

Pirkko Lampi- Pyötsiä

ICF- viitekehyksen ja GAS- menetelmän yhteiskäytön kehittäminen kuntoutumisprosessin tueksi

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Toimintaterapeutti YAMK

Kuntoutus

Kehittämistyö

Päivämäärä 24112013

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Pirkko Lampi- Pyötsiä ICF- viitekehyksen ja GAS- menetelmän yhteiskäytön kehittäminen kuntoutumisprosessin tueksi 77 sivua + 5 liitettä 24.11.2013
Tutkinto	Toimintaterapeutti YAMK
Koulutusohjelma	Kuntoutus
Suuntautumisvaihtoehto	
Ohjaaja(t)	yliopettaja, FT Pekka Paalasmaa yliopettaja, FT Salla Sipari
<p>Kehittämistyön tarkoituksena oli kehittää International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) -viitekehyksen ja Goal Attainment Scaling (GAS) -menetelmän yhteiskäyttöä luomalla työmenetelmää moniammatilliseen työhön asiakkaan aseman vahvistamiseksi kuntoutumisprosessissa.</p> <p>Valtakunnallinen kehittämistyö toteutettiin toimintatutkimuksellisen perinteen ohjaamana yhteiskehittelyinä huhtikuu- kesäkuu 2013 aikana. Kehittäjäryhmään (5) kuuluivat neljän eri sairaanhoitopiirin näön kuntoutusohjauksen työntekijät Etelä- ja Keski-Suomesta ja lasten kuntoutusohjaaja Näkövammaisten Keskusliitto ry:stä Helsingistä. Moniammatillisessa kehittäjäryhmässä olivat mukana sairaanhoitaja, kolme fysioterapeuttia ja toimintaterapeutti.</p> <p>Kehittämistyötä ohjanneet kehittämiskysymykset ja kehittämisteko: 1. Minkälaisia ovat ICF-viitekehiksestä saadut käyttökokemukset kuntoutumisprosessin toteutuksessa? 2. Minkälaisia ovat GAS- menetelmästä saadut käyttökokemukset kuntoutumisprosessin toteutuksessa? 3. Mitä mahdollisuuksia ICF- viitekehyksen ja GAS- menetelmän yhteiskäyttö tuo kuntoutumisprosessiin? 4. Kehitettiin ICF: n ja GAS: n yhteiskäyttöä.</p> <p>Kehittämistyö on perustunut monimenetelmällisyyteen ja kehittämisen vaiheistukseen. Kehittäminen alkoi avoimella teemoitetulla kyselyllä ICF- viitekehyksen ja GAS- menetelmän käyttökokemuksista ja niiden yhteiskäytön kehittämisestä. Vaiheistettu verkkokeskustelu suuntasi ajatukset käytännön kehittämiseen. Kehittämistapaamisia oli kolme: 2 kehittämistapaamista sairaanhoitopiireissa ja workshop Helsingissä 4.6.2013. Yhteiskehittelyssä syntyi Lapsen arjen kartta ® moniammatilliseen kuntoutustyöhön käytettäväksi eri kuntoutusorganisaatioissa asiakkaan kuulemiseksi.</p> <p>Tuotettu kehittämistieto kuvastaa lasten näkövammaiskuntoutuksen ICF- ja GAS- työskentelyn nykyaasteita ja mahdollisuuksia koettuna neljässä keskussairaalaapiirissä ja laitospäivätoiminnassa. Tulokset osoittavat organisaatioiden työkäytäntöjen, kuntoutustoimien ja hoitovastuun erityisyyden sekä ICF: n että GAS: n käyttöönoton eriaikaisuuden hankaloittavan ICF- ajattelun ja GAS- menetelmän käyttöä yhdessä ja erikseen. Yhteiskäytön kehittämiselle positiivisia tekijöitä ovat työntekijän oma positiivinen asenne, riittävä koulutus, moniääninen keskustelu yhteisen ymmärryksen luomiseksi sekä toimintakäytäntöjen kehittäminen.</p>	
Avainsanat	ICF, GAS, yhteiskäyttö, kuntoutus, toimintatutkimus, yhteiskehittäminen

Author(s) Title Number of Pages Date	Pirkko Lampi- Pyötsiä ICF- framework and Goal Attainment Scaling supporting together the rehabilitation process 77 pages + 5 appendices 24 November 2013
Degree	Master of Health Care
Degree Programme	Rehabilitation
Specialisation option	Occupational Therapy
Instructor(s)	Pekka Paalasmaa PhD, Principal Lecturer Salla Sipari PhD, Principal Lecturer
<p>The aim of this thesis was to support low vision and blind children's rehabilitation process by creating a new method for multiprofessional rehabilitation services.</p> <p>The thesis was carried out in co-operation with a small, multiprofessional group of counsellors of visually impaired children. Four counsellors work in Central Hospitals in Southern and Central Finland and one works in the Finnish Federation of Visually Impaired in Helsinki. Counsellors represent various professions such as nurse, physiotherapist and occupational therapist forming a multiprofessional team.</p> <p>The thesis was carried out by using logics of action research. The data was collected by questioning, discussing together in network, as well as two meetings and a workshop in Helsinki. The questions and the goal, which guided the development process were: 1. What are experiences in using ICF in rehabilitation process? 2. What are experience in using GAS in rehabilitation process? 3. What are benefits and possibilities of using ICF and GAS together in rehabilitation process? 4. Create a new method for combined use by using the co-configuration.</p> <p>The results showed that there are many challenges in using both ICF- and GAS-methods separately in the hole children's rehabilitation field. Using together ICF-framework and Goal Attainment Scaling benefits the client showing motivation, possibilities of the environment, difficulties and strengths in daily living, which are important themes for improving the rebilitation process.</p> <p>The new method called "Children's map of everyday life"® combines two international methods in family-centred rehabilitation process. With the new method, children's situation is analyzed by using International Classification of Functioning, Disability and Health-framework together with Goal Attainment Scaling-method. Goal setting takes place together with parents and professionals. The main idea is that the parents are experts to give information of their children's everyday life, and current situation in the rehabilitation field.</p> <p>The whole action research process was important opportunity of collaborative learning for all the counsellors in their rehabilitation work.</p>	
Keywords	ICF, GAS and their combined use, rehabilitation, action research, co-configuration.

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Kuntoutumisen rakentuminen	6
2.1	Kuntoutumisprosessi ja sen haasteet	6
2.2	Asiakkaan kokonaisvaltainen tarkastelu ICF- viitekehyksen avulla	7
2.3	Tavoitteellisuus kuntoutumisen päämääränä	9
2.4	ICF:n ja GAS:n yhteiskäyttö monimuotoisessa kuntoutumisessa	11
2.5	Näkövammaisen lapsen kuntoutuksen rakentuminen	12
3	Tutkimuksellisen kehittämistyön tavoite ja tarkoitus	13
4	Kehittämissympäristön kuvausta	14
4.1	Tulevasta yhteistyöstä sopiminen	15
5	Kehittämistyön menetelmälliset ratkaisut	17
5.1	Valtakunnallinen kehittäjäryhmä	18
5.2	Toimintatutkimuksellinen kehittäminen	19
5.3	Kehittämisprosessin vaiheet	20
5.4	Aineiston keruun menetelmät	21
5.5	Aineiston keruun ja alustavan analyysin vaiheet	23
5.5.1	Kehittäjien verkkokeskustelu	23
5.5.2	Kehittämistapaamiset sairaanhoitopiireissä	26
5.5.3	Workshop-kehittämistapaaminen Helsingissä	26
5.6	Aineiston analyysi	31
6	Kehittämistyön tulokset	36
6.1	ICF- viitekehyksestä saadut käyttökokemukset kuntoutusprosessissa	36
6.2	GAS- menetelmästä saadut käyttökokemukset kuntoutumisprosessissa	38
6.3	ICF: n ja GAS: n yhteiskäytön mahdollisuudet kuntoutumisprosessissa	42
6.4	Yhteiskäytön kehittämisen edellytykset	43
6.5	ICF:n ja GAS:n yhteiskäytön työmenetelmä	43
6.5.1	Mitä hyötyä arjen kartasta	45
6.5.2	Lapsen / kuntoutujan arjen kartan käyttöohjeita	46
6.5.3	Lapsen / kuntoutujan arjen kartta ® visuaalisena	48
7	Tulosten pohdintaa	50

7.1	ICF-viitekehysten merkitys kuntoutumisprosessille	51
7.2	GAS jäsentää ja tukee kuntoutusta	55
7.3	Monitoimisuus ja –menetelmällisyys hyvässä kuntoutuksessa	62
8	Kehittämistyön ja –prosessin arviointia	66
8.1	Kehittämispöytäselityksen organisointi ja käytännön toteutus	66
8.2	Kehittämispöytäselityksen luotettavuudesta ja eettisyydestä	69
8.3	Luodun menetelmän ja kehittämistiedon sovellettavuus kuntoutuskentällä	72
8.4	Ajatuksia jatkokehittämistarpeista	75
9	Loppukiitokset ja –sanoin	76
10	Lähteet	77

Liitteet

Liite 1. Tutkimushenkilötiedote

Liite 2. Suostumusasiakirja

Liite 3. Kehittämisen lisäkysymykset

Liite 4. Tiedonkeruun ja aineistoanalyysin yhteenvetotaulukko

Liite 5. Esimerkki aineiston analyysistä / ICF-keskusteluaineisto

1 Johdanto

2000-luvulla kuntoutus on kehittynyt yhteiskunnalliseen, yksilön aktiivisuutta ja osallisuutta korostavaan suuntaan. Toimintamallit kuntoutuksessa näyttävät vastakkaisina yksilöstä tai kuntoutusrakenteista lähtevinä. Yksilöstä lähtevä tarkastelutapa selittää kuntoutussyyt ja toteutumisen yksilön funktionaalisuuden kautta kuntoutumisen kohdentumista tarkastellen. Kuntoutuksen yksityissektorilla palvelujen kohdentuminen määrittyy hintamekanismeilla ja palvelujen saatavuudella. Julkisen puolen kuntoutuskentän haasteet ovat niukkojen resurssien priorisoinnissa. Tuotantoprosessimaisuus ja yhteiskunnan sosiaalisen järjestyksen periaatteet vaikuttavat kuntoutuksen järjestämiseen. (Suikkanen – Lindh 2008: 67- 69.) Voidaankin todeta kuntoutuskentän sisältävän monenlaisia intressejä ja haasteita, jotka vaikuttavat kuntoutustyön toteuttamiseen. Järvikoski ja Härkäpää (2011) kuvaavat, että kuntoutusta on tarkasteltava mikro-, meso- ja makrotasoisina ilmiöinä yksilön, kuntoutusorganisaatioiden sekä yhteiskunnan väestön tarpeista ja kuntoutuspolitiikasta käsin (Järvikoski – Härkäpää 2011: 19).

Suomen vammaispoliittisen ohjelman mukaan eri järjestötoimijoiden kuntoutusvastuu on integroitu yhteiskunnassa osaksi yleisiä palveluja sosiaaliturvaa. Kuntoutusjärjestelmien sovittaminen yhteen on usein pulmallista niin palvelunkäyttäjälle kuin kuntoutuksen ammattilaisille. Eri toimija- ja rahoittajatahojen palvelujen yhteensovittaminen on vaikuttavan ja sujuvan kuntoutumisen edellytys. Laki kuntoutuksen asiakastyöstä auttaa asiakasta saamaan tarvitsemansa kuntoutuksen ja edistää eri laitosten ja yhteisöjen yhteistyötä kuntoutuksen järjestämisessä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010: 98-101.) Sosiaali- ja terveysministeriön Tulevaisuuskatsaus 2010 ilmentää uudistusten ja muutosten strategioita sekä kehittämisen tavoitteellisia suuntaviivoja yhteiskunnassa. Pyrkimyksenä on turvata mahdollisuus hyvinvointiin, lujittaa hyvinvoinnin perustaa ja vahvistaa sosiaalisesti terveellistä elinympäristöä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010: 61.)

Miten edistää palvelujen yhteensopivuutta ja toteutumista asiakasta arvostavalla tavalla on tulevaisuuden haasteista keskeisimpiä, varsinkin kun ikääntyvän väestön aktivointi arjessa on entistä hienovirtteisempää kaikkia aktivointikeinoja ja –mahdollisuuksia etsivää. Lasten aseman varmistaminen kuntoutuksen toteutuksessa niin ikään on ensiarvoisen tärkeää jo Yhdistyneiden Kansakuntien Lapsen oikeuksien ja osallisuuden näkökulmasta. Kaste-ohjelman keskeisten periaatteiden mukaan osallisuus ja asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveystaloudissa tarkoittavat ihmisten kuulemista ja vaikutusmah-

dollisuuksien lisäämistä. Hajanaisten palvelujen yhteensovittamiseksi yhteistyötä tulee lisätä ja vahvistaa kumppanuutta eri toimijoiden kesken. (Sosiaali- ja terveysministeriö, Kaste 2012- 2015: 19 - 22.)

Verkostoyhteistyöhön vaikuttavat eri organisaatioiden hoito- ja työkäytännöt, ammattiosaaminen, sovittu työnjako kuntoutuskentässä ja kuntoutuspalvelujen priorisointipaineet. Suomen kuntoutusjärjestelmä on palveluntuottajien ja rahoittajien sekajärjestelmä, jossa kuntoutusvastuut ja järjestäminen jakaantuvat useiden toimijoiden ja hallinnonalojen kesken (Kansaneläkelaitos 2010). Erilaiset kuntoutuksen kehittämishankkeet ovat tuoneet esiin kuntoutumisverkostojen ja kuntoutusympäristöjen rakentamisen tärkeyden. Kehittämistyössä on tunnistettava erilaiset toimintakulttuurit ja ohjaus- ja vuorovaikutusmekanismit. Uudenlainen kuntoutumisen politiikka suuntaa huomion kuntoutuksesta kuntoutumiseen tuettaessa yksilöä toiminnallisesti ja yhteisöllisesti. (Suikkanen – Lindh 2008: 76- 78.) Suomalaiseen kuntoutuksen kehittämiseen ja tutkimukseen kohdistuvat odotukset liittyvät kuntoutusmuotojen vaikuttavuuden ja järjestelmän toiminnan tutkimiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004: 37.) Kehittämishankkeissa korostetaan verkostoitumisen merkitystä varsinkin kuntoutuksen laadun ja tehokkuuden parantamiseksi. Verkostoitumisen avulla toimijat voivat vähentää oman toiminnan epävarmuutta, lisätä yhteistyötä, tiedonkulkua, koordinaatiota ja oppimista, hankkia resursseja ja kumppanuuksia sekä saavuttaa yhteisiä tavoitteita. (Suikkanen – Lindh 2008: 70-71.) Kuntoutuksen käytännön toteutus on edelleen hyvin institutionaalista ja asiakkaan asema monimuotoisessa palvelujärjestelmässä on epävarma. Rajapinnoilla tapahtuvaa kuntoutustoimintaa tulisi kehittää niin, että eri toimijatahot muodostaisivat asiakkaan tarpeista käsin toimivia palvelukokonaisuuksia. (Sipari - Mäkinen 2012: 16.)

Muutos kuntoutuksen vajavuusparadigmasta valtaistavaan, ekologiseen toimintamalliin suuntaa huomion yksilön vajavuuden, vian, vamman sijasta uusien mahdollisuuksien löytämiseen yksilön ja ympäristön resursseja kehittämällä. (Sosiaali- ja terveysministeriö kuntoutusasian neuvottelukunta 2004: 26.) Kuntoutuksessa olevaa yksilöä tarkastellaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen ulottuvuuden kautta suhteuttaen tulevat mahdollisuudet yksilön tilanteeseen. Pyrkimyksenä on integroida yksilö yhteiskunnan sosiaaliseen järjestykseen poistamalla rajoituksia kuntoutuksen keinoin. (Suikkanen - Lindh 2008: 70.) Yhteiskunnallisen osallisuuden lisäksi tärkeää on tavoitella yksilön hyvää elämää ja elämänlaatua hänen omassa ympäristössään toiminnallisuuden ja motivaation keinoin.

