

Riitta Kurki

MIKETEKIN PALVELUIDEN JA  
ARVIOINNIN KEHITTÄMINEN  
GAS-arviointilomake käytännön työkaluksi

Opinnäytetyö  
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen  
Sosionomi YAMK


Huhtikuu 2011




**MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU**

Mikkeli University of Applied Sciences

## KUVAILULEHTI

 <b>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU</b> Mikkeli University of Applied Sciences	<b>Opinnäytetyön päivämäärä</b>  12.4.2011				
<b>Tekijä(t)</b>  Riitta Kurki	<b>Koulutusohjelma ja suuntautuminen</b> Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto, Sosionomi YAMK. Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen.				
<b>Nimeke</b>  Miketekin palveluiden ja arvioinnin kehittäminen; Arviointi käytännön työkaluksi.					
<b>Tiivistelmä</b> <p>Tämän opinnäytetyön kehittämiskohteena on Goal Attainment Scale (GAS) -arviointimenetelmän käyttöönotto Miketekillä (Hengitysliitto Heli ry). Kela edellyttää palvelutuottajalta laadukasta ja vaikuttavaa kuntoutusta, jonka kriteerit on esitetty Kelan avo- ja laitospuotoisen kuntoutuksen standardin yleisessä osassa, joka tuli voimaan 1.1.2011. Standardin tavoitteena on turvata kaikille Kelan kuntoutujille laadullisesti hyvä kuntoutus, kuntoutuksen oikea-aikaisuus sekä varmistaa kuntoutujan oikeudet. Ammatillisen kuntoutuksen tarve mielenterveyskuntoutujilla kasvaa lähivuosina, koska laitoshoidoja puretaan ja tavoitteena on myös saada mielenterveyskuntoutujat takaisin työelämään. Kuntoutuksen on oltava vaikuttavaa ja sen on oltava myös mitattavissa.</p> <p>Miketekillä on nähty tarpeellisena jo useampana vuonna kehittää arviointimenetelmiä ja vaikuttavuuden arviointia. Kehittämisen taustalla on myös kuntoutujalähtöisyys sekä moniammatillinen verkostotyö. Teoriaosassa käsitellään kuntoutusta ja kuntoutuksen vaikuttavuutta mielenterveyskuntoutuksen ja ammatillisen kuntoutuksen näkökulmista. Tiedonkeruumenetelmät prosessin aikana olivat työpäiväkirjamerkinnot sekä lomakehaastattelut.</p> <p>Kehittämistehtävän tuloksena oli, että GAS-menetelmä on toimiva menetelmä henkilökohtaisten tavoitteiden asettamiseen. Puolet haastatelluista koki, että tavoitteet ohjasivat kuntoutumista MAKU-työhönvalmennuksen aikana ja monet heistä muun muassa siksi, että se auttoi paremmin jäsentämään asioita. Henkilökohtaiset tavoitteet puolestaan auttoivat ymmärtämään, että tavoitteet ovat vain itseä varten. Yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, että henkilökohtaisten tavoitteiden asettamisesta oli heille hyötyä omassa kuntoutumisessa. Sekä työpäiväkirjamerkintöjen että lomakehaastattelun mukaan kuntoutujat kokivat ohjaajan olevan tärkeässä roolissa GAS-tavoitteiden asettamisessa. Vaikka kuntoutuja on oman elämänsä asiantuntija, kuntoutujan on usein vaikea tuoda ilmi tavoitteita, jotka ovat positiivisia ja kuntoutuksen kannalta merkityksellisiä. Tässä vaiheessa tarvitaan paitsi ohjaajan ammattitaitoa ja kokemusta kyseisen kuntoutusmuodon toteuttamisesta, myös palvelujärjestelmän tuntemusta sekä vaikuttavuuden merkityksen ymmärrystä niin kuntoutujalle kuin kuntouttajalle. Suurin osa kuntoutujista oli motivoitunut omien tavoitteiden miettimiseen.</p>					
<b>Asiasanat (avainsanat)</b> kuntoutus, tavoite, vaikuttavuus, arviointi					
<b>Sivumäärä</b> 55 s.	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;"><b>Kieli</b></td> <td style="border: none;"><b>URN</b></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Suomi</td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>	<b>Kieli</b>	<b>URN</b>	Suomi	
<b>Kieli</b>	<b>URN</b>				
Suomi					
<b>Huomautus (huomautukset liitteistä)</b>					
<b>Ohjaavan opettajan nimi</b> Päivi Niiranen-Linkama	<b>Opinnäytetyön toimeksiantaja</b> Miketek (Hengitysliitto Heli ry)				

## DESCRIPTION

 <p><b>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU</b> Mikkeli University of Applied Sciences</p>		<b>Date of the bachelor's thesis</b>  12.4.2011
<b>Author(s)</b>  Riitta Kurki	<b>Degree programme and option</b>  Development and Management in Health Care and Social Services / Master of Social Services	
<b>Name of the bachelor's thesis</b> Developing Services and Assessment at Miketek; Assessment as a Practical Tool		
<b>Abstract</b>  <p>The objective of this study is to implement the evaluation methodology Goal Attainment Scale (GAS) at Miketek (Pulmonary Association Heli). Kela (The Social Insurance Institution of Finland) requires effective high quality rehabilitation services from its service providers. The criteria for these services are set in the general part of the Standard for Out- and Inpatient Rehabilitation, which became effective on 1 January 2011. This Standard aims at ensuring all Kela's rehabilitees equally good-quality rehabilitation services with correct timing as well as at ensuring its clients' rights.</p> <p>The need for vocational rehabilitation of mental health rehabilitees will grow in the near future as the use of institutional care is decreasing and promoting mental health rehabilitees entering working life is seen as an important goal. The rehabilitation services need to be not only effective but also measurable.</p> <p>For several years now, Miketek has seen it necessary to develop evaluation tools and assessment of effectiveness. This has been further enhanced by rehabilitee driven thinking and multi-professional collaboration. The theory part of this study deals with rehabilitation and its effectiveness in both vocational and mental health rehabilitation. The data were collected from the work diaries and form interviews during the implementation process.</p> <p>The result of this study is that GAS methodology is suitable for setting personal goals. A half of the clients interviewed found the goals helpful in directing their rehabilitation processes during the MAKU work training: it helped many of them get organized. Personal goals helped the rehabilitees understand that the goals are there only for themselves. More than half of the respondents considered the personal goal setting to be a useful tool for them in their rehabilitation processes. According to both work diaries and interviews, the rehabilitees regarded the role of the tutor as important when setting the GAS-goals. Although the rehabilitees are the best experts of their own lives, it is often difficult for them to point out the goals that are positive and meaningful for their rehabilitation processes. At this point, not only the skills and experience of the tutor on implementing the rehabilitation method in question, but also his/her knowhow on the service structure and the meaning of effectiveness for both the rehabilitee and the provider of rehabilitation are highly necessary. The study showed also that the major part of the rehabilitees is well motivated for pondering on their own goals.</p>		
<b>Subject headings, (keywords)</b>  rehabilitation, goal, effectiveness, assessment		
<b>Pages</b> 55 pp.	<b>Language</b> Finnish	<b>URN</b>
<b>Remarks, notes on appendices</b>		
<b>Tutor</b>  Päivi Niiranen-Linkama	<b>Bachelor's thesis assigned by</b>  Miketek (Hengitysliitto Heli ry)	

## SISÄLTÖ

1	JOHDANTO .....	1
2	KUNTOUTUS .....	2
2.1	Mielenterveyskuntoutus.....	4
2.2	Ammatillinen kuntoutus .....	6
2.3	Kuntoutujalähtöisyys (asiakaslähtöisyys) ammatillisessa kuntoutuksessa ....	9
2.4	Ammatillisen kuntoutuksen prosessimaisuus .....	11
2.5	Ammatillisen kuntoutuksen arviointi ja vaikuttavuus .....	13
2.6	Moniammatillisuus ammatillisessa kuntoutuksessa .....	15
2.7	Mielenterveyskuntoutujien ammatillinen kuntoutus ja työhönvalmennus Kelan standardin mukaan .....	16
2.8	Miketek ja Mikemet Oy (Hengitysliitto Heli ry) .....	17
3	TUTKIMUKSIA KUNTOUTUKSEN VAIKUTTAVUUDESTA.....	18
3.1	Välietappi-kuntoutus.....	19
3.2	Kannattaako kuntoutus .....	21
4	KEHITTÄMISTEHTÄVÄN LÄHTÖKOHTA JA TAVOITTEET .....	23
4.1	Kehittämistehtävän lähtökohta .....	23
4.2	Kehittämistehtävän tavoitteet .....	24
4.3	Goal Attainment Scaling (GAS-menetelmä) .....	24
5	TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISPROSESSIN DOKUMENTOINTI.....	25
5.1	Tiedonkeruumenetelmät prosessin aikana .....	25
5.2	Tiedonkerääminen työpäiväkirjamerkinnöistä.....	26
5.3	Lomakehaastattelu .....	27
5.4	Analysointi.....	28
5.5	Kehittämistyön luotettavuus ja eettisyys.....	29
6	GAS-MENETELMÄ - PROSESSI JA MENETELMÄN KEHITTÄMINEN MAKU - TYÖHÖNVALMENNUSSESSA.....	30
6.1	GAS-koulutus Kuopiossa .....	32
6.2	Saadun aineiston sisäistäminen.....	34
6.3	Kuntoutustiimin kouluttaminen GAS -menetelmään .....	34
6.4	Kuntoutujien opastaminen ja kouluttaminen GAS -menetelmään .....	35

6.5	Kuntoutujien tavoitteiden nimeäminen.....	35
6.6	Indikaattorin valinta.....	36
6.7	Asteikon laadinta .....	37
6.8	Tavoitteiden tarkistaminen .....	38
6.9	T-lukuarvo (T-score).....	39
6.10	Kuntoutustoimenpiteistä sopiminen .....	40
6.11	Tulosten tarkastelu.....	41
7	GAS-MENETELMÄN – ARVIOINTI JA KÄYTTÖÖNOTTO.....	42
7.1	Toteutus .....	42
7.2	GAS-menetelmän ohjaus- ja toimintatapakysely.....	44
7.2.1	Lomakehaastattelun tulokset.....	44
7.2.2	Palautekeskustelun tulokset .....	46
7.3	Tulosten tarkastelu.....	48
8	POHDINTA .....	50
8.1	Kehittämistyön onnistumisen arviointi.....	50
8.2	Jatkokehittämishaasteet .....	54

## LÄHTEET

## LIITTEET

Liite 1 GAS-menetelmälomake

Liite 2 T-lukuarvotaulukko (T-score)

Liite 3 Kyselylomake

Liite 4 Palautekyselylomake

## 1 JOHDANTO

Taloudellinen niukkuus on korostanut kuntoutuksen vaikuttavuuden merkitystä. Yhteiskunnan panostus kuntoutukseen nykyään on taloudellisesti huomattavan suurta. Tästä syystä yhteiskunta on edellyttänyt verovaroin rahoitettujen sosiaali- ja terveydenhuollon toimien ja muun muassa kuntoutuksen vaikuttavuuden osoittamista tieteellisin näytöin. Kuntoutuksella voidaan saavuttaa yhteiskunnalle taloudellisten tavoitteiden lisäksi myös inhimillisiä arvoja. On selvittävä eri kuntoutusmuotojen tehokkuus ja se mihin väestöryhmiin niitä kannattaa soveltaa. Kuntoutukseen käytettyjen taloudellisten resurssien vuoksi kuntoutuksen rahoittajalla on oikeus odottaa tuloksia. (Ks. Kuntoutusselonteko 2002, 6; Pohjalainen & Malmivaara 2008, 658–659.)

Kuntoutusjärjestelmän nykytilaa ja sen toimintatapoja leimaavat hajanaisuus ja eriytyneisyys. Kuntoutuspalveluita tuottavien organisaatioiden työkäytännöt ja toimintamallit vaihtelevat suhteessa kuntoutusjärjestelmään. Kuntoutusjärjestelmää on kehitetty paljon erilaisilla valtakunnallisilla sekä organisaatiokohtaisilla projekteilla ja kehittämishankkeilla. (Suikkanen & Lindh 2008, 72–73.)

Kela järjesti toukokuussa 2010 palvelutuottajien edustajille GAS-menetelmästä ns. kouluttajakoulutuksen, jossa opiskeltiin yksilölähtöinen tavoitteen asettaminen GAS-menetelmää käyttäen. GAS-menetelmä on työkalu, jonka avulla määritetään kuntoutujan tavoitteet ja tavoitteiden toteutumista voidaan tarkastella sekä yksilö että ryhmätasolla tilastollisia menetelmiä hyväksi käyttäen. Menetelmä otettiin käyttöön Kelan mielenterveyskuntoutujien ammatillisessa kuntoutuksessa 1.1.2011 alkaen. GAS-menetelmän käsikirjassa arvioidaan, että menetelmän käyttö eri kuntoutusmuodoissa ja kehittämishankkeissa tulee jatkossa osoittamaan menetelmän käyttökelpoisuuden asiakasnäkökulman tuomiseen niin kuntoutuksen tavoitteiden asettamiseen, sisällön suunnitteluun kuin kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointiin. (Autti-Rämö ym. 2010, 11.)

Miketek (Hengitysliitto Heli ry) toteuttaa Kelan mielenterveyskuntoutujille suunnattua ammatillista kuntoutusta. GAS-menetelmän käyttöönotto innosti tutkimaan, miten GAS-menetelmä toimii kuntoutusprosessin tavoitteiden asettamisessa. Tämä kehittämistyö toteutettiin Miketekillä toukokuun 2010 ja helmikuun 2011 välisenä aikana.

Työskentelen Miketekillä kuntoutusohjaajana ja olen mukana kuntoutustiimissä, jonka muut jäsenet ovat kuntoutusohjaaja, työnjohtaja (työelämäasiantuntija) ja johdon edustaja. Kuntoutustiimi on osallistunut kehittämistyön toteuttamiseen osallistumalla GAS-menetelmäkoulutukseen. Kuntoutustiimin jäsenet antoivat hyviä neuvoja ja ohjeita kehittämistyön etenemiseen. Kuntoutusohjaaja toimi opinnäytetyön työelämäohjaajana. Kehittämistyön kohteena oli MAKU-työhönvalmennus, joka on Kelan mielen-terveyskuntoutujille suunnattua ammatillista kuntoutusta.

Kehittämistyön tarkoituksena on kehittää kuntoutujan henkilökohtaisten tavoitteiden asettamista GAS-menetelmää apuna käyttäen. Tutkimuskysymyksissä haetaan vastausta, miten GAS-menetelmä toimii kuntoutusprosessin tavoitteen asettamisessa ja millaisia vaikutuksia GAS-menetelmän käytöstä on kuntoutujalle.

## **2 KUNTOUTUS**

Kuntoutus on eri aikakausina ymmärretty ja määritelty eri tavoin. Sitä on ollut jossain muodossa yhtä kauan kuin on ollut sairaita, vammaisia ja yhteisöstään syrjäytyneitä ihmisiä. Kuntoutus oli aluksi pitkälti hyväntekeväisyyden varassa, mutta talvi- ja jatkosodan sotainvalidien suuri joukko herätti valtion invalidihuollon ja kuntoutuksen organisoijaksi. Samoihin aikoihin kuntoutus tuli käsitteenä suomalaiseen käyttöön. 1960-luvun alussa kuntoutus sisällytettiin sosiaali- ja terveystalouteen. Vuonna 1969 Maailman terveysjärjestö (WHO 1969, 1981) määritteli kuntoutuksen lääkinällisten, sosiaalisten, kasvatuksellisten ja ammatillisten toimenpiteiden koordinoituksi kokonaisuudeksi. 1980-luvulla kuntoutus määriteltiin yhteisöllisistä ja yhteiskunnallisista lähtökohdista käsin, ja vuonna 1993 Yhdistyneiden kansakuntien (YK) yleiskokouksessa kuntoutuksen perimmäiseksi tavoitteeksi määriteltiin mahdollisimman itsenäisen elämä. (Puumalainen 2008, 16–19; Järvikoski & Härkäpää 2008, 51–53.)

Yhteiskunnan muutokset ovat vaikuttaneet kuntoutuksen kehitykseen. Aikaisemmin kuntoutus kohdistui tarkasti rajattuihin vammaisryhmiin, mutta nykyisin on osa yleistä kuntoutuspalvelua. Kuntoutuksen lähtökohdista ovat elämänhallinnan ongelmat. (Lindgren 2005, 239.)

Kuntoutuksen käsite on hyvin laaja ja sitä käytetään ainakin kolmessa eri merkityksessä: 1. toimenpiteiden kokonaisuutena, 2. yhteiskunnallisena toimintajärjestelmänä ja 3. prosessina. Kuntoutus on muun muassa erilaisten koordinoitujen toimenpiteiden kokonaisuus, jossa kuntoutujaa autetaan toteuttamaan elämänprojektejaan, ylläpitämään elämänhallintaansa, selviytymään sosiaalisesti sekä integroitumaan yhteiskuntaan. Kuntoutus voidaan nähdä myös yhteiskunnallisten sopimusten ja säädösten määrittämisenä toimintajärjestelmänä, jolla pyritään takaamaan työkuuntoisen työvoiman riittävyys ja yhdessä eläkejärjestelmän kanssa ratkomaan, minkä väestönosan siirtyminen työvoiman ulkopuolelle on tarkoituksenmukaista sekä yksilön että yhteiskunnan näkökulmasta. Kolmanneksi kuntoutuksen tavoitteena on eri toimenpitein muodostaa katkeamaton kuntoutusprosessi, jossa kuntoutuspalvelut, oma osallisuus kuntoutusprosessissa ja ympäristön vuorovaikutus ovat kuntoutuksen ydinkysymyksiä. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 17–22.) Kuntoutus voi tarkoittaa muun muassa järjestelmää ja sen osia, oppialaa, yksilön tai yhteisön muutosta, menetelmiä ja toimintamalleja, tavoitetta tai prosessia. (Rissanen & Aalto, 2002, 2.)

Kuntoutusta tarvitaan silloin, kun henkilön toimintakyky on heikentynyt esimerkiksi sairauden, vamman tai sosiaalisten ongelmien vuoksi. Kuntoutumisessa pyritään palauttamaan työ- tai toimintakyky ennalleen, kohentamaan sitä tai estämään ennakoitavissa oleva työ- tai toimintakyvyn heikkeneminen. (Kähäri-Wiik ym. 2006, 3.)

Kuntoutus voidaan määritellä ihmisen tai ihmisen ja hänen elinympäristönsä muutosprosessiksi, jolla tavoitellaan toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen, hyvinvoinnin ja työllisyyden edistämistä. Kuntoutuksen keinoin tähdätään suunnitelmalliseen, monialaiseen ja usein pitkäjänteiseen toimintaan, jonka tavoitteena on auttaa kuntoutujaa hallitsemaan omaa elämäntilannettaan. (Kuntoutusselonteko 2002, 3.) Nykyaikainen määritelmä kuntoutuksesta korostaa kuntoutuksen tehtävää elämänhallinnan tukijana (Lindgren 2005, 239). Kuntoutustoiminnalle on aina asetettu sekä yksilöllisiä että yhteiskunnallisia tavoitteita. Tavoitteiden asettaminen antaa välineitä toteuttaa kuntoutusta ja tavan tarkastella tavoitteiden toteutumista. Suomessa ei ole ollut kuitenkaan systemaattista tapaa tehdä sitä. (Vainiemi 2010, 3.)

Kuntoutuksen tavoitteena on kuntoutuminen ja mahdollisimman itsenäinen selviytyminen elämän eri tilanteissa sekä ihmisen toiminta- ja työkyvyn paraneminen ja säily-



minen. Kuntoutus järjestetään yleisten palvelujen ja sosiaalivakuutusjärjestelmän osana. Se myös täydentää ja tehostaa lääketieteellisen hoidon ja muiden työ- ja toimintakykyisyyttä tukevien palvelujen vaikutusta jo varhaisessa vaiheessa. Kuntoutusjärjestelmän pääelementtejä ovat kuntoutusta ohjaava lainsäädäntö, kuntoutuspalveluja tuottavat ja rahoittavat organisaatiot sekä näissä organisaatioissa toimivat ammattihenkilöt. (Paatero ym. 2008, 31.)

Kuntoutuksen tulee alkaa mahdollisimman nopeasti sairauden akuuttivaiheen jälkeen. Hoito- ja kuntoutussuunnitelmassa määritellään päämäärät ja tavoitteet, joihin kuntoutuksella pyritään. Kuntoutuja itse osallistuu aktiivisesti tavoitteiden laatimiseen, jolloin varmistetaan mahdollisimman tarkoituksenmukaiset kuntoutusmenetelmät. Kun kuntoutuja on itse ollut mukana laatimassa tavoitteita, hän myös motivoituu ja sitoutuu niiden toteuttamiseen. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 224–225.)

Järvikosken ym. (2004, 10) mukaan kuntoutus on sisällöltään ja toteutustavoiltaan monimuotoinen toimintakokonaisuus, jossa ihmisten tiedot ja kokemukset kuntoutuksen sisällöstä, tavoitteista tai kohderyhmistä vaihtelevat. Kuntoutuskäsitykset voivat perustua omakohtaisiin sekä lähiympäristöstä saatuihin kokemuksiin, tiedotusvälineiden kautta välittyneisiin tietoihin tai kuntoutusta koskevaan asiantuntija- ja tutkimustietoon.

Kuntoutuksen suunnittelu ja seuranta kuuluvat pääasiassa terveydenhuollon tehtäviin, vaikka joku muu kuntoutustaho vastaisi kuntoutuksen järjestämisestä. Terveydenhuollossa tehty kuntoutussuunnitelma voi olla ehtona kuntoutuksen täytäntöönpanolle tai kuntoutusetuuksien maksamiselle. (Paatero ym. 2008, 35). Kuntoutuksen toteutuksessa, tutkimuksessa ja kehittämisessä pyritään ennakoimaan terveydenhuollon kehittymistä, yhteiskunnan ja työelämän muutoksia sekä muutoksen tuomia haasteita kuntoutukselle (Vainiemi 2010, 3).

## **2.1 Mielenterveyskuntoutus**

Mielenterveysongelmien jyrkkä kasvu 1990-luvun puolivälissä on näkynyt erilaisten kuntoutusselosteiden tavassa käsitellä asiaa. Näkökulmia mielenterveyskuntoutukseen

- monisteissa (2002) mainitaan, että mielenterveyden ongelmista kärsivien kuntoutuksessa on eri yhteyksissä käytetty eri termejä. Mielenterveyskuntoutuksen käsitettä alettiin käyttää asiakasjärjestöjen piirissä, yksityisellä sektorilla sekä eräissä julkisen hallinnon asiakirjoissa.

