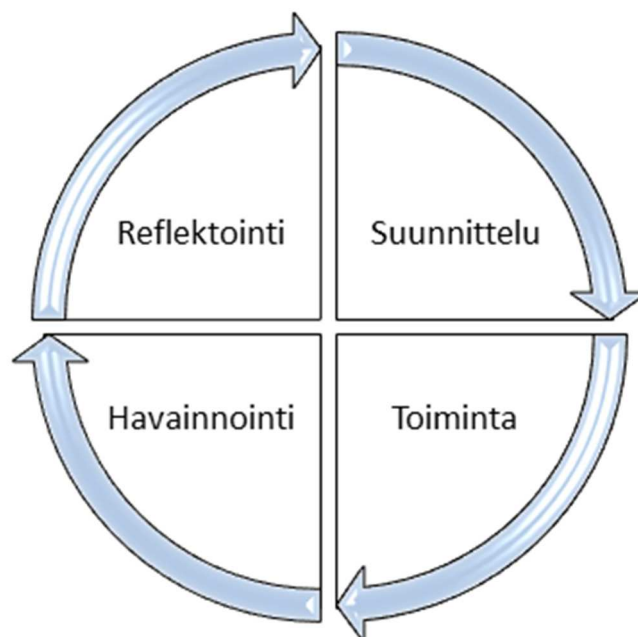
Vuosien 2016 ja 2017 aikana maksusitoumuksia oli tehty yhteensä 754 kappaletta. Otoksiko oli 151 loppupalautetta. Määrällisen tutkimusmenetelmän takia otoksoon tulee olla suhteellisen suuri. Laadullisen menetelmän ollessa mukana tutkimuksessa, otoksoon tulee asettaa inhimilliset rajat aikaan sekä tutkimuksen kokoon suhteutettuna. Loppupalautteista 20 kappaletta esiintyi kaksi kertaa aineistossa, joten analysoitava aineisto oli lopulta 131 palautetta. Kaksi kertaa esiintyneet palautteet havaittiin hakemalla yhteneväisiä ilmaisuja analysointia varten kirjatusta suorista lainauksista, jotka oli kirjattu sähköiseen muotoon laadullista analyysia varten. Tavoitteettomista palautteista kaksi kertaa esiintyneet havaittiin käymällä palautteet läpi manuaalisesti.

Fysioterapian loppupalautteissa on näkyvissä henkilötietoja, joiden perusteella asiakas voidaan tunnistaa. Palautteet tulostettiin potilastietojärjestelmästä paperiversioiksi ja toimeksiantaja poisti palautteista tunnistetiedot mekaanisesti ennen aineiston luovuttamista potilaiden anonymiteetin säilyttämiseksi. Palautteet eivät olleet analyysissä siis sähköisessä muodossa. Ainoastaan tavoitteista kirjattuja suoria lainauksia käsiteltiin

sähköisesti MS Excel – taulukkolaskentaohjelmassa. Paperille tulostetut loppupalautteet tuhottiin opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

5.3 Opinnäytetyöprosessi ja aikataulu

Opinnäytetyöprosessi toteutui spiraalimallin mukaisesti. Spiraalimallissa kehittäminen etenee sykleissä. Perustelu, organisointi, toteutus sekä arviointi muodostavat kehän (Kuva 2.). Kehiä rakentuu uudelleen sitä mukaa, kun työn uudelleen arviointia ja reflektiota tapahtuu. Vaiheiden välillä vallitsee jatkuva vuorovaikutus. (Salonen 2013, 15.)



Kuva 2. Spiraalimalli. (mukaillen Aas, 2014; Carr & Kemmis, 1986).

Opinnäytetyöprosessissa aineiston käsittelyvaiheessa (Kuva 4.) spiraalimallin mukaiset vaiheet toistuivat useita kertoja. Tutkimusongelmat muokkautuivat analysoinnin edetessä lopulliseen muotoonsa. Ensimmäisessä suunnittelu- ja analyysivaiheessa tarkoituksena oli toteuttaa sisällönanalyysi, mutta aikaresurssien ja aineiston suuren koon vuoksi sisällönanalysistä luovuttiin ja tutkimuksessa päätettiin keskittyä aineiston määrälliseen kuvaukseen.

Aineistoa havainnoidessa ja reflektoidessa loppupalautteista huomattiin alkuperäisten tutkimuskysymysten ulkopuolisia asioita, jotka toistuivat aineistossa ja koettiin merkityksellisiksi raportoida. Alkuperäisten tutkimuskysymysten lisäksi päätettiin tarkastella, vastaako arvio tavoitteiden saavuttamisesta fysioterapialle asetettuja tavoitteita sekä sitä,

oliko tavoitteet laadittu kokonaan tai osittain terapeutin näkökulmasta. Lisäksi laskettiin, kuinka monessa palautteessa oli maininta siitä, että asiakkaalle on laadittu GAS – tavoitteet.