Perheiden erilaiset tuen tarpeet ja moninaiset yhteiskunnan vaatimukset kohdistuvat vanhemmuuteen ja kasvattajan rooliin entistä enemmän. Kuntoutuksen toimintamuodot ja toteutuksen erilaiset työtavat korostuvat kuntoutuksen kohdejoukon ollessa heterogeeninen. Perhelähtöinen, huolellinen tavoiteasettelu, kuntoutuksen etenemisen vaihteellisuus ja monitasoinen tavoiteasettelu ovat tarpeellisia kuntoutuksen perustuessa erilaisten toimijoiden työnjakoon yhteistyössä. Nykyisen toimijaverkon yhtenäisyyttä on kehitettävä niin tavoiteasettelun kuin keinojenkin koordinoinnin osalta. (Linnakangas – Lehtoranta – Järvikoski – Suikkanen 2010: 50- 55.) Kuntoutussuunnitelman tavoitteet ovat usein yleisellä tasolla. Tarpeena onkin kehittää asiakkaan kuntoutusosallisuutta tarvelähtöisestä suunnasta, jossa kuntoutusmotivaatio on yksilöllisesti huomioitu. Lapsen kuntoutusympäristö, vanhempien jaksaminen ja tukeminen sekä lapsen vahvuudet ja vaikeudet tulisi olla kaikkien kuntoutusta toteuttavien ammattilaisten yhteisen huomion kohteena päällekkäisiä toimintoja karsien.

International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) – viitekehys kuvaa selviytymistä arkielämässä. ICF- viitekehyksessä toimintakykyä tarkastellaan kehon /ruumiin rakenteiden, suoritusten ja osallistumisen kautta yksilö- ja ympäristötekijöiden vuorovaikutuksena. (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus 2004: 18-19; Sosiaali- ja terveysministeriö kuntoutusasian neuvottelukunta 2004: 25.) Goal Attainment Scaling (GAS) -menetelmä on tavoitteiden laatimisen ja arvioinnin apuväline, jolla laaditaan yhdessä kuntoutujan kanssa moniammatillisesti yksilölliset, kuntoutuksen kannalta merkittävät, mitattavat ja aikataulutetut tavoitteet. Kela suosittaa moniammatillista yhteistyötä tavoitteiden laadinnassa ja tarkistuksessa. (Kansaneläkelaitos GAS-menetelmä ; Autti-Rämö – Vainiemi – Sukula – Louhenperä 2011: 8- 18.) Ammattilaisten eriytyneistä osaamisalueista ja sektoroituneista vastuualueista johtuen asiakkaiden tarpeet näyttäytyvät hyvinkin erilaisina. Tällöin seurauksena on kuntoutustavoitteiden eriytyminen ja määrittäminen liian abstraktilla tasolla. (Pärnä 2012: 168.) Nykyongelmana on tavoitteiden asettamisen puute tai niiden yleisluotoisuus (Klaukka 2008: 89- 90).

Moniammatillisuus saatetaan mieltää ammattilaisten keskeisenä toimintana asiakkaan tai perheen jäädessä ulkopuoliseksi häntä koskevissa asioissa. Toteutuksessa voi käydä niin, että ammattilaisten työryhmässä asiakas on mukana päätösten kuulijana. (Määttä – Rantala 2010: 133.) Moniasiantuntijuudessa, jaetussa asiantuntijuudessa tai monitahoisessa yhteistyössä asiakas nähdään tasavertaisena asiantuntijana (Määttä – Rantala 2010: 133). Perhelähtöisen työn (family-centered) lähtökohtana on asiakkaan

täysivaltainen kumppanuus ammattilaisten kanssa arviointi, suunnittelu ja toteutusvaiheissa (Määttä –Rantala 2010: 153). Ammatilliset tieteenalat ylittävä työryhmätyöskentely näkyy käytännössä työryhmän jäsenten toiminnan suuntautumisena yhdessä laadittuihin tavoitteisiin. Työryhmässä jokainen jäsen on yhdessä vastuussa suunnitelmien laatimisesta ja päätöksistä neuvotellaan yhdessä. Jokaisen ammatillinen erityisosaaminen yhdistetään yhteiseksi osaamiseksi. Lapsen vanhemmat ovat tärkeä osa työryhmää ja mukana päätöksenteossa työskentelyn eri vaiheissa. Sosiaali-, opetus- ja terveysalalla ammattikulttuureista johtuen erilaiset, osin riitelevät näkemykset tuovat työskentelyyn jännitettä. (Määttä – Rantala 2010: 161- 162.) Moniammatillinen yhteistyö edellyttää Pärnän (2012) mukaan yhteistyötahtoa, asiakaslähtöisen yhteistyötarpeen tunnistamista, ammatillisten rajojen ylittämistä ja asiantuntijuuden yhteistä rakentamista. Tavoitteena on dialogin syntyminen niin ammattilaisten kuin asiakkaiden välille. (Pärnä 2012: 216- 218.) Usean organisaation muodostama verkosto sisältää useita yhtäaikaista hierarkioita niin organisaatioiden välisinä suhteina kuin yksilötason sosiaalisina suhteina. (Järvensivu- Rajala 2010: 9-10.) Monitahoisen yhteistyön toimivuus perustuu erityisosaamisten tunnistamiseen ja kunnioittamiseen. Ammattilaisten vastuu määrittyy perustehtävästä ja vanhempien vastuu kohdistuu arjen tietämyksen jakamiseen ja kasvatukseen. (Määttä – Rantala 2010: 163.)

Moniammatillista työskentelyä on kehitettävä asiakaslähtöisyyden ja perhekeskeisyyden näkökulmista. ICF- luokitus antaa yhteisen viitekehyksen moniammatilliseen työhön kuntoutuksen eri vaiheissa. Ympäristötekijöiden merkityksen ymmärtämisen kautta arjen haasteet ja mahdollisuudet huomioidaan. (Paltamaa – Karhula – Suomela-Markkanen – Autti-Rämö 2011: 232 - 233.) ICF- viitekehyksen käytöstä moniammatillista kuntoutustyötä ohjaavana on raportoitu niukasti. Mallin siirtämiseksi osaksi moniammatillista kuntoutuskäytäntöä tarvitaan lisää hyviä ja konkreettisia käyttökokeusesimerkkejä. (Pärnä – Saarinen – Mellenius - Antikainen 2011: 12.) Tulevaisuuden kuntoutusosaamista on yhteisöllinen asiantuntijuus, jonka edellytyksenä ovat kyky kommunikoida sekä ymmärtää ja yhdistellä erilaisia näkökulmia. Kuntoutuksen työtapojen ja -menetelmien tulisi uudistua ajattelumallien muutosten myötä. Muutokset haastavat jokaisen kuntoutusalalla työskentelevän yhdessä tehtävään käytännön kehittämistyöhön ja yhteisölliseen kuntoutusosaamisen rakentamiseen. (Sipari - Mäkinen 2012: 33 - 34.)

Kehittämisorjaatio kuvaa pienen valtakunnallisen kehittäjäryhmän kehittämisprosessia, jossa ICF- viitekehysajattelua ja GAS- menetelmää yhdistettiin käytännön työhön. Ke-

hittämistyö eteni prosessimaisesti vaiheistettuna. Tutkimuksellinen kehittämistyö perustui monimenetelmällisyyteen kyselyn, sähköisen verkkokeskustelun, kehittämistapaamisten ja workshop-kehittämistapaamisen menetelmin. Kehittämistä tukevaa yhteistä kehittämistietoa ja ymmärrystä tuotettiin kehittäjäryhmällä prosessin aikana ICF- ja GAS- teemoista sekä niiden yhteiskäytön kehittämisestä. Kehittämisprosessi eteni yhteisen ymmärryksen luomisesta käytännön kehittämistekoon teoreettista tietoa syventäen itsenäisesti ja yhteistoiminnallisesti työskennellen. Moniäänisen refleктоivan kehittämistyön tuloksena syntyi ICF: n ja GAS: n yhteiskäyttöön työmenetelmäksi Lapsen arjen kartta® .

Tässä raportissa kuvataan kehittäjien näkemyksiä ja kokemuksia käytännön hankaluuksista ja hyödyistä ICF: n ja GAS: n käytöstä nykytyössä sekä näkemyksiä ICF: n ja GAS: n yhdistämisen edellytyksistä ja mahdollisuuksista kuntoutustyössä. Raportissa esitellään kuntoutumisprosessia teoreettisen ja tutkimustiedon valossa. Kehittämistyön keskeiset käsitteet, kehittämistä ohjanneet kysymykset, käytetyt menetelmät ja kehittämisen vaiheet johdattelevat lukijan kehittämispöcessin tuloksiin ja pohdintaan.

2 Kuntoutumisen rakentuminen

Kuntoutus on monitieteistä ja moniammatillista yhteistyötä verkostossa edellyttävä prosessi eri toimintasektoreiden välillä. Kuntoutusyhteistyön (asiakkaan asioiden hoitaminen) prosessi etenee peräkkäisinä tai samanaikaisesti eri alojen ja organisaatioiden asiantuntijoiden toimintana, jossa tahtovan ja toimivan kuntoutujan toimijuutta rakennetaan. Laajan verkoston haasteena on yhteisymmärryksen ja aidon dialogisuuden toteuttaminen. Tilannekohtaisten ja räätälöityjen kuntoutusratkaisujen toteuttaminen edellyttää toimijoiden hiljaisen tiedon esille tuomista. (Järvikoski – Karjalainen 2008: 80.)

Yksilölliset asiakastarpeet ja näkemykset huomioidaan ja palvelut koordinoidaan yhteistyössä toteutuviksi ja toistuviksi asiakaslähtöisessä kuntoutuksessa. Hyvällä palveluohjauksella varmistetaan kuntoutuksen oikea-aikaisuus ja vastuunjako. (Salminen – Tuulio- Henriksson 2012: 127 - 132.) Asiantuntijaverkostossa lapsen ongelmien ja vahvuuksien tunnistaminen, mahdollisten tukimuotojen selvittely ja suunnittelu sekä asioista sopiminen ja seuranta tukevat lapsen arjen taitojen hankkimista. (Sipari 2008: 106.) Yksilön kuntoutumiselle on merkityksellistä kuntoutujan osallistuminen, vaikutusmahdollisuudet kuntoutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa sekä tietoisuus organisoituneesta työnjaosta. Kuntoutussuunnitelma on yhteydessä kuntoutustoiminnan laatuun, mikä näkyy koordinoinnin ja vuorovaikutuksen onnistumisena. (Koukkari 2010: 200.)

2.1 Kuntoutumisprosessi ja sen haasteet

Kuntoutumisen prosessi on vähittäisiä ja vaiheittaisia muutoksia yksilössä ja ympäristössä. Muutosten mahdollistamiseksi tarvitaan monenlaista lähestymistapaa kuntoutujan suoriutumisen ja osallistumisen tukemiseksi. Pitkäaikaisiin ja vaativiin kuntoutusprosesseihin liittyy yleensä fyysisten seikkojen lisäksi monia psykososiaalisia näkökulmia ja tarpeita sekä verkostoitumista useilla sektoreilla. (Järvikoski – Karjalainen 2008: 80 - 88.) Kuntoutus antaa mahdollisuuden nähdä itsensä ja lapsensa uudella tavalla. Onnistunut perhelähtöinen kuntoutusprosessi perustuu tasa-arvoisuuteen ja luottamukseen vuoropuheluun sekä kumppanuuteen, joka edistää perheen valtaistumista. Yhdessä syntyy ymmärrystä lapsen parhaasta. (Karjalainen – Vilkkumaa 2011: 109 - 116.)

Kuntoutusprosessille on luontaista ainutlaatuisuuden lisäksi vuorovaikutteinen yhteistyö, suunnitelmallisuus sekä kuntoutuskeinojen ja -tavoitteiden jatkuva arviointi. Yhteis-

työsuhteissa voi ilmetä myös työntekijöiden epärealistisia odotuksia toisten toiminnan suhteen ja moniammatillinen yhteistyö on altis pettymyksille ja ristiriidoille. Hallinto- ja ammattilaisraajat ylittävä kuntoutusprosessi edellyttää koordinoitua ja johdonmukaisuutta sekä tavoitteellisuutta. (Järvikoski – Karjalainen 2008: 88.) Kuntoutuksen moitittua suorituskeskeisyyttä ilmentää asiantuntijoiden käsitys kuntoutuksen toteutuksesta erillisinä suoritteina. (Koivikko - Sipari 2006: 105; Järvikoski - Härkäpää 2011: 16). Siparin (2008) tutkimuksessa tuli esiin vanhempien ja ammattilaisten keskustelun painotuserot. Vanhemmat haluavat käydä keskustelua erilaisuudesta, normaaliuudesta ja lapsen elämän muokkautumisesta ja sosiaalisesta osallistumisesta kaveripiirissä. Terveystieteiden ammattilaisten näkökulma painottuu tehtäviin ja toimintatapoihin. (Sipari 2008: 109.)

2.2 Asiakkaan kokonaisvaltainen tarkastelu ICF- viitekehyksen avulla

ICF- viitekehys antaa näkökulman terveyden ja siihen liittyvien tilojen jäsentämiseen. Terveystieteen, suorituksen ja osallisuutta tarkastellaan kokonaisuutena, jossa yhdistyvät lääketieteelliset ja sosiaaliset näkökulmat. Toimintaa ja rajoituksia tarkastellaan yksilön terveystilan ja erilaisten elämäntilanteiden tilannetekijöiden dynaamisena vuorovaikutuksena, jossa osatekijän muutos näkyy vaikutuksena muissa viitekehysmallin osatekijöissä. ICF- mallissa ympäristö jakautuu viiteen osa-alueeseen, jotka ovat luonnollinen ja ihmisen rakentama fyysinen ympäristö, ympäristön asenteet, sosiaalinen tuki ja erilaiset palvelut. (Järvikoski – Karjalainen 2008: 82- 83.) Lasten ja nuorten ICF- viitekehyksessä (ICF- CY) kehityksellisuuden tukemiseksi lapsen ympäristöllä on aktiivinen ja merkittävä asema kuntoutumisprosessissa (Socialstyrelsen 2010: 21).

ICF- viitekehys interaktiivisena ja dynaamisena tarjoaa systemaattisuutta kuntoutustarpeen taustalla olevien ongelmien, esteiden ja vahvuuksien paikallistamiseen monitoimijuuteen ja -tieteisyyteen perustuen. (Järvikoski – Karjalainen 2008: 82 - 84.) ICF tukee osallistumisen tarkastelua ja huomioimista eri ympäristöissä (Piirainen 2011: 260). Se auttaa tarkastelemaan kuntoutujan sen hetkistä suoriutumistasoa (Järvikoski – Härkäpää 2011: 101). Asiakkaiden vaikutusmahdollisuuksia parannetaan ICF- viitekehyksen ohjatessa kuntoutuksen suunnittelua ja toteutusta (Kansaneläkelaitos 2012: 8 - 13). Kuntoutumista edistävät tekijät kuntoutujan toiminnassa ovat valmiudet selviytyä omaehtoisesti, omien tavoitteiden mukainen toiminta, oma halu ja myönteisyys kuntoutukseen, onnistumisen kokemukset sekä lähiympäristön odotusten innostavuus. Tavoitteellinen kuntoutuminen edellyttää aktiivisuutta ja motivaatiota (Koukkari 2010: 205.)

ICF-viitekehysten avulla asiakkaan omaehtoista selviytymistä voidaan tarkastella ja lähiympäristön myönteisyyttä saada esiin asiakasta motivoivalla tavalla.