Mielenterveyspalveluiden laatusuosituksen (2001) mukaan mielenterveyskuntoutuksella tarkoitetaan niitä palveluja ja prosesseja, joiden avulla mielenterveystyön resursseja ja osaamista ohjataan kuntoutujan voimavarojen vahvistamiseen, ongelmien ehkäisyyn, psykososiaalisten ongelmien selvittelyyn ja niissä tukemiseen sekä mielenterveyshäiriöiden varhaiseen tunnistamiseen, tehokkaaseen hoitoon ja monipuoliseen kuntoutukseen. Kettunen ym. (2002, 124) tuovat esille, että psykososiaalinen tukeminen edellyttää kuntoutujan ja hänen elämäntilanteensa kokonaisvaltaista huomioonottamista. Työntekijän positiivinen, kannustava ja voimavaroja korostava suhtautuminen sekä avohoidon tukipalvelujen tunteminen ja kuntoutujan ohjaaminen niihin auttavat arjessa selviytymistä.

Mielenterveyskuntoutuksessa käytetään erilaisia nimityksiä eri asiakasjärjestöjen piirissä. Näitä ovat psykiatrinen kuntoutus, sosiaalipsykiatrinen kuntoutus, psykososiaalinen kuntoutus ja kuntouttava mielenterveystyö. Mielenterveyskuntoutuksen avulla tuetaan psyykkisistä sairauksista toipuvan ihmisen toimintakykyä. Tavoitteena on kuntoutujan kuntoutusvalmiuksien edistäminen, elämänhallinnan lisääminen, päämäärien toteuttaminen ja sosiaalisessa ympäristössä toimiminen. Kuntoutuksessa korostuu kuntoutujan oma aktiivisuus, koska kuntoutuminen voi olla pitkäaikainen elämänvaihe, johon kuuluu myös pettymysten sietäminen. (Heikkinen - Peltonen ym. 2008, 224.)

Mielenterveyskuntoutuksen kenttä ulottuu yksilöllisistä elämänhallintakriiseistä kroonisten mielenterveydenhäiriöiden kuntoutukseen. Tästä johtuen asiantuntijaryhmä on todennut, että kokonaiskuvaa suomalaisesta mielenterveyskuntoutuksesta on ollut vaikea saada palvelukentän laajuuden vuoksi. Kuntien, kuntayhtymien ja sairaanhoitopiirien palvelujärjestelmät ovat erilaisia mielenterveyskuntoutuksessa eri puolella Suomea. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 209.) Kunnat voivat varsin itsenäisesti päättää, järjestääkö kunta ne itse vai ostaako laissa säädetyt peruspalvelut ostopalveluina. (Kähäri-Wiik ym. 2006, 206).

Mielenterveyskuntoutuksen keskeisenä kohteena ovat psyykkistä hyvinvointia ja toimintakykyä tukevat tekijät. Useimmiten ne löytyvät pienistä ja tavallisista arkielämään liittyvistä asioista, tilanteista ja toiminnoista. Kuntoutujat voivat olla itse niiden suhteen asiantuntijoita. (Riikonen 2008, 158–159.)

Mielenterveyden häiriöiden sairausryhmässä ammatillinen kuntoutus on melko harvinaista. Tämä näkyy myös laajemmin kuntoutuksen kentässä. Terveystieteiden ammattilaisen kuntoutuksen suunnitelmia ei yleensä laadita mielenterveyden ongelmista kärsiville. Työhön liittyvää tai ammatillista kuntoutustarvetta ei havaita, siihen ei reagoida tai ammatillisen kuntoutuksen ei nähdä vastaavan mielenterveysongelmaisten tarpeita. Kuntoutuksen keskeisiä kehittämishaasteita ovat muun muassa kuntoutuksen lisääminen mielenterveysongelmista kärsiville sekä kuntoutuksen oikea-aikaisuus. (Gould ym. 2008, 49.)

## **2.2 Ammatillinen kuntoutus**

Ammatillista kuntoutusta voidaan määrittellä sekä toimenpiteiden että tavoitteiden pohjalta. Toimenpiteiden perusteisen määrittelyn mukaan ammatillinen kuntoutus tarkoittaa sitä osaa kuntoutuksesta, jossa toteutetaan ammattiin tai työhön liittyviä toimenpiteitä. Tavoiteperusteisen määrittelyn mukaan ammatillinen kuntoutus on toimintaa, jolla pyritään lisäämään ammatillisia valmiuksia, parantamaan työkykyisyyttä, edistämään työmahdollisuuksia ja vähentämään vajaatyökykyisen työntekijän syrjintää työpaikalla. (Järvikoski 2002, 45.)

Ammatillisella kuntoutuksella pyritään parantamaan ja ylläpitämään kuntoutujan työkykyä ja ansiomahdollisuuksia tilanteessa, jossa sairaus aiheuttaa työkyvyttömyysuhan lähivuosina tai heikentää olennaisesti työ- ja ansiokykyä. (Ks. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2009; Kähäri-Wiik ym. 2006, 63–65.)

Ammatillista kuntoutusta toteutetaan Suomessa usean eri järjestelmän piirissä ja eri tahot tarjoavat erilaisia kuntoutusmuotoja: (ks. Järvikoski 2002, 46–47; Työterveys ja kuntoutus 2007, 17–20; Kela 2009.)

- **Työeläkelaitos** järjestää vakuutetulle ammatillista kuntoutusta työkyvyttömyyden estämiseksi tai työ- ja ansiokyvyn parantamiseksi. Työeläkelaitoksilla on lakisääteinen velvollisuus selvittää ammatillisen kuntoutuksen edellytykset vakuutetun hakiessa eläkettä. Työeläkelaitoksen kuntoutus on tarkoitettu niille henkilöille, jotka ovat olleet vakiintuneesti työelämässä.
- **Kelalla** on velvollisuus järjestää vajaakuntoisten ammatillista kuntoutusta henkilöille, joiden työkyky ja ansiomahdollisuudet ovat sairauden, vian tai vamman vuoksi olennaisesti heikentyneet ja jollei sitä ole järjestetty muiden säännösten perusteella. Lisäksi Kela järjestää harkinnanvaraista kuntoutusta.
- **Tapaturma- ja liikennevakuutusjärjestelmä** järjestää ammatillista kuntoutusta henkilöille, joiden työ- ja ansiokyky on uhattuna tai menetetty liikennetapaturman, ammattitaudin tai työtapaturman vuoksi. Ammatillisella kuntoutuksella edistetään ja tuetaan kuntoutujan työhönpaluuta, työssä suoriutumista, ehkäistään ja vähennetään työ- tai toimintakyvyn haittoja sekä ylläpidetään ja parannetaan kuntoutujan itsenäistä suoriutumiskykyä.
- **TE-toimiston** ammatillinen kuntoutus on suunnattu vajaakuntoisille työttömille työnhakijoille ja työttömyysuhan alla oleville. Kuntoutuksen piiriin voivat kuulua myös tietyt työmarkkinoiden ulkopuolella olevat ryhmät, kuten nuoret. Ammatillisella kuntoutuksella pyritään edistämään niiden henkilöiden ammatillista suunnittelua, työllistymistä ja työssä pysymistä, joilla jokin vamma tai sairaus heikentää työkykyä.

Ammatillisen kuntoutuksen tahot edellyttävät, että kuntoutus perustuu lääketieteellisesti diagnosoituun sairauteen, vikaan tai vammaan, joka uhkaa aiheuttaa lähivuosina työkyvyttömyyttä. Terveystieteellisesti tehty hoito- ja kuntoutussuunnitelma ja tuore B-lausunto ovat lähtökohtana muiden tahojen järjestämälle ammatilliselle kuntoutukselle. (Keva 2008.)

Ammatillinen kuntoutus kohdistuu yleensä henkilöihin, joiden riski syrjäytyä työmarkkinoilta – joko työkyvyttömyyseläkkeelle tai pitkäaikaistyöttömyyteen – on sairauden tai vajaakuntoisuuden takia tavallista suurempi. Ammatillisen kuntoutuksen toimenpitein pyritään estämään syrjäytymisprosessin eteneminen ja varmistamaan integroituminen työelämään, toisin sanoen takaamaan työntekijän mahdollisuus talou-

delliseen toimeentuloon omien taitojensa ja kykyjensä pohjalta. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 194.)

Kela korostaa ammatillisen kuntoutuksen tavoitelähtöisyyttä. Kuntoutusta suunniteltaessa tavoitteet ovat merkittävässä asemassa, koska tavoitteet määrittävät kuntoutusprosessin ja ohjaavat varsinaista kuntoutustapahtumaa. Kuntoutujan omat motiivit ja motivaatiot luovat perustan onnistuneelle ammatilliselle kuntoutukselle. (Ahlgren ym. 2009, 19.)

Ammatillisella kuntoutuksella on kaksi perusstrategiaa, jotka hyvin suunnitellussa toiminnassa täydentävät toisiaan (taulukko 1.) Ensimmäisessä osassa pyritään vahvistamaan kuntoutujan työmarkkinallisia valmiuksia, ja toisessa pyritään luomaan työmarkkinoille sellaisia olosuhteita, jotka lisäävät kysyntää kuntoutujan työpanokselle. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 195.)

**TAULUKKO 1. Ammatillisen kuntoutuksen perusstrategiat (Järvikoski & Härkäpää 2004.)**

AMMATILLISEN KUNTOUTUKSEN STRATEGIAT	
Työvoiman tarjonta-aspektiin eli kuntoutujan työmarkkinavalmiuksiin vaikuttaminen	Työvoiman kysyntäaspektiin vaikuttaminen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• henkilökohtaisten resurssien kehittäminen</li> <li>• ammatillisten valmiuksien ja työn hallinnan kehittäminen</li> <li>• ammatillinen perus-, uudelleen- ja täydennyskoulutus</li> <li>• yleisten työelämätaitojen sekä sosiaalisten taitojen kehittäminen ja valmennus</li> <li>• työtehtävien osaamisen arviointi, kokeilu ja ohjaus (jatkuu)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sopivien töiden etsiminen ja räätälöinti</li> <li>• työolosuhteiden suunnittelu ja soveltaminen</li> <li>• työpaikkojen asenteisiin ja rekrytointikäytäntöihin vaikuttaminen</li> <li>• perehdytys- ja sopeutumisajan tuen tarjoaminen työnantajalle</li> </ul>

(jatkuu) • työn edellyttämä fyysisen ja psyykkisen kunnon kohentaminen	
---	--

Ammatillisen kuntoutuksen yhtenä myöntämisperusteena on, että ammatillinen kuntoutus johtaa todennäköisesti henkilön työssä jatkamiseen, työhön palaamiseen tai työelämään siirtymiseen. Tavoitteena on, että kuntoutuksen avulla kuntoutuja pystyisi säännöllisillä tuloilla elättämään itsensä. (Paatero ym. 2008, 37.) Ammatillinen kuntoutus on tarkoitettu työssä käyvälle tai työelämään siirtyvälle henkilölle, jonka työkyky on jo heikentynyt tai jota uhkaa työkyvyttömyys lähivuosina. Ammatillisen kuntoutuksen avulla henkilö voi parantaa työkykyään jaksakseen työelämässä paremmin, siirtyäkseen työelämään vajaakuntoisuudesta huolimatta tai palatakseen työhön oltuaan pitkään poissa työelämästä. (Kela 2009.)

### 2.3 Kuntoutujälähtöisyys (asiakaslähtöisyys) ammatillisessa kuntoutuksessa

Rajavaara 2008 (43–45) lähestyy asiakaslähtöisyyttä taloustieteilijä Albert O. Hirschmanin (1970) käsitejaottelun avulla. Näitä käsitteitä ovat *exit*, *voice* ja *loyalty*. *Loyalty*, lojaalisuus on ollut yleisin tapa, jolla yksilön suhde kuntoutukseen on rakentunut kuntoutuksen varhaisvaiheessa. Kansalaiset ovat olleet riippuvaisia saamastaan julkisesti järjestystä tuesta, hoidosta ja turvasta. Asiantuntijat määrittivät kuntoutukseen pääsyn, kuntoutusasiakkaiden tarpeet ja toteuttivat kuntoutusta yksilön ollessa objekti. *Voicessa* kysymyksessä on kuntoutujan vaikutusmahdollisuuksien lisääminen, kuuluksi tuleminen, tiedon saaminen ja kuntoutuja voi itse vaikuttaa omaa kuntoutusasiansa koskevaan päätöksentekoon. *Exit* - suhtautumistapa saattaa tulla tulevaisuudessa entistä keskeisemmäksi kuntoutuksessa. Siinä kuntoutujat määrittyvät kuluttajiksi (consumer), jotka ostavat kuntoutuspalvelut haluamastaan paikasta ja neuvottelevat kuntouttajien kanssa, missä asioissa he haluavat kuntoutusta. ”On ennakoitavissa, että konsumerismin vahvistuminen koskettaa lähitulevaisuudessa tuntuvasti sekä kansalaisia, että kuntoutuksen järjestäjiä ja toteuttajia” (Rajavaara 2008, 47).

Kuntoutujälähtöisyys-käsite on ollut toimintaa ohjaava arvo ja tavoite jo kauan. Se tarkoittaa kuntoutuksen yksilöllisten tavoitteiden ja toimenpidekokonaisuuden määrit-

telyä kuntoutujan/asiakkaan lähtökohdista sekä korostaa kuntoutujan autonomiaa ja osallistumista kuntoutuksen suunnitteluun ja toteutukseen. Kuntoutujan itsemääräämisen ja autonomian tukeminen kuntoutuksessa - toisin sanoen kuntoutujan aktiivinen mukanaolo tilanteen määrittelyssä ja tavoitteiden asettelussa - on tärkeä kysymys sekä toiminnan että sen tulosten kannalta. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 44.)

Mielenterveyskuntoutuksen - kuten yleensäkin kuntoutuksen - ydinkysymys on kuntoutujan oma osallisuus kuntoutumisprosessissa sekä vaikuttaminen ympäristöön. Kuntoutujalähtöisyys tarkoittaa kuntoutujan lähtökohdista tapahtuvaa kuntoutuksen yksilöllisten tavoitteiden sekä toimenpidekokonaisuuden määrittelyä. Kuntoutujalähtöisyydessä korostetaan itsemääräämisoikeutta ja aktiivista osallistumista kuntoutuksen suunnitteluun ja toteutukseen. Yksilöllisesti suunniteltuun kuntoutukseen kuuluu tarpeenmukaisten toimintamuotojen ja palveluiden valinta hyviksi, vaikuttaviksi ja tuloksellisiksi arvioiduista kuntoutusmuodoista. (Näkökulmia mielenterveyskuntoutukseen 2002; Järvikoski & Karjalainen 2008, 60–61.)

Kuntoutujalähtöisessä lähestymistavassa kuntoutujan toimintaympäristö on kuntoutujan ja kuntoutustyöntekijän yhteisen tutkiskelun kohde, jossa kuntoutujan rooli on aktiivinen suunnittelijan, valitsijan ja päätöksentekijän rooli. Kuntoutustyöntekijä on yhteistyökumppani, joka antaa tietoa ja uusia vaihtoehtoja työskentelyyn. Kuntoutujalähtöisessä toimintamallissa on kyseessä vuorovaikutussuhde, joka perustuu tasa-arvoon ja kuntoutujan kuulemiseen oman elämänsä asiantuntijana. (Järvikoski & Härkäpää 2008, 160–161.) Kuntoutujan omat kokemukset ja oman elämäntilanteensa arviot ovat hänen tulevaisuutensa tavoitteiden perustana ja näin ollen kuntoutuksen tuloksellisuuden kannalta merkittäviä. Kuntoutujalähtöisyydessä edellytetään toiminnan arvoperustaan sekä asiantuntijuuteen ja asiakkuuteen liittyvien ajattelutapojen kehittämistä. (Aaltonen & Lind 2008, 35.)

Kuntoutujalähtöisyyden periaate on, että kuntoutujaa pidetään aktiivisena oman elämänsä tai kuntoutumisensa asiantuntijana. Kuntoutujalähtöisyyden toteutuminen haastaa entiset toimintamallit muutokseen. Kuntoutujalähtöisyys edellyttää, että otetaan huomioon yksilön persoona, elämäntilanne ja ympäristö. Kokonaisvaltainen ja voimavaralähtöinen lähestymistapa edellyttää vuoropuhelua ja yhteistyötä kuntoutujan, hä-

nen verkostonsa ja kuntoutuksen eri toimijoiden välillä. Työntekijä toimii tietoisena omasta osaamisestaan, luopuu asiantuntijavallasta ja ymmärtää kuntoutujan toiveita ja asiakkaan näkökulman kuulemista. (Kettunen ym. 2009, 7.)

## **2.4 Ammatillisen kuntoutuksen prosessimaisuus**

Kuntoutusprosessiin sisältyy useita eri vaiheita. Nämä vaiheet ovat alkutilanteen arviointi, tavoitteiden asettaminen, käytettävien kuntoutusmenetelmien valitseminen ja toiminnan jatkuva arviointi ja päätösvaiheen arviointi. Jos alkutilanteen tavoitteita ei ole saavutettu, tarvitaan uusien tavoitteiden suunnitteleminen. Kuntoutusprosessia pidetään lineaarisena eli se etenee ennalta sovitulla tavalla. Kuntoutusprosessi on yleensä pitkä, eivätkä henkilöt aina etene ennalta sovitulla tavalla ja tästä syystä kuntoutuksen onnistumista on hankala arvioida etukäteen. (Koskisuus 2004, 138–139.)

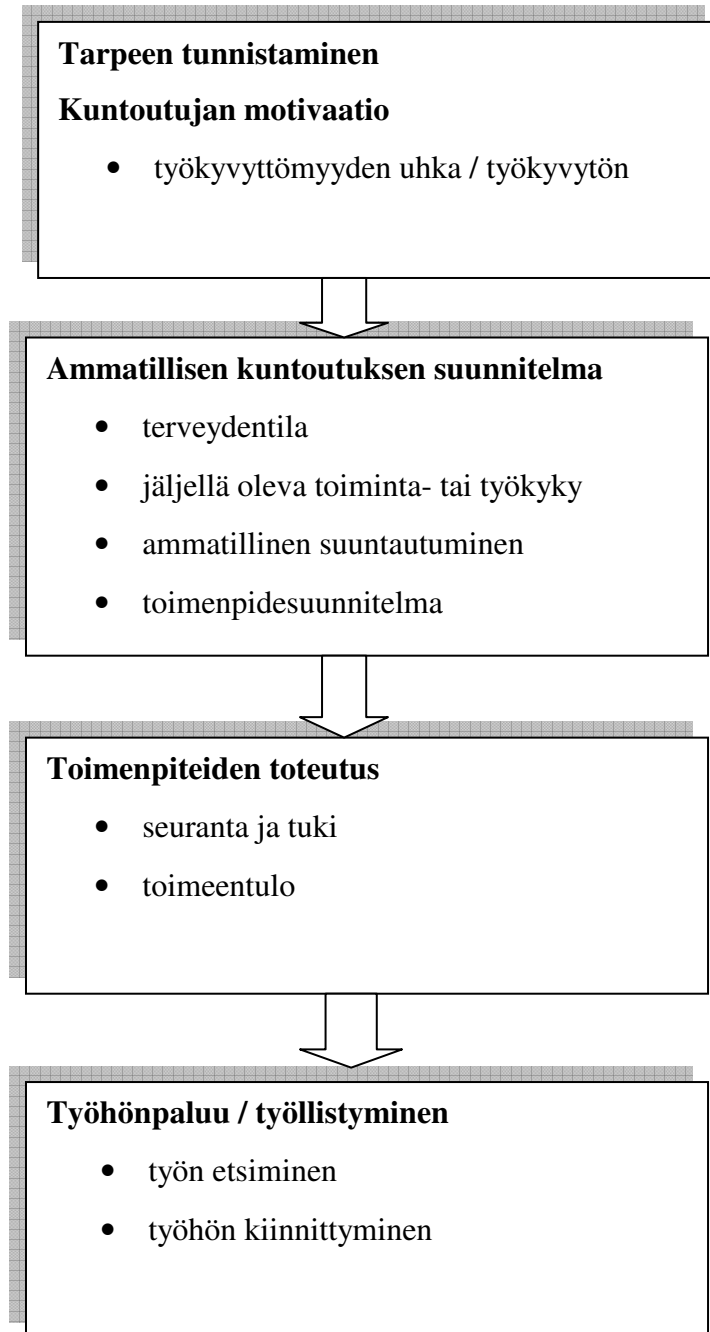
Kuntoutusta kuvataan usein prosessina. Kuntoutus on joko ajallisesti määritelty toimintakokonaisuus tai sarja peräkkäisiä tai samankaltaisia toimenpiteitä. Kuntoutuminen prosessina viittaa myös niihin vähittäisiin tai vaiheittäisiin muutoksiin, joita syntyy kuntoutuksen aikana yksilössä ja hänen ympäristössään tai elämän eheytymisenä. Kuntoutustapahtuma on aina ainutlaatuinen prosessi, jonka aikana kuntoutuja on useamman kuin yhden ammattialan edustajan asiakkaana. Kuntoutusprosessin ytimenä on kuntoutujan ja kuntoutuksen ammattilaisen välinen yhteistyö ja dialogi. (Järvikoski & Karjalainen 2008, 81–88.)

Kelan ammatillisen kuntoutuksen tulee olla tavoitelähtöistä, koska tavoitteet määrittävät kuntoutusprosessin ja ohjaavat varsinaista kuntoutustapahtumaa. Ammatillisessa kuntoutuksessa kuntoutujan omat motiivit ja motivaatio luovat perustan onnistuneelle kuntoutukselle. (Ahlgren ym. 2009, 19.)

Kuntoutusprosessin keskeiset vaiheet kuntoutustarpeen tunnistamisen jälkeen ovat yksilöllisten tavoitteiden asettaminen, kuntoutussuunnitelman laatiminen ja kuntoutustoiminnan käynnistäminen sekä toiminnan jatkuva arviointi. Arvio voi tukea valittuja ratkaisuja tai vaihtoehtoisesti palataan takaisin tavoitteiden tai keinojen uudelleen arviointiin. Kun kuntoutusprosessi nähdään vuorovaikutuksellisesti merkityksellisenä ja



haasteellisena, nousee keskiöön kuntoutujan tahtovan ja toimivan subjektin asema omassa prosessissaan ja suhteessaan asiantuntijoihin. Kuntoutujan asiantuntijuuden hyödyntäminen kuntoutusprosessin tavoitteiden etenemisen varmistamiseksi on tärkeää mielenterveyskuntoutuksessa. (Järvikoski & Karjalainen 2008, 87–90.)