Uudestaan analyysia suunnitellessa ICF – luokituksen osa-alueiden mukaisesti luokitellut ilmaisut päätettiin koodata ICF-koodein pääluokkien kuvauskohteille. Näin saatiin tarkempaa tietoa siitä, mihin toimintakyvyn osa-alueisiin tavoitteissa keskitytään ja mitä asioita fysioterapiassa painotetaan aikuisneurologisilla asiakkailla. Koodaus suoritettiin kolmiportaisella luokitustasolla. Koodauksen jälkeen luokituksen osa-alueiden kuvauskohteita tarkasteltiin määrällisesti.

Kuva 3. Opinnäytetyön aikataulu



6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Fysioterapian loppupalautteessa on mainittava fysioterapialle asetetut tavoitteet (Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon esitys fysioterapian toimintaperiaatteiksi 2016, 30). Analyysiaineistossa oli 29 palautetta (22,1 %), joissa ei mainittu ollenkaan fysioterapian tavoitteita. Analysoitavia tavoitteita oli aineistossa siis 104. Näistä tarkasteltiin tutkimuskysymysten mukaisesti, miten SMART – periaate toteutuu tavoitteenasettelussa, miten ICF – luokituksen osa-alueet näkyvät tavoitteissa ja miten tavoitteiden saavuttamista on arvioitu.

6.1 SMART – periaatteen toteutuminen

Asiakkaan tavoitteet tulee määritellä niin, että ne ovat selkeät ja konkreettiset. (Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon esitys fysioterapian toimintaperiaatteiksi 2016, 30). Kun tavoite laaditaan SMART – periaatteen mukaan, tämä vaatimus toteutuu. Loppupalautteiden tavoitteista yksikään ei ollut täysin SMART – periaatteen mukainen. Suurimmassa osassa palautteista (84,6 %) täyttyi vain kaksi SMART – periaatteen osa-alueita (Taulukko 1.).

Taulukko 1. SMART osa-alueiden määrä per tavoite

SMART osa-alueet, kpl	n	%
1	1	1,0 %
2	88	84,6 %
3	7	6,7 %
4	8	7,7 %
Kaikki yhteensä	104	100,0 %

Yleisimmin esiintyneet SMART – periaatteen osa-alueet olivat saavutettavuus (A) ja realistisuus tai merkityksellisyys (R). Nämä molemmat toteutuivat lähes kaikissa palautteissa. Spesifit ja yksilölliset (S), mitattavissa olevat (M) ja aikataulutetut (T) tavoitteet olivat poikkeuksia (Taulukko 2.). Vain yhdessä tavoitteessa saavuttamiselle oli asetettu aikataulu. Muutamassa palautteessa oli maininta siitä, että asiakkaalle oli laadittu GAS – tavoitteet. Silti yhdessäkään palautteessa ei näkynyt kaikkia SMARTin osa-alueita. GAS – tavoitteet olivat loppupalautteissa liitteinä, mutta palautteiden liitteet eivät kuuluneet analyysiaineistoon.

Taulukko 2. SMART – periaatteen osa-alueiden esiintyvyys tavoitteissa

S = spesifi, yksilöllinen	n	%
ei	91	87,5 %
kyllä	13	12,5 %
M = mitattavissa	n	%
ei	95	91,3 %
kyllä	9	8,7 %
A = saavutettavissa	n	%
ei	1	1,0 %
kyllä	103	99,0 %
R = realistinen, merkityksellinen	n	%
ei	0	0,0 %
kyllä	104	100,0 %
T = aikataulutettu	n	%
ei	103	99,0 %
kyllä	1	1,0 %
Kaikki yhteensä	104	100,0 %

Yksilöllisyyttä tarkastellessa apukysymyksinä olivat: “Onko tavoite selkeä, konkreettinen ja muiden ymmärrettävissä?” ja “Mitä tarkoittaa käytännössä asiakkaan tapauksessa/elämässä?”. Yksilöllisyyden (S) puuttuminen näkyi aineistossa hyvin konkreettisesti, sillä osassa palautteista tavoitteet toistuivat lähes sanasta sanaan yhdenmukaisia saman diagnoosin omaavien asiakkaiden kohdalla. Vain 13 tavoitetta (12,5 %) oli spesifejä, yksilöityjä ja tarkasti määritettyjä.

Yhdeksän tavoitetta (8,7 %) oli selkeästi mitattavissa (M) joko määrällisesti tai laadullisesti. Hyvin usein tavoitteet oli määritetty hyvin epämääräisesti, esimerkiksi “*kävelykyvyn parantuminen*” tai “*perusliikkumisen kehittyminen*”. Määrällisesti mitattava tavoite kävelykyvystä oli esimerkiksi: “... *pystyy kävellä ulkona 20 m itsenäisesti...*”, ja laadullisesti mitattava tavoite perusliikkumisesta: “*Siirtyminen tuoliin ilman toisen apua sekä ylösnousu seisomaan ilman toisen apua, vain käden tukiessa...*”. Näistä selkeästi mitattavista tavoitteista nähdään helposti, onko tavoite saavutettu tai päästy lähemmäs tavoitteen saavuttamista.