Kuva 1. ICF- viitekehys, Stakes 2004:18

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tavoitteena on ollut kääntää ICF- CY (lasten ja nuorten versio) suomen kielelle omaksi versioksi. Erillisestä lasten versiosta on luovuttu ja kehitys- ja muokkaustyö suuntautuu nyt lasten näkökulman yhdistämiseen yleiseen ICF- luokitukseen ja -malliin. Tästä syystä tähän kehittämistyöhön valittiin yleinen ICF- viitekehys, joka soveltuu käytettäväksi kaikkien ikä- ja kohderyhmien kanssa.

Kuntoutusjärjestelmän nykyiset toimintatavat on hajautuneita ja eriytyneitä, sillä kuntoutusorganisaatioiden työkäytännöt ja toimintamallit vaihtelevat kuntoutusjärjestelmissä. ICF- viitekehysten käyttö antaa myös ymmärrystä siihen, millaisten toimintamuotojen ja mekanismien kautta tavoiteltaviin muutoksiin voidaan yhteistyössä päästä. (Järvikoski – Härkäpää 2011: 266.) ICF- viitekehysten osa-alueiden avulla kuntoutusprosessin vaiheiden ja tulosten arviointi on mahdollista. Viitekehystä voidaan käyttää hoidon ja kuntoutuksen sekä kuntoutusprosessin etenemisen ja tuloksellisuuden arvioinnissa. (Järvikoski – Karjalainen 2008: 84; Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus 2004: 5.) Kuntoutuksen vaikuttavuutta arvioidaan kuntoutujan tavoitteiden, elämänlaadun ja toimintakyvyn kautta (Kelan avo- ja laitosmuotoisen kuntoutuksen standardi, yleinen osa 2011: 3 -12). Perhekeskeisessä kuntoutuksessa tulee nähdä yksilöllisesti perheen kulttuuri ja voimavarat. ICF- viitekehys voi tukea kuntoutumista perheen osallistumista korostaen. Moniammatillinen kuntoutustyö ottaa huomioon asiakkaan persoonallisuuden, motivaation ja arjen. (Koivikko - Sipari 2006: 105- 115.)

2.3 Tavoitteellisuus kuntoutumisen päämääränä

Sosiaalisen vuorovaikutuksen tilanteessa, asiakasdialogissa yhteistyösuhdetta voidaan kuvata molempien osapuolten sitoutumisena samoihin päämääriin ja tavoitteisiin. (Mönkkönen 2002: 43.) Kuntoutuksen tulisi aina olla tavoitteellista toimintaa, jonka päämääränä on kuntoutujan keskeisten ongelmien ratkaiseminen. Olennaista on tavoitteen asettaminen yhteistyössä kuntoutujan kanssa konkreettisella tasolla. (Klaukka 2008: 89-90.) Kaiken lähtökohdaksi on yksilölliset asiakkaan tarpeet ja asiakkaan arjen helpottuminen. Yksilön motivaatio syntyy osallisuudesta toimintaan oppimista arvostavassa yhteisössä. (Koukkari 2010: 28.) Koukkarin (2010) väitöstudium osoittaa lisäksi tavoitteen konkretisoitumisen liittyvän kuntoutujan oppimis- ja muutosprosessiin, jolloin toivetilasta tulee kuntoutujalle tavoitteellinen päämäärä. Pienikin edistysaskel on kuntoutujalle askel kohti päämäärää ja yksilöllinen kokemus edistymisestä tavoitteisiin nähdessä kuvaa kuntoutumisesta. Kuntoutujalla on aktiivinen rooli ja vaikutusmahdollisuudet kuntoutusprosessissaan. Kuntoutusta toteuttavan ammattihenkilön suurinta oivallusta on sisäisen herkkyyden ohjaamana osallisuus kuntoutujan arvopohjan mukaiseen tavoiteasetteluun. Asiakaslähtöisten ratkaisujen etsiminen ja löytäminen kuntoutujalle ja hänen sosiaaliselle ympäristölle on haastavaa, siksi asiantuntijan ohjaus ja tuki ovat usein kuntoutumisen edellytyksenä. Asiantuntija tunnistaa asiakkaan voimavarojen luonteen. (Koukkari 2011: 221 - 222.)

Koivikon ja Siparin (2006) mukaan perheiden erilaisuus kuntoutuksen ohjauksessa on todellista. Osa perheistä tarvitsee asiantuntijan ohjausta enemmän ollen ulkoa ohjattavia. Toiset taas kykenevät tekemään kuntoutukseen liittyviä päätöksiä itsenäisesti saamansa tiedon perusteella. Perheiden erilaisuuden vuoksi kuntoutustyöntekijältä vaaditaan muuntautumiskykyä. (Koivikko - Sipari 2006: 106.) Mönkkösen tutkimus (2002) todentaa ammatillisen vuorovaikutuksen suuntautuvan dialogisempaan orientaatioon, jolloin keskusteluyhteydet ja tasavertaisuus korostuvat ongelmien analysoinnin sijaan. Tällöin työntekijän rooli on merkittävä asioiden merkitysten rakentamisessa. (Mönkkönen 2002: 57.) Asiakaslähtöinen tavoitetyöskentely edellyttääkin kuntoutustyöntekijältä herkkyyttä keskusteluissa perheen tukemiseksi.

Asiakasta tuetaan kuntoutumisessa tekemällä yhteistyötä, olemalla kuulolla ja käytettävissä sekä tukemalla ja ohjaamalla tarvittaessa kuntoutujan lähiverkoston (Melamies – Pärnä – Heino - Miller 2011: 103). Asiakaslähtöisen paradigman ohjaamana kuntoutu-

jan tarpeita, subjektiivisuutta, osallisuutta tuetaan kuntoutuksen suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Asiantuntijuuskäsitys muuntuu asiakkaan äänen voimistuessa ja monimuotoisten taustakokemusten vaikuttaessa kuntoutumiseen. (Hinkka - Järvi-koski 2007: 23- 24.) Mönkkönen (2002) kuvaa asiakkaan kokemusmaailman korostavan näkökulman (asiakaskeskeinen orientaatio) tuovan esiin asiakkaan tarpeet ja ympäristöön liittyvän orientaation. Asiakaskeskeinen vuorovaikutusorientaatio kuvautuu asiakkaan voimavarojen huomiointina ja asiakkaan yksilöllisenä käyttäytymisen ymmärtämisenä. (Mönkkönen 2002: 55.)

Luottamuksen virittäminen ja hyväksymisen ilmaiseminen perhettä arvostaen ja aktiivoiden ovat keskeisiä tekijöitä kuntoutumisen tukemisessa. Vanhempien käsitys lapsesta ja lapsen kuntoutustarpeista kehitty dynaamisessa prosessissa kuntouttajan sanoittaessa vanhempien kertomaa tietoa ja ihmetellessä ääneen asioita tavoitteena tukea vanhempien kokemusten ja tiedon yhdistymistä. (Melamies ym. 2011: 117- 118.) Koukkarin (2010) mukaan kuntoutumisen ytimenä on kuntoutujan autonomia, toimintakykyisyyden tunnistaminen ja tunnustaminen, toimintakyvyn arviointi ja selkeä kuntoutussuunnitelma. Kuntoutuja on nähtävä ainutkertaisena yksilönä, jonka kuntoutustavoitteet määrittyvät kuntoutujan ja kuntoutusta tuottavien ammattiosaajien dialogisena yhteistyönä. Kuntoutujan itse asettama kuntoutumistavoite on arvokas ja ainutertainen. Dialogissa työntekijältä vaaditaan inhimillistä ymmärrystä ja herkkyyttä sekä oikeaa asennetta myös epärealistisen unelman ja haaveen kohdalla. (Koukkari 2011: 220.) Pärnä, Saarinen, Mellenius ja Antikainen (2011) esittävät lapsen näkökulman huomiointin tarkoittavan aikuisen vastuullisuutta ja kyvykkyyttä määritellä, mikä on lapsen kehitykselle ja kuntoutumiselle paras mahdollinen hyvä vallitsevan olosuhteen mukaan (Pärnä ym. 2011: 13).

GAS on hyvä moniammatillisen kuntoutuksen suunnittelua tukeva apuväline, jolla kuntoutujan yksilöllisiä tavoitteita tunnustetaan ja tarkennetaan. Sen lisäksi sillä parannetaan ja selkeytetään kuntoutujan ja kuntouttajien yhteistyötä, konkretisoidaan kuntoutusodotukset realistiseksi, lisätään asiakkaan tyytyväisyyttä ja motivoidaan sekä parannetaan sitoutumista kuntoutusprosessissa. (Autti-Rämö – Vainiemi – Sukula - Louhenperä 2011: 17-18.) GAS rohkaisee asiakasta osallistumaan ja osoittaa konkreettiset muutokset tavoiteasettelussa (Hautala – Hämäläinen – Mäkelä – Rusi-Pyykönen 2011: 135). GAS- tavoitetyöskentelyssä on keskeistä pohtia, minkälaisia tavoitteita ja miten niitä arvioidaan. GAS-tavoitteilla pyritään kuvaamaan selkeitä, tunnistettavia ja merkityksellisiä muutoksia kuntoutujan toimintakyvyssä. Hyvän tavoitteen asettamisen kritee-

reja ovat tavoitteen yksilöllisyys, mitattavuus, saavutettavuus, realistisuus ja merkityksellisyys ja aikataulutettavuus (specific, measurable, achievable, realistic/ relevant, timed /SMART. (Autti-Rämö ym. 2011: 8 - 18.) GAS- tavoitetyöskentelyllä selkeytetään tavoiteasettelua, arviointia ja tuloksellisuuden seuranta (Pärnä ym. 2011: 16). Hyvien kuntoutustulosten lähtökohtana korostetaan kuntoutujan mahdollisuutta vaikuttaa kuntoutukseensa osallistumalla siihen liittyvään toimintaan tuoden subjektiivista näkökulmaa (Koukkari 2010: 41).

2.4 ICF:n ja GAS:n yhteiskäyttö monimuotoisessa kuntoutumisessa

Davis ja Madden (2006) kuvaavat ammattilaisten tehtävän kuntoutuksessa olevan yksilön päätöksenteon tukeminen. ICF voi olla apuna yksilöllisten ja realististen tavoitteiden muodostamisessa. ICF ohjaa myös kuntoutustiimiä kohdistamaan huomio toimintakyvyn lisäksi asiakkaan ympäristön tekijöihin. On helpompaa käyttää ICF- viitekehystä ohjaamaan arviointia. (Davis – Madden 2006: 36.) Dougall: n ja Wright: n artikkeli (2009) kertoo tavoitteiden olevan tyypillisesti ja merkittävällä tavalla vammalähtöisiä ja vammakeskeisiä osallisuusnäkökulman sijaan. Asiakkaat ja perheet ovat kiinnostuneempia saavuttamaan tavoitteita, jotka liittyvät osallisuuteen ja aktiivisuuteen arjessa. (McDougall – Wright 2009: 1366.) Edelleen artikkelissa kuvataan IFC-CY: n (lasten versio ICF:stä) ja GAS- menetelmän yhteiskäytön etuja kliinisessä työssä lasten kuntoutuksessa. Yhteiskäytön hyödyt näkyvät lasten kuntoutuspalvelujen koordinoinnissa, yksinkertaistetuissa ja standardoiduissa arvioinneissa sekä yksilöidyissä lopputuloksissa. (McDougall – Wright 2009: 1362.)

ICF-CY ja GAS, molemmat mahdollistavat asiakkaan yksilöllisyyden kuntoutuksessa. Kuntoutustoimijat voivat kohdata ja tukea osallisuuden tavoitteita aidossa ympäristössä samanaikaisesti määritetyt tavoitteet huomioivat toimintarajoitteiden muutokset, aktiivisuuden esteet ja osallisuuden rajoitukset. ICF- viitekehystä intervention mahdollistajana voidaan käyttää yhdessä perheiden kanssa arvioinnin ja tavoiteasettelun kirkastamiseksi. ICF- CY: n ja GAS: n yhteiskäyttö auttaa asiakkaan määrittämien tavoitteiden muuttamista mitattaviksi tavoitteiksi. GAS sallii vian, toimintarajoitteen, aktiivisuuden ja osallisuuden sekä ympäristölähtöisten tavoitteiden yhdistämisen. Voidaankin sanoa GAS: n integroivan ICF- mallin elementit kuntoutukseen. (McDougall – Wright 2009:1366- 1367.) Ympäristön muutosten vaikutukset tulevat näkyväksi määritetyssä ajassa tietoa antamalla ja asenteita muokkaamalla, jolloin ympäristön antama sosiaalinen tuki tulee tavoitetyöskentelyyn. ICF: n hyödyntäminen tuo tavoiteasettelun arkeen. (McDougall – Wright 2009: 1367.) Hyvässä kuntoutuskäytännössä voivat yhdistyä ICF

ja GAS. Kelan (2011) mukaan hyvään kuntoutuskäytäntöön ja vaikuttavuustuloksiin perustuvassa kuntoutuksessa kuntoutujan aktiivisuus, kuntoutuksen tavoitteellisuus ja elämänlaadullinen tuloksellisuus sekä toimintakykyisyys ovat kuntoutuksen keskipisteenä. GAS- menetelmä yhtenäistää kuntoutuksen toimintatapoja, täsmentää kuntoutuksen tavoitteita ja selkiyttää kuntoutujalle, mihin kyseisellä kuntoutuksella pyritään. (Kansaneläkelaitos 2011: 3 - 12.)

2.5 Näkövammaisen lapsen kuntoutuksen rakentuminen

Näkövammaisen lapsen monitoimijuuteen perustuva kuntoutumisprosessi rakentuu yksilöllisesti näkövammaisen vaikeusasteen mukaan. Asiakas- ja tarvelähtöinen kuntoutus ja tukee näkövammaisen lapsen kasvua ja kehitystä sekä vanhemmuutta. Perheen tukeminen alkaa ensitiedon käsittelystä ja jatkuu sopeutumis- ja kuntoutusprosessin vaiheiden mukaisesti yksilölliseen tahtiin. Näkövammaisen lapsen avokuntoutus alkaa usein fysioterapialla motorisen kehityksen viiveen vuoksi. Lapsella voi olla myös muita kehityksellisiä pulmia tai riskejä, jolloin tueksi tulevat muut avoterapiat kuntoutussuunnitelmassa määritetyn kuntoutustarpeen mukaan. Näkövammaisen lapsen kuntoutus on Suomessa monitoimijuuteen perustuvaa pitkäkestoista rajapintoja ylittävää yhteistyötä. Lapsen lähipiirin ja mahdollisten terapeuttien sekä päivähoiton henkilöstön tukeminen on tärkeä osa kuntoutumisprosessia.

Kuntoutusohjausta antavat keskussairaaloitten kuntoutusohjaajat, jotka neuvovat ja ohjaavat perhettä lapsen kuntoutukseen, hoitoon ja kasvatukseen liittyvissä asioissa. Keskussairaalan kuntoutusohjauksessa suunnitellaan kuntoutusta ja laaditaan kuntoutussuunnitelmaa yhdessä perheen ja moniammatillisen työryhmän kanssa. Parhaimmillaan kuntoutusohjaaja on linkki sairaalan, muiden kuntoutustahojen ja kodin välillä. (Näkövammaiset lapset ry. 2013.) Näkövammaisten Keskusliitto (NKL) ry:n Lasten kuntoutus järjestää terveydenhuollon ja Kelan terveydenhuollon kustantamaa aistivamma- linjan kuntoutusta. Näkövammaisen lapsen kuntoutus etenee prosessina hoitavan tahon kuntoutussuunnitelmasta, alkuvaiheen kartoitusten (ajankohtaiset haasteet), tavoitteiden määrittämisen kautta tavoitteiden saavuttamista tukevan suunnitelman laadintaan. Sitä tarkistetaan tarvittaessa kuntoutuksen aikana. (Kelan avo- ja laitospuolitoisen kuntoutuksen standardi, vaikeavammaisten yksilöllisen kuntoutusjakson palvelulinja 2010: 60.) Pärnä (2012) kuvaakin moniammatillisen yhteistyön ilmenevän oman ammatillisen osaamisen kehittymisen ja laajenemisen avulla, jolloin asiakaslähtöisten tarpeiden tunnistaminen ja keskinäinen luottamus kollegoiden kesken vahvistavat yhteistoimijuutta. (Pärnä 2012: 209.)