**KUVIO 1. Ammatillisen kuntoutuksen prosessi (Kettunen, 2009.)**

Ylilääkäri Seppo Kettunen vakuutusyhtiö Ilmarisesta on kuvannut kuviossa 1 kuntoutusprosessin keskeiset vaiheet. Kettunen on todennut Verven vaikuttavuusseminaarissa

9.1.2009, että ammatillinen kuntoutus on useiden näkökulmien yhdistelmä, johon työntekijät, yhteiskunta, palvelutuottajat ja eläkeyhtiöt antavat oman panoksensa. Työterveyshuollolla on merkittävä rooli työkyvyttömyyden varhaisessa havaitsemisessa sekä kuntoutuksen että työhönpaluun koordinoinnissa.

Ammatillisella kuntoutuksen prosessilla tarkoitetaan sitä osaa kuntoutusprosessista, jossa toteutetaan ammattiin tai työhön liittyviä toimenpiteitä, kuten ammatinvalinnanohjausta, ammatillista koulutusta, vajaakuntoisten henkilöiden työllistämistä tukevia toimenpiteitä, työ- tai työpaikkakokeiluja ja työhönvalmennusta. (Rissanen & Aalto 2002, 9.)

## **2.5 Ammatillisen kuntoutuksen arviointi ja vaikuttavuus**

Kuntoutus on tavoitteeltaan ja toiminnaltaan monitahoinen kokonaisuus ja siksi kuntoutuksen arviointiin ei ole olemassa yksiselitteisiä vastauksia. (Suikkanen & Lindh 2001, 11). Kuntoutuksen arviointi tarkoittaa tieteelliseen menetelmään perustuvaa kuntoutustoiminnan, kuntoutustoimenpiteiden ja toimintaprosessin käsitteellistä ja empiiristä kuvausta, arviointia ja toiminnan vaikuttavuutta (Järvikoski & Härkäpää 2001, 4).

Vaikuttavuuden arvioinnissa tavoitteena on asettaa selvät ja tarkat käsitykset siitä, miksi ja miten joku interventio vaikuttaa. Vaikuttavuuden arviointiin sisältyy sekä vaikuttamisen prosessi että prosessin vaikutus. (Dahler-Larsen 2005, 23.)

Kuntoutuksen vaikuttavuudella tarkoitetaan toiminnan tavoitteen mukaisten tulosten saavuttamista (Rissanen & Aalto 2002, 44–45). Kuntoutusta voidaan pitää vaikuttavana, jos yksilön toiminnan muutos voidaan osoittaa tapahtuneen kuntoutuksen ansiosta. Vaikuttavuudesta puhuttaessa tarkoitetaan ns. näyttöön perustuvaa vaikuttavuutta. (Tirkkonen ym. 2009, 44.) Kuntoutuksen vaikuttavuudella tarkoitetaan tieteellisellä tutkimuksella osoitettua ja näyttöön perustuvaa intervention vaikuttavuutta. Tavoitteet voidaan asettaa sekä yhteisötasolla että yksilötasolla. Yhteisötasolla vaikuttavuus ilmenee muun muassa siinä, että työntekijät pidetään mahdollisimman pitkään työelä-

mässä ja yksilötasolla kuntoutuksella voidaan säilyttää henkilön työkyky ja hän selviää vajaakuntoisuuden kanssa. (Pohjolainen ja Malmivaara 2008, 658–659.)

Kuntoutuksen tavoitteellisuus ja toiminnan prosessimaisuus edellyttävät kuntoutussuunnitelmien ja kuntoutustoiminnan jatkuvaa seuranta, kuntoutuksen kokonaisuuden jatkuvaa arviointia ja kuntoutuspalveluiden kehittämistä tehokkuuden turvaamiseksi. Myös kuntoutusta edellyttävässä päätöksenteossa edellytetään kuntoutustoiminnan taloudellista arviointia ja näyttöä kuntoutustoimenpiteiden vaikuttavuudesta, samoin kuin julkiseen rahoitukseen perustuvien palvelujen tuotannossa yleensäkin. (Lind ym. 2007, 57.)

Rissanen & Aalto (2002, 3) tuovat esille, että kuntoutuksen arviointiin on käytetty yleisesti terveydenhuollon hoitojen arviointiin kehitettyjä mittareita. Nämä mittarit eivät kuitenkaan aina sovellu kuntoutuksen vaikuttavuuden mittaamiseen, koska kuntoutuksen ja hoitamisen tavoitteet eroavat toisistaan. Myös Pohjalainen ja Malmivaara (2008, 659) toteavat, että eri kuntoutusmuodoilla on useita tavoitteita, minkä vuoksi vaikuttavuutta on mitattava monin menetelmin. Yleisiä hoidon ja kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointiin soveltuvia standardoituja mittaamenetelmiä ei ole onnistuttu kehittämään.

Ammatillisen kuntoutuksen vaikuttavuutta koskevat tutkimukset voidaan jakaa karkeasti kahteen ryhmään: mikrotasoiisiin ja makrotasoiisiin vaikuttavuustutkimuksiin. Mikrotasolla tutkitaan yksittäisten toimenpiteiden ja toimintamallien vaikuttavuutta. Makrotason tutkimuksissa tarkastellaan kuntoutusjärjestelmän tai organisaation toimintaa, suhteuttaen tuloksia kokonaisjärjestelmän ominaisuuksiin tai sosiaaliturva- ja työllisyyspolitiikkaan. (Järvikoski 2002, 47–48.)

Kutkan tutkimusseminaarissa Järvikoski (2010) toi esille, että 2000-luvun alkupuolella pääosa kuntoutustutkimuksista oli mikrotasoisista tutkimusta ja makrotasoinen tutkimus puuttui lähes täysin. Kuntoutuksen tutkimus oli perinteisesti kvantitatiivista ja kvalitatiivinen tutkimus puuttui. Tänä päivänä Järvikosken mukaan näyttää siltä, että makrotasoinen tutkimus on lisääntynyt ja laadullisen tutkimuksen asema vahvistunut eri tieteenalojen kuntoutuksen tutkimuksessa.

## 2.6 Moniammatillisuus ammatillisessa kuntoutuksessa

Käsite moniammatillinen yhteistyö vakiintui Suomessa 1990-luvulla lähinnä asiantuntijoiden ja eri ammattiryhmien yhteistyömuotona. Moniammatillisuus tarkoittaa monen ammattiryhmän kokonaisvaltaista asiakaslähtöistä yhteistyötä. Yhteistyössä korostuvat yhteisesti sovitut tavoitteet ja päämäärät sekä tiedon kokoaminen, prosessointi ja työntekijöiden erityisosaamisalueet. Tavoitteena on, että kaikki moniammatilliseen työryhmään osallistuvat voivat tuoda keskusteluun oman näkökulmansa ja osaamisensa. (Isoherranen ym. 2008, 33–37.) Moniammatillisella yhteistyöllä tarkoitetaan eri ammattiryhmiin kuuluvien asiantuntijoiden yhteistyötä erilaisissa työryhmissä tai verkostoissa. Siinä pyritään yhdessä saavuttamaan sellaista, mihin ei yksin pystytä. (ks. Hakkarainen ym. 1999, 143–144 ; Nummenmaa 2008, 45.)

Moniammatillisen yhteistyön edellytyksenä on kommunikaation ja vuorovaikutuksen, johon liittyy kuntoutujan oman näkemyksen esiintuominen ja siihen tarvittava jämäkkyys. Kuntoutus on moniammatillista yhteistoimintaa kuntoutujan ja hänen sosiaalisen verkostonsa kanssa. Yhteistoiminta tuo kuntoutukseen lääketieteellisiä ja sosiaali- ja käyttäytymistieteiden menetelmiä ja niiden tuntemusta sekä eri psykoterapioiden menetelmien tuntemusta ja niiden sovelluksia. Eri ammattiryhmien yhteistyö tukee kuntoutujan selviytymistä fyysisellä, psyykkisellä, sosiaalisella, ammatillisella sekä kasvatuksellisella alueella. (Ks. Kettunen ym. 2002, 30–31; Kettunen ym. 2009, 21–22.) 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.)

Moniammatillinen yhteistyö on nähty uudenaikaisena ammatillisia ja organisaation rajoja ylittävänä asiantuntijuutena. Moniammatillisessa yhteistyössä tuodaan esille omaa erityisosaamista ja asiantuntijuutta sekä rakennetaan ryhmän yhteistä osaamista (Isoherranen 2008, 41). Yhteistyössä korostuvat vuorovaikutustietoisuus sekä verkostojen hyöty (Arnkil 2005, 28). Moniammatillista yhteistyötä voi myös tarkastella työyhteisön sisäisenä toimintamallina, jossa samassa organisaatiossa tai työyhteisössä toimivat ammattiryhmät toimivat yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Ulkoista moniamma-

tillisuutta on eri organisaatioiden asiantuntijoiden yhteistyö yhteisten kysymysten tai asiakkaan ongelman ratkaisemiseksi. (Karila & Nummenmaa 2001, 146–147.)

Isoherrasen (2008, 42) mukaan onnistunut moniammatillinen yhteistyö edellyttää yhteistä kieltä ja käsitteitä eri toimijoiden välillä. Yhteisistä pelisäännöistä täytyy sopia ennen yhteistyön aloitusta. Yhteistyössä täytyy ottaa huomioon toisen tapa ajatella, ymmärtää yhteistyötahon rooli ja antaa oma osaamisensa yhteiseen käyttöön.

## **2.7 Mielenterveyskuntoutujien ammatillinen kuntoutus ja työhönvalmennus Kelan standardin mukaan**

Laki Kelan järjestämästä kuntoutuksesta määrittää, että kuntoutus tulee perustua hyvään kuntoutuskäytäntöön ja vaikuttavuustuloksiin. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta ovat kuntoutuskäytännöt, joita Kela ja julkinen terveydenhuolto yleisesti noudattavat kuntoutuksessa. Kuntoutus katsotaan yleisesti hyväksytyksi vakiintuneen ja kokemusperäisesti perustellun kuntoutuskäytännön tai tieteellisen vaikuttavuustiedon perusteella. (Kelan standardi, yleinen osa 2011, 2.)

Mielenterveyskuntoutujien työhönvalmennuksen lähtökohtana on kuntoutujan motivaatio, voimavarat ja sitoutuminen ammatilliseen kuntoutukseen ja yhdessä kuntoutujan kanssa asetettuihin tavoitteisiin. Mielenterveyskuntoutujien ammatillisen kuntoutuksen ja työhönvalmennuksen tavoitteita ovat: (Kelan standardi, mielenterveyskuntoutujien työhönvalmennuksen palvelulinja 2011, 1.)

- työllistyminen ja työelämässä pysyminen
- lisääntyneet ja parantuneet työelämävalmiudet
- erilaisten kuntoutujalle soveltuvien työtehtävien pitkäkestoinen kokeileminen ensisijaisesti ulkopuolisissa työpaikoissa
- selvittää, miten kuntoutuja suoriutuu ja selviytyy erilaisista ammateista
- kesken jääneiden opintojen mahdollinen jatkaminen ja loppuun saattaminen
- sopivan koulutusalan löytäminen, mikäli kuntoutuja ei työllisty ilman uutta koulutusta

Kelan mielenterveyskuntoutujien työhönvalmennuksen palvelulinjan standardissa (2011, 1–10) on määritelty moniammatillisen työryhmän, työparin, erityistyöntekijöiden sekä muun henkilöstön pätevyysvaatimukset. Standardissa kuvataan myös työhönvalmennuksen rakenne ja toteutus. Mielenterveyskuntoutujien ammatillisessa kuntoutuksessa ja työhönvalmennuksessa käytetään tavoitteiden laadinnan ja arvioinnin apuvälineenä käytetään GAS-menetelmää. Tämän lisäksi työhönvalmennuksessa tehdään kuntoutusjakson alussa ja lopussa aina seuraavat mittaukset:

- WHOQOL-BREF tai vastaava ruotsinkielinen (yleinen elämänlaadun mittari)
- BECK-21 (mielialakysely)

## **2.8 Miketek ja Mikemet Oy (Hengitysliitto Heli ry)**

Miketek on Hengitysliitto Heli Ry:n omistama työkeskus. Miketekin yksi tärkeimmistä toiminnoista on kuntoutus ja valmennustoiminta. Toiminnan punaisena lankana on, että kuntoutustoimenpiteiden jälkeen kuntoutujat pääsisivät työllistymään avoimille työmarkkinoille palkkatöihin tai löytävät itselleen sopivan koulutusalan. Tämän tavoitteen saavuttamista edesauttaa mahdollisuus yhdistää oikea tuotannollinen työ kuntoutumiseen. Vuonna 1981 toimintansa aloittaneen Miketekin peruskivenä on kestävä ja kasvava yhteistyö kaupungin, Kelan, työvoimahallinnon, vakuutuslaitosten sekä muiden kuntoutustoimintaa tarvitsevien tahojen kanssa. Miketekin kehittyvä toiminta tarjoaa töitä keskimäärin 20 henkilölle.

Mikemet Oy on ensimmäinen sosiaalinen yritys Mikkelin seudulla ja sen omistaa Hengitysliitto Heli Ry. Mikemet Oy on alihankintayhteistyöhön ja sopimusvalmistukseen erikoistunut yritys. Toiminnan lähtökohtana ovat asiakaslähtöinen ajattelutapa, joustava palvelu, laadukas tuotanto sekä varmat toimitukset. Henkilökunta paneutuu työtehtäviinsä motivoituneesti osaavan, teollisuuden tarpeet hyvin tuntevan työnjohdon vetämänä. Mikemet Oy palvelee neljällä eri toimialalla: metalli, puu, tekstiili ja kokoonpano. Osastoilla on osaava, teollisuudesta tullut työnjohto ja motivoitunut henkilöstö, jotka ottavat haasteita vastaan nykypäivän vaatimusten mukaan. Mikemet Oy tarjoaa töitä noin viidellekymmenelle pitkäaikaistyöttömälle ja vajaakuntoiselle henkilölle.

Käytännössä nämä kaksi yritystä ovat sulautuneet yhteen tuotannon ja työntekijöiden osalta, mutta kirjanpidollisesti ne ovat eri yrityksiä. Miketekin johtaja ja Mikemet Oy:n toimitusjohtaja on sama henkilö. Toimihenkilöitä organisaatiossa on 14 ja työntekijöitä sekä kuntoutuksessa ja valmennuksessa olevia noin 50-70 henkilöä. Toiminnassa noudatetaan ISO 9001-laatujärjestelmää sekä 14000-1 ympäristösertifikaattia.

Maku-työhönvalmenus on mielenterveyskuntoutujille suunnattua ammatillista kuntoutusta ja on yksi Miketekin tuottamista kuntoutuspalveluista. Mielenterveyskuntoutujien avomuotoinen työhönvalmennus perustuu malliin, joka on kehitetty 1990-luvun alkupuolella Kelan ja Vates-säätiön kanssa yhteistyössä erityisesti tämän kohderyhmän tarpeisiin. Työhönvalmennuksessa on keskeistä ohjattu ja tuettu työ Miketekin ja Mikemet Oy:n osastoilla, sekä elämänhallintataitojen kartoittaminen yksilö- ja ryhmävalmennuksen keinoin. Kuntoutuksen aikana tarkastellaan kuntoutujan tilannetta kokonaisvaltaisesti ja kuntoutuja osallistuu vastuullisesti tavoitteiden ja sisällön suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Moniammatillinen kuntoutustyöryhmä on mukana kuntoutujan valinnassa, työhönvalmennuksen seurannassa sekä jatkosuunnitelmien laatimisessa. Tavoitteena on parantaa kuntoutujan suoriutumisedellytyksiä ja tukea häntä työ- ja ansiokyvyn saavuttamisessa.

Maku-työhönvalmennus on tarkoitettu työelämään ja/tai koulutukseen motivoituneille työkäisille kuntoutustukea, sairaspäivärahaa tai työttömyyspäivärahaa saaville mielenterveyskuntoutujille. Työhönvalmennus on Kelan kustantamaa ammatillista kuntoutusta.

### **3 TUTKIMUKSIA KUNTOUTUKSEN VAIKUTTAVUUDESTA**

Viime vuosina on käyty paljon kriittisiä keskusteluja ammatillisen kuntoutuksen sekä kuntoutuksen vaikuttavuuden riittämättömästä näytöstä. Kuntoutukseen käytetään taloudellisesti paljon resursseja, mutta kuntoutuksen vaikuttavuudesta ei ole kuitenkaan riittävästi näyttöä. Joskus kuntoutuksen vaikuttavuutta on vaikea tai suorastaan mahdoton mitata, mutta tämä ei tarkoita ettei vaikutusta olisi. Kuntoutusta koskevaa koti-

maista vaikuttavuustutkimusta tuleekin lisätä ja sen edellytyksiä parantaa. (Kuntoutus-  
selonteko 2002, 6–8.)

Satunnaistettuun koeasetelmaan perustuvia vaikuttavuustutkimuksia ammatillisesta kuntoutuksesta on erittäin vähän (Järvikoski 2002, 51). Järvikoski (2007, 2) toteaa kuntoutuksen vaikuttavuuden olevan menetelmällisesti vaativa tutkimuskohde. Kuntoutuksen vaikuttavuudessa tutkitaan muutosta ja sitä voidaanko muutos tulkita toiminnasta johtuvaksi. Kuntoutuksen vaikuttavuutta ja kuntoutuksen merkittävyyttä koskevaa tutkimusta on kaivattu enemmän. Kuntoutusalan tutkimuksia ovat järjestäneet sekä yhdessä että erikseen muun muassa Eläketurvakeskus, Kela, Kuntoutussäätiö, Stakes, VKK-kuntoutus ja Verve.

Vaikuttavuustutkimuksia ammatillisesta kuntoutuksesta on vielä vähän. Tarkastelen tässä työssä kahta raporttia, joista toisessa kuvataan nuorille suunnatun Välietappi-kuntoutuksen kustannuksia sekä kuntoutuksen vaikuttavuutta. Toinen tarkastelemani raportti on asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta.

### **3.1 Välietappi-kuntoutus**

Laura Nuortamo (2004, 11–13) on arvioinut raportissaan Nuorten Ystävät ry:n vaikuttavuutta ja kustannuksia Välietappi-kuntoutuksessa. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat kuntoutujat, jotka olivat olleet kuntoutuksessa 1.8.2002–30.8.2004 välisenä aikana. Osallistujia oli yhteensä 15, joista yksi keskeytti ja hänet jätettiin tarkastelun ulkopuolelle. Näin ollen otosjoukoksi saatiin 14, joista naisia oli 11 ja miehiä 3. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa mielenterveysongelmista kärsivien nuorten kuntoutuksen suunnittelijoille ja rahoittajille tietoa Välietappi-toiminnan kustannuksista ja vaikuttavuudesta. Tässä alaluvussa selostan tutkimusta ja lähteenä käytän Nuortamon raporttia Välietappi-kuntoutuksesta.

Raportti perustuu Nuorten Ystävät ry:n kuntoutujien kuntoutumisaineistoon sekä palvelutuotannon käyttöpäivämaksuihin. Välietappi-kuntoutuksen vaikuttavuutta tutkittiin tarkastelemalla kuntoutumisjakson vaikuttavuutta opiskelukykyyn, itsenäistymiseen ja terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Vaikuttavuutta tutkittiin kuntoutujan näkökulmasta tarkastelemalla alussa tehtyä kuntoutussuunnitelmaa, kuntoutuksen aikana



tehtyä seuranta ja jakson päätyttyä oman ohjaajan kanssa tehtyä yhteenvetoa. Kuntoutusjakson vaikuttavuutta tutkittiin ensisijaisesti tarkastelemalla, kuinka kuntoutujien asettamat tavoitteet saavutettiin.

Menetelmänä tämän raportin taloudellisessa arvioinnissa sovellettiin kustannusvaikuttavuusanalyysia. Nuortamo on viitannut Warnerin ja Lucen (1982) taloudellisen arvioinnin menetelmään, jolla arvioidaan hoitomenetelmien tehokkuutta terveydenhuoltosektorin resurssien oikein kohdentamisen perustaksi. Siinä hahmotetaan toiminnan kustannukset ja hyödyt. Heidän mukaansa arviointia tehdään tavallisesti esimerkiksi vaihtoehtoisten hoitomuotojen vertailemiseksi. Jotta taloudellinen arviointi on mahdollista, tulee tuntea ensin arvioinnin kohteena olevan toiminnan keskeiset tavoitteet, jonka suhteen arviointi suoritetaan. Välietappi-projektin tavoitteeksi oli asetettu kuntoutujan valmiuksien lisääminen niin, että siirtyminen vähemmän tukea vaativaan asumismuotoon oli mahdollista, sairaalahoitajaksojen vähentäminen ja ennaltaehkäiseminen sekä kuntoutujan mielenterveyden ja elämän laadun parantaminen. Analyysi suoritettiin kuntoutujan, rahoittajan sekä yhteiskunnan näkökulmista. Tässä työssä oli tarkoitus tuottaa taloudellista tietoa hyvien ja perusteltujen päätösten tueksi. Taloudellisen arvioinnin tarkoituksena on toimia ensisijaisesti päätöksenteon apuna ja selvittää yhteiskunnan kannalta tehokkain tapa kohdistaa käytössä olevat resurssit.

Välietappi-kuntoutus on Nuorten Ystävät ry:n kehittämä mielenterveysongelmallisille 16–25-vuotiaille nuorille suunnattu kuntoutuksen muoto, jolla pyritään lisäämään nuorten valmiuksia itsenäiseen asumiseen, vähentämään ja ennalta ehkäisemään tarpeettomia laitoshoidoja sekä parantamaan elämänlaatua ja mielenterveyttä. Välietappi-asumispalveluyksikkö on ympärivuorokauden valvottu yhteisö, joka mahdollistaa nuorille itsenäistymisen harjoittelun. Päivittäisiin arkirutiineihin kuuluvat muun muassa itsestä huolehtiminen, ruuanvalmistus, siivous sekä asiointi kauppoissa ja virastoissa. Kuntoutusjakso kestää yksilöllisen ajan ja keskimäärin se on ollut yhdestä kahteen vuoteen. Välietappi-toimintamallia ei voi luokitella mihinkään yksittäiseen mielenterveyskuntoutuksessa käytettävään toimintamalliin, vaan siinä on piirteitä useista eri kuntoutusmenetelmistä ja siten sen suora vertaaminen muihin alueen kuntoutumisyksiköihin ei ole mielekäästä.

Kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnin lähtökohtana oli tutkia kuinka Välietappi-kuntoutujat olivat saavuttaneet asettamansa tavoitteet koulutukseen, itsenäisyyteen ja terveyteen liittyvän elämänlaadun suhteen. Nuortamo havaitsi, että kuvailevan analyysin perusteella kuntoutujista noin 70–80 prosenttia saavutti kuntoutumisen alussa asetetut tavoitteet näiltä osin. Koulutus- ja itsenäistymistavoitteet saavutti noin 75 prosenttia ja terveyteen liittyvän elämänlaadun katsottiin parantuneen noin 60 prosenttia. Näiden tulosten perusteella voidaan sanoa, että kuntoutuksella oli positiivinen vaikutus kuntoutujien asettamien päämäärien saavuttamiseen.

Välietappi-kuntoutuksen kustannukset määriteltiin erikseen yhteiskunnallisina kokonaiskustannuksina ja kunnan maksamana hintana kuntoutujaa kohden. Kustannusten suuruus määräytyi kuntoutujan iän ja kuntoutusmuodon mukaan. Ikäkatteorioita oli kaksi ja kuntoutusmuotoja oli kolme. Tutkimuksessa tuli esille, että kunnat saivat keskimäärin kymmenen kuukauden mittaisen kuntoutumisjakson maksamallaan palvelumaksuilla. Samalla euromäärällä olisi saatu keskimäärin yksi puolentoista kuukauden mittainen sairaalahoitajakso. Tämä ositti Välietappi-kuntoutuksen edullisuuden suhteessa sairaalahoitoon.

### **3.2 Kannattaako kuntoutus**

Kuntoutusasiain neuvottelukunnan tutkimusosastolle annettiin tehtäväksi laatia tutkimuksiin perustuva arvio kuntoutuksen vaikuttavuudesta eduskunnalle annettavaan kuntoutusselontekoa varten. Mukaan valikoitui kuntoutusmuotoja, jotka kohdistuvat suuriin kuntoutujaryhmiin sekä suuriin ikäluokkiin ja niissä vallitseviin sosiaalisiin ja terveydellisiin ongelmiin. Tutkimuksessa selvitettiin sellaisten toimintamuotojen vaikuttavuutta, joihin suunnataan paljon voimavaroja, tai johon ollaan suuntaamassa resursseja esimerkiksi ikärakenteen muutoksen myötä. (Rissanen & Aalto 2002, 1–4.)

Kannattaako kuntoutus - raportissa vaikuttavuusarvio laadittiin työelämässä olevien varhaiskuntoutuksen, ammatillisen kuntoutuksen, pitkäaikaistyöttömien kuntoutuksen, tuki- ja liikuntaelinsairaiden, neurologisen kuntoutuksen, psykiatrisen kuntoutuksen, päihdekuntoutuksen ja geriatrisen kuntoutuksen vaikuttavuudesta. Tämän lisäksi arvioitiin myös taloudellista vaikuttavuutta. Arvioinnin suorittivat kuntoutustutkimukseen perehtyneet asiantuntijat. (Mt.)

Selvityksissä tarkasteltiin kotimaisia sekä ulkomaisia terveysalan tutkimuksia sisältäviä tietokantoja ja kirjallisuuskatsauksia, joita voitiin täydentää uusimmilla tutkimuksilla. Kuntoutusjärjestelmien ja eri organisaatioiden toimintaa koskevat tutkimukset ovat Suomessa pääasiassa organisaatioiden asiakasseurantoja ja perustuvat erilaisiin rekisteritietoihin, seurantakyselyihin ja haastatteluihin. Asiakastutkimukset ovat ammatillisessa kuntoutuksessa useimmiten sairauskohtaisia seurantatutkimuksia. Seurantatutkimuksissa seurataan laitoksen tai toimintayksikön asiakkaiden ammatillista kuntoutumista 1–3 vuotta alkuintervention jälkeen. Ammatillista kuntoutusta on tutkittu satunnaistettua koeasetelmaa käyttäen lähes yksinomaan Yhdysvalloissa. Suomessa sitä on tutkittu erittäin vähän. (Mt.)

Vaikuttavuuskäsite liitetään yleensä hyötyyn ja hyödyllisiin seurauksiin. Kuntoutuksen vaikuttavuudella tarkoitetaan tavoitteen mukaisten tulosten saavuttamista, jotka voivat olla yhteisötason tavoitteita tai yksilötason tavoitteita. Eri kuntoutusmuotojen vaikuttavuutta mitataan toisistaan poikkeavin menetelmin, koska eri kuntoutusmuodoilla on monia tavoitteita. Yleisiä kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointiin soveltuvia standardeitua mittaamenetelmiä ei ole toistaiseksi kehitetty ja siksi käytetäänkin paljon terveydenhuollon arviointiin kehitettyjä mittaamenetelmiä. Näiden menetelmien soveltuvuus kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioimiseen ei ole aina itsestään selvää. (Mt.)

Kuntoutuksen tavoitteet ja siten myös vaikuttavuuden arviointikriteerit ja tutkimusmenetelmät vaihtelivat katsauksen eri osa-alueilla. Niissä kuntoutusmuodoissa ja kohderyhmissä, joissa toiminnan tulokset ovat sidoksissa ympäröivän yhteiskunnan rakenteisiin, kuten esimerkiksi ammatillisessa kuntoutuksessa, vaikuttavuustieto perustuu lähinnä kuntoutuksen rahoittajien asiakasseurantoihin, ei-kokeellisiin vertailututkimuksiin sekä lähinnä Yhdysvalloissa tehtyihin vertailututkimuksiin. (Järvikoski 2002, 45–46.)

Kuntoutuksen eri osa-alueiden selvitysten mukaan moniammatilliseen tiimityöskentelyyn perustuva kuntoutustoiminta on havaittu vaikuttavaksi useissa ongelmaryhmissä. Tutkimuksessa tuli esille, että vaikeista mielenterveysongelmista kärsivien tehostettu, moniammatilliseen tiimityöhön perustuva avohoito on osoittautunut normaalia avohoittoa tehokkaammaksi. (Järvikoski 2002, 51–52.)

Toinen keskeinen johtopäätös on, että ammatillisessa kuntoutuksessa vaikuttavuutta koskeva tieto perustuu pääasiassa kuntoutusorganisaatioiden rekisteri- ja seurantatietoihin. Eri tilastot ja tutkimustulokset osoittavat kuitenkin, että jos asiakas sitoutuu ammatilliseen kuntoutukseen, kuntoutuksen suunnitteluun ja tavoitteiden asettamiseen, niin kuntoutusprosessi onnistuu ja työllistyminen on kuntoutuksen päättyessä suurempi kuin kuntoutuksen alkaessa. Tutkimustieto viittaa myös siihen, että toimintamalli, jossa kuntoutus yhdistyy työelämään, on vaikutukseltaan tehokkaampaa kuin kuntoutujaa valmentava malli. (Järvikoski 2002, 52–53.) Arvioinnissa korostui myös kuntoutuksen oikea-aikaisuus ja kuntoutuksen oikea kohdentaminen. Kuntoutus on vaikuttavampaa, jos se suunnataan kuntoutujien tarpeiden mukaisesti ja oikea-aikaisesti. (Rissanen & Aalto 2002, 23–24.)

Arviointi toi esille myös monia katvealueita, sillä olemassa olevissa tutkimuksissa vaikuttavuutta on tarkasteltu lähinnä yksilötasolla. Kuntoutuksen kustannusvaikuttavuutta on tutkittu vähän tai taloudelliset arviointitutkimukset puuttuvat kokonaan. Menestyksekkäistä kuntoutusprosesseista tarvitaan lisää tietoa ja tutkimusta. Tietoa tarvitaan myös siitä, minkälainen kuntoutus soveltuu kullekin kuntoutujalle. (Mt.)

Tietoa vaikuttavasta kuntoutuksesta on olemassa ja monet käynnissä olevat uudet tutkimukset tuottavat lisää vaikuttavuustietoa. Tämä arviointiraportti osoitti, että kuntoutuksen vaikuttavuudesta on näyttöä erilaisissa sairaus- ja ongelmaryhmissä. Rahoittajan tilastoihin perustuvat selvitykset viittaavat siihen, että ammatillisilla kuntoutusprosesseilla on myönteisiä työllistymisvaikutuksia. (Rissanen & Aalto 2002, 22–23.)

## **4 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN LÄHTÖKOHTA JA TAVOITTEET**

### **4.1 Kehittämistehtävän lähtökohta**

Tämän kehittämistehtävän lähtökohtana oli Kelan avo- ja laitospuotoisen kuntoutuksen standardin 1.1.2011 edellyttämä GAS-menetelmän käyttöönotto Kelan mielenterveyskuntoutujille suunnatussa ammatillisessa kuntoutuksessa ja työhönvalmennuksessa.

Arviointi ja vaikuttavuus ovat olleet Miketekillä tehtävässä kuntoutustyössä kiinnostuksen kohteina jo vuosia. Miketekillä on käytetty erilaisia työssä suoriutumista arvioivia lomakkeita ja kyselyjä elämänhallintaan ja arjen sujumiseen liittyvissä asioissa, mutta niistä saatuja tuloksia ei ole voitu mitata. GAS-menetelmän käyttöönotto antaa mahdollisuuden kehittää tavoitteiden asettamista siten, että niitä voidaan myös mitata.

## 4.2 Kehittämistehtävän tavoitteet

Kehittämistehtävässä on tavoitteena kehittää kuntoutujan henkilökohtaisten tavoitteiden asettamista ja tunnistaa kuntoutujan tavoitteen kannalta ne merkittävät muutokset, joiden pitäisi tapahtua, jotta kuntoutuksen tavoitteisiin päästään.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten GAS-menetelmä toimii kuntoutusprosessin tavoitteen asettamisessa?
2. Millaisia vaikutuksia GAS-menetelmän käytöstä on kuntoutujalle?

Työn rajaamisessa olen ottanut huomioon kehittämiseen vaikuttavat intressit, toimintaympäristön luonteen sekä resurssit. Kehittämistyö onkin usein hiljaiseen tietoon ja intuitioon perustuvaa ja on järkevää toimia pieni on kaunista-periaatteella. (Seppänen-Järvelä 2004, 25–28).

## 4.3 Goal Attainment Scaling (GAS-menetelmä)

GAS-menetelmä on kehitetty USA:ssa, ja sen esittelivät vuonna 1968 tieteellisessä tutkimuksessa Kiresuk ja Sherman. Menetelmä kehitettiin alun perin käytettäväksi mielenterveyspotilaiden kuntoutuksessa henkilökohtaisten tavoitteiden asettamiseen ja tavoitteiden toteutumisen arviointiin. Kehittämisen lähtökohtana oli heterogeeninen mielenterveyskuntoutujien potilasaineisto ja olemassa olevien mittareiden muutosherkkyys. (Kiresuk & Sherman 1968, 443.)

GASin kehittäjät ovat todenneet, että strukturoiduissa psykiatrisissa arviointimenetelmissä arvioitiin yleensä vain ne oireet, jotka sisältyivät kuhunkin arviointimenetelmään. Mielenterveyskuntoutujien elämänhallintaan sekä toimintakykyyn liittyvät on-

gelmat ja oireet eivät välttämättä tulleet esille. GAS-menetelmän tavoitteena oli tunnistaa ne ongelmat, joissa tapahtuva muutos oli asiakkaalle itselleen merkityksellisin ja jotka oli mahdollista saavuttaa kuntoutustoimenpitein. (Autti-Rämö 2010, 6.)

Kelan tavoitteena on tuoda yhtenäinen työmenetelmä kuntoutuksen tavoitteiden asettamiseen. Kuntoutuksen tavoitteiden laadinnan ja arvioinnin menetelmänä käytetään GAS-menetelmää aina silloin, kun henkilö on Kelan järjestämässä kuntoutuksessa. (Vainiemi 2009, 4; Kelan standardi, mielenterveyskuntoutujien työhönvalmennuksen palvelulinja, 2011, 10.)

## **5 TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISPROSESSIN DOKUMENTOINTI**

### **5.1 Tiedonkeruumenetelmät prosessin aikana**

Hirsjärven ym. (2004, 39) mukaan menetelmiä voi myös yhdistellä, jolloin puhutaan monimetodisuudesta eli triangulaatiosta. Sen etuja ovat muun muassa saatavan tiedon laadun monipuolisuus sekä tulosten luotettavuuden lisääntyminen.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkimusongelma täsmentyy koko prosessin ajan (Kiviniemi 2001, 67–69). Laadullisessa tutkimuksessa otetaan huomioon muun muassa henkilön omat kokemukset ja pyritään käyttämään ihmistä tiedontuottajana. Kerätyn tiedon lisäksi tutkija luottaa omiin havaintoihinsa (Hirsjärvi ym. 2009, 160.) Laadullisessa tutkimuksessa aineistonkeruumenetelminä voivat olla muun muassa erilaiset haastattelut ja havainnoinnit, päiväkirjamerkinnot, omaelämäkerrat sekä muuta tarkoitusta varten tuotettu kirjallinen ja kuvallinen aineisto tai äänimateriaali (Eskola & Suoranta (1998, 15–18).

GAS-menetelmä on asiakaslähtöinen ja siinä kuntoutuja on oman elämäntilanteensa paras asiantuntija. Keräsin talteen GAS-menetelmälomakkeen tavoitteiden asettamisessa saadut kuntoutujien kokemukset päiväkirjamerkinnoin. Käytän niistä jatkossa nimitystä työpäiväkirja. Keskustelujen avulla sain paremmin motivoitua kuntoutujat

täyttämään lomakkeen, eikä kukaan täysin kieltäytynyt lomakkeen täytöstä. Keskustelujen avulla sain uutta tietoa kuntoutujan emotionaaliselta alueelta sekä ymmärrystä erilaisten ilmiöiden yhteyksistä.

Kehittämistyöni toisena aineistonkeruumenetelmänä käytin strukturoitua lomakehaastattelua. Strukturoiduissa kysymyksissä käytin vastausvaihtoehtoin kyllä ja ei-vastausvaihtoehtoja, vaikka haastateltavien määrä oli melko pieni. Tarkoitukseni oli saada tietoa siitä, kuinka kuntoutujat voisi ohjata asettamaan omat tavoitteensa mahdollisimman hyvin GAS-lomakkeessa. Strukturoitujen kysymysten jälkeen oli avoimia kysymyksiä, joiden avulla pyysin perusteluja vastauksille. Niiden tavoitteena oli mahdollistaa se, että kuntoutujat saivat esittää omia mielipiteitään ja kehittämissuhteita. Näin saatiin kerättyä myös laadullista aineistoa kyselyn yhteydessä.

## **5.2 Tiedonkerääminen työpäiväkirjamerkinnoistä**

Hirsjärvi ym. (2009, 160–161) toteavat, että ihmiset asettavat arkielämässä monenlaisia kysymyksiä ja tulkitsevat asioita itselleen tärkeästä näkökulmasta tai kiinnostuksen kohteestaan. Asioita voidaan kuvata monin eri tavoin ja monesta eri näkökulmasta. Heikkisen ym. (2006, 106–107) mukaan tutkija keskustelee osallistujien kanssa jopa päivittäin ja tallentaa tutkimuspäiväkirjaansa aineistoa ja jäsentää sen avulla ajatuksiinsa. Kenttätapahtumien lisäksi päiväkirjaan kootaan tietoa tutkimuksen etenemisestä, tunnelmista sekä vaikutelmia, palautetta, omaa toimintaa koskevia havaintoja, yhteenvedoja, kysymyksiä ja hämmennyksen aiheita. Kaikki tämä vie tutkimusta eteenpäin.

Kesäkuussa 2010 teimme Kelan ammatilliseen mielenterveyskuntoutukseen osallistuvien kanssa GAS–menetelmälomakkeen tavoitteiden asettamisesta. Tässä vaiheessa tiedonkeruumenetelmänä olivat omat työpäiväkirjamerkinnot. Työpäiväkirjan avulla oli tarkoitus selvittää, kuinka kuntoutujat kokivat GAS–menetelmälomakkeen täyttämisen ja siitä saamaani tietoa hyödynsin myös lomakehaastattelussa.

Kun kuntoutuja täytti johdollani ensimmäisen kerran lomaketta, kirjasin ylös tunnetiloja, kommentteja lomakkeesta ja kuinka paljon aikaa käytimme yhden – kolmen tavoitteen asettamiseen. Palautekeskustelun tavoitteiden toteutumisesta käytiin elo- lo-

kakuussa 2010 ja silloin kirjasin ylös miten tavoitteet toteutuivat ja miten tavoitteet ohjasivat kuntoutumista.

Työpäiväkirjana käytin tavallista vihkoa, johon kirjasin lomakkeen täyttämisen aikana ja sen jälkeen kuntoutujan kanssa esille tulleita asioita. Pysin kirjaamaan pienetkin huomiot, kuten pitkän miettimisajan tai esille tulleita tunnetiloja. Kerroin kuntoutujille, että kirjoitan havaintoja ja keskusteluja ylös sekä sen, että käytän tietoja kehittämistehtävissäni ja tulevan kyselylomakkeen pohjana.

### **5.3 Lomakehaastattelu**

Haastattelussa on kyse luottamuksellisesta vuorovaikutustilanteesta, jolle on luonteenomaista, että haastattelijalla on ennalta tutustunut tutkimuksen kohteeseen ja haastattelijalla on vastuu haastattelutilanteen ohjaamisesta sekä tarvittaessa haastateltavien motivoimisesta. (Hirsjärvi ym. 2009, 43.)

Haastattelu tutkimuksen osana on Hirsjärven & Hurmeen (1995, 27) mukaan vuorovaikutustilanne, jolle on luonteenomaista, että:

1. haastattelu on ennalta suunniteltua; haastattelijalla on ennalta tutustunut tutkimuksen kohteeseen sekä käytännössä että teoriassa,
2. haastattelu on haastattelijan alullepanema ja ohjaama,
3. haastattelijalla joutuu tavallisesti motivoimaan haastateltavaa ja ylläpitämään hänen motivaatiotaan,
4. haastattelijalla tuntee roolinsa,
5. haastateltavan on voitava luottaa siihen, että annettuja tietoja käsitellään luottamuksellisesti.

Haastattelussa voi selvittää muun muassa täsmällisiä tosiasioita, arvionvaraisia tietoja, käyttäytymisen syitä, asenteita ja arvoja, käsityksiä, tunteita, motiiveja ja sosiaalisia suhteita. Haastattelun voi toteuttaa yksilö- tai ryhmähaastatteluna. (Vilkkä 2006, 102.)

Lomakehaastattelu eli strukturoitu haastattelu tapahtuu lomakkeen mukaan ja on käytetyin haastattelulaji. Lomakkeessa on valmiita kysymyksiä vastausvaihtoehtoineen. Kysymykset esitetään samassa järjestyksessä kaikille haastateltaville ja haastateltavan



tulee valita itselleen parhaiten sopiva vastausvaihtoehto. Lomakehaastatteluihin voidaan sisällyttää myös avoimia kysymyksiä, jotka voidaan käsitellä laadullisesti tai määrällisesti luokittelemalla vastaukset jälkikäteen. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 44–45.)

Strukturoidun haastattelun suurimpana haasteena on haastattelulomakkeen ja kysymysten muotoilu. Etuna on kerätyn aineiston helppo ja nopea tietojenkäsittely. Vaarana on, että valitut käsitteet ja vaihtoehdot heijastavat enemmän tutkijan kuin tutkittavan maailmaa. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 44–45.)

Tavoitteiden tunnistaminen perustuu haastatteluun ja kuntoutujan tilanteen selvittämiseen. Kuntoutujan tärkeiden tavoitteiden tunnistamiseksi voidaan käyttää strukturoituja haastatteluja, jotka eivät etukäteen rajaa kysyttäviä ongelmia, mutta joiden avulla voidaan selvittää kuntoutuksen kannalta merkitykselliset asiat. (Autti-Rämö ym. 2009, 7.)

#### **5.4 Analysointi**

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa useimmat analyysimenetelmät ovat sisällönanalyyseja. Saatu aineisto pyritään pelkistämään, jolloin aineistosta tulee esille tutkimuksen kannalta olennaisia asioita. Sisällönanalyysissä aineistoa tarkastellaan yhtäläisyyksiä ja eroja etsien sekä tiivistäen. Tutkittavat tekstit voivat olla muun muassa kirjoja, päiväkirjoja, haastatteluja ja keskusteluja. Analyysin avulla pyritään muodostamaan tutkittavasta kohteesta tiivistetty kuvaus, joka kytkee tulokset ilmiön laajempaan kontekstiin. (Hirsjärvi & Hurme 1995, 114–116; Tuomi & Sarajärvi 2002, 105.)

Työpäiväkirjamerkintöjen avulla pyrin heti analysoimaan tilannetta ja viemään kehittämishanketta eteenpäin. Siitäkin huolimatta, että ensimmäinen ajatus oli, onko päiväkirjamerkinnöissä mitään järkeä? Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja arvolähtökohtaisesti. Tässä kehittämistutkimuksessa lähtökohtana on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus, johon sisältyy ajatus, että todellisuus on moninainen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa, jossa aineistoa kerätään monissa vaiheissa ja usein rinnakkaisesti eri menetel-

min, aineiston käsittely ja analysointi aloitetaan mahdollisimman pian, koska aineisto inspiroi vielä tutkijaa. (Hirsjärvi ym. 2009, 223.)

Työpäiväkirjamerkinnöissä ja siitä saadun aineiston analysoinnissa toteutin Hirsjärvi & Hurmeen (2001, 23) esittelemää kolmivaiheista prosessia, jonka vaiheita ovat kuvaus, luokittelu ja yhdistely. Aineiston luokittelussa luodaan kehys tai pohja, johon aineiston tulkinta pohjautuu ja vertaillaan aineiston eri osia toisiinsa. Yhdistelyn tarkoituksena on löytää yhteyksiä luokkien esiintymisen välille.

Lomakehaastattelun ja avoimien kysymysten analysoinnissa luin vastaukset huolellisesti, jotta sain kokonaiskuvan vastauksista. Tämän jälkeen luokittelin vastaukset ja laadin yhteenvedon niistä. Lomakehaastatteluun osallistuivat kaikki GAS-menetelmälomakkeen täyttäneet.