Saavutettavuutta (A) oli vaikea arvioida pelkän loppupalautteeseen kirjatun tavoitteen perusteella. Tavoitteen saavutettavuutta arvioitiin kysymyksellä: “Voiko asiakas omalla toiminnallaan vaikuttaa tavoitteen saavuttamiseen?” (Karhula ym. 2016a). Yksi tavoite

oli laadittu kokonaan terapeutin näkökulmasta. Ainoastaan tätä tavoitetta ei luokiteltu saavutettavaksi. Tämän palautteen lisäksi noin 13 % tavoitteista oli laadittu osittain terapeutin näkökulmasta. Tavoitteeksi oli kirjattu esimerkiksi: *“Fysioterapian tavoitteena on antaa kuntoutujalle ja koko perheelle edukaatiota... Ohjata kotiin liikkumista ja asentoja... Ohjata tukikaulurin käyttöä sekä niskaa tukevien harjoitteiden tekemistä.”* Tavoitteet oli siis muotoiltu niin, että niissä ilmaistiin terapeutin keinot asiakkaan fysioterapeuttisten ongelmien ehkäisemiseksi ja lievittämiseksi. Tavoitteessa tulisi ilmaista, mitä asiakas haluaa saavuttaa.

SMARTin kirjain R voi tarkoittaa joko realistista (realistic) tai merkityksellistä (relevant) tavoitetta. (Sukula & Vainiemi 2015, 6). Realistisuutta oli pelkän palautteen perusteella melko vaikea arvioida, joten tavoitteita tarkasteltiin lähinnä merkityksellisyyden näkökulmasta. Tätä osa-aluetta arvioitiin kysymyksillä: “Onko tavoitteella merkitystä työssä tai kotona selviytymisen kannalta?” ja “Ratkaiseeiko tavoite kuntoutujan ongelmaa?” (Karhula ym. 2016a). Muita SMARTin osa-alueita arvioidessa tarkasteltiin ainoastaan tavoitetta, mutta tässä yhteydessä katsottiin myös fysioterapeuttisia ongelmia. Lisäksi, jos palautteessa oli täsmällisesti mainittu, että tavoite on laadittu yhdessä asiakkaan kanssa, se luokiteltiin merkitykselliseksi. Kaikki loppupalautteisiin kirjatut tavoitteet olivat jonkin edellä mainitun kriteerin mukaisesti merkityksellisiä asiakkaalle.

6.2 ICF – luokituksen osa-alueet ja kuvauskohteet tavoitteissa

Fysioterapian tavoitteeksi ei riitä ainoastaan toimintakyvyn ylläpito, vaan kirjatuissa tavoitteissa tulisi näkyä toimintakyvyn eri osa-alueet (Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon esitys fysioterapian toimintaperiaatteiksi 2016, 30). Ilmaisuihin “toimintakyvyn ylläpito” toistui melko monessa tavoitteessa. Tämä tavoite on aivan liian laaja ICF – luokituksen kuvauskohteiden avulla koodattavaksi, koska luokitus kokonaisuudessaan kuvaa toimintakykyä. Suurin osa palautteiden laatijoista oli huomionut tavoitteissa kaksi ICF – luokituksen osa-aluetta (Taulukko 3.).

Taulukko 3. ICF osa-alueiden määrä per tavoite

ICF osa-alueet, kpl	n	%
1	23	22,1 %
2	68	65,4 %
3	13	12,5 %
Kaikki yhteensä	104	100,0 %