3 Tutkimuksellisen kehittämistyön tavoite ja tarkoitus

Tarkoituksena oli kehittää ICF- viitekehyksen ja GAS- menetelmän yhteiskäyttöä luomalla työmenetelmää moniammatilliseen asiakastyöhön asiakkaan aseman vahvistamiseksi kuntoutumisprosessissa.

Kehittämistyötä ohjanneet kehittämiskysymykset ja –teko:

1. Minkälaisia ovat ICF- viitekehystä saadut käyttökokemukset kuntoutumisprosessin toteutuksessa?
2. Minkälaisia ovat GAS- menetelmästä saadut käyttökokemukset kuntoutumisprosessin toteutuksessa?
3. Mitä hyötyä ja mahdollisuuksia ICF- viitekehyksen ja GAS- menetelmän yhteiskäyttö tuo kuntoutumisprosessiin?
4. Luodaan uutta työmenetelmää ICF- viitekehyksen ja GAS- menetelmän yhteiskäyttöön kuntoutumisprosessin tueksi.

4 Kehittämisympäristön kuvausta

Kehittämistyö on tähdännyt näkövammaisen lapsen perheen aseman vahvistamiseen kuntoutumisprosessissa. Kehittämistyö on ollut toimintatutkimuksellinen kehittämisprosessi, joka on jakautunut useaan vaiheeseen. Kehittämistä ohjanneet kysymykset ovat liittyneet ICF: n ja ja GAS: n käyttökokemuksiin, jotka tässä työssä ovat sekä kehittäjien omakohtaisia käyttökokemuksia että näkemyksiä erikoissairaanhoidon työkäytäntöjen nykytilasta näkövammaisen lapsen kuntoutuksen suunnittelussa.

Näkövammaisen lapsen kuntoutukseen vaikuttavat lapsen näkövammaisuuden vaikeusaste, toiminnallinen haitta ja kokonaistoimintakyky. Hoito- ja kuntoutusvastuutaho vaihtelevat asiakkaan kokonaistilanteen mukaan. Kuntoutus Suomessa on organisoitunut perusterveydenhuollon (terveyskeskukset, neuvolapalvelut) ja erikoissairaanhoidon (keskussairaaloiden erikoissairaanhoidon klinikat esim. silmäklinikka, neurologian klinikka), lääkinnällisen kuntoutuksen avoterapiapalvelujen, näkövammaisen lapsen kuntouttavan päivähoidon, kehitysvammahuollon, asuinkunnan tarjoamien palvelujen sekä järjestöjen toteuttamaan kuntoutuksen kokonaisuudeksi. Kouluikäisten näkövammaisten lasten kuntoutus- ja tukiverkoston kuuluvat myös valtion erityiskoulut ja erityisesti Onerva oppimis- ja ohjauskeskus Jyväskylässä, jolla on valtakunnallista ohjauspalvelua ympäri Suomen. Hoito- ja kuntoutusvastuuseen kuuluvat säännölliset kontrollit ja kuntoutussuunnittelu.

Erikoissairaanhoidon kuntoutusohjausta eri vamma- tai sairasyhmille toteutetaan eri puolilla Suomea. Työn keskeisenä sisältönä on asiakkaan ja perheen kuuleminen, omatoimisuuden tukeminen, palvelujen järjestäminen, yhteistyö ja täysipainoisen elämän mahdollistaminen. Näkövammaisten lasten kuntoutusohjaajan työkentän tavoitteet liittyvät perheen tukemiseen tunne- ja tietotasolla lapsen vamman toteamisen jälkeen, perheen ohjaamiseen näkövammaispalvelujen piiriin sekä muihin edunvalvonta- ja sosiaaliasiointiin. (Notko 2012: 11 - 13; Suomen Kuntoutusohjaajat ry. 2013; Järviskoski-Karjalainen 2008: 89.) Asiakkaan toimintakykyä, elinympäristöä ja arjen selviytymistä arvioidaan. Tämän lisäksi kuntoutusohjaaja koordinoi asiakkaan kuntoutusta tekemällä yhteistyötä eri viranomaistahojen kanssa. Kuntoutusohjaaja tukee asiakkaan kuntoutusohjausprosessia suunnittelun, seurannan ja kirjaamisten avulla. Ympäristön esteettömyyteen pyritään vaikuttamaan asiakkaan kotona tai muussa elinympäristössä. (Kuntoutusohjausnimikkeistö 2003; Notko 2012: 11- 13.)

Suikkanen ja Lindh (2008) kuvaavat kuntoutuskentän olevan moninainen siellä toimivien lukuisten eri ammattiryhmien, asiakasryhmien, organisaatioiden, kuntoutusta ohjaavien lakien ja ohjauksen käytäntöjen sisältökokonaisuus. Siellä vaikuttavat monet eri tieteen alan paradigmat ja toimintaa ohjaavat usein ristiriitajakin aiheuttavat toimintakulttuurit. Kuntoutusverkosto voi vähentää tai lisätä kuntoutumisen mahdollisuuksia ja kuntoutumisen seurausten ennakoitua. Toisaalta verkostoitumisella voidaan vähentää kuntoutusympäristön epävarmuuksia ja parantaa koordinaatiota ja yhteistyötä, selkeyttää ja kehittää sopimuksia ja toimintakulttuureja sekä rakentaa verkostomekanismeja epävarmuuksien hallitsemiseksi ja eri toimintojen yhteensovittamiseksi. Kuntoutuksen organisoituneet toimintaverkot perustuvat sopimuksellisiin käytäntöihin ja toimintakulttuurien mukaisiin toimintamekanismeihin. Toiminnan edellytyksenä ovat toimijoiden välinen luottamus ja avoin tiedon vaihto sosiaalisena pääomana. (Suikkanen – Lindh 2008: 71- 72.)

4.1 Tulevasta yhteistyöstä sopiminen

ICF- viitekehyksen ja GAS- menetelmän yhteiskäytön kehittämistyö toimintatutkimuksellisenä kehittämisprosessina on toteutunut yhteistyössä kehittämisessä mukana olleiden sairaanhoitopiirien kanssa. Tammi - helmikuussa 2013 selvitettiin tutkimuslupien hakumenettelyä keskussairaaloista. Tutkimuslupien haku käynnistyi helmi- maaliskuussa 2013 sairaanhoitopiirien hakumenettelyn mukaisesti. Tutkimusluvut myönnettiin yksilöidysti kaikissa sairaanhoitopiireissä maaliskuu - huhtikuun 2013 aikana ja ne käsittivät työkäytännön kehittämistä ilman asiakkaita.

Tutkivan kehittämistyön tutkimussuunnitelma lähetettiin jokaiselle kehittäjäryhmään tulevalle kuntoutusohjaajalle ja hänen lähiesimiehelleen hakumenettelyn protokollan lisäksi. Näin lähiesimiehillä oli riittävä tieto työn suunnitteluun ja tutkimusluvan puoltamiseen. Sopimus kehittämistyön tekemisestä laadittiin ja allekirjoitettiin Metropolia Ammattikorkeakoulun ja Näkövammaisten Keskusliitto ry:n sekä kehittämistyön tekijän kanssa 22.3.2013.

Kehittämisen koordinoijana olin yhteydessä tuleviin kehittäjiin aluksi yksilöllisin sähköpostiviestein ja tutkimuslupien myöntämisen jälkeen ryhmäviestein, jolloin kehittäjät näkivät mukaan tulevat jäsenet. Yksilölliset, tiedottavat sähköpostiviestit lähtivät samansisältöisinä jokaiselle ja samalla aikataululla tasavertaisuudesta huolehtien. Yksilöidysti sähköpostiviesteissä tuleville kehittäjille kysyin heidän subjektiivista näkemystään kehittämistarpeistaan omassa työssä. Tällä henkilökohtaisella viestinnällä halusin kartoittaa kehittäjien lähtötilannetta ja herätellä kehittämismotivaatiota ja -tarpeita.

Osallistujien kehittämistarpeet liittyivät oman asiakastyöhön, tiedon kulun parantamiseen ja keskussairaalaorganisaatioiden koulutukselliseen tiedonkulkuun. Tulevat kehittäjäryhmäläiset saivat minulta myös sähköpostilla kyselyn, jossa tiedustelin heidän halukkuuttaan tulla mukaan yhteiskehittelyyn pohtimaan ja kehittämään ICF- viitekehyyksen ja GAS- menetelmän yhteiskäyttöä kuntoutustyöhön. Kaikki mukaan tulleet kehittäjäryhmän jäsenet vastasivat myöntävästi tähän kehittämisaiheeseen. Yhteisen kehittämiskohteen varmistuessa yksimielisesti lähti tutkimussuunnitelman työstäminen toden teolla käyntiin. Kehittämisinto on saatava syttymään yleishahmotelmavaiheessa ennen varsinaista tutkimusta ja on eduksi, että kehittäjät ovat samassa tilanteessa ja samaan toimintaan osallistuvia (Suojanen 1992: 56). Kehittäjäryhmäläisille lähetetty tutkimussuunnitelmaluonnos pyrki avoimuuteen, tasavertaisen lähtökohdan luomiseen kehittäjien kesken sekä kehittämisen läpinäkyvyyteen päämäärän ja tavoitteiden osalta. Kehittäjät arvioivat ja määrittivät näin kehittäjäverkostoon kuulumisen hyödyllisyyttä itsenäisesti. Tätä yhteisen hyödyn määrittelyä pyrki tukemaan kehittäjille lähetetty tutkimussuunnitelmaluonnos. Yhteinen näkemys luodon verkoston tavoitteista loi näin pohjan tulevalla toiminnalla. (Järvensivu – Rajala 2010: 34.) Kehittäjäryhmäläiset suostuivat mukaan kehittämiseen vapaaehtoisuusperiaatteella, jonka mukaisesti osallistumisen sai keskeyttää milloin vain, niin halutessaan. Yhteistyöstä sopimisen vaiheessa tulevat kehittäjät saivat myös kommentoida kehittämisprosessin aikataululuonnosta.

5 Kehittämistyön menetelmälliset ratkaisut

Kehittämistyöni intressi lähti asiakkaan aseman vahvistamisesta ja hänelle koituvan hyödyn tavoittelusta kuntoutumisprosessissa asiakkaan äänen vahvistuessa entisestään. Tutkiva kehittäminen toteutui käytännön ympäristössä ja se tähtäsi toiminnan parantamiseen tutkivalla kriittisyydellä, mikä ilmeni kysyvänä työotteena. Kehittämisen monimenetelmällisyys pyrki useiden lähestymistapojen avulla prosessin ja tuloksen luotettavuuteen. (Heikkilä ym. 2008: 33.) Ihmisten kokemukset ja tulkinnat toiminnan kehittämisen taustalla ovat tärkeitä ja tavoitteena on käyttää tietoa ilman jäykkiä ennako-odotuksia kokonaisratkaisun mukaisen kuvan muodostamiseen. (Heikkilä - Jokinen - Nurmela 2008: 30 - 31.) Koskimies, Pyhäjoki ja Arnkil (2012) toteavat yksilön ja yhteisön omaavan valtavasti osaamista, hiljaista tietoa, joka on kokemuksellista, tilannesidonnaista, arvoihin ja emootioihin ankkuroitunutta. Yhdessä omien uskomusten, ajatusten ja kokemusten jakaminen sekä uusien näkökulmien muodostaminen ajatuksia ja oivalluksia vaihtamalla on ollut prosessi, jonka avulla toimivia käytäntöjä on tiedostettu ja kehitetty. (Koskimies - Pyhäjoki - Arnkil 2012: 9 - 10.) Edellä kuvattua vuorovaikutuksellista monikerroksisuutta pyrittiin mahdollistamaan tavoitteellisesti kehittämistyössä.

Kriittisen tutkimusotteen mukaisesti kehittämisen edellytyksenä oli avoin ja vapaa keskusteluilmapiiri, jossa jokaisella oli samanlaiset mahdollisuudet vaikuttaa. Toiminnasta oli päätettävä harkitusti, sillä tavoitteena oli jäsenten valmius hyväksyä ja sitoutua päätöksiin. Tiedot tuottaminen on ollut konstruktivistista teorian ja käytännön muodostuksen prosessia, jossa toimintaan osallistujat ovat olleet tiedon muodostajia. (Heikkilä ym. 2008: 32.) Tavoitteellisesta kuntoutuksesta käytävän, eri näkökulmia sisältävän keskustelun ja kritiikin salliminen on edistänyt kehittämistä. Kehittäminen on ollut reflektion kautta ennalta arvaamatonta. (Toikko - Rantanen 2009: 55.)

Vahvasti prosessorientoituneelle kehittämiselle ominaiseen tapaan kehittämistietoa hyödynnettiin toimintaa tarvittaessa muuttaen. Kehittämisprosessin osallistujien tuottama tieto ja kokemukset ohjasivat yhdessä kompleksista, monitasoista ja monensuuntaista kehittämistä. Prosessimaisuuteen liittyen kehittämiskulkua arvioitiin jatkuvasti ja tarvittaessa kehittämissuunnitelmia muutettiin. Kompleksisessa ympäristössä kehittäminen edellytti muuttuvan sosiaalisen toiminnan ja tilan jatkuvaa analysointia. (Toikko - Rantanen 2009: 50 - 53.) Verkostotyöskentelyn seuranta ulottui kehittämisen toimenpiteisiin (kehittämisprosessin vaiheet), kehittämisen tavoiteltuihin tuloksiin (kehittämistie-

don tiivistykset), kehittämisen sisältöön liittyviin toimenpiteisiin (tiedonkeruun menetelmien toimivuus) sekä kehittämisen tavoiteltuihin tuloksiin prosessin aikana (tuotettu tieto, menetelmä). Seuranta monimutkaisten kytkentöjen vuoksi on ollut haasteellista. (Järvensivu - Rajala 2010: 53.)

Organisaatioiden välisessä vuorovaikutuksessa oppiminen mahdollistui riittävällä ajatusmaailman ja intressien samankaltaisuudella. Moderni informaatio- ja kommunikatioteknologia mahdollisti uuden vuorovaikutusfoorumien ja verkoston synnyn. Oppimisverkosto oli näin tarkoituksellisesti luotu ja suunnitelmallisesti toteutettu strategisen kehittämisen väline. (Hämäläinen 2008: 96 - 99.) Kehittämistyössä luotiinkin oma kehittäjäverkosto tavoitteellista kehittämistä varten juuri samaa ohjaus- ja kuntoutustyötä tekevien ammattilaisten kesken. Näin ollen yhteinen ajatusmaailma loi lähtökohdan yhteistoiminnalliselle kehittämiselle. Hämäläinen (2008) kuvaa verkostotoimijoiden olevan oman työnsä järjestämisen asiantuntijoita, jotka hankkivat ja järjestävät informaatiota toimintojen kehittämiseksi. Kehittämistyössä materiaalin tuottamisessa opittiin samalla toisilta pyrittäessä yhteisymmärrykseen. (Hämäläinen 2008: 100 - 103.) Sitoutuminen verkostoyhteyteen lähti oman toiminnan peilaamisesta itseä sosiaalisesti ja kulttuurisesti lähellä olevaan tahoon. Monipuolinen verkosto-oppimisprosessi perustui toimijoiden väliseen ajatusten vaihtoon, keskusteluihin, tiedon ja kokemuksen välittämiseen organisaatiosta toiseen. Verkosto-osallisuuden kautta edistettiin kehittämistoimintaan ja muutokseen sitoutumista. (Hämäläinen 2008: 102 - 104.) Verkoston toimintaedellytysten ja kehittämisvaiheiden mahdollistaminen, osallistujien voimaannuttaminen ja osallistaminen yhteistyöhön on ollut verkostojohtamisen keskeistä ydintä. Kehittämisen myötä tieto alkaa liikkua verkostossa määrällisesti ja laadullisesti aiempaa tehokkaammin. (Järvensivu - Rajala 2010: 60 - 61.)