## **5.5 Kehittämistyön luotettavuus ja eettisyys**

Laadullisessa tutkimuksessa reliabiliteettia lisää tarkka kuvaus tutkimuksen toteuttamisesta ja tarkkuus koskee tutkimuksen kaikkia vaiheita. Aineiston tuottamisen olosuhteet olisi kerrottava selvästi ja totuudenmukaisesti, kuten haastattelu-aika, olosuhteet, jossa haastattelu tehtiin sekä mahdolliset häiriötekijät. Reliabiliteettia kasvattaa myös tutkijan itsearviointi tilanteesta. Tulosten tuloksissa vaaditaan myös tarkkuutta ja niillä pitäisi olla perusta, jota rikastuttavat autenttiset dokumentit, kuten suorat lainaukset. (Hirsjärvi ym. 2004, 226–228; Hirsjärvi ym. 2009, 223.)

Kehittämistyössä pyrin kuvailemaan kohderyhmän todellisuutta ja tietoisuutta. Kirjoitin työpäiväkirjaan aineistoa, jonka avulla keräsin tietoa, tunnelmia ja jäsensin sen avulla ajatuksiani. Laitoin suoria lainauksia tekstiin, jolloin lukija pääsee paremmin kosketuksiin kuntoutujan kokemusmaailmaan. Olin työskennellyt kaikkien lomakkeen täyttäneiden kuntoutujien kanssa jo aiemmin ja uskon, että luottamus oli positiivista ja rakentavaa.

Validiteetissa on kyse siitä, onko tutkimus perusteellisesti tehty ja ovatko saadut tulokset ja päätelmät oikeita. Validiteetilla kuvataan tutkimusmenetelmän kykyä mitata

tutkittavaa asiaa, esimerkiksi sitä, kuinka hyvin tutkittavat ovat ymmärtäneet haastattelukysymykset. (Hirsjärvi ym. 2007, 228.)

Kehittämistyön validiteetti ilmenee lähinnä keskustelu- ja haastattelutilanteissa, joissa vuorovaikutus oli luontevaa ja tunsin kehittämistyöhön osallistujat. Validiteettia heikensi puolestaan se, etten voinut olla täysin varma, olivatko kuntoutujat ymmärtäneet kaikki kysymykset vai oliko kysymysten asettelussa erilaisia tulkinnan mahdollisuuksia.

Keskeisin sosiaali- ja terveysalan ja kuntoutustyön lähtökohtana on ihmisarvo. Kaikessa kuntoutustyössä päätökset tehdään yhdessä kuntoutujan ja hänen läheistensä kanssa, mutta joissakin tapauksissa joudutaan tekemään päätöksiä kuntoutujan tahdon vastaisesti tai kuntoutujan puolesta. Kuntoutujat joutuvat joskus paljastamaan hyvin henkilökohtaisia asioita elämästään sekä itsestään ja ovat tämän vuoksi erittäin haavoittuvaisia. Tämä asettaa työntekijälle suuren vastuun kuntoutujan yksityisyyden suojelemisesta ja salassapidosta. Eettisesti laadukkaan kuntoutustyön tavoitteena on kuntoutujan ihmisarvon ja perusoikeuksien toteutuminen sekä parhaan mahdollisen asiantuntemuksen kuntoutumisen tueksi tarjoaminen. (Kettunen ym. 2009, 36–37.)

Tähän kehittämishankkeen kyselyyn osallistuminen oli vapaaehtoista. Kerroin kuntoutujille kehittämishankkeen tavoitteita, joiden avulla pyritään parantamaan GAS-menetelmän ohjausta. Kehittämistyössä oli pieni otos (12 henkilöä) ja siksi kysely suoritettiin ilman henkilötietoja. Tällä pyrittiin varmistamaan, ettei kyselyn vastaajia tunnisteta. Kuntoutujille kerrottiin etukäteen, ettei heidän henkilötietojaan käytetä. Tämä lisäsi kuntoutujien luottamusta kyselyä kohtaan.

## **6 GAS-MENETELMÄ - PROSESSI JA MENETELMÄN KEHITTÄMINEN MAKU - TYÖHÖNVALMENNUKSESSA**

Tässä luvussa kuvaan GAS-menetelmän prosessia ja sen kehittämistä. Toteutus koostui GAS-koulutuksesta, kuntoutustiimin koulutuksesta, aineiston keruusta ja päiväkir-

jamerkinnoista. Tämä luku liittyy pääasiassa tutkimuskysymykseen, miten GAS-menetelmä toimii kuntoutusprosessin tavoitteen asettamisessa, mutta myös vaikuttavuutta nostetaan esille tulosten tarkastelussa.

Tavoitteiden asettaminen on myös Kelan kuntoutuksessa keskeistä. Yksi työväline kuntoutuksessa on tavoitteiden asettaminen GAS-menetelmää apuna käyttäen. GAS-menetelmä on ”yleismenetelmä”, jonka käyttöönoton myötä saadaan tietoa menetelmän soveltuvuudesta erilaisiin Kelan kuntoutusmuotoihin.

Autti-Rämön (2010, 17) mukaan GAS:in käyttöönotto edellyttää menetelmän opiskelua sekä käytännön harjoittelua. On tärkeää, että kuntouttajat ovat työskennelleet kuntoutuksen parissa riittävän kauan, jotta he pystyvät tunnistamaan kuntoutujan yksilölliset muutosmahdollisuudet ja laatimaan järkevät tavoitteet kuntoutujalle. GAS:sta on hyötyä kuntoutustoiminnan tavoitteiden konkretisoitumisessa, yhteistyön selkeyttämisessä asiakkaan ja kuntouttajan välillä, kuntoutujan ongelmaratkaisukyvyyn tukemisessa, moniammatillisen ja kurssimuotoisen kuntoutuksen yksilökohtaisia tavoitteiden tunnistamisessa, asiakkaan tyytyväisyyden ja motivaation lisääntymisessä, tavoitteiden ja saavutusten kuvaamisessa ja resurssien suunnittelussa. GAS-menetelmä mahdollistaa epärealististen ajatusten muutokset.

Kuntoutuja on oman elämänsä asiantuntija ja siksi GAS-menetelmä on lähtökohdaltaan aina asiakaslähtöinen. Kuntoutujalla voi olla oman sairautensa vuoksi erilaisia terveyteen liittyviä oireita ja työhön tai elämäntilanteeseensa liittyviä kysymyksiä, joista kaikkiin ei voida vaikuttaa käytettävissä olevin kuntoutuksen keinoin. Vaikka kuntoutujilla on lähtötilanteena joku psyykkinen sairaus, ovat heidän tavoitteensa kuitenkin yksilöllisiä. Kuntoutuksen tavoitteen tunnistaminen ja määrittäminen edellyttää kuntoutuksen toteuttajilta hyvää ammattitaitoa ja kokemusta kyseisen kuntoutusmuodon toteuttamisesta ja vaikuttavuudesta. (Autti-Rämö ym.2010, 7.)

Kelan avo- ja laitosten kuntoutuksen standardin yleisessä osassa (voimassa 1.1.2011) veloitetaan kaikkia palvelutuottajia ottamaan asteittain käyttöön GAS-menetelmä, jolla varmistetaan tavoitteiden tarkoituksenmukaisuus ja kuntoutujan sitoutuminen tavoitteisiin. GAS-menetelmän käyttöönotto edellyttää koulutusta ja käytännön harjoituksia, kuten muidenkin arviointimenetelmien käyttöönotto.

Yksi keskeinen kysymys GAS-menetelmässä on se, miten usein ja minkälaisia tavoitteita asetetaan. GASin avulla kuvataan selkeitä, tunnistettavia ja merkityksellisiä muutoksia kuntoutujan elämässä. Tavoitteiden saavuttamiselle asetetaan realistinen aikataulu. (Autti- Rämö ym. 2010, 8.)

## **6.1 GAS-koulutus Kuopiossa**

GAS-menetelmän koulutuspäivä oli Kuopiossa 20.5.2010. Kelan tavoitteena oli kouluttaa palvelutuottajat GAS-menetelmän ja lomakkeen käyttöön Kelan kuntoutuspalveluiden toteutuksessa. Koulutuspäivän opetuksesta vastasi Kelan asiantuntijaryhmä, joka oli kirjoittanut GAS-menetelmän käsikirjan. Asiantuntijaryhmään kuuluivat tutkimusprofessori Ilona Autti-Rämö, asiantuntijalääkäri Kirsi Vainiemi, suunnittelija Seija Sukula ja suunnittelija Anneli Louhenperä.

Aluksi käytiin läpi GAS-menetelmän käyttöönotto Kelassa. Kelan kuntoutustoiminnan visiossa korostettiin yksilöllisten tavoitteiden vaikutusta palvelujen toteutukseen ja sitä, että kuntoutuspalvelut kytkeytyvät asiakkaan kuntoutuksen kokonaisuuteen. Kuntoutuksen kehittämisohjelman tavoitteena Kelalla on muun muassa kehittää toimiva raportointijärjestelmä, jolla osoitetaan kuntoutuksen tuloksellisuutta sekä kehitetään kuntoutusta.

Seuraavaksi tutustuttiin GAS-menetelmän perusteisiin ja sen käyttöön tavoitteiden asettamisen apuvälineenä. Ilona Autti-Rämö nosti esille, että ”motivaatio vaikuttaa toimintaan ja tavoitteet vaikuttavat keskeisesti motivaatioon”. Haasteena on saada ammattihenkilö ymmärtämään, miten tärkeinä ihmiset pitävät tavoitteitaan ja miten he saavuttavat tavoitteet tai eivät saavuta niitä. Käytiin läpi GAS:in eli tavoitteen asettamisen asteikon laatiminen:

- Tavoitteen tunnistaminen
- Tavoitteen nimeäminen
- Indikaattorin valinta
- Asteikon määrittäminen
- Asteikon tarkistaminen
- Kuntoutustoimenpiteistä sopiminen.

Tavoitteen asettamisessa kuntoutuja määrittää, mikä on hänelle tärkeää ja ammattilainen määrittää, onko se mahdollista toteuttaa. SMART-metodia käyttämällä varmistetaan, että kuntoutujien asettamat tavoitteet on mahdollista saavuttaa. Smart-metodi esitellään taulukossa 2:

**TAULUKKO 2, SMART-metodi (GAS–menetelmä, käsikirja)**

<b>S</b>	<b>Specific</b>	• <b>yksilöllinen ja määritelty</b>
<b>M</b>	Measurable	• mitattavissa
<b>A</b>	Achievable	• avuksi tavoitteen saavuttamisessa
<b>R</b>	Realistic	• onko mahdollista saavuttaa
<b>T</b>	Timed	• tarkasti ajoitettu eli mahdollisuus aikatauluttaa

Suunnittelija Kelan terveystoimistolta kävi kanssamme konkreettisesti ja esimerkein läpi GAS–menetelmälomakkeen. Lomake oli testilomake, joka oli tarkoitettu palvelutuottajille testattavaksi vuoden 2010 loppuun asti. Palvelutuottajilta kysyttiin palautetta lomakkeesta lokakuussa 2010. Tämän jälkeen lomaketta muokattiin annettujen palautteiden pohjalta ja uusi lomake (GAS 01.11 verkkolomake) otettiin käyttöön 1.1.2011 (Liite 1).

Seuraavaksi oli case-työskentelyn ohjeistus ja työskentelyä pienryhmissä. Osallistujat jaettiin kolmeen ryhmään, joista jokainen valitsi sopivan ryhmän malliesimerkkien mukaan. Malliesimerkit olivat:

- 1) Työikäisten harkinnanvarainen kuntoutus, ASLAK-kuntoutus
- 2) Työikäisten ammatillinen kuntoutus, työhönvalmennus
- 3) Kuntoutus ja sopeutumisvalmennuskurssi vaikeavammaisen kuntoutuksena.

Ryhmäläiset tutustuivat kuntoutujan asiakirjoihin: kuntoutujan tarinaan sekä liitteenä olevaan B-lausuntoon ja kuntoutushakemukseen kymmenen minuutin ajan. Ryhmäläiset valitsivat keskuudestaan vastuuhaastattelijan ja yhdessä laadittiin moniammatillisenä tiiminä vähintään yksi GAS-tavoite tiettyyn aikaan mennessä. Tuotokset purettiin

yhdessä koko ryhmän kanssa. Purkutilanteessa käytiin lyhyesti läpi kuntoutujan tarina, GAS-tavoitteet, miten päädyttiin kyseisiin tavoitteisiin, mitkä olivat tavoitteiden laatimisen lähtökohdat ja SMART-arvio laaditusta tavoitteesta. Samalla käytiin läpi myös pistemäärän lasku ja katsottiin taulukosta (GAS 01.11 verkkolomake) T-lukuarvo pistemäärän ja tavoitteiden määrän risteyskohdasta (Liite 2).

Menetelmäkoulutuksen käynyt henkilö voi toimia GAS -kouluttajana omassa työyhteisössään.

## **6.2 Saadun aineiston sisäistäminen**

Seuraavaksi tutustuin itsenäisesti GAS-menetelmän taustamateriaaliin, kirjallisuuteen ja internetistä löytyvään materiaaliin. Suomennettua kirjallisuutta ja materiaalia ei löytynyt paljon, vaikka GAS-menetelmää on käytetty jo pitkään psykiatrisessa hoitotyössä.

Tein kaksi GAS-tavoitetta omista tärkeiksi kokemistani tavoitteista. Tavoitteen valitseminen oli helppoa, mutta kutakin tavoitetta kuvaavan selkeän indikaattorin valinta oli vaikeampaa. Myös asteikon laadinnassa jouduin tekemään useita esimerkkejä, ennen kuin tavoiteasteikko oli mielestäni ymmärrettävässä muodossa ja se voitiin mitata.

## **6.3 Kuntoutustiimin kouluttaminen GAS -menetelmään**

Kuntoutustiimin jäsenistä kaksi osallistui GAS-menetelmäkoulutukseen. Johtaja, joka on myös kuntoutustiimin jäsen, ei osallistu käytännön kuntoutustyöhön ja ei siksi osallistunut koulutukseen. Kävimme kuntoutustiimin kanssa läpi GAS-menetelmän periaatteet, harjoittelimme tekemään GAS-arviointeja ja arvioimme toistemme tekemiä GAS-tavoitteita. Koulutuksen aikana pohdittiin muun muassa, miten laaditaan hyvät tavoitteet, millaisia kysymyksiä kuntoutujalle esitetään, jotta kuntoutuja kertoo omat tavoitteensa ja miten asetetaan sellaiset tavoitteet, että ne ovat mitattavissa.

Tässä vaiheessa sovittiin, että alan harjoitella kuntoutujien kanssa GAS-menetelmän käyttöä osana kuntoutusprosessia. Tiedonkeruumenetelmänä aloin käyttämään tutkimuspäiväkirjaa, johon kirjasin ylös esille tulleita asioita.

#### **6.4 Kuntoutujien opastaminen ja kouluttaminen GAS -menetelmään**

Jokaiselle kuntoutujalle varattiin kaksi tuntia aikaa ja sinä aikana käytiin läpi GAS-menetelmän periaatteet ja tarkoitus. Tämän jälkeen jokaisen kuntoutujan kanssa laadittiin omat yksilölliset ja konkreettiset tavoitteet, joihin kuntoutuja oli valmis sitoutumaan ja jotka tuntuivat kuntoutujasta realistisilta. Kun tavoitteet oli laadittu, sovittiin päivämäärä, jolloin tarkasteltiin oliko tavoitteisiin päästy vai pitäisikö tavoitteita tarkentaa.

*Työpäiväkirjahavaintoja:*

GAS-menetelmän käyttöönottoa harjoiteltiin seitsemän kuntoutujan kanssa kesäkuussa 2010. Nämä seitsemän kuntoutujaa valikoituivat mukaan siksi, että he olivat olleet jo kahdesta seitsemään kuukautta kuntoutuksessa, eikä kuntoutus ollut päättymässä kolmen kuukauden sisällä. Tällä tavoin voitiin varmistaa, että tavoitteet voitiin tarkistaa ennen kuntoutuksen loppumista. Tilanne oli rauhallinen, sekä kuntoutujat että kuntoutusohjaaja tunsivat toisensa ennalta. Totesimme kaikkien kanssa tilanteen olevan luottamuksellinen ja rentoutunut. Kahdella kuntoutujalla oli siitä huolimatta lievää jännitystä siitä, osaavatko he täyttää lomaketta.

#### **6.5 Kuntoutujien tavoitteiden nimeäminen**

Aluksi keskustellaan kuntoutujan kanssa asioista, joihin kuntoutuja toivoisi positiivista muutosta. Kuntouttajan tehtävä on auttaa kysymyksin kuntoutujaa muokkaamaan muutosta vaativat asiat tavoitteen muotoon. Kuntouttajan on myös nähtävä, onko tavoite kuntoutuksen keinoin saavutettavissa. Tavoitteen on oltava kuntoutujalle merkityksellinen ja sen tulee liittyä kuntoutuksen kontekstiin. Tavoitteen tulee olla myös saavutettavissa kuntoutustoimenpiteiden avulla ja tavoitteen saavuttaminen pitää voida arvioida. Tavoitteelle annetaan lyhyt otsikko. (Autti-Rämö ym. 2010, 9.)

*Työpäiväkirjahavaintoja:*

Kuudella kuntoutujalla oli kaksi tavoitetta ja yhdellä yksi. Tavoitteet liittyivät käyttäytymiseen, elämänhallintaa, keskittymiskykyyn, harrastuksiin, liikkumiseen ja ravintoon. Kolme kuntoutujista oli hyvin motivoituneita ja innostuneita asettamaan itselleen tavoitteita. He kokivat sen melko helpoksi ja kertoivat vievänsä tavoitteista kopi-



on kotiin, jossa he voivat toteuttaa niitä. Kaksi kuntoutujaa sai asetettua kaksi tavoitetta melko helposti; kummallakin yksi tavoite liittyi liikuntaan, toinen tavoite liittyi toisella käyttäytymiseen ja toisella elämänhallintaan. Yksi kuntoutuja ei halunnut itse täyttää lomaketta ollenkaan, vaan koki lomakkeen haasteellisena. Hän antoi kuntoutusohjaajalle ”melko vapaat kädet” tavoitteiden nimeämiseen. Tästä syystä käytimme hänen työhönvalmennukseen asettamia tavoitteita, jotka ohjaaja kirjasi ylös. Tällä tavoin saimme asetettua kaksi tavoitetta, joita kumpikin liittyi keskittymiskykyyn. Yksi kuntoutuja täytti itse lomakkeen, mutta tarvitsi paljon apua yhden tavoitteen löytymiseen.

## 6.6 Indikaattorin valinta

Indikaattori on mitattavissa oleva asia, joka kuvaa tavoitteen saavuttamista. Kutakin tavoitetta kuvaamaan valitaan selkeä indikaattori, joka on sovittuna aikana arvioitavissa. Indikaattori voi olla esimerkiksi käyttäytyminen, tunnetila, taito tai prosessi. Indikaattori edustaa valittua tavoitetta ja edistymistä tavoitteen suuntaan. Indikaattori voi olla myös laadullinen tai määrällinen ilmaisu. Samaan tavoitteeseen ei voi laittaa kahta eri indikaattoria, koska kahden indikaattorin samanaikainen arvioiminen on mahdotonta. (Autti-Rämö ym. 2010, 9.)

### *Työpäiväkirjahavaintoja:*

Kolme motivoitunutta kuntoutujaa saivat indikaattoritkin melko helposti asetettua. Indikaattoreiksi valikoitui kaikilla kolmella määrällinen indikaattori. Kaksi kuntoutujaa tarvitsi indikaattorin valintaan enemmän apua. Indikaattoreiksi valikoitui toisella sekä laadullinen että määrällinen indikaattori ja toisella kumpaankin tavoitteeseen laadullinen indikaattori. Yksi kuntoutuja, jolle ohjaaja antoi erilaisia indikaattorivaihtoehtoja, valitsi laadullisen indikaattorin. Yksi kuntoutuja täytti itse lomakkeen, mutta tarvitsi paljon apua indikaattorin valintaan ja indikaattoriksi valikoitui lopulta laadullinen indikaattori.

## 6.7 Asteikon laadinta

Asteikon laadinta on GAS-menetelmän haasteellisin vaihe. Se edellyttää kuntouttajalta kuntoutuksen hyvää asiantuntemusta ja pitkäaikaista kokemusta mielenterveyskuntoutujista. Ammattihenkilöiden täytyy pystyä arvioimaan, mitä kyseisellä sovitulla aikavälillä on mahdollista saavuttaa. (Autti-Rämö ym. 2010, 9.)

Asteikon laadinnassa valittu indikaattori tehdään mahdolliseksi mitata sekä arvioida. Tavoitetason suuntaista muutosta kuvataan määrällisen tai laadullisen ilmaisun avulla. Laadullinen indikaattori perustuu usein kuntoutujan omaan kokemukseen tai tunteeseen ja sen pitää olla selkeästi ilmaistu, jotta saavuttamisen tunnistaminen on yksiselitteistä. (Autti-Rämö ym. 2010, 9.)

Kelassa on päädytty käyttämään Kiresukin alkuperäistä asteikkoa ja muutoksen laadun kuvaamista. 0 = tavoitetaso, +1 ja -1 = jonkin verran korkeampi / matalampi ja +2 ja -2 = selvästi korkeampi / matalampi.

**TAULUKKO 3. GAS-asteikko ja muutoksen kuvaaminen (GAS-menetelmä, käsikirja)**

Muutoksen suunta	GAS-asteikko	Muutoksen laatu
-2	Selvästi odotettua matalampi	Muutoksella ei toiminnalle merkitystä, tilanne ennallaan tai huonontunut
-1	Jonkin verran odotettua matalampi	Lopputulos odotettua vähäisempi, mutta muutos on oikean suuntainen
0	Tavoitetaso	Realistinen saavuttaa
+1	Jonkin verran odotettua korkeampi	Tavoite realistinen, lopputulos enemmän kuin odotettiin
+2	Selvästi odotettua korkeampi	Saavutettavissa optimaalisissa olosuhteissa

*Päiväkirjahavainnot:*

Asteikon laadinnassa kaikki kuntoutujat tarvitsivat jo enemmän keskustelua ja johdattavia kysymyksiä saadakseen asteikon laadittua. Aloitimme asteikon laadinnan kaikkien kanssa ohjeiden mukaan 0-tavoitetasosta, tavoitteesta joka oli kuntoutujan realistista saavuttaa. Tämän jälkeen etenimme GAS-asteikossa +1 (lopputulos jonkin verran korkeampi kuin odotettiin) ja -1 (lopputulos jonkin verran matalampi kuin odotettiin, mutta suunta oli kuitenkin oikea). Viimeksi asetimme asteikossa +2, joka tarkoitti selvästi korkeampaa tavoitteen saavuttamista jota oli odotettu ja -2, joka taas tarkoitti, ettei tavoitetta saavutettu ja tilanne mennyt huonompaan suuntaan tai tilanne pysynyt ennallaan. Kaikille saimme asteikon laadittua. Asteikon laadinnassa huomasimme yhden kuntoutujan kanssa, että on helpompi aloittaa -2 eli muutoksella ei ole toiminnalle merkitystä tai tilanne on ennallaan, jopa huonontunut. Kuntoutujalle konkretisoitui tämän hetken tilanne ja siitä oli helpompi lähteä pienin askelin kohti tavoitetta.