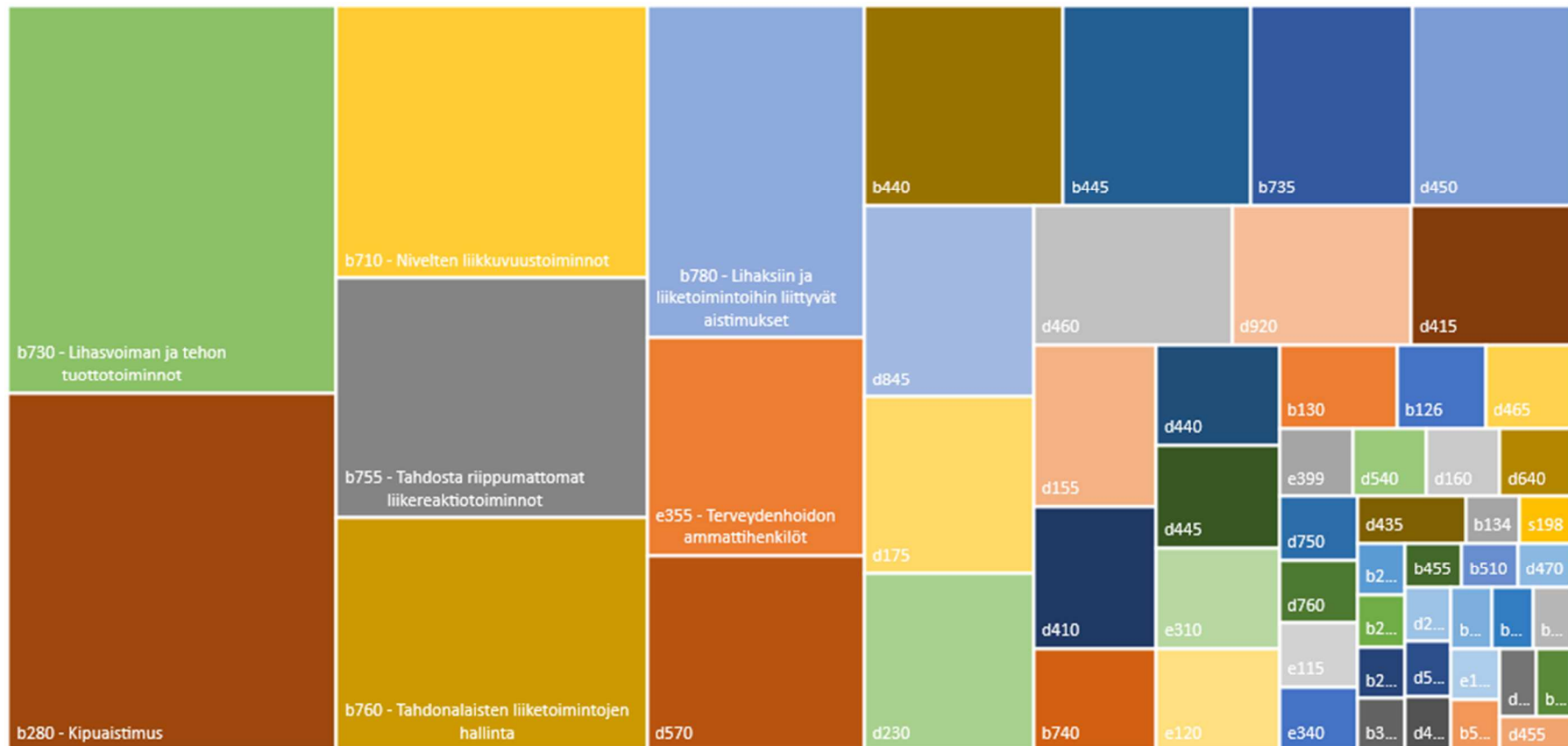
Loppupalautteissa tavoitteet oli laadittu yleisesti ottaen hyvin yleisellä tasolla, esimerkiksi *”lihaskireyksen väheneminen”* tai *”tasapainon kehittyminen”*, keskittyen Ruumiin/kehon toimintojen osa-alueeseen. Tämän osa-alueen tavoite löytyi lähes kaikista loppupalautteista. Suoritusten ja osallistumisen tason oli huomionnut 70,2 % loppupalautteiden laatijoista. Ympäristökijöitä mainittiin tavoitteissa selkeästi vähiten. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. ICF – luokituksen osa-alueiden esiintyvyys tavoitteissa

Ruumiin/kehon toiminnot ja Ruumiin rakenteet (s + b)	n	%
ei	7	6,7 %
kyllä	97	93,3 %
Suoritukset ja Osallistuminen (d)	n	%
ei	31	29,8 %
kyllä	73	70,2 %
Ympäristökijät (e)	n	%
ei	76	73,1 %
kyllä	28	26,9 %
Kaikki yhteensä	104	100,0 %

Kuusi ICF -koodia oli selvästi muita käytetympiä tavoitteenasettelussa (Kuva 4.). Nämä kaikki olivat kaikki Ruumiin/kehon toimintojen osa-alueen kuvauskohteita.

Kuva 4. ICF – koodien esiintyvyyssuhteissa



Kuusi yleisintä koodia esiintyivät yli neljänneksessä analysoiduista tavoitteista. Muut koodit löytyivät tavoitteista alle 20 kertaa. (Taulukko 5.).