5.1 Valtakunnallinen kehittäjäryhmä

Kehittämistyön valtakunnallinen kehittäjäryhmä (5 henkilöä) muodostui eri puolilta Suomea tulevista keskussairaaloitten kuntoutusohjaajista (4) ja Näkövammaisten Keskusliitto ry:n Lasten kuntoutuksen kuntoutusohjaajasta. Kehittäjäryhmään valikoituivat kuntoutusohjaajat Etelä- ja Keski- Suomesta sairaanhoitopiirien maantieteellisen sijainnin ja koon, kohtuullisten maantieteellisten etäisyyksien ja kehittämishalukkuuden perusteella. Yhteisenä päämääränä kehittäjillä oli olla mukana kehittämässä omaa asiakastyötä ja omaan työhön työmenetelmää, joka yhdistää ICF- viitekehyksen mukaisen ajattelun ja lapsen kuntoutustavoitteiden asettamisen. Järvensivu ja Rajala (2010) ku-

vaavat, että kehittämisverkosto, jolla on kosketuspintaa asiakastyön haasteisiin, omaa hyvät edellytykset kehittää (Järvensivu - Rajala 2010: 12).

Kehittäminen tapahtui kuntoutustyön ohessa, minkä vuoksi yhteiskehittely vaati työntekijöiden suostumusta ja kehittämismyönteisyyttä. Kehittäjäryhmään osallistuminen oli vapaaehtoisuuteen perustuvaa. Osallistuminen oli yleisten eettisten sääntöjen mukaan mahdollista keskeyttää ilman mitään syytä ja milloin tahansa ilmoittamalla siitä kehittämistyön tekijälle. Kehittäjäryhmään kuuluneet jäsenet ovat tehneet aiemmin yhteistyötä satunnaisesti yhteisten kuntoutusasiakasperheiden äärellä yhteisessä kuntoutusverkostossa. Näkövammaisten lasten kuntoutusohjauksesta kehittäjäryhmäläisillä on vankka kokemus, sillä yhteenlaskettuna kokemustyövuosia oli 37. Kehittäjäryhmän kuntoutusohjaajien ammattitausta oli moniammatillinen, sillä mukana oli sairaanhoitaja, kolme fysioterapeuttia ja toimintaterapeutti. Ammatillisen peruskoulutuksen lisäksi henkilöillä oli ammatillista lisäkoulutusta kuntoutusalalta useita vuosia. Koulutusosaamista oli kertynyt kehittäjillä niin ICF- viitekehyksestä kuin GAS- menetelmästäkin.

5.2 Toimintatutkimuksellinen kehittäminen

Toimintatutkimus (action research) on sosiaalisten käytäntöjen ja sosiaalisten yhteisöjen toiminnan kehittämistä. (Kuusela 2005: 9; Järvikoski – Härkäpää 2011: 288 - 289.) Toimintatutkimuksen avulla vahvistetaan yhteistyötä kehittämisen perustuessa toteuttajien reflektioon toiminnan perusluonteesta kehittämisen tähdätessä toiminnan rationaalisuuden parantamiseen. (Heikkilä ym. 2008: 32 - 38.) Toimintatutkimuksellinen kehittäminen on perustunut vuorovaikutuskeinoihin sosiaalisessa yhteydessä. Kehittämistä on ohjannut yhteinen tulkinta, merkitys ja näkemykset yhteisestä toiminnasta sekä sen tarkoituksesta. (Heikkinen 2006: 16- 17.) Kehittämistyössä on käytetty erilaisia menetelmiä kokemusten ja näkemysten keräämiseksi kuntoutuskäytännöstä, työntekijöiden hiljaisesta tiedosta ja kuntoutusnäkemyksistä. Toimintatutkimus perustui tutkittavien osallistumiseen ja sen lähtökohtana ovat olleet tiedonkeruun menetelmät sekä yhteistoiminnallisen kehittämisen idea. (Kuusela 2005: 16.)

Toimintatutkimusprosessin luonteen mukaisesti asiat tulivat esille useita kertoja, sillä kehittämistä ohjaavat kysymykset toistuivat niin yksilöidyssä kyselyssä kuin verkkokeskustelussa yhteisesti. Tuotettua tietoa palautettiin kehittäjille syvemmän ymmärryksen luomiseksi. Toimintatutkimukseen osallistuneiden hyvän, tutkimusta kohtaan tuntemaan, motivaation ansiosta oikean tiedon antaminen on ollut todennäköistä. Osallistavaa toimintatutkimusta toteuttava tutkija ottaa tutkittavat aktiivisiksi osallistujiksi muutos- ja

tutkimusprosessiin. Tutkija organisoii jäsenet tutkimaan ratkaisuja. (Kuula 1999: 116 ; Heikinen 2006: 36.) Kehittämistyössä kehittäjäryhmää aktivoitiinkin tavoitteellisesti tuottamaan yhteistä tietoa ja ymmärrystä kehittämistekoa varten. Tutkivan kehittämistyöni olemusta ovat olleet prosessimaisuus ja muuntuvuus kehittämisvaiheiden aikana. Emansipatorisen toimintatutkimuksen tyypillisesti tässä kehittämistyössä on osallistujilla ollut oma vastuu muutoksen tuottamisesta kasautuvan tiedon avulla. Tutkittavien osallistuminen itse tutkimusprosessiin ja heidän näkemystensä tärkeys ovat korostuneet koko kehittämisprosessin aikana. (Kuusela 2005: 21; Heikinen 2006: 21.) Kommunikatiivisen toimintatutkimusperinteen tyypillisesti pyrittiin tasavertaiseen keskusteluun, jonka tuloksena saatiin kaikkien osapuolten kokemukset, taidot ja ajatukset osaksi kehittämistä ja muutosprosessia. (Kuula 1999: 112; Heikinen 2006: 19.) Kehittämistyön pyrkimyksenä on ollut tasavertainen tiedon tuottaminen yksilöllisesti ja ryhmänä eri organisaatioiden työkäytännöistä käsin. Tutkimusraportin pyrkimyksenä on ollut kuvata toimijoiden tarkoitusperiä ymmärtäen (Heikinen 2006: 21).

5.3 Kehittämisprosessin vaiheet

Kehittämisprosessin alkutoimet käynnistyivät syksystä 2012. Kehittämistyötä edeltäviä vaiheita olivat kehittämistyön aiheen kartoitus, tutkimustiedon alustavaa hakua, tulevien kehittäjien etsiminen sekä tarvittavien tutkimuslupien hakumenettelyn selvittäminen. Kaikkien kehittämiseen mukaan tulevien kuntoutusohjaajien organisaatioista, keskussairaaloista (neljä sairaanhoitopiiriä), haettiin yksilöidyt tutkimusluvut (tutkimuslupa kohdistui kuntoutustyöntekijään) hallinnollisina viranhaltijan päätöksinä maaliskuussa 2013. Sairaanhoitopiireistä tutkimusluvut kehittämistyölle myönnettiin 12.3.13, 15.3.13 (2) ja 3.4.13. Suostumus osallistumisesta kehittämistyöhön (tutkimukseen) saatiin jokaiselta sairaanhoitopiirin kuntoutusohjaajalta yksilöidysti 21.3.13, 25.3.13, 27.3.13 ja 9.4.13. Sitä ennen oli jo sähköpostiviestillä tullut alustava ennakkotieto mukaan lähtemisestä. Tutkimuslupien hakuvaiheessa toimintatutkimuksellisen kehittämisen tavoitteet ja kehittämisen kohde tiedotettiin tuleville kehittäjille ja heidän lähimiehilleen lähettämällä luonnos tutkimussuunnitelmasta. Pyrkimyksenä oli tiedottaa avoimesti kaikkia osallisia tulevasta kehittämisestä myös lähityöyhteisö huomioiden ennen suostumuslomakkeen ja tutkimuslupien allekirjoittamista.

Vaiheistettu kehittämisprosessi toteutui oman kuntoutustyön ohessa asiakastyön mennessä aina kehittämisen edelle. Henkilökohtaiset esittäytymiset aloittivat yhteiskeskustelun verkossa. Samalla varmistuttiin tietotekniikan toimivuudesta käytännössä ja tuotiin esiin yhteinen ammatillinen osaaminen kuntoutusohjauksen parissa. Verkkokeskus-

telu suljetulla listalla oli aikataulutettu huhti - kesäkuun 2013 aikana työkalentereihin vaiheittain eteneväksi kehittämistiedon syventämiseksi ja tärkeän yhteiskeskustelun mahdollistamiseksi. Verkkokeskustelussa osallistuminen toteutui jokaisen oman työaikataulun mukaan.



Kuvio 1 . Kehittämispöytäkirjan vaiheet huhtikuusta kesään 2013

Kaikki kehittäjät saivat etukäteen ensimmäisen luonnoksen kehittämistapaamisten 20.5.13 ja 23.5.13 ja workshop-kehittämispäivän sisällöstä. Suunnitelmaluonnokset antoivat orientaatiota kehittämiseen toimien viitteellisenä ennakkotietona. Itse kehittämistapaamisten sisältö tarkentui juuri ennen tapaamisia uudella luonnoksella.

5.4 Aineiston keruun menetelmät

Monimenetelmällisyys kehittämissuunnitelmassa toteutui avoimen kyselyn, suljetun verkkokeskustelun, kehittämistapaamisten ja workshop-kehittämisen avulla. Kehittämisen prosessi oli vaiheistettu ja linkitetty yhteen tavoitteellisesti ja kehitysuonena oli tiedon siirtäminen vaiheesta toiseen tarkasti ja yhteiskehittelyä tukien.

Avoimella kyselyllä kehittäjäryhmältä kysyttiin aluksi omakohtaisia kokemuksia ja näkemyksiä ICF: n ja GAS: n käytöstä sekä niiden yhteiskäytöstä. Avoin kysely meni kehittäjille työsähköpostiosoitteisiin yksilöidysti ja he palauttivat vastauksensa suoraan minulle työsähköpostiin. Kysymykset olivat jo tutkimussuunnitelmassa mainitut kehittämistä ohjaavat kysymykset. Kyselyn tavoitteena oli kartoittaa avoimilla kysymyksillä vastaajilta kehittämisen lähtötilannetta (ICF- ja GAS – käyttökokemukset ja yhteiskäytön ideat) ja antaa kehittämisen lähtökohdaksi tärkeää kuulluksi tulemisen kokemusta tasavertaisesti. Kehittäjien kokemuksia, käytännössä syntyneitä näkemyksiä kysyttiin tavoitteellisesti orientaation, kehittämisajattelun ja –suunnan aktivoimiseksi ennen yhteistä verkkokeskustelua. Kysely teemoilla viritti kehittäjät pohtimaan itsenäisesti asioita peilaten niitä omaan käytännön työhön. Näin toimien kaikki kehittäjät tulivat yksilöidysti kuulluksi omalla tuottamallaan aineistolla ja tämä aineisto tuli koko kehittäjäryhmän hyödyksi myöhemmin yhteistä ymmärrystä rakennettaessa.

Sähköinen, tietoturvattu verkkokeskustelu toteutui suljetulla sähköpostilistalla (vain kehittäjäryhmän jäsenet kuuluivat sähköpostilistaan). Listan loi tietoturvallisuuden ja anonymiteetin varmistamiseksi Näkövammaisten Keskusliiton tietotekniikkayksikön työntekijä. Suljettu sähköpostilista tehtiin kuntoutusohjaajien työsähköpostiosoitteista, jolloin kehittämisviestit oli mahdollista tuottaa ja lukea työpaikalla työpäivän aikana tietoturvalisessa verkossa. Näin kehittämisajatuksia olivat käytännön työn äärellä syntyneitä kuntoutusajatuksia. Yhteisten toimintasääntöjen mukaan sähköpostilistalle kuuluneet henkilöt näkivät kaikki listalle lähetetyt viestit ja jokainen jäsen sai vapaasti kirjoittaa kommentteja ja lähettää viestejä sekä antaa aiheeseen liittyvää teoreettista tietoa (liitetiedostoina) koko kehittäjäryhmälle. Kehittäjien keskinäisen vuorovaikutteisen keskustelun tavoitteena oli yhteisen ymmärryksen luominen ICF:stä, GAS:sta ja niiden yhteiskäytöstä. Sähköpostiviestinnän sisältönä olivat kehittäjien subjektiiviset ajatukset, näkemykset ja kehittämisideoinnit. Kehittäjien sähköpostilista toimi samalla ammatillisen tiedon jakamisen ja ammatillisen kasvun opintopiirinä.

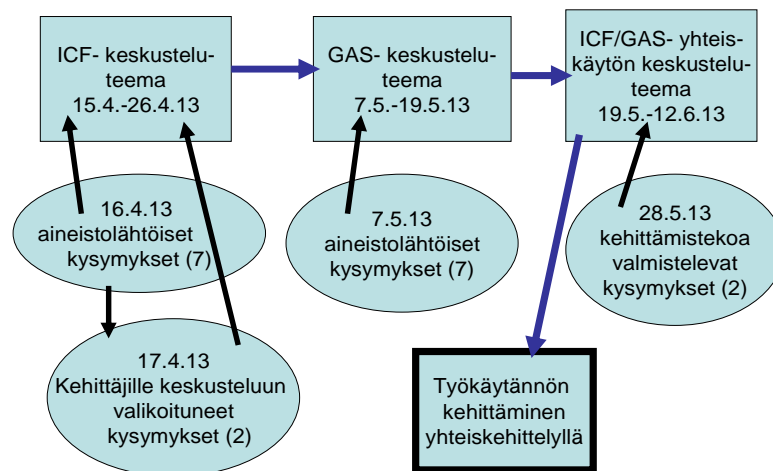
Kehittämistapaamiseni yksilöidysti toukokuussa 2013 suuntautuivat kahteen eri sairaanhoitopiiriin, kehittäjäryhmäläisten luo, jotka eivät päässeet mukaan Helsingin workshop-kehittämispäivään. Kehittämistapaamisten sisältönä olivat työkuulumisten vaihto, keskustelu ICF- ja GAS –teemoista yhteisen ymmärryksen jakamiseksi (kuntoutusohjaajien ICF- ja GAS- koulutuskokemukset) sekä tulevan kehittämisteon pohtiminen.

Workshop-kehittämistapaaminen 4.6.2013 oli yhteistyötapaaminen (neljä tuntia). Tapaamisen tavoitteena ja tarkoituksena oli kehittää uusi työmenetelmä käytännön työhön. Workshopissa asiasisältönä olivat alkuorientaatio (kehittämisessä tuotettu tieto), päätöksenteko (mitä tullaan kehittämään) sekä vuorovaikutteinen yhteiskeskustelu (työmenetelmän luonti).

5.5 Aineiston keruun ja alustavan analyysin vaiheet

Kehittämistä ohjanneet kehittämiskysymykset ja aineistolähtöiset lisäkysymykset rytmittivät kehittämistiedon keruuta. Verkkokeskustelu oli vaiheistettu kolmivaiheiseksi: ICF-keskustelu, GAS- keskustelu ja ICF/GAS- yhteiskäytöstä keskustelu.