Kahdella kuntoutujalla oli selkeästi vaikeuksia laatia asteikko, joka kuvaisi realistista tilannetta. Mitä kauemmin asiaa mietittiin, sitä turhautuneemmaksi tunnelma kävi. Yhden – kahden tavoitteen, indikaattorin ja asteikon laadintaan käytettiin aikaa keskimäärin 1 tunti 15 minuuttia. Lyhyin aika oli 35 minuuttia ja pisin 2 tuntia.

## **6.8 Tavoitteiden tarkistaminen**

Tavoiteasteikon eri tasojen kuvausten pitää olla ymmärrettäviä ja yksiselitteisiä. Asteikon laadinnassa tulee ottaa myös huomioon, kenen tahansa kuntoutujan tavoitteen saavuttamisen taso pitää pystyä arvioimaan. Tavoitteiden saavuttamiseen asetetaan realistinen aikataulu ja sovittuna päivänä arvioidaan, miten tavoitteet on saavutettu. (Autti-Rämö ym. 2010, 11.)

Kaikkien GAS-menetelmälomakkeiden täyttämiseen osallistuvien kuntoutujien kanssa olimme sopineet päivämäärän, jolloin tavoitteiden saavuttaminen arvioitiin. Tavoitteiden tarkistaminen toteutettiin elo-lokakuun aikana. Seitsemän kuntoutujaa täytti GAS-menetelmälomakkeen. Kolme kuntoutujaa keskeytti kuntoutuksen ennen kuin ehdimme tarkistaa tavoitteiden toteutumisen. Tavoitteiden tarkistaminen myöhemminkään ei onnistunut kuntoutujan henkilökohtaisten tilanteiden vuoksi.

*Päiväkirjahavainnot:*

Kolmen kuntoutujan kohdalla tavoitteet saatiin tarkastetuksi. Yhdellä kuntoutujalla huomasimme, että emme olleet asettaneet asteikkoa riittävän selkeäksi. Vaikka olimme laatineet yhdessä tavoitteet, tavoitteiden tulkitsemisessä oli vaikeuksia, koska emme olleet aivan varmoja, mitä olimme tarkoittaneet. Tästä syystä emme pystyneet luottavasti pisteyttämään tavoitteita. Kolmella kuntoutujalla totesimme tavoitteiden olleen realistisia ja ne pystyttiin arvioimaan.

## 6.9 T-lukuarvo (T-score)

Turner-Stokes & Williamsin (2010, 66–73) mukaan tavoitteen saavuttamisen skaalaus (muunnetaan toiseen asteikkoon) on matemaattinen menetelmä asetettujen tavoitteiden saavuttamisen mittaamiseen ja sitä voidaan käyttää myös kuntoutuksessa. GAS menetelmässä tavoitteet asetetaan siten, että sovittuna ajankohtana saavutettu tavoite voidaan mitata yhdessä kuntoutujan kanssa 5-portaisella asteikolla(+2) – (-2). Näin saadaan numeerinen T-lukuarvo (T-score). T-lukuarvo sijoittuu välille 0 – 100 ja tulkitaan seuraavasti:.

- $T = 50$  = tavoitteet ovat toteutuneet odotusten mukaisesti
- $T > 50$  = tavoitteet ovat toteutuneet odotuksia paremmin
- $T < 50$  = tavoitteet ovat toteutuneet odotuksia heikommin

Gordon ym. (1999, 280) ovat kehittäneet taulukon, josta katsotaan T-lukuarvo tavoitteiden summan ja tavoitteiden määrän risteyskohdasta. Saatu T-lukuarvo merkitään lomakkeelle.

T-lukuarvo on aina 50, jos tavoitteiden summa on 0. Tämä tarkoittaa sitä, että tavoitteet on keskimäärin saavutettu. Kun tavoitteiden saavuttamisen summa jää alle nollan, tavoitteita ei ole saavutettu tai ne on laadittu liian vaikeaksi saavuttaa. Jos tavoitteiden saavuttamisen summa on yli nollan, tavoitteet on saavutettu keskimääräistä paremmin tai ne on laadittu keskimäärin liian helpoiksi saavuttaa. T-lukuarvo tekee ryhmätason analyysit mahdolliseksi ja yksittäisten henkilöiden tavoitteiden vaihtelevat määrät ovat hallittavissa tilastollisissa analyysissa. (Autti-Rämö ym. 2009, 11–12.)

*Päiväkirjahavainnot:*

Yhdelle kuntoutujalle emme pystyneet katsomaan taulukosta T-lukuarvoa, koska emme pystyneet pisteyttämään tavoitteita epäselvyyden vuoksi. Kolmen kuntoutujan kanssa katsoimme tavoitteen asteikosta toteutuneet lukuarvot ja toteutuneet lukuarvot laskettiin yhteen. Lopuksi katsoimme T-lukuarvotaulukosta (liite 2) tavoitteiden määrän mukaisen lukuarvon.

Yhdellä kuntoutujalla oli kaksi tavoitetta, joista toisesta saatiin 0 ja toisesta +1 eli yhteensä +1. T-lukuarvo oli 56. Olimme yhtä mieltä siitä, että hän oli asettanut tavoitteen realistiseksi, joten tulos oli hyvä. Myös toisella henkilöllä oli mielestämme realistinen tavoite. Ensimmäisestä tavoitteesta tuli +1 ja toisesta -1, joten tuloksena oli 0 eli T-lukuarvoksi 50 (tavoitteeseen päästiin). Yhdellä kuntoutujalla yhdestä tavoitteesta tuli -1 eli T-lukuarvo oli 40. Tämä tarkoitti sitä, ettei hän päässyt tavoitteeseen. Tulosten katsominen taulukosta oli helppoa. Kuntoutuja, joka oli päässyt tavoitteeseen hyvin, oli selvästi jännittänyt tuloksen selvittämisestä. Keskustelun aikana kävi ilmi, että hän olisi ollut pettynyt huonommasta tuloksesta, koska oli panostanut tavoitteiden noudattamiseen ja saavuttamiseen. Ilmapiiiri oli kaikkien mielestä hyvä ja avoin.

## **6.10 Kuntoutustoimenpiteistä sopiminen**

Kuntoutujien kanssa käydään läpi, mitä pitäisi tapahtua, jotta sovitut tavoitteet saavutetaan. Käytännössä voi käydä niin, että aika ei riitä, terveydentila muuttuu ja suunnitellut kuntoutustoimenpiteet eivät sovellu kuntoutujalle. Silloin on mietittävä, voidaananko kuntoutustoimenpiteitä muuttaa siten, että tavoitetaso saavutetaan aikataulun mukaisesti. Tavoite voi olla myös liian vaativa. Silloin voidaan tehdä kokonaan uusi tavoite. Kuntoutujan motivaation ylläpitämiseksi kuntoutuksessa ei pidä jatkaa mahdollottomaksi osoittautuneen tavoitteen saavuttamista. (Autti-Rämö ym. 2010, 9.)

*Päiväkirjahavainnot:*

Neljän kuntoutujan kanssa käytiin läpi asteikko ja analysoitiin tuloksia. Kaikki olivat sitä mieltä, että aikataulu oli määritelty tarpeeksi pitkäksi ja tavoitteet ehdittiin saavuttaa aikataulun mukaisesti. Kuntoutujat itse kokivat, että heidän asettamansa tavoitteet olivat realistisia, heidän tilanteeseensa sopivia. Yksi kuntoutuja ei päässyt tavoitteeseen ja hän kertoi, että kesäloma ”sotki” tavoitteen saavuttamista. Hän ei ollut moti-

voitunut lomalla seuraamaan tavoitteita ja loman jälkeen ei jaksanut motivoitua asiaan. Kolme kuntoutujaa koki GAS-menetelmän alussa sekavana ja vaikeana. Yksi koki indikaattorin valinnan helpoksi, mutta kolme koki sen vaikeaksi. Yksi olisi halunnut lomakkeeseen tavoitteen alle sanan indikaattori ja siitä suomennetun version. Vieraskielistä sanaa oli vaikea ymmärtää. Yksi kuntoutuja suhtautui lomakkeen täyttämiseen negatiivisesti, eikä omien sanojensa mukaan ”suostu koskemaan pitkällä kepilläkään lomakkeeseen”.

## **6.11 Tulosten tarkastelu**

Ensimmäisessä vaiheessa tavoitteena oli GAS-menetelmäprosessin kehittäminen ja saada tietoa miten kuntoutujat kokevat lomakkeen täyttämisen, onnistuuko lomakkeen täyttäminen itsenäisesti ja missä he tarvitsevat lisää opastusta kuntoutusohjaajalta. GAS-menetelmälomakkeen täytti seitsemän kuntoutujaa ja arviointikeskustelu käytiin neljän kuntoutujan kanssa.

Kuntoutusohjaajan ja kuntoutujien mielestä asetettuihin tavoitteisiin päästiin, eli kaikkien kanssa saatiin asetettua 1-2 tavoitetta. Sekä kuntoutusohjaaja että kuntoutujat kokivat GAS-lomakkeen toimivan melko hyvin kuntoutusprosessin tavoitteiden asettamisessa, mutta se vaatii paljon harjoitusta. Kuntoutujat kokivat ilmapiirin rauhallisena ja luottamuksellisena. Muutama kuntoutuja jännitti tilannetta. Jännitys johtui pääasiassa siitä, että he jännittivät lomakkeiden täyttämistä, koska heistä kaikkien lomakkeiden täyttäminen tuntui epämieluisalta. Kaksi kuntoutujaa myös ihmetteli GAS-menetelmä ideaa ja olivat epäileväisiä, saisiko siitä vakuutteluista huolimatta luotettavia tuloksia.

GAS-menetelmälomakkeen täyttämiseen oli varattu jokaiselle aikaa kaksi tuntia. Lomakkeen täyttämiseen käytettiin aikaa 45 minuutista 2 tuntiin. Kahdella kuntoutujalla meni reilusti aikaa, koska he kertoivat itsestään ja asioistaan lomakkeen täytön yhteydessä. Se oli heidän tapansa prosessoida asioita. Oli tärkeää, että lomakkeiden täyttämiseen annettiin tarpeeksi aikaa ja apua tarvittaessa. Monesti kuntoutuja ei itse osaa kysyä itseltään tavoitteen kannalta oleellisia asioita ja siinä tarvitaan ohjaajan asiantuntemusta. Ohjaajan on myös tunnettava jo melko hyvin kuntoutuja. Kuntoutujat kokivat itse, että tavoitteet olivat heille tärkeitä. Kaksi kuntoutujaa koki tavoitteiden an-

taneen heille motivaatiota omaan kuntoutumiseensa, koska tavoitteet olivat konkreettisia ja eivät liian suuria. Vaikka lomakkeesta annettiin kopio kuntoutujalle, se jäi kahdelta ”pölyttymään” kansioon tai kotona paperipinojen alle.

Ohjaajana tunsin itseni aluksi melko epävarmaksi, koska GAS-menetelmä ei ollut vielä täysin auennut itselleni. Keskustelimme paljon kuntoutujien asettamista tavoitteista ja jäin miettimään, annoinko liian valmiita vaihtoehtoja kuntoutujille, vai olisiko pitänyt antaa ensin heidän yrittää yksin miettiä tavoitteita kauemmin. Toisaalta monella kuntoutujalla on heikko keskittymiskyky ja lomakkeen täyttämässä oli aistittavissa turhautuneisuutta. Vuorovaikutus oli kuitenkin asiallista ja koin keskustelut rakentaviksi.

## **7 GAS-MENETELMÄN – ARVIOINTI JA KÄYTTÖÖNOTTO**

Edellä kuvattiin GAS-menetelmäprosessia ja menetelmän kehittämistä Maku-työhönvalmennuksessa ja siitä saatua palautetta. Tässä kappaleessa kuvataan GAS-menetelmän varsinaista arviointia ja käyttöönottoa ammatillisen kuntoutuksen arvioinnin työkaluna. GAS-menetelmälomakkeen viimeinen versio (liite 1) otettiin käyttöön 1.1.2011. Myös Miketekillä aloitettiin käyttämään uusinta versiota, joka ei kuitenkaan poikennut paljon ensimmäisestä versiosta.

### **7.1 Toteutus**

Koska Maku-työhönvalmennus alkaa ”nonstoppina” eli useimmat kuntoutujat aloittavat kuntoutusjaksonsa eri aikaan, en toteuttanut GAS-menetelmän ohjausta ryhmäohjauksena, kuten alun perin suunnittelin. Joulukuun 2010 ”ryhmäpäivänä” kerroin GAS-menetelmästä, sen tavoitteista ja mitä hyötyä GASista on kuntoutujalle sekä kuntouttajalle. Muuten emme käyneet menetelmän sisältöä tarkemmin läpi, vaan sovimme kuntoutujien kanssa, että käydään jokaisen kanssa GAS-menetelmä läpi kun asetetaan henkilökohtaiset tavoitteet, indikaattorit ja asteikot.

GAS-menetelmän tavoitteiden laadintaan osallistui tammikuussa 2011 kaksitoista kuntoutujaa. Aluksi käytimme jokaisen kohdalla noin viisitoista minuuttia aikaa, kun kerroin lyhyesti GAS-menetelmän pääsisällöt ja periaatteet. Tämän jälkeen varasimme kaksi tuntia aikaa tavoitteiden nimeämiseen, indikaattorin valintaan ja asteikon laadintaan.

Ohjaajana mietin, miten olisin innostava ja saisin henkilön motivoitumaan ja miettimään niitä elämässään tärkeitä asioita, joihin hän toivoisi muutosta. Ensimmäisen viidentoista minuutin ajan markkinoin GAS-menetelmää kuntoutuksen työkaluna, jossa kuntoutuja itse ohjaa tavoitteitaan itselleen tärkeään suuntaan. Pyrkimyksenä oli saada kuntoutuja oivaltamaan oman aktiivisuuden merkitys kuntoutusprosessissa. Monet kuntoutujat ovat kyllästyneet ”aina asettamaan tavoitteita”, mutta nyt lisättiin ymmärrystä siihen, että tavoitteiden ei tarvitse olla laajoja, vaan ne voidaan pilkkoa pienemmiksi osiksi ja laatia tavoitteista realistisia, jolloin ne ovat helpompi saavuttaa.

GAS-menetelmälomakkeen (liite 1) käytössä, tavoitteiden nimeämisessä, indikaattorin valinnassa ja asteikon laadinnassa kvalitatiivisen strategian mukaan kuntoutuja ja ohjaaja olivat tiiviissä vuorovaikutuksessa. Haastattelutilanteessa minulla ei ollut valmiita kysymyksiä, vaan halusin antaa kuntoutujalle mahdollisuuden tuoda esille itselleen tärkeät asiat mahdollisimman vapaasti. Halusin korostaa tilanteessa, että kuntoutuja on subjekti, jonka ajatuksilla on merkitystä ja vääriä vastauksia ei ole. Joihinkin mielipiteisiin esitin lisäkysymyksiä ja perusteluja tarpeen mukaan. Keskustelun ja tarkentavien kysymysten avulla saimme myös asteikot laadittua, vaikka juuri asteikon laadinta oli kaikkein haasteellisin osa. Neljälle kuntoutujalle jouduin ohjaajana laatimaan asteikon vaihtoehtoja esittämällä, koska kuntoutuja itse ei pystynyt laatimaan asteikkoa. Kuntoutuja valitsi vaihtoehtoista itselleen sopivimman.

Tämän jälkeen kuntoutujille annettiin kyselylomake, johon he vastasivat itsenäisesti. GAS-menetelmän ohjaus- ja toimintatapakyselyssä (liite 3) tiedusteltiin, miten Mike-tekillä voidaan kehittää ohjaus- ja toimintatapaa siten, että kuntoutujan on mahdollisimman paljon hyötyä tavoitteiden asettamisesta kuntoutusprosessin aikana. Kysely kuvasi menetelmän toimivuutta.



Tavoitteiden tarkistaminen ja palautekeskustelu-aika varattiin noin kuukauden päähän tavoitteiden asettamisesta.

Lopuksi kuntoutujat täyttivät taas itsenäisesti kyselylomakkeen (liite 4), jossa kysyttiin palautekeskustelussa käytettävän arvioinnin toimivuutta ja sitä, ohjasivatko asetetut tavoitteet kuntoutusprosessia Maku-työhönvalmennuksen aikana. Kolme ensimmäistä kysymystä liittyivät menetelmän arviointiin ja neljäs kysymys liittyi vaikutuksiin. Lopuksi oli vielä avoin kysymys, johon pystyi kirjoittamaan kehittämisehdotuksia.

## **7.2 GAS-menetelmän ohjaus- ja toimintatapakysely**

Lomakehaastattelun vastausprosentti oli 100 eli kaikki kaksitoista kuntoutujaa, jotka täyttivät GAS-menetelmälomakkeen ja vastasivat myös heille osoitettuun kyselyyn (liite 3). Palautekeskustelu käytiin kymmenen kuntoutujan kanssa ja kaikki kymmenen täyttivät myös kyselylomakkeen (liite 4). Kaksi kuntoutujaa keskeytti työhönvalmennuksen tammikuussa 2011, ja tästä syystä heidän kanssaan ei käyty palautekeskustelua.

Vastauslomakkeissa ei kysytty nimeä eikä sukupuolta, koska tässä kehittämistutkimuksessa ei ollut tärkeää, miten miesten ja naisten vastaukset eroavat toisistaan, vaan tiedon kerääminen GAS-menetelmän toimivuudesta. Lisäksi otos oli niin pieni, että vastaajat olisi ollut helppo tunnistaa.

Kysely toteutettiin tammikuussa 2011 ja palautekeskustelu käytiin helmikuussa 2011. Vastaukset käsiteltiin luottamuksellisesti.

### **7.2.1 Lomakehaastattelun tulokset**

Kymmenen lomakkeen täyttäneitä kuntoutujaa oli sitä mieleltä, että GAS-menetelmälomake toimi henkilökohtaisten tavoitteiden asettamisessa. Kaksi kuntoutujaa vastasi ei. Neljä vastanneista koki, että tavoitteiden nimeäminen ja pilkkominen pieniin, tarkkoihin osiin ja asteikon tekeminen selkeyttivät tavoitteiden asettamista. Tavoitteet ovat konkreettisemmin esillä, kun ne on kirjoitettu paperille. (Liite 3, kysymys 1.)

*”Opin hieman pilkkomaan asioita pienemmäksi ja ajattelemaan asioita eri näkökulmista ja syvällisemmin.”*

Kaksi vastaajista koki GAS-menetelmän motivoivan toimimaan tavoitteiden suuntaisesti. Kolmen mielestä lomake oli sopivan pituinen ja täsmällinen ja kun menetelmän sisäisti, lomaketta pidettiin järkevänä. Kaksi ei pitänyt sitä toimivana. (Liite 3, kysymys 1.)

*”Mielikuvitus loppui kesken.”*

Kolmannes kuntoutujista oli sitä mieltä, että henkilökohtaiset tavoitteet oli helppo asettaa itsenäisesti. Kuntoutujat toivat esille, että olivat asettaneet tavoitteet jo kuntoutukseen tullessaan ja kun olivat ymmärtäneet lomakkeen idean, tavoitteiden löytäminen oli helpompaa. Kahdeksan kuntoutujaa oli sitä mieltä, ettei tavoitteita ollut helppo asettaa itsenäisesti. Kuuden vastanneen mielestä tavoitteiden löytäminen ei ollut helppoa ja aluksi tavoitteita ei osattu pilkkoa pieniin ja konkreettisiin asioihin. Kaksi vastanneista koki vaikeaksi ilmaista tavoitteita selkeästi, myös sanamuotojen valinta koettiin vaikeaksi. (Liite 3, kysymys 2.)

*”Tavoitekenttä on niin laaja ja sen ”oikean” löytäminen todella vaikeaa.”*

Lähes kaikki olivat sitä mieltä, että he saivat ohjaajalta riittävästi ohjausta GAS-menetelmälomakkeen täyttämiseen. Ohjaajan ohjaus ja neuvonta sekä yhdessä tekeminen koettiin hyväksi. Kolme koki, että lomakkeen täyttämistä helpotti ohjaajan antamat esimerkit. (Liite 3, kysymys 3.)

*”Täyttö käytiin perusteellisesti läpi, GAS-asteikko ja muutoksen laatu myös kirjallisesti kopiolta.”*

Yksi kuntoutuja vastasi kyllä ja ei. (Liite 3, kysymys 3.)

*”Lomake liian avara, uusi juttu, joten ohjaaja ei aina välttämättä kartalla.”*

Neljänneksi kysyttiin, oliko GAS-menetelmälomakkeen täyttämiseen varattu tarpeeksi aikaa. Kymmenen kuntoutujaa vastasi kyllä. Aikaa oli kuuden vastaajan mielestä tarpeeksi asioiden rauhassa miettimiseen ja niiden ylöskirjoittamiseen. Yksi koki ajan riittäneen hyvin, koska tavoitteet olivat jo valmiina. Kahden mielestä aikaa ei ollut riittävästi. Yhden kuntoutujan aika loppui kesken ja GAS –lomakkeen täyttämistä jatkettiin seuraavana päivänä. Siihen oli syynä, että lomakkeen täyttämiseen varattua aikaa käytettiin muiden asioiden selvittämiseen. (Liite 3, kysymys 4.)

*”Koska oli liikaa vaihtoehtoja, joten yhtä tavoitetta kohden pitäisi varata aikaa rutkasti enemmän. Ja sitten toinen kohta – ja aikaa, ja kolmas...”*

Viidenneksi eli viimeiseksi kysyttiin motivaatiota menetelmän käyttöön. Tässä kysymyksessä käytettiin Likert’in 5-portaista asteikkoa. Erittäin motivoituneeksi koki itsensä yksi kuntoutuja kahdentoista joukosta. Jonkin verran motivoituneeksi koki itsensä noin puolet kuntoutujista. En osaa sanoa -kohtaan vastasi yksi kahdestatoista. Vähän motivoituneita oli kaksi. Yksi ei ollut ollenkaan motivoitunut ja yksi kuntoutujista ei ”miettinyt koko asiaa, muulloin kuin paperia täyttäessä”.