Taulukko 5. Yleisimmät ICF – koodit tavoitteissa, n=104

	Koodi	Kuvauskohde	n	%
1.	b730	Lihassoiman ja tehon tuottotoiminnot	51	49,0 %
2.	b280	Kipuaistimus	47	45,2 %
3.	b710	Nivelten liikkuvuustoiminnot	34	32,7 %
4.	b755	Tahdosta riippumattomat liikereaktiotoiminnot	30	28,8 %
5.	b760	Tahdonalaisten liiketoimintojen hallinta	29	27,9 %
6.	b780	Lihaksiin ja liiketoimintoihin liittyvät aistimukset	29	27,9 %
7.	e355	Terveysthoidon ammattihenkilöt	19	18,3 %
8.	d570	Omasta terveydestä huolehtiminen	17	16,3 %
9.	b440	Hengitystoiminnot	16	15,4 %
10.	b445	Hengityslihastoiminnot	15	14,4 %
11.	b735	Lihaskänteystoiminnot (tonus)	13	12,5 %
12.	d450	Käveleminen	13	12,5 %
13.	d845	Työnhaku, työpaikan säilyttäminen ja työn päättäminen	13	12,5 %
14.	d175	Ongelman ratkaiseminen	12	11,5 %
15.	d230	Päivittäin toistuvien tehtävien ja toimien suorittaminen	12	11,5 %
16.	d460	Liikkuminen erilaisissa paikoissa	11	10,6 %
17.	d920	Virkistäytyminen ja vapaa-aika	10	9,6 %
18.	d415	Asennon ylläpitäminen	9	8,7 %
19.	d155	Taitojen hankkiminen	8	7,7 %
20.	d410	Asennon vaihtaminen	7	6,7 %
21.	b740	Lihaskänteystoiminnot	5	4,8 %
22.	d440	Käden hienomotorinen käyttäminen	5	4,8 %
23.	d445	Käden ja käsivarren käyttäminen	5	4,8 %
24.	e120	Tuotteet ja teknologiat henkilökohtaiseen liikkumiseen...	5	4,8 %
25.	e310	Lähiperhe	5	4,8 %

Yleisimmin käytetyt koodit olivat b730 (Lihassoiman ja tehon tuottotoiminnot), b710 (Nivelten liikkuvuustoiminnot), b280 (Kipuaistimus), b755 (Tahdosta riippumattomat liikereaktiotoiminnot), b760 (Tahdonalaisten liiketoimintojen hallinta) ja b780 (Lihaksiin ja liiketoimintoihin liittyvät aistimukset). Myös hengitystoimintoihin ja lihaskänteyteen kiinnitettiin melko paljon huomiota, mikä on oletettavasti tyypillistä neurologisilla asiakkailla.

Suoritusten ja osallistumisen osa-alueen kuvauskohteista yleisimmin tavoitteissa esiintyivät koodit d570 (Omasta terveydestä huolehtiminen), d845 (Työnhaku, työpai-

kan säilyttäminen ja työn päättäminen), d450 (Käveleminen), d175 (Ongelman ratkaiseminen), d230 (Päivittäin toistuvien tehtävien ja toimien suorittaminen), d460 (Liikkuminen erilaisissa paikoissa) ja d920 (Virkistäytyminen ja vapaa-aika). Suoritusten ja osallistumisenkin osa-alueella tavoitteita oli ilmaistu hyvin yleisellä tasolla, esimerkiksi *“syy-seuraussuhteiden löytyminen, ymmärtäminen ja niihin vaikuttaminen”*, *“liikkumisen helpottuminen”* tai *“työkyvyn ylläpysyminen”*.

Kontekstuaalisista tekijöistä koodi e355 (Terveystieteiden ammattihenkilöt) esiintyi tuloksissa muita ympäristötekijöitä huomattavasti useammin. Ne tavoitteet, jotka oli laadittu terapeutin näkökulmasta, eli terapeutin keinoina asiakkaan ongelman ratkaisemiseksi, luokiteltiin koodin e355 alle. Tavoite ei ollut näissä tapauksissa asiakkaan oma, vaan fysioterapeutin tuki eli ulkoinen asia. Tämä määriteltiin aina ympäristötekijäksi, vaikka keinoilla olisi pyritty vaikuttamaan rakenteen tason asioihin. Koodi e355 esiintyi 19 kertaa tavoitteita koodatessa. Sen osuus oli siis 68 % kaikista huomioituista ympäristötekijöistä. Ympäristötekijöiden huomiointi oli siis todellisuudessa melko vähäistä.

6.2 Arvio tavoitteiden saavuttamisesta

Loppupalautteessa tulee olla terapeutin kuvaus terapian vaikuttavuudesta ja tuloksellisuudesta. (Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon esitys fysioterapian toimintaperiaatteiksi 2016, 30). Kymmenessä palautteessa (9,6 %) ei löytynyt ollenkaan arviota tavoitteen saavuttamisesta. Vain noin viidesosassa palautteista tavoitteen saavuttamisen arviossa tarkasteltiin johdonmukaisesti kaikkia niitä tavoitteita, jotka fysioterapialle oli asetettu. Osassa palautteista arviossa ei mainittu ollenkaan samoja asioita, kuin mitä fysioterapian tavoitteeksi oli asetettu.

Loppupalautteen tulisi sisältää myös asiakkaan oma arvio tavoitteiden saavuttamisesta sekä terapeutin ehdotus jatkokuntoutuksesta. (Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon esitys fysioterapian toimintaperiaatteiksi 2016, 30). Asiakkaan arvio ja jatkokuntoutusehdotusten esiintyvyyttä ei tarkasteltu opinnäytetyössä määrällisesti, mutta myös näiden kirjaamisessa oli puutteita. Sekä asiakkaan arvio että terapeutin arvio jatkokuntoutuksesta puuttui monesta loppupalautteesta kokonaan.