Aineistolähtöisen analyysin tuottamana tarve lisäkysymyksille oli verkkokeskustelussa ilmeinen, sillä aineiston alustavan analyysin esiin nostattamat epäkohdat ja kritiikki edellyttivät lisätiedon hankkimista. Aineistolähtöisillä lisäkysymyksillä pyrittiin siis saamaan lisätietoa kehittämisympäristön nykyhetken vaikeuksista kuntoutusohjaajien näkökulmasta. Lisäkysymykset ovat raportin liitteenä (liite 3). Ohessa lisäkysymysten määrä ja vaiheet huhtikuu - kesäkuun 2013 aikana (kuvio 2).



Kuvio 2. Kehittämisen lisäkysymysten määrä huhtikuu- kesäkuu ajalla 2013

5.5.1 Kehittäjien verkkokeskustelu

Verkkokeskustelun vaiheet tuottivat tietoa, jota tiivistettiin kehittäjille heti tiedon synty-
misen jälkeen verkkokeskustelun päätyttyä. Keskusteluvaiheet pyrkivät myös omalta
osaltaan valmistelevaan kehittäjiä yhteiskehittelytapaamisiin, joissa konkreettista kehit-

tämistä oli tarkoitus edistää ja tehdä. Hämäläinen (2008) kuvaa yhteisen kehittämistarpeen työstämiseen ja sitoutumiseen oppimisverkoston avulla tarvittavan määrätietoista koordinoitua ja johtamista. Toisaalta sitoutumista ja osallistumista lisäävät oppimisverkostot, joissa on mahdollisuus oman työn kehittämiseen ja organisointiin (Hämäläinen 2008: 104 - 105.)

Vaiheistetun verkkokeskustelun tarkoituksena oli syventää kehittäjien teoreettista tietoa ja käytännön näkemystä ICF- viitekehyksen ja GAS- menetelmän yhteiskäytön kehittämiseksi. Verkkokeskustelu aktivoi jokaista pohtimaan asioita käytännön kuntoutustyön tekemisen lähtökohdista asiakastyön tehostamiseksi edelleen. Käytännön yhteiskehittelyn lähtökohtana oli jokaisen kehittäjän oma pohdinta omalla työpaikalla ICF /GAS- yhteiskäytön kehittämisen mahdollisuuksista. Sähköpostikeskustelut rakentuivat vapaamuotoisesti (ei ennalta sovittua vastausjärjestystä) ja kunkin kuntoutusohjaajan työtilanteen salliman panoksen ja aikataulun ja mukaan. Jokainen kehittäjäjäsen kantoi itse vastuuta osallistumisestaan. Kehittämisen koordinaattorina aktivoin, herätellin, innostin ja kannustin ryhmäläisiä keskusteluun omilla kysymyksilläni ja positiivisilla kommentteillani.

Ensimmäinen keskustelukierros (ICF- teema) käynnistyi kysymyksiin, joiden oheen vein omia kommenttejani aktivoimaan pohdintaa ja vastaamista. Keskustelu ICF- teemalla oli sähköisessä verkossa 15.4.- 8.5.2013 välisen ajan. Kehittämistä ohjasi kysymys: minkälaisia ovat ICF- viitekehyksen käyttökokemukset kuntoutumisprosessin toteutuksessa? (ensimmäinen kehittämiskysymys). Keskustelun alussa lähetin kehittäjäryhmälle 15.4.13 aktivointiviestin, jossa kerroin tulevasta keskustelujaksosta ja aktivoin kehittäjiä muutamalla kohdennetulla tarkentavalla kysymyksellä, jotka nousivat henkilöiden esittäytymisen lähtöaineistosta. Esittäytymisessä jokainen kertoi ICF ja GAS -käyttö- ja koulutuskokemuksistaan.

Verkkokeskustelun lähtökohdaksi lähti 16.4.2013 kehittäjille viesti, jonka liitteenä olivat avoimen kyselyn tuottama tieto ICF: n hyödyistä ja hankaluuksista sekä aineiston pohjalta luodut kysymykset kehittämisajattelun aktivoimiseksi edelleen. Pelkistetyt havainnot ja niistä johdetut ala- ja yläluokat lähetettiin kehittäjille luettavaksi, kommentoitavaksi, tiedon tarkistamiseksi ja yhteispohdinnan virittämiseksi. Aineistolähtöisen analyysin mukaisesti oli tarkoituksena nostaa kehittäjien keskusteluun sellaisia asioita ja epäkohtia, jotka nousevat yhteisestä tuotetusta aineistosta. Aineistolähtöisillä lisäkysymyksillä pyrittiin saamaan lisää tietoa kehittämisen nykyhetken vaikeuksista kuntoutusohjaajien näkökulmasta katsottuna. 16.4.13 lähetetty aineisto käsitti monta aihe-

seen liittyvää kysymystä, joihin vastaaminen ei ollut mahdollista tiukalla aikataululla. Kysymysten pääasiallisena tarkoituksena oli aktivoida jokainen kehittäjä pohtimaan aihetta laajemmin omassa työorganisaatiossaan.

GAS- keskustelu oli sähköisessä verkossa 7.5. - 20.5.2013 välisen ajan. Kehittämistä ohjasi kysymys: minkälaisia ovat GAS- menetelmän käyttökokemukset kuntoutumisprosessin toteutuksessa? (toinen kehittämiskysymys). Verkkokeskustelun lähtökohdaksi lähti 7.5.2013 kehittäjille viesti, jonka liitteenä olivat avoimen kyselyn tuottama tieto GAS: n hyödyistä ja hankaluuksista ja aineiston pohjalta luodut kysymykset kehittämispohdinnan aktivoimiseksi. Kehittäjien vastaukset kysymyksiin liitettiin edelleen sähköpostilistan kysymyksen kohdalle kuten ICF- keskustelussa. Toinen keskustelukierros (GAS- teema) lähti liikkeelle kysymyksiin, joihin muut ryhmäläiset sitten lähtivät vastaamaan ja itse täydensin yhteistä tuotosta pohdinnallani myöhemmin. Näin toimien halusin luoda avoimuutta, vaihtelua ja muuntaa keskusteluprosessia kehittäjäjäseniä vastuuttamalla. Muutoksena 13.5.2013 ehdotin kehittäjäjäryhmälle, että lähemme vastaamaan erillisellä liitetiedostolla vastaamisen helpottamiseksi. Menettely sopi ryhmäläisille ja keräsin siihen mennessä tulleen keskusteluaineiston erilliseksi liitetiedostoksi, johon sitten jatkoimme yhteiskeskustelua.

ICF-GAS- yhteiskäytön keskustelu sähköisessä verkossa oli 19.5. - 12.6.2013 välisen ajan. Kehittämistä ohjasi kysymys: mitä käyttömahdollisuuksia ICF- viitekehyksen ja GAS- menetelmän yhteiskäyttö tuo kuntoutusprosessiin? (kolmas kehittämiskysymys). 19.5.13 tarkensin kehittäjille yhteiskäytön keskusteluajataulun, samalla kehittäjät saivat kyselyn pelkistetyt vastaukset luettavaksi ja tarkistettavaksi. Näin aineisto oli kaikkien kehittäjien käytössä ennen varsinaisia kehittämistapaamisia ja uuden mahdollisen työmenetelmän luomista (kehittämisteko workshopissa 4.6.13). 28.5.13 muistutin kehittäjiä sähköpostilistalla siitä, että he voivat kommentoida vastausaineistoa, mikäli jokin aineistossa ei vastaa heidän näkemyksiään. ICF/GAS- yhteiskäytön keskusteluteemaan liittyneet kaksi kysymystä kehittäjät saivat 28.5.2013.

ICF/GAS- yhteiskäytön verkkokeskustelu aloitettiin varsinaisesti 28.5.13 kehittämistä valmistelevien kysymysten myötä. Avoimen kyselyn yhteiskäyttöön liittyvän aineiston lähettäminen ajoissa (19.5.2013) kehittäjille antoi mahdollisuuden tuotetun tiedon tarkistamiseen ja kehittelyprosessin edistämiseen ennen varsinaista käytännön kehittämistä. Pohdintaa verkossa oli ICF/GAS- yhteiskäytöstä ja yhteiskäytön kehittämisestä kehittäjien kesken ennen ja jälkeen 4.6.13 workshop-kehittämisen.

Pääsääntöisesti jokainen kehittäjäryhmän jäsen ehti osallistua (vastata tai kommentoida) kehittämisprosessin teemakeskusteluihin Yhteiskäytön kehittämisen verkkokeskusteluun kaikki kehittäjät eivät ehtineet osallistua, mutta panos täydentyi workshop-kehittämisessä. Yhteiskäytön verkkokeskustelu ja käytännön workshop-kehittäminen ajoittuivat samalle viikolle päällekkäisinä, mikä näkyikin keskusteluaktiivisuudessa kuvatuilla tavalla.

5.5.2 Kehittämistapaamiset sairaanhoitopiireissä

Ensimmäisellä kehittämistapaamisella syntyi alkuideaa konkreettisesta kehittämisestä, kun yhteiskeskustelussa pohdittiin asiakkaan tuottamaa tietoa ja sen keräämistä. Nykykäytäntöjä läpikäytäessä keskusteltiin siitä, miten yksi kuntoutusohjaaja käytti tiedon tuottamisen välineenä verkostokartan piirättämistä asiakastilanteessa. Toinen kehittäjä kertoi kartta-visiostaan arjen asioiden ja toimintojen sekä toimintakykyisyyden selvittämiseksi. Tästä yhteiskeskustelusta syntyi alkuidea visuaaliseen arjen karttaan.

Yksittäisen menetelmän kokeminen omaksi ja ymmärrettäväksi palvelee oman työn kehittämistä ja menetelmän soveltamista (Pärnä 2012: 214). Arjen kartan alkukehittely käynnistyi asiakastyön olemusta pohtien.

Kehittämisideointia jatkettiin toisella kehittämistapaamisella, mikä toteutui samalla viikolla. Toisen tapaamisen kehittämisantia oli varmistuminen tarpeesta saada työmenetelmää konkreettiseen asiakastyöhön. Nämä ajatukset ja näkemykset siirtyivät workshop-kehittämisspäivään. Tutkimussuunnitelmasta poikkeaminen mahdollisti näin jokaisen kehittäjän kehittämispanoksen hyödyntämisen yhteiskehittelyssä. Kehittämistapaamisissa syntynyt alkuajatus ja tarve kehittää työmenetelmää heräsivät kuntoutusohjauksen nykykäytäntöjen pohtimisen ja refleктоivan yhteiskeskustelun avulla käytännön kehittämistarpeista. Yhteiskehittelyn ideointia oli jo tullut ICF- ja GAS- verkkokeskustelujen aikana. Viimeinen verkkokeskustelu yhteiskäytön kehittämisestä kohdisti kehittäjien ajatukset kehittämisen edellytyksiin.

5.5.3 Workshop-kehittämistapaaminen Helsingissä

Workshopissa 4.6.2013 kokoontui kolme kehittäjää. Kehittämisprosessin aikana tuotetun tiedon tiivistykset aiheista ICF, GAS ja niiden yhteiskäytöstä sekä kehittämisen ideat (7) ja edellytykset olivat nähtävillä seinällä tapaamisen aluksi. ICF- ja GAS- hankaluuDET oli kuvattu punaiselle, ICF- ja GAS- hyödyt vihreälle, yhteiskäytön kehittämisen edellytykset olivat tiivistetty keltaiselle värikartonkipohjalle. Kehittämisprosessin aikana

verkkokeskusteluista kootut kehittäjäryhmän tuottamat kehittämisideat (7) oli koottu vastaavasti siniselle pohjalle (aineisto seinällä, kuva 1). Kehittäjäryhmäläiset tutustuivat workshopin alussa aineistoon lyhyesti näyttelykävelyllä.



Kuva 1. Workshop-kehittämisen lähtökohdat postereina seinällä 4.6.

Workshopissa päätettiin yhteisesti lopullisen kehittämisteon suunta ja sisältö. Vilkkaan ja vaiheittaisen keskustelun aikana käytiin läpi kaikki kehittäjäryhmällä tuotetut ideat pohtien kysymyksellä: mikä niistä halutaan toteuttaa? Paikalla olleiden kehittäjien pyynnöstä olin workshop-tapaamisen vetäjä organisoiden tilaisuutta ja reflektoiden kehittämistietoa. Varsinaisia yhteiskehittelymenetelmiä ei ollut järkevää käyttää pienen kehittäjäryhmän vuoksi. Kehittäminen workshop:ssa oli vilkasta vuorovaikutteista keskustelua, jonka tavoitteena oli luoda uusi työmenetelmä asiakastyöhön. Kehittämistiedon varmistamiseksi kehittämistapaaminen pääosiltaan nauhoitettiin. Aineiston suuruus on nähtävillä yhteenvetotaulukossa (liite 4). Litteroidusta aineistosta on nyt seuraavaksi raportissa esillä tiivistys kehittämishetken kulusta ja asiasisällöstä.

Kehittäjäryhmässä aluksi keskusteltiin työ- ja kirjauskäytännöistä, kuntoutusohjauksen eroista sairaanhoitopiireissä työtä vertaillen. Etukäteen syntyneiden kehittämisideoiden äärellä yhteiskehittelyä heräteltiin kysymyksin: miksi, mitä idea käytännössä tarkoittaisi, miten ideaa voisi käyttää työssä. Keskustelu eteni kuntoutusprosesseihin, jolloin puhuttiin yleistä työkäytännöistä. Keskustelussa tulivat esiin toimintakäytänteiden erot kuntoutukseen hakeutumisessa. Sairaanhoitopiirien kokoerot vaikuttavat kuntoutusohjauksen määrään ja toteutumiseen perheiden kanssa. Keskustelu jatkui SHP – NKL- kun-

toutusjatkumosta puhumisella. Keskustelussa kuntoutusohjaajien työmäärästä johtuva turhautuminen tuli esiin. Yhteiskeskustelu jatkui potilaspapereiden käsittelyn eroista käytännössä, ekokulttuurisen perhehaastattelun (EPH) asiasisällön ja kuntoutusohjauksen sisältöjen vertailuun. Keskustelussa pohdittiin myös perheen tukemisen keinoja ja psykologin saamisesta perheen avuksi. Keskustelussa perheen tukemisen haasteet nousivat esille: kuka tukee perhettä? Keskustelussa tuli esiin kriittikkiä EPH:n teemoista talous, parisuhde, isän rooli. Perheen ympäristön laajuutta pohdittiin seuraavaksi: vertais-, netti... Keskustelua tuli siitä, että kuntoutusohjaukseen kuuluu myös etuuksien selvittely. Tästä virisi yhteys ICF:n ympäristöön. Vilkkaaseen yhteiskeskusteluun tulivat mukaan kuntoutussuunnitelmien tekemisen haasteet ja varsinkin suunnitelmien rytmityksen vaihtelevuus, mikä hankaloittaa kuntoutusohjaustyötä. Keskustelussa esiin pohdintaa ja havaintoja siitä, että toiminta eri puolilla Suomea erilaista kuntoutuksen ja palvelujen suunnittelussa. Etuuskeskustelussa tuli kommenttia, että viranomaispuhe ei huomioi lapsen arkea. Pohdintaa ryhmässä siitä, että arjen kartan säilyttämisen on haaste: kuka säilyttää? perhekö kuljettaa mukanaan? Yhteiskeskustelussa erillisten kehittämistapaamisten keskustelujen anti referoitiin workshopiin osallistuneille kehittäjille. Keskustelussa pohdittiin kriittisesti verkostokartan ja arjen kartan eroa. Yhteenvetona keskustelusta: kartta toteuttaa ICF- viitekehysajattelua ja ongelmat suuntaavat ajatukset GAS- tavoitteisiin.