## **7.2.2 Palautekeskustelun tulokset**

Palautekeskustelussa tarkasteltiin menetelmän arviointia ja vaikuttavuutta omassa kuntoutumisessa. Arviointikeskustelu toteutettiin helmikuun 2011 aikana. Tähän liittyen kuntoutuja vastasi liitteen 4 kyselyyn. Kysymyksiä oli yhteensä neljä. Viimeksi pyydettiin kehittämisehdotuksia GAS-menetelmän ohjaukseen ja käyttöön liittyen.

Vähän yli puolen oli helppoa arvioida tavoitteen toteutumista. Kolme kuntoutujaa koki, että oli helppoa arvioida GAS-menetelmään kirjattujen tavoitteiden toteutumista, koska on toistuvasti tekemisissä tavoitteiden kanssa, tapahtuneet asiat ovat hyvin mielessä ja koska on tietoinen omista tekemisistään, joten on helppo arvioida. (Liite 4, kysymys 1.)

*”Koska tavoitteiden toteutumisen eri tasot on määritelty, arviointi oli suhteellisen helppoa.”*

Neljä kuntoutujaa koki, että kirjattujen tavoitteiden toteutumista ei ollut helppo arvioida. Kuntoutujat kokivat, että tavoitteita oli vaikea asettaa ja niiden toteutumista oli myös vaikea arvioida. (Liite 4, kysymys 1.)

*”Ei tapahtunut juuri mitään ja unohdin koko jutun”.*

Toisessa kysymyksessä arvioitiin, ohjasivatko tavoitteet kuntoutumista MAKU-työhönvalmennuksen aikana. Puolet kuntoutujista vastasi kyllä. Vastanneiden mielestä tavoitteet eivät olleet liian korkealla, joten niitä oli hyvä toteuttaa käytännössä ja tavoitteet antoivat suuntaa positiiviseen muutokseen. Tavoitteet muistuttivat, että pienetkin askeleet vievät kuntoutumista eteenpäin. (Liite 4, kysymys 2.)

*”Kyllä, koska tavoitteiden ongelmakohtia pyrittiin minimoimaan.”*

*”Vähän. Yritin kiinnittää vapaa-aikanakin huomiota siihen mitä lupasin.”*

Toinen puoli vastaajista oli sitä mieltä, että tavoitteet eivät ohjanneet kuntoutumista. He esittivät perusteluiksi muun muassa keskittymiskyvyttömyyden, oman laiskuuden ja innottomuuden.

Kolmantena kysyttiin, oliko tavoitteiden toteutumisen arvioimiseen varattu riittävästi aikaa. Lähes kaikki vastasivat kyllä. Pohdintaan ja keskusteluun jäi hyvin aikaa ja joidenkin mielestä sitä oli jopa liikaa. (Liite 4, kysymys 3.)

*”Ei tällaiseen jaksa keskittyä tuntitolkulla.”*

Yhden mielestä aika ei riittänyt. (Liite 4, kysymys 3.)

*”Tavoitteet olivat niin laajoja, että ei pystynyt niitä hahmottamaan. As-teikon valitseminen oli haasteellista ja liikaa aikaa vievää.”*

Viimeiseksi kysyttiin, kokivatko kuntoutujat, että henkilökohtaisten tavoitteiden asettamisesta oli hyötyä heidän omassa kuntoutumisessaan. Yli puolet oli sitä mieltä, että tavoitteiden asettamisesta oli hyötyä. Konkreettiset tavoitteet auttoivat jäsentämään

asioita ja ongelmat oli nostettu positiivisesti esille, joten kehittämistarpeiden tiedostaminen helpottui. Moni ajatteli, että asetti tavoitteet itseään varten ja siksi kokivat ne hyödyllisiksi. Haasteena koettiin kuitenkin tavoitteiden sisäistäminen ja se ettei sorruttu suorittamiseen. (Liite 4, kysymys 4.)

*”Opin jakamaan asioita ja tavoitteita pienempiin osiin ja ymmärtämään omaa kriittisyyttäni tavoitteisiini.”*

Noin kolmannes koki ettei tavoitteiden asettamisesta ollut heille hyötyä. Keskittymisen tavoitelomakkeen täyttämisen aikana koettiin hankalana ja omasta elämästä oli vaikea löytää asioita, joita haluaisi muuttaa. (Liite 4, kysymys 4.)

*”Olosuhteet vaihtelevat. Tavoitteet täyttyvät ja eivät täyty.”*

Kehittämisehdotuksia GAS-menetelmän ohjaukseen ja käyttöön teki kaksi kuntoutujaa.

*Liian teoreettinen juttu, useammin tapaamisia missä mennään, lisää aikaa täyttöön ja seurantaan, jossain tilanteessa pienryhmätoimintaa, tavoitteiden pienimuotoista ja tietoista käytännön testausta > tuntemukset, turhia asioita. Elän päivä kerrallaan, siinä tavoitetta.”*

### **7.3 Tulosten tarkastelu**

GAS-menetelmän käyttöönotto- ja kehittämisvaiheessa tavoitteena oli saada selville, miten Miketekillä voidaan kehittää ohjaus- ja toimintatapaa siten, että kuntoutujat pysyvät melko itsenäisesti asettamaan itselleen sellaisia tavoitteita, joista he hyötyvät omassa kuntoutusprosessissaan. Sitä kautta saadaan tuloksia kuntoutuksen vaikuttavuudesta.

Lomakehaastattelu osoitti, että GAS-menetelmälomake oli toimiva tavoitteiden asettamisen työkalu. GAS-menetelmän mukaista asiakaslähtöistä ja kuntoutujan omaa asiantuntijuutta oman elämänsä muutoksissa korostettiin heti ensimmäisen viidentoista minuutin infossa. Suurin osa kuntoutujista koki hyvänä tavoitteista puhumisen ja

tiedon siitä, että aina tavoitteiden ei tarvitse olla isoja. Pienet tavoitteet toisille, voivat olla toiselle isoja.

Positiivisena pidettiin myös sitä, että ohjaajalta saatiin riittävästi ohjausta. Se helpotti tavoitteiden asettamista. Ohjaajan näkökulmasta pyrin tuomaan asian selkeästi esimerkein esille. Ilmapiiri pyrittiin pitämään koko ajan avoimena, jotta kuntoutuja uskaltaisi tuoda omia näkökulmiaan esille ja kysellä, jos asia jäi epäselväksi sekä esittää kriittisiäkin huomautuksia. Puolet kuntoutujista koki kuitenkin itsensä melko motivoituneeksi käyttäessään GAS-menetelmää ja yhtä moni koki, että henkilökohtaisten tavoitteiden asettamisesta oli hänelle hyötyä oman kuntoutusprosessin eteenpäin viemisessä.

Kriittistä palautetta saivat yleensä Kelan lomakkeet, jotka kuntoutujat kokivat vaikeina täyttää. GAS-lomake luettiin tähän samaan Kelan lomakesarjaan. Tavoitekentän laajuus ja asteikon laatimisen vaikeus eivät innostaneet kaikkia. Muutamalla kuntoutujalla keskittymiskyky ja pitkäjänteisyys näyttäytyivät heikkoina. Vajaan tunnin istuminen ja intensiivinen työskentely oli parille kuntoutujalle liikaa.

Tavoitteen toteutumista oli melko helppo arvioida, koska asteikko oli monen mielestä helpompi arvioida kuin laatia. Pari kuntoutujaa mietti kahden vaihtoehdon välillä. Tarkentavien kysymysten avulla he saivat tavoitetason määriteltyä. GAS-lomakkeen täyttämiseen menevää aikaa on vaikea arvioida etukäteen. Koska toisten on vaikea keskittyä, yhden tavoitteen laatiminen riittää kerralla. Seuraava tavoitteen asettaminen tulee kuitenkin tehdä viikon sisällä, jotta GASin ”idea” ei unohdu.

Lomakehaastattelun tuloksista voi tehdä johtopäätöksen, että GAS-lomakkeesta on hyötyä tavoitteiden asettamisessa, sillä yli puolet kuntoutujista piti menetelmää toimivana.

## 8 POHDINTA

Arviointi ja vaikuttavuus ovat nyt paljon esillä. Miten voimme arvioida vaikuttavuutta? Kysymys herättää nykyisin keskustelua useissa palveluita tuottavissa yksiköissä. Siinä on haastetta. Vaikuttavuuden osoittamisesta on tullut entistä tärkeämpää, etenkin kun kunnan talous on tiukalla ja yhteisten resurssien kasvu on pysähtynyt tai ainakin hidastunut. Nyt etsitään parasta palvelutuottajaa sekä laadullisesti että kustannustehokkaasti. Erilaisten avomuotoisten kuntoutuspalveluiden lisääntyminen 2000-luvulla on tuottanut paljon erilaisia yrittäjiä kentälle. Miten erottua joukosta? Vaikuttavuuden osoittaminen on oman palvelutuotteen markkinointia.

Tässä kehittämistyössä oli tavoitteena kehittää kuntoutujien henkilökohtaisten tavoitteiden asettamista siten, että kuntoutuja pystyy laatimaan itsenäisesti tai ohjaajan avustuksella sellaiset tavoitteet, jotka auttavat kuntoutujaa kuntoutusprosessissaan. Tiedonkeruumenetelmänä kehittämistehtävässä oli työpäiväkirjamerkinnot ja lomakehaastattelu.

Ammatillisten kuntoutuspalvelujen käyttäjät ovat usein sivuutettu oman kuntoutumisprosessinsa suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista siitä huolimatta, että kuntoutujalähtöisyydestä ja kuntoutujan kuulemisesta puhutaan. Tässä kehittämistehtävässä tarkastelemani GAS-menetelmän käyttöönottoa luonnehtii enemmän asiakaskeskeisyys, asiakkaan ”äänen kuuleminen” kuin kuntouttajan asiantuntijuus.

GAS- menetelmää on jo 1960-luvulta asti käytetty psykiatrisessa hoitotyössä lähinnä Yhdysvalloissa, mutta Suomeen se on rantautunut vasta paljon myöhemmin. Terveystieteidenhuoltoalueella se on tutumpi, mutta sosiaalipuolella sitä ei ole käytetty.

### 8.1 Kehittämistyön onnistumisen arviointi

Kehittämistehtävän tekeminen on ollut minulle kasvattava kokemus, joka on käynnistänyt minussa ajatusproessin ja innostanut tutkimaan syvällisemmin itseäni ohjaajana. Olen jo vuosia ollut kiinnostunut erilaisista arviointimenetelmistä, mutta minulla ei ole ollut tarpeeksi tietoa eikä energiaa tutustua lähemmin aiheeseen, etenkin sosiaalialalla käytettäviin arviointimenetelmiin. GAS-koulutus Kuopiossa oli hyvä alku me-

netelmään tutustumiseen. Vaikka GAS- menetelmä ”on pakollinen” Kelan toteuttamassa kuntoutuksessa, se ei ollut ainoa syy, miksi halusin tietää siitä enemmän. Halusin tutustua menetelmään syvemmin, koska koin sen järkevänä menetelmänä. Lisäksi koin tärkeäksi sen, että saatua tietoa voidaan mitata sekä käyttää myös kuntoutuksen vaikutuksen arvioinnissa. Olen ollut innostunut sekä motivoitunut aiheesta ja se on auttanut viemään kehittämistehtävää eteenpäin, silloinkin, kun olen tuntenut olevani umpikujassa työpäiväkirjamerkintöjeni kanssa. Kuntoutujien kanssa käydyt keskustelut ja yhdessä mietityt tavoitteet ovat tehneet työstä mielenkiintoisen. Toisinaan kuntoutuja ei löytänyt itselleen tavoitetta tai ei motivoitunut miettimään sitä, silloin työ oli myös itselleni haastavaa. Kehittämistyön aihe liittyy konkreettisesti Miketekillä tehtävään kuntoutustyöhön. Oma koulutukseni ja pitkä työkokemukseni ovat antaneet valmiuksia ymmärtää tavoitteiden ja vaikuttavuuden merkitystä kuntoutuksessa.

Työpäiväkirjamerkinnot ja niiden tulosten tarkastelu kertoi, että rauhallinen ja luottamuksellinen ilmapiiri antoi kuntoutujalle tunteen, että aika ja tila oli varattu vain häntä varten. Rauhallinen ympäristö auttoi kuntoutujaa paremmin keskittymään aiheeseen. Kuntoutujat reagoivat herkästi erilaisiin muutoksiin ja siksi tila oli aina sama eli kuntoutusohjaajan huone. Ohjaajana olin pääasiassa kuntoutujan keskustelukumppani ja ajatusten herättelijä, mutta myös asiantuntija joka ohjasi realististen tavoitteiden asettamista siten, että niitä voidaan myös mitata. Yhtenä vahvuutena kuntoutujat kokivat sen, että olivat saaneet kuntoutusohjaajalta tarpeeksi ohjausta lomakkeen täyttämiseen. Kuntoutujilta välittyi luottamus ohjaajan asiantuntijuuteen ja moni ei uskonut selviytyvänsä tavoitteiden asettamisesta itsenäisesti. Useimmat kokivat myös hyvänä, ettei aikaa rajoitettu, vaan kaikki saivat tehdä tavoitteet rauhassa, ilman ”kelloon katsomista”. Ohjaajana tavoitteenani oli luoda kuntoutujalle tilanne, jossa kuntoutuja oli keskiössä ja kuntoutujien aito kuuleminen oli ohjaajan yksi tärkeimmistä tehtävistä.

Kehittämistyön avulla muodostui näkemys tavoitteiden asettamisen ja etenkin tavoitteiden ”pilkkomisen” haasteesta. Tavoitteiden tunnistaminen perustuu kuntoutujan tilanteen selvittämiseen keskustelun avulla. Kysymys, missä asiassa toivoisit positiiivista muutosta elämääsi, auttoi kuntoutujaa yleensä tavoitteissa eteenpäin. Tavoitteen asettaminen onnistui lähes kaikilta hyvin, ainakin pienen keskustelun jälkeen. Indikaattorin valinta oli jo monelle vaikeampi. Usealla kuntoutujalla oli tavoitteena fyysisen kunnon kohottaminen. Indikaattoriksi löytyi muun muassa liikunnan lisääminen,



sauvakävelyn aloittaminen tai osallistuminen sählyporukkaan. Haasteellisen osuus oli asteikon laatiminen. Yksi esimerkkiasteikko tavoitteelle liikunnan lisääminen on seuraavanlainen (taulukko 4) mukaisesti:

**TAULUKKO 4 (GAS käsikirja)**

<b>Asteikko</b>		<b>Arviointi pvm</b>
<b>en käy ollenkaan sauvakävelyllä</b>	-2	
<b>käyn sauvakävelyllä 2–3 kertaa kuukaudessa</b>	-1	
<b>käyn sauvakävelyllä 2–3 kertaa viikossa</b>	0	
<b>käyn sauvakävelyllä 2–3 kertaa viikossa ja sykenousee kävellessä</b>	+1	
<b>käyn sauvakävelyllä 3–5 kertaa viikossa ja sykenousee kävellessä</b>	+2	

Konkreettinen asioiden tekeminen tavoitteiden mukaan ei ole läheskään kaikille helppoa. Viiden tavoitetasoin saaminen ymmärrettävään ja mitattavaan muotoon aiheutti välillä sekä kuntoutujalle että ohjaajalle päänvaivaa.

Kuntoutuksen yhtenä tehtävänä on auttaa kuntoutujaa arvioimaan omia tavoitteitaan, etsimään keinoja niiden saavuttamiseksi, muokkaamaan tavoitteita tarvittaessa uudestaan, luopumaan saavuttamattomista tavoitteista ja muodostamaan uusia, realistisimpia tavoitteita vanhojen tilalle. Yli puolet kuntoutujista koki, että tavoitteet ohjasivat kuntoutusta ja he olivat myös sitä mieltä, että tavoitteiden asettamisesta oli heille hyötyä kuntoutusprosessissa. Lomakkeita täyttäessä tuli esille usean kohdalla, että kuntoutujan on vaikea tuoda ilmi positiivisia tavoitteita. Toisille positiiviset tavoitteet olivat unelmia, jotka eivät olleet heidän saavutettavissaan. Tässä vaiheessa oli myös tärkeää, että kuntoutuja luotti ohjaajaan niin paljon, että uskalsi tuoda esille sellaisiakin tavoitteita, joissa oli joskus aiemmin epäonnistunut. Tärkeä oivallus oli myös monelle, että tässä tehdään tavoitteita itseä varten, ei kuntouttajalle eikä Kelalle.

GAS on todettu tärkeäksi menetelmäksi kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnissa. GAS-menetelmä tarjoaa uudentyypin työmenetelmän jolla voidaan arvioida kuntouttajan sekä kuntoutujan toimintaa. Jos useat kuntoutujat eivät pääse tavoitteisiin tai kaikilla tavoitteet täyttyvät selvästi odotettua paremmin, pitäisi kuntouttajankin pohtia, onko annettu tarpeeksi selkeät ohjeet GAS-lomakkeen täyttämiseen vai onko asteikko asetettu liian helpoksi tai vaativaksi.

Tavoitteiden saavuttaminen arvioidaan sovittuna päivänä yhdessä kuntoutujan kanssa. Liian lyhyt arviointiväli voi luoda paineita ja pettymyksiä kuntoutujalle, koska monesti kuntoutuja tarvitsee aikaa muutoksen tekemiseen. Tavoitteita tulisi tarkistaa noin kuukauden välein ja arvioida, ollaanko menossa oikeaan suuntaan. Tätä toivoi myös yksi lomakkeen täyttänyt kuntoutuja. Jos näyttää, että tavoite on mahdoton saavuttaa tai tavoitteessa ei ole tarpeeksi haastetta, tavoitetta voidaan muuttaa tai tehdä kokonaan uusi tavoite. Tällaiseen tilanteeseen voidaan joutua, jos kuntoutujan terveydentila muuttuu.

Vaikka tavoitteiden asettaminen GAS-menetelmällä on useimmiten kuntoutujan ja kuntoutuksesta vastaavan omaohjaajan välistä yhteistyötä, niin menetelmää voidaan hyödyntää myös moniammatillisessa työryhmässä. Kuntoutujalle annetaan aina kopio omasta GAS-lomakkeesta ja kehoitetaan näyttämään se myös omalle hoitajalle terveydenhoitopuolella. On tärkeää, että kaikki kuntoutujan kanssa työskentelevät tietävät tavoitteet ja pystyvät omalta osaltaan kannustamaan kuntoutujaa tavoitteiden saavuttamisessa. Tämä vaatii myös yhteistyötahojen perehtymistä GAS-menetelmään. Tässä on edelleen kehittämistä, koska liian usein tavoitteet jäävät kuntoutujan ja omaohjaajan arvioitavaksi.

Tutkimuksen tulokset ja vaikuttavuus ovat suuntaa antavia, koska jokainen kuntoutuja kokee tavoitteiden asettamisen ja tavoitteiden saavuttamisen omasta näkökulmastaan. Kvalitatiivisissa tutkimuksissa käydyissä keskusteluissa on kritisoitu tulosten heikkoa yleistettävyyttä ja vakuuttavuutta. Erilaisia näkemyksiä esiintyy myös totuuden luonteesta ja objektiivisesta tiedosta. (Eskola & Suoranta 1998, 251–252.) Tässäkin kehittämistehtävässä kuntoutujat asettivat tavoitteita omasta näkökulmastaan ja vastausten kirjo oli erilainen, mutta kuitenkin suuntaa antava.

Tämä kehittämistehtävä oli työelämälähtöinen ja keskittyi mielenterveyskuntoutujien ammatilliseen kuntoutukseen. Tämän kehittämistyön tuloksia ei voi yleistää aineiston pienuuden vuoksi, mutta tutkimuksen avulla tuli kuntoutujan oma ääni aidosti esille. Kuntoutuksen ja ohjausta tukevien toimintamallien laadulliseen kehittämiseen tämän kehittämistyön avulla kerättiin paljon arvokasta tietoa, jota voidaan hyödyntää jatkossa kyseisessä organisaatiossa.

## 8.2 Jatkokehittämishaasteet

Kehittämistehtävän vastaukset kertoivat, että GAS-menetelmä on käyttökelpoinen kuntoutuksen tavoitteiden asettamisessa ja vaikutusten arvioinnissa Maku-työhönvalmennuksessa. GAS-menetelmä on aikaa vievää ja se vaatii kuntouttajalta lisää resursseja kuntoutustyöhön.

Kehittämishaasteena on kuntoutujan verkoston ja moniammatillisen työryhmän osallistuminen GAS-menetelmän tavoitteiden asettamiseen ja tukemaan kuntoutujaa tavoitteiden saavuttamisessa. Kuntoutusohjaajan tuki ei yksin riitä tavoitteiden saavuttamiseen, vaan siihen tarvitaan läheisten ja kuntoutujan kanssa työskentelevien tuki ja kannustus.

Moniammatillisuus kuntoutuksessa on haasteellista, koska kuntoutumista tukeva palvelujärjestelmä on hyvin laaja ja ammatillista kuntoutustyötä tekevät monet tahot. Näitä tahoja ovat esimerkiksi sosiaali- ja terveystoimi, vakuutusyhtiöt ja oppilaitokset. Ammatilliseen kuntoutukseen osallistuu lisäksi monien ammattiryhmien työntekijöitä, jotka eivät ole aina kuntoutuksen asiantuntijoita vaan esimerkiksi työelämän asiantuntijoita.

Kuntoutuksen tukeminen on moniammatillista yhteistyötä, johon jokainen kuntoutuja, työntekijä, mutta myös muut verkoston jäsenet antavat omaa osaamistaan. Jokaisella on tavoitteiden saavuttamisesta oma käsitys ja näkemys. Yhteistyön sujumisen kannalta on tärkeää kuulla kuntoutujaa ja kyetä ajattelemaan asioita kuntoutujan näkökulmasta. Erilaiset näkemykset ovat rikkaus ja oikeanlainen kannustus auttavat kuntoutujaa tavoitteiden saavuttamisessa. Vastuuta voidaan jakaa ja tavoitteiden saavuttamiseen tarvittavia keinoja voidaan suunnitella ja arvioida yhdessä muiden kanssa.

Yhteistyö edellyttää yhteistä kieltä ja käsitteitä. Tähän päästään koulutuksella, eri toimijoiden kuulemisella ja vuoropuhelulla eri toimijoiden välillä. Verkoston tuki on kuntoutujalle tärkeää ja siksi sitä olisi myös hyödynnettävä parhaalla mahdollisella tavalla.