7 POHDINTA

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa Turun yliopistollisen keskussairaalan neurologisten fysioterapian ostopalveluasiakkaiden tavoitteenasettelun laadusta. Tulosten perusteella oli tarkoitus selvittää, ovatko loppupalautteet valitussa otoksessa tavoitteenasettelun ja tavoitteiden arvioinnin osalta sairaanhoitopiirin vaatimusten mukaisia sekä tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää tulevaisuuden kehittämistyössä laadunarvioinnissa ja kirjauskäytäntöjen kehittämisessä. Aineistoa analysoitiin sekä laadullisesti että määrällisesti, hyödyntäen viitekehystenä yleisesti kuntoutuksessa käytössä olevia SMART – periaatetta ja kansainvälistä ICF – luokitusta.

Tulosten perusteella loppupalautteissa oli puutteita verrattuna Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin vaatimukseen. Loppupalautteista puuttui sairaanhoitopiirin tarjouspyynnössä ja fysioterapian yleisissä toimintaperiaatteissa vaadittuja tietoja tavoitteenasettelun ja tavoitteen saavuttamisen arvioinnin osalta. Lisäksi palveluntarjoajien käyttämät lomakkeet eivät aina olleet nimikkeistöltään yhtenäisiä sairaanhoitopiirin palautelomakkeen kanssa, vaikka tämä on vaatimuksena tarjouspyynnössä.

Tulokset ovat samankaltaisia, kuin Kelan vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeen vuosina 2007–2009 suoritetussa tutkimuksessa. Analysoiduista loppupalautteista noin viidesosasta puuttui tavoite kokonaan. Osa tavoitteista oli laadittu terapeutin näkökulmasta, vaikka tavoitteen tulisi olla asiakkaalle merkityksellinen. Yksikään tavoite ei ollut täysin SMART-periaatteen mukainen, eli asiakaslähtöisesti konkreettisesti määritelty ja yksilöllinen. Yksilölliset, mitattavissa olevat ja aikataulutetut tavoitteet olivat poikkeuksia. Tavoitteet painoutuivat vahvasti ICF-toimintakykyluokituksen Ruumiin/kehon toiminnot -osa-alueelle, vaikka nykyään korostetaan osallistumisen ja ympäristön merkitystä yksilön toimintakyvyn tarkastelussa. Tavoitteet vastasivat kuitenkin suurimmassa osassa fysioterapeuttisia ongelmia ja niillä oli usein merkitystä arjessa selviytymisen tai työkykyisyyden kannalta. Suurin osa oli kirjannut arvion tavoitteiden saavuttamisesta, mutta arviossa ei aina tarkasteltu niitä asioita, jotka oli mainittu fysioterapian tavoitteiksi.

Loppupalautteita arvioidessa olemme oppineet SMART – periaatteen ja ICF – luokituksen sisällöt syvemmin ja huomanneet, mitä tekijöitä asiakaslähtöinen, toimintakyvyn kattavasti huomioiva tavoite sisältää. Laadullisen palautteiden analysoinnin myötä SMART – periaatteen ja ICF – luokituksen osa-alueiden ja kuvauskohteiden koodien käyttö on

konkretisoitunut. Myös yhteiskunnallinen osaaminen on syventynyt ja ajankohtaisen aiheen käsittely on luonut laajempaa kuvaa fysioterapiasta, erityisesti kilpailutuksista, kirjaamisprosessista, tavoitteenasettelusta ja toimintakyvyn kuvaamisesta.

Tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta lisäsivät yleisesti käytössä olevien ja suositeltujen, jo olemassa olevien käsitteiden käyttö viitekehyksenä sekä usean henkilön hyödyntäminen palautteiden analyysissä. Tuloksia on kuitenkin tarkasteltava kriittisesti, koska päätimme itse lähteissä mainittuja apukysymyksiä hyödyntäen, millä kriteereillä luokittelemme tavoitteet SMART – kirjainten mukaisiin luokkiin. Luotettavuutta heikensi myös ICF -koulutuksen puute ja tästä johtuva virhetulkintojen mahdollisuus.

Tutkimuksessa analysoitiin ainoastaan fysioterapian tavoitteita ja tavoitteiden saavuttamisen arviointia. Tavoitteenasettelun osalta tutkimusta voisi jatkaa tavoitteiden tarkemmalla laadullisella analyysillä. Tavoitteen merkitystä korostetaan kokemuksemme perusteella tämän päivän fysioterapeuttikoulutuksessa. Ammattilaisten työkokemuksen ja työuran pituuden vaikutus tavoitteiden laatimiseen voisi myös olla yksi tutkimusaihe.