Verkkokeskustelussa esiin noussut työmenetelmä ekologinen perhehaastattelu (EPH) oli yhdelle workshopiin osallistuneelle kehittäjälle tuttu. Hän oli käyttänyt sitä perheiden kanssa saadakseen vanhemmilta kuntoutusohjauksen tarvitsemaa tietoa lapsen ja perheen arjesta. Saadut käyttökokemukset olivat positiivisia kysymysrunгон kokonaisvaltaisuuden tukiessa kuntoutuskeskustelua. Kyseinen kehittäjä toi menetelmän tiedoksi muille kehittäjille verkkokeskustelussa jakamalla löytämänsä teoreettista tietoa menetelmän soveltuvuudesta kuntoutuksen asiakastyöhön. Workshopissa selvisi, että kehittäjä olikin tarkoittanut myös EPH: a puhuessaan tsekkauslistan käytöstä työnsä tukena. Kehittäjä kertoi, että hän on myös käyttänyt asiakastyönsä tukena ICF- CY: n 3-6-vuotiaiden Questionnaire:n tsekkauslistan aktiivisuus ja osallisuus - kohtia vanhempien näkemysten kartoittamiseksi. Määtän ja Rantalán (2010) mukaan ekokulttuurinen perhehaastattelumenetelmä kohdistaa huomion perheen selviytymiseen, arjen rutiineihin ja organisointiin. Menetelmässä vanhemmat kuvailevat perheen tavallista arkipäivää. (Määtän - Rantala 2010: 222 - 223.) Herajärvi (2010) erityispedagogiikan pro gradussaan on selvittänyt vaikeavammaisten koululaisten asiakasryhmällä EPH: n ja ICF- CY- viitekehysajattelun tiedonhankinnan vastaavuutta. Herajärvi toteaa arjesta

saadun tiedon hyvää yhdistettävyyttä ICF-CY: n ympäristötekijöihin. (Herajärvi 2010: 77 - 78.) Toinen kehittäjiltä tullut käytännön idea oli verkostokartta-ajattelu, jota yksi kehittäjäryhmän jäsen käytti perheiden kanssa. Verkostokartan piirtäminen vanhempien tahdilla tuo esiin vanhempien näkökulmaa, tarpeita, ajatuksia, tapaa suhtautua oman lapsen tilanteeseen, jotka ovat erittäin tärkeitä elementtejä perheiden kuntoutusohjaustyössä.

Ekologisen perhehaastattelun haastattelurungon aiheita käytettiin workshop-kehittämisessä Lapsen arjen kartan suunnittelussa keskustelun virittäjänä. Haastattelurungon aiheita läpikäyden viritettiin keskustelua tulevan Lapsen arjen kartan sisällöstä ja rakentumisesta. Lisäksi keskustelussa pohdittiin arjen kartan täyttämistä, rakentamista yksilöllisesti perheiden tarpeiden mukaan, piirtämisen helppoudesta tai vaikeudesta, vanhempien piirtämisen tukemisesta ja yksilöllisesti määrittyvän tuen määrästä arjen kartan tekemisen tilanteessa perheiden erilaisuus huomioiden.

Kartan luomisen yhteiskeskustelun kulku ja asiasisältö on kuvattu seuraavaksi. Aluksi piirrettiin luonnosta kartasta paperille: lapsi keskelle ympyräksi. Yhteiskeskustelussa tuli pohdintaa siitä, miten lähteä liikkeelle, ettei ohjaile perhettä. Keskustelua lapsinäkökulmasta ja asiantuntijanäkökulmasta. Arjen kartassa lapsilähtöinen lähtökohta, kysymykset otetaan tueksi ja kartta on perheen näköinen. Pääkysymysten luonti ja pohtiminen tuotti ohjaavat kysymykset. Keskustelussa myös pohdintaa siitä, että palveluita pitää selvittää osana kuntoutusohjaustyötä. Kehittäjät pohtivat eri-ikäisten lasten kykyä täyttää karttaa itse ja minkä ikäiselle voi tehdä karttaa. Yhteispohdinnassa käytiin läpi ICF- viitekehyksen mallia ja yksilötekijöiden osaa, jota ei viitekehyksessä käytetä. Keskustelussa kehittäjät pohtivat kysymysten määrää. Myös ICF- GAS- jatkumoa pohdittiin yhdessä. Kartan tekemisen mahdollisuus eri ikäryhmillä tuli keskustelussa esiin. Pohdittiin myös lapsen kykyä tuottaa vastauksia kartan avulla. Kuntoutuksen sisältöön liittyen keskustelua oli tavoitteiden realismista, vanhempien ylisuojelusta tai tilanteen hahmottamisen epärealistisuudesta, jotka ovat kuntoutumisprosessin sisältöä keskeisesti. Yhteiskeskustelussa pohdintaan tulivat ympäristön estävät ja tukevat asiat, ympäristön asenteet, vanhempien mahdollinen väsymys vastaamisessa. Vilkasta keskustelua käytiin ICF- viitekehysajattelusta ja ympäristöstä: vammaan hyväksyminen, ympäristön ihmisten suhtautuminen ja mitä vanhempien kertomasta voidaan tulkita. Keskustelussa todettiin, että palveluihin liittyvä kysymys suunnataan vanhemmille. Kehittäjäryhmässä tuli huoli siitä, että kartan tekemisen aikana ohjaillaan perhettä liikaa, siksi pohdittiin myös kysymysten esittämistä piirtämisen jälkeen. Näkövammaisen maneerien esiintyminen arjessa, tuleeko automaattisesti mukaan karttaan asiakkaan piirtämänä, tätä

pohdittiin. Yhteistuumiin todettiin, että kartan äärellä käydään kuntoutusohjauksellista keskustelua. Tämä johdattikin pohtimaan yhdessä kuntoutusohjauksen sisältöä ja työkäytäntöjä. Arjen kartan kysymys, mikä onnistuu, on eri asia kuin Kelaan menevät vaikeiden asioiden kuvaukset ja lausunnot, siksi tähän vastaamiseen tulee hetkeksi pysähtyä.

Yhteiskeskustelussa pohdittiin arjen kartan hyötyjä, joita ovat vanhempien tukeminen ja asioiden uudelleen tarkastelu. Keskustelu jatkui GAS- aikataulutuksen pohtimisella. Todettiin myös, että arjen kartta kotona on eri asia kuin tutkimukset neurologian puolella. Keskustelussa jaettiin ajatuksia siitä, että lapsella on erilainen toimintakyky eri ympäristöissä ja ympäristön muokkaus, valaistusasiat ja asunnonmuutostyöt ovat keinoja tukea suoriutumista. Kehittäjät jakoivat keskustelussa ajatuksiaan työnsä toimintakäytännöistä.

Perheen näkökulman ja kuntoutustyöntekijän näkökulmien eroista oli keskustelua ja siitä, että yhteiskeskustelua tarvitaan perheiden kanssa, sillä ajoittain näköasioilla saatetaan selittää myös muita toimintakyvyn rajoitteita. Tämä on osoitus tuen ja keskustelun tarpeesta, jolloin perhe ohjataan keskusteluun lääkärin luo. Yhteiskeskustelussa tuli esiin yhteenvetona, että arjen kartta on kasvun ja voimaantumisen osoittaja kuntoutumisessa. Kehittäjät jakoivat kokemuksiaan GAS- käytännöistä: tavoitteiden spesifisyys eri toimijoilla vaihtelee. Keskustelussa myös pohdintaa kartan sisällöstä, haluavatko vanhemmat kaiken näkyväksi karttaan. Keskustelu laajeni myös avoterapeuttien ohjauskäytäntöjen pohtimiseen, jossa sivutiin konsultaatio- ja yhteistyökäytien toteuttamista.

GAS: n käyttöön liittyvässä keskustelussa tuli myös näkemyksiä siitä, miten käytännössä sitä oppii parhaiten verrattuna pelkkään koulutukseen. Seuraavaksi keskustelussa pohdittiin moniammatillista GAS- tavoiteasettelua ja sen haasteita. Avoterapeuttien tavoitteet suuntautuvat ammatillisesti ja Kelan maksupolitiikan mukaan. Neurologian ja silmäyksikön yhteisten tavoitteiden luomisen vaikeus tuli esiin keskustelussa. Eriytyneisyys näkyy yhteistyön puutteena. Avopuoli –käsitteenä ymmärrettiin keskustelussa eri tavalla, jolloin tuli hämmennystä. GAS- yhteistyö avoterapeuttien kanssa ei ole etäistä työskentelyä. Tämän jälkeen keskustelu palautui arjen kartan käyttöönoton pohtimiseen.

Tietokonetyöskentelyn äärellä yhteiskeskustelua käytiin kartan käytöstä, ohjeista ja visuaalisesta ilmeestä. Pohdittiin myös sopivia kysymyksiä, niiden määrää ja erityisesti kysymyksiä: mitä lapsi näkee vai miten ymmärtää näkemänsä. Mitä muutosta, mikä

auttaisi arkea, mitkä asiat helpottavat arkea tai lapsen kasvua ja kehitystä? – keskustelun kautta päädyttiin kahteen kysymykseen, jotka kohdistavat huomion muutokseen.

Yhteiskeskustelussa oli ohjeistuksen pohtimista, tavoitteiden pituuksista (pitkä vai lyhyt tähtäin) Eri toimijat, keitä ovat, tästä yleistä keskustelua ja pohdintaa. Keskustelua oli GAS- aikataulutuksen haasteista: tavoitteiden tarkistaminen, aikataulutuksen haasteet, pitkä aikaväli seuraavaan arviointiin keskussairaalassa vaikeuttaa tavoitemäärittelyä. Keskusteluun tuli myös se, että Lapsen arjen kartan kuvauksen ulkopuolella ovat käytössä olevat kuntoutuksen työmenetelmät. Keskustelussa oli esillä myös erilaiset perhekulttuurit kuntoutustyön haasteena. Kartta on yhteydenpitoon ja tiedonsiirtoon perheen luvalla. Yhteiskeskustelussa oli myös aiheena tiedonsiirron työkäytännöt toimijalta toiselle.

Yhteiskeskustelussa tuli esiin aika ajoin eettistä pohdintaa siitä, mikä on kuntoutusohjaajan rooli vanhempien sanoittaessa asioita oman ymmärryksen ja näkökulman mukaan. Miten ja milloin nostetaan keskusteluun asioita, joista vanhemmat itse eivät puhu. Herkkiä asioita ovat esimerkiksi näkövammaisen lapsen kehityksen erityiskysymykset, pulmat ja maneerit tai muu epätoivottu käyttäytyminen tai lapsen hyväksyminen vammaisena perheessä, lähipiirissä, asuinpaikkakunnalla. Keskustelussa tuli esiin myös kuntoutusohjaajan vastuu kuntoutuksen työntekijänä nostaa tarvittaessa kehitykselliset asiat keskusteluun realismia tuoden ja vaikeista asioista puhuen vanhempia tarvittavasti tukien. Vanhempien ja kuntoutustyöntekijän käsitykset voivat poiketa kovastikin toisistaan lapsen kuntoutustavoitteiden pohdinnassa: mitä tavoitellaan ja miten?

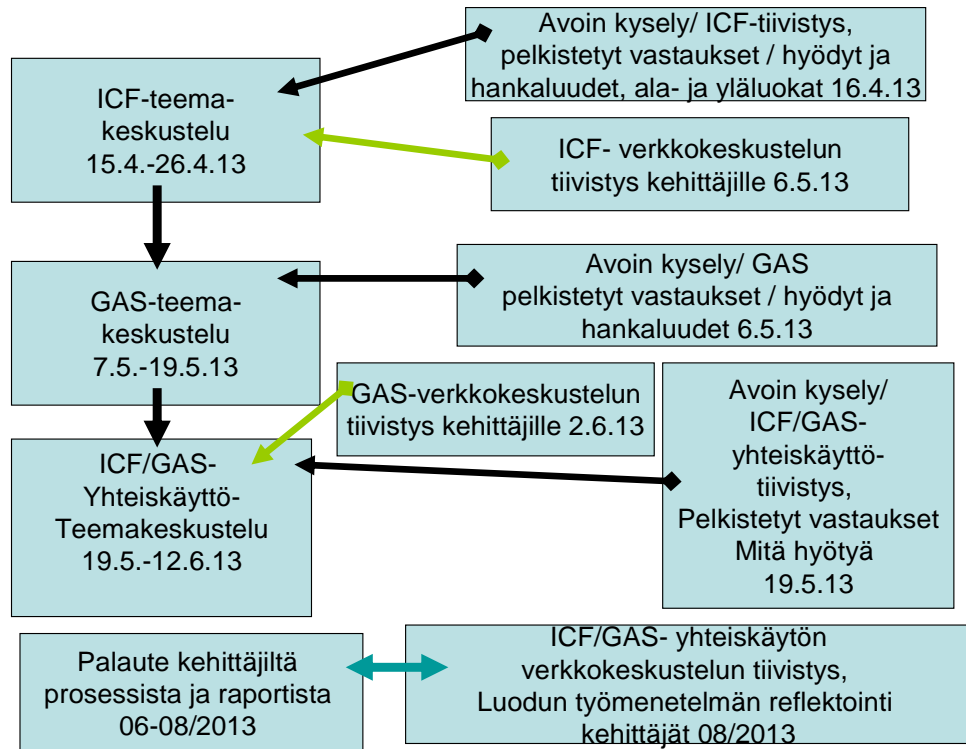
5.6 Aineiston analyysi

Tutkiva kehittämistyö toteutui prosessimaisesti vaiheittain yhteisen ymmärryksen rakentuessa kehittäjäryhmässä. Toimintatutkimuksellisen perinteen mukaisesti tuotettua tietoa analysoitiin kehittämisprosessin eri vaiheissa heti tiedon syntymisen jälkeen. Kehittäjille lähetettiin tiivistettyä tietoa prosessin vaiheiden etenemisen mukaisesti teemoittain. Toimintatutkimuksellisen kehittämisen päätelmät syntyivätkin vähittäisen kehittämisen- ja tulkintaprosessin avulla. (Heikkinen 2006: 22). Toimintatutkimuksellinen prosessi lähtee asioiden tarkastelusta kohti kehittämisen tarkoitusta (Heikkinen 2006: 36). Pääpiirteissään prosessin aikana kehittäjät saivat kyselyllä tuotetun tiedon aina teemakeskustelun alussa orientaatioksi ja yhteisen ymmärryksen syventämiseksi.

Verkkokeskustelun jälkeen kehittäjät saivat keskustelusta tehdyn tiivistelmän tarkistettavaksi ja tiedon syventämiseksi edelleen.

Kehittämistyön aikana tuotettua tietoa käsiteltiin huolellisesti, luottamuksellisesti sekä kehittäjien anonymiteetti säilyttäen. Analysoitava tieto erotettiin yksilöivistä henkilötiedoista ja analysoitiin aineistolähtöisesti. Aineistolähtöisen analyysin mukaisesti kehittäjien vastauksista poimittiin kehittämiskysymysten mukaiset asiat. Huomio kiinnittyi hyötyihin ja hankaluuksiin. Vastauksista nousseita hankaluuksia nostettiin sähköisessä verkostokeskustelussa esiin tilanteeseen luoduilla lisäkysymyksillä. Näillä kysymyksillä pyrittiin virittämään lisää keskustelua asian syvemmän yhteisen ymmärryksen luomiseksi ja muodostamiseksi käytännön työstä.

Kaikki tuotettu tieto pelkistettiin ja ryhmiteltiin aineistolähtöisesti. Aineiston analyysi ja muokkaus rakentui havaintoyksikköön, joka oli ajatuskokonaisuus tai lause. Verkko-keskusteluvaiheessa huhtikuu- kesäkuussa 2013 ei syvempään aineiston analyysiin ollut mahdollisuutta kehittämisprosessin aikataulutuksen vuoksi. Toisaalta erillinen aineiston analyysivaihe oli tulossa kesällä 2013 kehittämisprosessin jälkeen. Kehittämisprosessin aikaista tuotettua tietoa oli jo ryhmitelty ja tiivistetty workshopia varten. Kaikki ICF: n ja GAS: n sekä yhteiskäytön hyödyt, hankaluudet ja mahdollisuudet tiivistettiin posteriksi. Apuna käytettiin prosessin vaiheissa tuotettuja tiivistyksiä kyseisistä teemoista, jotka kehittäjät olivat siis jo saaneet itselleen sähköpostilistalla. Workshopia varten tiivistettiin siihen mennessä käydyistä verkkokeskustelusta vastaukset kahteen kysymykseen. Oma tiivistys tuli kehittämisen edellytyksistä ja kehittäjien ennakkoidoista.