## LÄHTEET

Aaltonen, Tuula & Lind, Jouko 2008. Miten työkyky muuttuu Kelan tukeman psykoterapian jälkeen? Rekisteriseuranta Kela psykoterapiaa saaneiden työ- ja opiskelukyvystä vuosina 2002 -2004. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuksia. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Ahlgren, Tuula, Kallio, Marjatta, Penttinen, Leena, Vainiemi, Kirsi, Kelan terveystoimisto 2009. Työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen käynnistäminen Kelassa. Toimittaneet Rajavaara, Marketta, Aalto, Liisa & Hinkka, Katariina. Kehittämideoista työikäisten kuntoutuksen käytännöiksi. Kelan työkuntoutuksen kehittämishankkeen lähtökohdat. Kela / Fpa. Nettityöpapereita 7/2009.

<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/14785/Nettityopapereita7.pdf>

Päivitetty: 12.2.2010. Luettu 2.2.2011.

Ammatillista kuntoutusta vajaakuntoisille. Kansaneläkelaitos (KELA). WWW – dokumentti. <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/160801114531EH>

Päivitetty 20.10.2010. Luettu 17.2.2011.

Arnkil, Tom 2005. Moniammatillisuus- lisää byrokratiaa vai asiakkaan aitoa auttamista. Dialogi 1 / 2005, 26.

Autti-Rämö, Ilona, Sukula, Seija & Vainiemi, Kirsi 2010. GAS-menetelmä. Käsikirja. Versio 2. PDF-dokumentti.

[http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/\(WWWAllDocsById\)/68378A01AEDED3A1C2257727003F01B0/\\$file/GAS\\_kasikirja\\_100518.pdf](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/(WWWAllDocsById)/68378A01AEDED3A1C2257727003F01B0/$file/GAS_kasikirja_100518.pdf) Päivitetty 18.5.2010.

Luettu 25.5.2010.

Autti-Rämö, Ilona, Sukula, Seija & Vainiemi, Kirsi 2010. Yksilöllisen tavoitteen asettaminen vaikuttavan kuntoutusprosessin tukena. Eläketurvakeskus. Abstraktit. PDF – dokumentti. <http://www.etk.fi/Binary.aspx?Section=42845&Item=64986>

Päivitetty 24.11.2010. Luettu 12.3.2011.

Dahler-Larsen, Peter 2005. Vaikuttavuuden arviointi. FinSoc arviointiraportteja 3/2005. Helsinki: Stakes.

Eskola, Jari & Suoranta, Juha 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

GAS-lomake 01.11. T-lukuarvotaulukko (T-score) 01.11. Verkkolomake. PDF-tiedosto.

[http://lomake.kansanelakelaitos.fi/kela/kela.fi/fi/tiedostot/72663/GAS1\\_W.pdf](http://lomake.kansanelakelaitos.fi/kela/kela.fi/fi/tiedostot/72663/GAS1_W.pdf)

Päivitetty 24.2.2011. Luettu 26.2.2011.

Gordon, Janet, E, Powell, Colin & Rockwood, Kenneth 1999. Goal attainment scaling as a measure of clinically important change in nursing-home patients. Age and Ageing, 28: 276-281. PDF –dokumentti.

<http://ageing.oxfordjournals.org/content/28/3/275.full.pdf+html> Päivitetty 21.4.1999.

Luettu 20.3.2011.

Gould, Raija, Härkäpää, Kristiina & Järvikoski, Aila 2008. Mielenterveysongelmat ja oikea-aikainen reagointi työeläkekuntoutuksen haasteina. Kuntoutus 1, 39- 51.

Hakkarainen, Kai, Lonka, Kirsi, Lipponen, Lasse 1999. Tutkiva oppiminen. Älykkään toiminnan rajat ja niiden ylittäminen. Porvoo: WSOY.

Heikkinen, Hannu, L.T, Rovio, Esa & Syrjälä, Leena (toim.) 2006. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Vantaa: Dark Oy.

Heikkinen – Peltonen, Riitta, Innamaa, Marja & Virta, Marjut 2008. Mieli ja terveys. Helsinki: Edita Prima.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 1995. Teemahaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2001. Tutkimushaastattelu – teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2004. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Ihalainen, Rauno & Rissanen, Pekka 2009. Kuntoutuslaitosten tila ja selvitysmiesten ehdotukset kuntoutuslaitostoiminnan kehittämiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö. PDF –dokumentti.

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-10772.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10772.pdf) Päivitetty 13.1.2010. Luettu 6.3.2011.

Isoherranen, Kaarina, Nurminen, R & Rekola L 2008. Enemmän yhdessä - moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY.

Järvikoski, Aila 2002. Ammatillisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Toimituskunta: Aalto, Anna-Mari, Hurri, Heikki, Järvikoski, Aila, Järvisalo, Jorma, Karjalainen, Vappu, Paatero, Heli, Pohjolainen, Timo & Rissanen, Pekka. Kannattaako kuntoutus? Stakes. Raportteja 267. Saarijärvi: Gummerus.

Järvikoski, Aila 2007. Kuntoutus ja elämänlaatu. Teoksessa Hinkka, Katariina & Järvikoski, Aila (toim.) Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 58 / 2007. Vammala: Vammalan kirjapaino, 2.

Järvikoski, Aila 2010. Kuntoutuksen tutkimuksen painotuksia 2000-luvulla. Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissyhdystys Ry. IV kuntoutuksen tutkimuksen seminaari ”toimeenpano ja vaikuttavuus” 25.-26.11.2010. PDF -dokumentti.

<http://kutke.fi/ajankohtaista.htm> Päivitetty 30.11.2010. Luettu 14.3.2011.

Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina 2004. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Järvikoski, Aila & Karjalainen, Vappu 2008. Kuntoutus monitieteisenä ja –alaisena prosessina. Teoksessa Rissanen, Paavo, Kallanranta, Tapani & Suikkanen, Asko (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 158-159

Karila, Kirsti & Nummenmaa, Anna Raija 2001. Matkalla moniammatillisuuteen. Kuvauskohteena päiväkotit. Juva: WSOY.

Kela 2009. Ammatillinen kuntoutus. PDF-tiedosto.

[http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/300905212540ML/\\$File/3luku\\_6.pdf?openElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/300905212540ML/$File/3luku_6.pdf?openElement) Päivitetty 19.2.2001. Luettu 5.3.2011.

Kelan avo- ja laitosmuotoisen kuntoutuksen standardi. Yleinen osa. Voimassa 1.1.2011. PDF-dokumentti.

[http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/\(WWWAllDocsById\)/C338E6FF1996E3CEC2257712003DA08E/\\$file/StandardinYleinenOsaVoimassa1.1.2011alkaen.pdf](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/(WWWAllDocsById)/C338E6FF1996E3CEC2257712003DA08E/$file/StandardinYleinenOsaVoimassa1.1.2011alkaen.pdf) Päivitetty 27.4.2010. Luettu 28.11.2010.

Kelan avo- ja laitosmuotoisen kuntoutuksen standardi. Mielenterveyskuntoutujien työhönvalmennuksen palvelulinja. PDF-dokumentti.

[http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/\(WWWAllDocsById\)/EDD7BB446C226927C225771B003020C7/\\$file/StandardiMTtyohonvalmennus.pdf](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/(WWWAllDocsById)/EDD7BB446C226927C225771B003020C7/$file/StandardiMTtyohonvalmennus.pdf) Päivitetty 6.5.2010. Luettu 13.12.2010.

Kettunen, Reetta, Kähäri–Wiik, Kaija, Vuori–Kemilä, Anne & Ihalainen, Jarmo 2009. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kettunen, Reetta, Kähäri–Wiik, Kaija, Vuori–Kemilä, Anne & Ihalainen, Jarmo 2002. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Kettunen, Seppo 2009. Ammatillisen kuntoutuksen tavoitteet, tulokset ja vaikuttavuus työeläkeyhtiön näkökulmasta. Verven seminaari 22.1.2009. Seminaarien luentomateriaali. WWW-dokumentti.

<http://www.verve.fi/WebRoot/1018779/Oletussivu.aspx?id=1019978>  
Päivitetty 7.1.2011. Luettu 7.1.2011.



Keva 2011. Ammatillinen kuntoutus. WWW-dokumentti.

[http://www.keva.fi/fi/tyossa\\_jatkaminen/ammattillinen\\_kuntoutus/Sivut/Default.aspx](http://www.keva.fi/fi/tyossa_jatkaminen/ammattillinen_kuntoutus/Sivut/Default.aspx)

Päivitetty 20.1.2011. Luettu 5.3.2011.

Kiresuk, Thomas J & Sherman, Robert E, 1968. Goal Attainment Scaling: A General Method for Evaluating Community Mental Health Programs. Community Mental Health Journal 4, 443-453.

<http://borgermoede.com/uploads/f82aa3ab89e16681f2acd847ebbeb925.pdf> Päivitetty

8.7.2010. Luettu 13.3.2011.

Kiviniemi, Kari 2001. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Aalto, Juhani & Valli, Raine (toim.). Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Näkökulmia aloittavalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: Ps-kustannus.

Koskisuus, Jari 2004. Eri teitä perille. Mitä mielenterveyskuntoutus on? Helsinki: Edita.

Kuntoutusselonteko. 2002. Sosiaali- ja terveysministeriö. PDF-dokumentti.

<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/kuntselonteko2002/kselte02.pdf>. Päivi-

tetty ei päivitysmerkintää. Luettu 18.9.2010.

Kuula, Arja 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kähäri-Wiik, Kaija, Niemi, Aira & Rantanen, Anneli 2006. Kuntoutuksella toimintakykyä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Lind, Jouko, Aaltonen, Tuula, Halonen, Jukka-Pekka & Klaukka, Timo 2007. Kelan kuntoutuksen vuonna 2002 päättäneet. Kuntoutujien rekisteriseuranta vuosina 2002 – 2004. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 74. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Lindgren, Karl-August 2005. Tules, tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Jyväskylä: Gummerus.

Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. 2001. Sosiaali- ja terveysministeriö. PDF-dokumentti.

<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/mielenterv/laatusuositus.pdf>

Päivitetty 5.11.2001. Luettu 19.2.2011.

Nummenmaa, Anna Raija, 2008. Moniammatillinen yhteistyö – rakenteita ja prosesseja. Julkaisussa: Polku työmarkkinoille osahanke. Tuetusta toimijuudesta itsenäiseen toimijuuteen. Dialoginen ohjaus ja neuvonta käytännössä. PDF - dokumentti.

<http://www.pkky.fi/Resource.phx/pkky/hallinto/opiskelu/opiskelu.htx.i1551.pdf>

Päivitetty 10.12.2007. Luettu 1.3.2011.

Nuortamo, Laura 2004. Mielenterveyskuntoutuksen taloudellinen arviointi. Nuorten Ystävät ty:n Välietappi – mielenterveyskuntoutuksen kustannusten ja vaikutusten arviointi. Raportteja 13/2004. Multiprint Oy.

Näkökulmia mielenterveyskuntoutukseen. 2002. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2002:7. WWW-dokumentti.

<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/ehosisallys51.htm>. Päivitetty 6.1.2011

[Luettu 6.1.2011.](#)

Paatero, Heidi, Lehmijoki, Pentti, Kivekäs, Jukka & Ståhl, Tomi 2008. Kuntoutusjärjestelmä. Teoksessa Rissanen, Paavo, Kallanranta, Tapani & Suikkanen, Asko (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Pohjolainen, Timo & Malmivaara, Antti 2008. Kuntoutuksen vaikuttavuuden mittaaminen. Teoksessa Rissanen, Paavo, Kallanranta, Tapani & Suikkanen, Asko (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Puumalainen, Jouni 2008. Kuntoutuksen historia. Teoksessa Rissanen, Paavo, Kallanranta, Tapani & Suikkanen, Asko (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 19-21

Rajavaara, Marketta 2008. Unohdettu ihminen? Asiakaslähtöisyys kuntoutuksen kehittämisessä. Kuntoutus 2. Helsinki: Yliopisopaino.

Riikonen, Eero 2008. Mielenterveysongelmat. Teoksessa Rissanen, Paavo, Kallanranta, Tapani & Suikkanen, Asko (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 158-159

Rissanen, Pekka & Aalto, Anna-Mari, 2002. Yhteenvedo kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnista. Toimituskunta: Aalto, Anna-Mari, Hurri, Heikki, Järvikoski, Aila, Järvisalo, Jorma, Karjalainen, Vappu, Paatero, Heli, Pohjolainen, Timo & Rissanen, Pekka. Kannattaako kuntoutus? Stakes. Raportteja 267. Saarijärvi: Gummerus

Saari, Pirjo & Forma, Pauli 2003. Tutkimus ammatillisesta uudelleen koulutuksesta ja sen vaikuttavuudesta kunta-alalla. Kuntien eläkevakuutuksen monisteita 1/2003. Helsinki: Kuntien eläkevakuutus.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Ammatillinen kuntoutus. PDF- dokumentti.

[http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kuntoutus/ammattillinen\\_kuntoutus](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kuntoutus/ammattillinen_kuntoutus) Päivitetty 9.2.2009. Luettu 18.9.2010.

Suikkanen, Asko & Lindh, Jari, 2008. Yksilön ja yhteiskunnan vuorovaikutus kuntoutuksessa. Teoksessa Rissanen, Paavo, Kallanranta, Tapani & Suikkanen, Asko (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Tirkkonen, Maija, Kinnunen, Ulla & Kurki, Merja 2009. Aslak-kuntoutuksen vaikuttavuus – Katsaus viimeaikaiseen suomalaiseen tutkimukseen. Kuntoutus 1. Helsinki: Yliopistopaino.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus.

Turner-Stokes, Lynne & Williams, Heather 2010. Goal Attainment Scaling: a direct comparison of alternative rating method. PDF -dokumentti. [http://translate.googleusercontent.com/translate\\_c?hl=fi&sl=en&u=http://cre.sagepub.com/](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=fi&sl=en&u=http://cre.sagepub.com/) Päivitetty 1.1.2010. Luettu 20.3.2011.

Työterveys ja kuntoutus 2007. Työterveyshuollon, työpaikkojen ja kuntoutuksessa toimivien yhteistyö. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:60. PDF – dokumentti.

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3814.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3814.pdf) Päivitetty 19.2.2008. Luettu 5.3.2011.

Vainiemi, Kirsi 2009. Kelan kuntoutuksen suuntaviivoja. GAS –menetelmä. Autti-Rämö, Ilona, Vainiemi, Kirsi, Sukula, Seija & Louhenperä, Anneli 2010. Käsikirja. Helsinki.

Vajaakuntoisasioiden hoitaminen työpaikalla. ILO, Kansainvälisen työjärjestön ohjeisto. 2002. Työministeriö.

[http://www.mol.fi/mol/fi/99\\_pdf/fi/05\\_kansainvalisyys/02\\_ilo/ilovajaakuntoisopas.pdf](http://www.mol.fi/mol/fi/99_pdf/fi/05_kansainvalisyys/02_ilo/ilovajaakuntoisopas.pdf) Päivitetty 18.3.2003. Luettu 15.1.2011.

Vilkkä, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otava.

## GAS – Tavoitteen asettaminen

Kuntoutujan henkilötunnus

Ohjeita lomakkeen täyttämiseen sivulla 2.

1	Kuntoutujan sukunimi ja etunimet	
PERUSTIEDOT	Kuntoutusmuoto	Kurssin nro
	Aloituspvm.	Lopetuspvm.
	Palveluntuottaja	

2  
TAVOITTEEN  
ASETTAMINEN  
JA ARVIOINTI

## TAVOITE 1:

Asteikko		Arviointipvm.
	Selvästi odotettua matalampi -2	
	Jonkin verran odotettua matalampi -1	
	Tavoitetaso 0	
	Jonkin verran odotettua korkeampi +1	
	Selvästi odotettua korkeampi +2	

## TAVOITE 2:

Asteikko		Arviointipvm.
	Selvästi odotettua matalampi -2	
	Jonkin verran odotettua matalampi -1	
	Tavoitetaso 0	
	Jonkin verran odotettua korkeampi +1	
	Selvästi odotettua korkeampi +2	

## TAVOITE 3:

Asteikko		Arviointipvm.
	Selvästi odotettua matalampi -2	
	Jonkin verran odotettua matalampi -1	
	Tavoitetaso 0	
	Jonkin verran odotettua korkeampi +1	
	Selvästi odotettua korkeampi +2	

3	Tavoitteiden asettamis- päivämäärä	Kuntoutujan tai hänestä huolehtivan henkilön allekirjoitus
ASETTAMIS- PÄIVÄMÄÄRÄ JA ALLEKIRJOITUS	Moniammatillisen työryhmän edustaja ja ammattinimike	

4	Pistemäärä	T-lukuarvo
PISTEET		

**Ohjeita lomakkeen täyttämiseen**

- Kohta 1** GAS-lomakkeen täyttäminen aloitetaan kirjoittamalla lomakkeelle kuntoutujan henkilötunnus ja nimi. Kuntoutusmuodoksi kirjataan kuntoutuksen kurssijärjestelmässä oleva tai muu kuntoutuksen virallinen nimi, esimerkiksi "Alueellisten pk-yrittäjien ASLAK-kurssi", ja mahdollinen kurssin numero. Kuntoutuksen aloitus- ja lopetuspäiviksi merkitään ne päivät, jolloin kyseinen kuntoutus alkoi ja päättyi.
- Kohta 2** Moniammatillisen työryhmän jäsen laatii kuntoutujan tai hänestä huolehtivan henkilön kanssa kuntoutusjaksolle tavoitteet. Tavoitteita voi olla 1–8 tavoitetta/kuntoutusjakso, ja ne merkitään tavoitteille valittuun kohtaan (Tavoite 1, Tavoite 2...). Tavoitteita voi tarkentaa, muuttaa tai ottaa uusia tavoitteita kuntoutuksen aikana. Jos tavoitteita on enemmän kuin 3, voidaan käyttää useampaa lomaketta.
- Kutakin tavoitetta kuvaamaan valitaan selkeä indikaattori, joka voi mitata ja arvioida. Viisiportainen asteikko merkitään sille varattuun tilaan. Tavoitteen saavuttamista arvioidaan kuntoutuksen aikana ja lopussa. Tavoitteen arviointipäivät merkitään omaan sarakkeeseen.
- Kohta 3** Sopimuksen allekirjoittavat sekä kuntoutuja tai hänestä huolehtiva henkilö että moniammatillisen tiimin jäsen, jonka kanssa tavoitteet on laadittu. Tiimin jäsenen ammatti merkitään lomakkeelle.
- Kohta 4** Kaikki asetetut tavoitteet arvioidaan lopuksi. Kaikkien arvioitujen tavoitteiden pisteet lasketaan yhteen (kaikki lomakkeet), ja saatu summa merkitään kohtaan pistemäärä. Seuraavaksi katsotaan taulukosta T-lukuarvo (T-score) pistemäärän ja tavoitteiden risteyskohdasta. Saatu T-lukuarvo merkitään lomakkeelle.

**T-lukuarvotaulukko (T-score)**

Pisteiden summa	Tavoitteiden määrä							
	1	2	3	4	5	6	7	8
-16								18
-15								20
-14							18	22
-13							21	24
-12						19	23	26
-11						22	25	28
-10					20	24	27	30
-9					23	27	30	32
-8				21	26	29	32	34
-7				25	29	32	34	36
-6			23	28	32	35	36	38
-5			27	32	35	37	39	40
-4		25	32	35	38	40	41	42
-3		31	36	39	41	42	43	44
-2	30	38	41	43	44	45	45	46
-1	40	44	45	46	47	47	48	48
0	50	50	50	50	50	50	50	50
1	60	56	55	54	53	53	52	52
2	70	62	59	57	56	55	55	54
3		69	64	61	59	58	57	56
4		75	68	65	62	60	59	58
5			73	68	65	63	61	60
6			77	72	68	65	64	62
7				76	71	68	66	64
8				79	74	71	68	66
9					77	73	70	68
10					80	76	73	70
11						78	75	72
12						81	77	74
13							79	76
14							82	78
15								80
16								82

Tulokset avataan sanallisesti kuntoutusselosteessa tai avoterapiapalautteessa ja lomake GAS 1 laitetaan liitteeksi. Näistä asiakirjoista toimitetaan kopio Kelaan, lähettävälle taholle ja kuntoutujalle.

Vastaatko ystävällisesti kyselyyn, jonka avulla voimme kehittää ohjaus- ja toimintatapa Miketekillä siten, että GAS-menetelmälomakkeen tavoitteet ovat mahdollisimman helppo asettaa ja tavoitteiden asettamisesta on Sinulle mahdollisimman paljon hyötyä kuntoutuksen edetessä.

1. Oliko GAS-menetelmälomake toimiva henkilökohtaisten tavoitteiden asettamiseen?

Kyllä  Ei

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

---

2. Oliko Sinun helppo asettaa henkilökohtaiset tavoitteet itsenäisesti?

Kyllä  Ei

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

---

3. Saitko omalta ohjaajalta riittävästi ohjausta GAS-menetelmälomakkeen täyttämiseen?

Kyllä  Ei

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

---

4. Oliko GAS-menetelmälomakkeen täyttämiseen varattu tarpeeksi aikaa?

Kyllä  Ei

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

---

5. Miten motivoituneeksi koit itsesi GAS-menetelmää käyttäessäsi? Ympyröi sopiva vaihtoehto.

1. erittäin motivoitunut
2. jonkin verran motivoitunut
3. en osaa sanoa
4. vähän motivoitunut
5. en ollenkaan motivoitunut

Seuraavat kysymykset koskevat palautekeskustelussa käytävää arviointia.

1. Oliko Sinun helppo arvioida GAS-menetelmään kirjattujen tavoitteidesi toteutumista?

Kyllä  Ei

Perustelut vastauksillesi: \_\_\_\_\_

2. Ohjasivatko asettamasi tavoitteet kuntoutumistasi MAKU-työhönvalmennuksen aikana?

Kyllä  Ei

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

3. Oliko GAS-menetelmän tavoitteiden toteutumisen arvioimiseen varattu riittävästi aikaa?

Kyllä  Ei

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

4. Koitko henkilökohtaisten tavoitteiden asettamisesta olleen Sinulle hyötyä omassa kuntoutumisessasi?

Kyllä  Ei

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

Kehittämisehdotuksia GAS-menetelmän ohjaukseen ja käyttöönottoon

---

---

---

---

KIITOS VASTAUKSESTASI!