Määrällisen tutkimusmenetelmän ja sitä varten kerätyn palautteiden runsaan lukumäärän vuoksi saimme käyttöön aineiston, jota voisi hyödyntää laajemmassa kehittämistyössä muutenkin, kuin ainoastaan asiakaslähtöisen tavoitteen osalta. Loppupalautteissa tulee kuvata myös asiakkaan toimintakyky, fysioterapeuttiset ongelmat sekä käytetyt mittarit ja terapiamenetelmät. Tuoreen Fysioterapia – lehden artikkelin mukaan vakiintuneena käytäntönä on ollut, että toimintakykytieto kirjataan vapaamuotoisena tekstinä, jolloin käsitteissä on suurta vaihtelua ja kirjausten rakenne vaihtelee (Laine 2018, 56). Palautteista olisi mahdollista tutkia sitä, vastaavatko käytetyt arviointi- ja terapiamenetelmät fysioterapeuttisia ongelmia ja onko koko fysioterapiaprosessin ajan keskitytty johdonmukaisesti samoihin toimintakyvyn osa-alueisiin. Palautteiden kirjauskäytännöt olivat hyvin vaihtelevia ja olisi mahdollista tarkastella, laaditaanko palautteet saman rakenteen mukaan kuin sairaanhoitopiirin loppupalautepohjassa. Mielenkiintoista olisi myös tarkastella, miten tavoitteenasettelu näkyy muiden palveluntuottajien laatimissa loppupalautteissa.

Opinnäytetyön tulokset antavat tietoa loppupalautteiden laadusta tavoitteenasettelun ja tavoitteen saavuttamisen arvioinnin osalta valitussa otoksessa. Sairaanhoitopiirin fysioterapian toimintaperiaatteissa ja palveluntuottajille suunnatussa tarjouspyynnössä on vaatimuksia palautteen sisällölle. Nämä eivät kuitenkaan tämän opinnäytetyön perus-

teella täysin toteudu käytännössä. Tulosten perusteella toimeksiantaja voi kehittää kirjaamisen laatua ja kirjauskäytäntöjen yhtenäisyyttä. Loppupalautepohjaan olisi mahdollista lisätä tarkemmat vaatimukset tavoitteen ja toimintakyvyn kuvaamiselle. Tavoitteenasetteluun ja toimintakyvyn kirjaamiseen liittyvää osaamista voisi kehittää tarjoamalla koulutusta asiakaslähtöisten tavoitteiden laatimiseen ja ICF – luokituksen käyttöön.

LÄHTEET

Aas, M. 2014. Towards a reflection repertoire: using a thinking tool to understand tensions in an action research project. *Educational Action Research*. Viitattu 7.12.2018. Saatavilla <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09650792.2013.872572>.

Anttila, H. & Paltamaa, J. 2015. ICF tulee osaksi tietojärjestelmiä. *Fysioterapia* 3/2015. Viitattu 17.11.2017. Saatavilla https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125957/FT0315_4-10.pdf?sequence=1

Autti-Rämö, I.; Sukula, S. & Vainiemi, K. 2015. Tavoitteiden laatiminen. GAS -menetelmä. Käsikirja, versio 4. Viitattu 17.11.2017. <http://www.kela.fi/documents/10180/0/Gas+-käsikirja/07692e5a-c6d0-48f0-97a1-0737c4add7f8>

Bovend'Eerd, T. J., Botell, R. E. & Wade, D. T. 2009. Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: A practical guide. *Clinical Rehabilitation*, 23(4), 352–361.

Carr, W & Kemmis, S. 1986. *Becoming critical. Education, knowledge and action research*. Viitattu 7.12.2018. Saatavilla https://books.google.fi/books/about/Becoming_Critical.html?id=g_uNagAAQBAJ&printsec=frontcover&source=kp_read_button&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false.

ICF – Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. 2004. 6. painos. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla <https://www.julkari.fi/handle/10024/77744>.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. uudistettu painos. Helsinki:WSOY.

Junnila, M. & Fredriksson, S. 2012. Palvelujen ulkoistus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 18.2.2018. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90876/URN_ISBN_978-952-245-720-2.pdf

Järvikoski, A. 2013. Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:43. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70263/URN_ISBN_978-952-00-3457-3.pdf

Karhula, M.; Veijola, A. & Ylisassi, H. 2016a. Kohti hyvää tavoitteen asettamisen käytäntöä. Julkaisussa: *Kuntoutuminen*. Julkaistu 3.11.2016. Kustannus Oy Duodecim. Oppiportti. Viitattu 21.11.2017. <http://www.oppiportti.fi/op/ktm00120/do>

Karhula, M.; Veijola, A. & Ylisassi, H. 2016b. Tavoitteen asettaminen kuntoutumisen lähtökohdaksi. Julkaisussa: *Kuntoutuminen*. Julkaistu 3.11.2016. Kustannus Oy Duodecim. Oppiportti. Viitattu 21.11.2017. <http://www.oppiportti.fi/op/ktm00119/do>

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. 1.-2. painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Laki erikoissairaanhoidon 3 §:n muuttamisesta 915/2017. Annettu Helsingissä 14.12.2017. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2017/20170915>.

Laine, M. 2018. Kirjaamisen villi länsi on aika jättää historiaan – jatkossa rakenne ratkaisee. *Fysioterapia* 6/2018; 56–60.

Lohmann, S., Decker J., Müller M., Strobl R. & Grill, E. 2011. The ICF forms a useful framework for classifying individual patient goals in post-acute rehabilitation. *J Rehabil Med* 2011; 43: 151–155.

- Matikainen, E.; Aro, T.; Huunan-Seppälä, A.; Kivekäs, J.; Kujala, S. & Ola, S. 2004. Toimintakyky: Arviointi ja kliininen käyttö. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Musikka-Siirtola, M. & Anttila, H. 2015. ICF-käsitteistö toimintakyvyn arvioinnissa. Julkaisussa GAS-menetelmästä sovellukseen. Kelan tutkimusosasto. Helsinki. Viitattu 20.10.2018. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/158520/GAS.pdf?sequence=5>
- Paltamaa, J., Karhula, M., Suomela-Markkanen, T. & Autti-Rämö, I. Toim. 2011. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suosituksiin vaikeavammaisten kuntoutuksenkehittämishankkeessa. Kela. Helsinki. Viitattu 30.10.2018. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/24581/Hyvan%20kuntoutuskaytannon%20perusta.pdf>
- Salonen, Kari. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 21.11.2018. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>
- Stevens, A.; Köke, A.; van der Weijden, T. & Beurskens A. 2017. Ready for goal setting? Process evaluation of a patient-specific goal-setting method in physiotherapy. BMC health services research. 2017, Vol.17.
- Sukula, S. 2013. Hyvin laaditut tavoitteet ovat kuntoutuksen selkäranka. Kuntoutus 2/2013. (sivut 41–47) Viitattu 29.6.2018. https://kuntoutusportti.fi/files/attachments/kuntoutus-lehden_artikkelit/2013/sukula.pdf
- Sukula, S. & Vainiemi, K. 2015. GAS -menetelmä. Käsikirja, versio 4. Viitattu 17.11.2017. <http://www.kela.fi/documents/10180/0/Gas+-käsikirja/07692e5a-c6d0-48f0-97a1-0737c4add7f8>
- Suomen Fysioterapeutit. 2014. Fysioterapian tutkimus. Viitattu 19.11.2017. <https://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php/fysioterapian-tutkimus>
- Suomen Fysioterapeutit. 2016. Fysioterapeutin ydinosaminen – Tutkimis- ja arviointiosaaminen. Viitattu 29.6.2018. <http://www.suomenfysioterapeutit.com/ydinosaminen/FysioterapeutinYdinosaminen.pdf>
- Talvitie, U.; Karppi, S. & Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2017a. Mitä toimintakyky on? Viitattu 15.11.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on>
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2017b. Toimintakyvyn ulottuvuudet. Viitattu 15.11.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on/toimintakyvyn-ulottuvuudet>
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2017c. Toimintakyvyn arviointi. Viitattu 15.11.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/toimintakyvyn-arviointi/>
- Valkeinen, H. & Anttila, H. 2014. ICF-luokitus ja toimintakykymittarit: mitä, miten ja miksi? Fysioterapia 4/2014. Viitattu 22.11.2017. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116875/Valkeinen%20%20Anttila%20Fysioterapia%204_2014.pdf?sequence=1
- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2016. Vaikuttava muutos. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin strategia vuosille 2017–2018. Viitattu 27.11.2018. <http://www.vsshp.fi/fi/sairaanhoitopiiri/johtaminen-ja-organisaatio/saannot/Documents/strategia%202017-2018.pdf>
- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2018. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin strategia vuosille 2019–2020. Viitattu 27.11.2018. http://www.vsshp.fi/fi/sairaanhoitopiiri/johtaminen-ja-organisaatio/Documents/VSSHP_strategia_2019-2020.pdf
- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. 2017. Tarjouspyyntö 120862. Fysioterapiapalvelut TP 512/17. 5.9.2017

Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon esitys fysioterapian toimintaperiaatteiksi. 2016. Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelma. Päivitys vuosille 2017-2018. Liite 3. Esitys fysioterapian toimintaperiaatteiksi. Viitattu 18.2.2018. <https://kimpassa-alli-hopa.fi/assets/uploads/2017/04/Varsinais-Suomen-sosiaali-ja-terveydenhuollon-jarjestamis-suunnitelman-paivitys-vuosille-2017-2018-liitteet-28.10.2016.pdf>

Veijola, A., Honkanen H. & Lappalainen, P. 2015. Asiakkaan osallisuuden mahdollistava ja sitä tukeva haastattelukeskustelu. Julkaisussa GAS-menetelmästä sovellukseen. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. Viitattu 20.10.2018. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/158520/GAS.pdf?sequence=5>

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Vilka, H. 2014. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. Viitattu 24.11.2017. <http://hanna.vilka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-mittaa.pdf>

Wade DT. 2009: Goal setting in rehabilitation: an overview of what, why and how. *Clinical Rehabilitation*. 23; 291–295