Kuvio 3. Kehittämistiedon tiivistykset kehittäjille prosessin aikana

Aineiston analyysin syveneminen oli mahdollista kesällä 2013 varsinaisen kehittämisen jälkeen. Näin aktiivinen kehittäjäryhmäläisen roolini vaihtui kesällä aineiston analysoijan rooliin. Roolien vaihteisuus kehittämisprosessissa pyrki myös aineiston analyysin luotettavuuden ja onnistumisen varmistamiseen. Aineiston analyysiä jatkettiin tarkastelemalla aineiston luokkia uudelleen kehittämiskokemuksen jälkeisen tauon lisätessä analyysin objektiivisuutta.

Avoimen kyselyn yhteenvedot, teemoista ICF, GAS ja ICF – GAS- yhteiskäytön kehittäminen, välitettiin kehittämisvaiheistuksen (tutkimussuunnitelma) mukaisesti kehittäjäryhmälle verkkokeskustelun alkaessa (kuvi 3). Näin kyselyn tuottama tieto meni kehittäjille keskustelujen alussa tarkistettavaksi ja kommentoitavaksi sekä yhteisen ymmärryksen rakentamiseksi edelleen. Tällä menettelyllä pyrittiin varmistamaan aineiston oikeellisuus aineiston tuottajilta ja luomaan yhteistä orientaatiopohjaa työkäytännöistä ja ajatuksista ICF: stä ja GAS: sta sekä niiden yhteiskäytöstä tähdäten käytännön kehittämiseen. Alustavan analyysin mukaiset verkkokeskustelussa tuotetun kehittämistiedon tiivistykset kehittäjille välitettiin keskusteluvaiheen päätyttyä tarkistettavaksi (kuvi 3).

ICF- keskusteluaineiston tiivistyksessä oli pelkistettyjen havaintojen lisäksi alaluokka ja sille mahdollinen yläluokka. Kehittäjät saivat aina vaiheittain aineistojen myötä mahdollisuuden kommentoida tuotettua tietoa. Käytännössä prosessin aikana kehittäjäryhmällä ei ollut tarvetta muuttaa tuotettua kysely- tai keskustelutietoa ja siitä johdettuja tiivistyksiä. Yksi aineistokorjaus tehtiin toisen kehittämistapaamisen kenttäpäiväkirjamerkin-töihin liittyen kuvattuihin työkäytäntöihin, joista keskusteltiin kehittämistapaamisella. Koska kehittämistyön aineiston analyysin luokituksiin ei tullut kehittäjäryhmältä kommentteja ICF- teemassa, päädyin jatkossa esittämään vain pelkistetyt vastaukset ryhmiteltyinä sähköpostilistalla. Työkiireiden keskellä ei kehittäjillä ollut aikaa kommentoida tuotettua aineistoa, kun jo sähköpostilistalle vastaaminen oli ajoittain haasteellista. Halusin pitäytyä prosessin aikana tuotetun tiedon alkulähteillä ja syventyä tiedon tarkempaan analyysiin erillisessä analyysivaiheessa kesällä 2013.

Aineistoanalyysin jatkuessa kesällä 2013 palattiin pelkistettyihin vastauksiin ja niistä syntyneisiin mahdollisiin alaluokkiin. Kesällä aineiston uudelleen tarkastelu tuotti muutoksia pelkistettyjen havaintojen ryhmittelyyn ja niistä lähteviin alakäsitteisiin. Joillekin alakäsitteille oli ryhmittelyn kautta mahdollisuus löytää yläkäsite. Vaiheittain tuotettua aineistoa läpikäydessä tuli selväksi, että vaiheiden ICF- ja GAS- keskusteluaineisto sisälsi kehittäjien ajatuksia ja kommentteja tiiviisti lähekkäin tuotettuna: tuotetussa aineistossa vastauksia oli kumpaankin teemaan riippumatta vaiheesta/ teemasta tai kehittäjien kommentit menivät jo pidemmälle yhteiskäytön kehittämisen ideointiin. Tämä kerroksellisuus aineistossa ei ollut huono asia käytännön kehittämistä ajatellen, vaan osoitus kehittäjien kokonaisvaltaisesta ajattelusta ja motivaatiosta kehittämiseen.

Kehittäjien tuottamaa tietoa piti muokata, siirtää, ryhmitellä ja tarkastella huolellisesti kehittämiskysymysten teemojen mukaan. Tuotetun aineiston käsittelyssä noudatin tarkkuutta tiedon keräämisessä ja tallentamisessa huomioiden prosessin vaiheet ja aikataulun. Aineiston käsittelyn edetessä heräsi kiinnostukseni tuotetun tiedon prosessiin: syveneekö kehittäjien tuottama tieto kehittämisvaiheiden edetessä kahdesta erillisestä teemasta yhteiskäytön kehittämiseen. Yhteiskäytön teeman aineistossa oli myös joukossa pelkistettyjä vastauksia yksittäin liittyen joko ICF- tai GAS- teemaan. Tästä johtuen siirsin vastaukset oikeille paikoille aineistoihin ICF/GAS- viitetiedon lisäyksellä. Näin ne erottuivat alkuperäisen keskusteluteeman aineistosta. Aineistoanalyysin vaiheiden jälkeen kokonaisaineisto oli ryhmiteltyinä loogisiksi kokonaisuuksiksi teemoittain. Tästä analyysistä on nähtävissä esimerkkiä liitteessä 5.

Workshop-kehittämiskeskustelut tuottivat loogisia väitteitä, joille tehtiin vastaväitteitä ja tästä synteesisistä kehittämisteko muodostui (Heikkinen 2006: 36). Workshopin tuottama aineisto lapsen arjen kartasta ja sen ohjeistuksesta lähti kehittäjille elo-syyskuussa 2013 kommentoitavaksi ja täydennettäväksi. Myös kesällä tehdyn aineistolähtöisen analyysin tarkemmat tulokset lähtivät kehittäjille tarkistettavaksi syyskuussa 2013.

6 Kehittämistyön tulokset

Kehittämisen prosessin aineiston ja tulosten tuottamisessa on lähdetty liikkeelle kehittäjien omakohtaisista kokemuksista ja näkemyksistä. Yhteistä ymmärrystä on laajennettu kehittämisen prosessin vaiheiden ja menetelmin avulla. Seuraavaksi kehittämisen prosessin tulokset kehittämiskysymysten mukaisessa järjestyksessä.

6.1 ICF- viitekehyksestä saadut käyttökokemukset kuntoutusprosessissa

ICF: n käytön hankaluudet ja haasteet liittyvät sairaalamaailman toimintakäytäntöjen haasteisiin, joita ovat kliinisen näkökulman korostuminen ruumiin/ kehon toimintojen ja suoritusten kirjaamisilla ja voimavaroalähtöisyyden huomioinnin vähäisyys diagnostiikan ohessa. Hankaluutena koetaan myös lääkärijohtoisuudesta johtuva systemaattisuuden puute ICF: n hyödyntämisessä. Käytön hankaluus ja haasteet johtuvat myös ICF- tietoisuuden haasteista työssä, mikä johtuu koulutuksen satunnaisuudesta ja ICF-CY- viitekehyksen suomenkielisen version puutteesta, epätasaisesta ICF- tiedoudesta sekä lasten ympärillä toimivien eri ammattiryhmien ICF- tiedon puutteesta.

Hankaluutena ja haasteena koetaan edelleen myös ICF: n käytön juurruttamisen haasteet, sillä ICF- ajattelun lisäämisen haasteet työssä edellyttävät kehittämismyönteisyyttä. Omakohtaisten opiskelusta saadun ICF- tietoisuuden hyödyntämiseen työssä tarvitaan työyhteisöä ja esimiestä. Toisaalta ICF- ajattelun vieminen omaan ajatteluun ja toimintamalliin kysyy kehittämismyönteisyyttä jokaiselta kuntoutustoimijalta. Haasteena koetaan ICF: n aikatauluhaasteet työssä, sillä ICF: n käyttöön on varattava aikaa työkäytännöissä.

ICF- luokituksen hankalakäyttöisyys kuntoutuksessa johtuu monista tekijöistä kuten koodikielen vaikeakäyttöisyydestä, koodien soveltumattomuudesta toiminnallisen näönkäytön arviointiin ja asiakastilanteisiin. Niin ikään haasteena on koodiston laajuus kirjauksissa käytettynä ja sopimattomuus Effica- rakenteiseen kirjaamiseen.

Hankaluutena ja haasteena koetaan sairaanhoitopiireissä ICF: n käytön kirjavuus, mikä tulee esiin sairaanhoitopiirien heikkona valmiutena ICF- luokituksen soveltamisessa laajemmin. Sairaanhoitopiireissä eri ammattiryhmät ovat erilaisessa vaiheessa ICF- asian omaksumisessa. Koetaan, että lääkäreitä ei asiassa kannata odottaa. ICF: n käyttö nähdään myös eri yksiköissä vaihtelevana, esimerkiksi joissakin yksiköissä se on käytössä yläkäsitteiden tasolla.

Sairaanhoitopiirien kirjauskäytäntöjen kehittämistarpeet ICF: n käyttöönotossa asettavat haasteita ja hankaluuksia. Nykyiset asiakaskirjaukset eivät sisällä ICF- tietoa. Toisaalta sopivaa kirjauspohjaa ei ole käytettävissä tietoteknisesti.

ICF- luokituksen käyttö tarkkana mittarina asettaa haasteita. ICF- luokituksen tarkkana validina mittarina on haaste. Kehittäjäryhmässä koettiin, että mikäli luokitusta halutaan käyttää oikein, tulee sitä käyttää tarkalla tasolla asiakastyössä.

Kehittäjät kuvaavat ICF: n käytön monia hyötyjä. ICF: n avulla kuntoutuksen kokonaisvaltaisuus tulee näkyväksi. Kuntoutustilanteen kartoitus eri osa-alueiden avulla tukee kokonaistilanteen hahmottamista, tuo esiin lapsen tilanteen eri osa-alueilla, tukee kuntoutustyön alussa työskentelyä ja asiakkaan tilannetta lähdetään miettimään kokonaisvaltaisesti. Hyötynä koetaan myös esimerkiksi ICF- tarkistuslistojen hyödyntäminen, mikä tukee kuntoutusohjaajaa huomioimaan kaikki osa-alueet. Hyödyntämisen lisäksi mahdollisuutena nähdään myös omien tarkistuslistojen laatiminen ja käyttö.

ICF: n hyötynä kuntoutuskentässä nähdään moniammatillisen kuntoutuksen helpottuminen, sillä ICF: n avulla saadaan yhtenäisyyttä kuntoutuskäytäntöihin. Tämä näkyy arvioinnin yhtenäistymisessä, kirjausten ja kuntoutusselosteiden selkeydessä sekä yhteisenä kielenä toimintakyvyn kuvaamisessa. Hyötynä nähdään myös kuntoutusyhteistyön sujuvuuden lisääntyminen, mikä on mahdollista asiakkaiden, lähi-ihmisten ja asiantuntijoiden yhteisen ICF- kielen avulla. ICF: n avulla on mahdollista moniammatillisen yhteistyön sujuvuus.

ICF: n kokonaisvaltaiseen tarkasteluun kuuluva asiakkaan ympäristö tulee mukaan kuntoutukseen paremmin. ICF tuo asiakkaan elinpiirin ja ympäristön esiin ja auttaa hahmottamaan ympäristön mahdollisuuksia. Voimavarakeskeisyys vahvistuu kuntoutusajattelussa myönteisenä tekijänä. ICF- viitekehys ohjaa kuntoutustyötä ja -ajattelua. Nämä kaikki tekijät edistävät aidosti asiakkaan ympäristön mukaanottoa kuntoutussuunnitteluun.

ICF: n käytöstä työssä nähtiin useita hyviä asioita ja mahdollisuuksia, kuten tarkistuslistojen käyttäminen työssä tsekkauslistoina. ICF koetaan kokonaisvaltaisena menetelmänä, jonka pohjalta kuntoutustavoitteet on hyvä luoda. Kuntoutusta helpottaisi asiakkaan ja kuntoutusohjaajan yhteinen pohdinta tavoitteista ICF- mallin mukaisesti, mikä auttaisi konkreettisten ja asiakaslähtöisten tavoitteiden määrittämistä kuntoutuksessa nykyistä paremmin.

Asiakkaan selviytyminen arjessa on huomion kohteena. Fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky on kokonaisuus niin hoito- kuin kuntoutustyössäkin. Miten potilaan näkövamma ja muut sairaudet vaikuttavat ja vaikeuttavat arjen toimintoja on tarkastelun kohteena. Miten henkilö kykenee olemaan mukana arjessa ja onko kiinnostusta arjen asioihin. Toimintakyky nähdään laajana käsitteenä ja pyritään pohtimaan asiakkaan tilannetta yhteistyössä asiakkaan ja hänen lähipiirinsä kanssa. Asiakasta pohditaan paljon ICF- näkökulmasta: miten ja missä sosiaalisessa ympäristössä hän toimii.

6.2 GAS- menetelmästä saadut käyttökokemukset kuntoutumisprosessissa

Hankaluudet ja haasteet, samoin kun hyödyt ja mahdollisuudet on kuvattu seuraavaksi. Tulosten kuvauksen ohessa on myös kehittäjien kommentteja suorina lainauksina.

Gas- menetelmän käytön hankaluutena ja haasteena koetaan perheiden erilaisuus tavoiteasettelussa.

Kuntoutusohjaajan kokema vaikeus GAS- työskentelyssä tulee esiin ahdistuksena epäonnistumisen hetkellä. Tavoitteiden epärealistisuus turhauttaa.

”Mahtipontiset tavoitteet, joihin ei pysty vastaamaan sovitussa ajassa”.

Ajankäyttö ja GAS- menetelmän soveltaminen koetaan hankaluutena työssä. Kehittäjäryhmäläiset totesivat menetelmän käytön vievän työaika ja toisaalta työaika on rajallista. GAS- menetelmän soveltamiskysymys tuotti kaksi eriävää ja vastakkaista näkemystä.

”GAS- menetelmää ei osata soveltaa joustavasti.”

”GAS- menetelmää nyt vielä sovelletaan kuntoutustyössä.”

GAS- menetelmän käytön kirjavuus ja vaihteleva tunnettuus tulevat esiin systemaattisen toimintamallin puutteena GAS- työskentelyssä.

”GAS ei vielä kaikkien tiedossa tai käytössä.”

Moniammatillisen työskentelyn resurssoinnin haasteet näkyvät ajankäytön suunnittelussa. GAS- haastatteluille ja GAS- tavoitteista tiedottamiseen on varattava aikaa moniammatillisessa työryhmässä. Myös tavoitteiden mukaisten keinojen moniammatillinen pohdinta edellyttää ajankäytön resurssointia kuntoutuksen toteutuksessa.

GAS- tavoitteiden erillisyyden hankaluudet kuntoutuskentässä näkyvät asiakkaiden useiden tavoitteiden erillisyytenä toimijatahoilla, tavoitteiden määrän ja huomioinnin epätietoisuutena, asiakkaan kokemana tavoitteiden työläytenä ja epävarmuutena kuntoutussuunnittelussa.

”Onko liikaa tavoitteita?” ”Kuinka huomioidaan useat tavoitteet lapsen kuntoutuksessa?” ”Epävarmuus Kela :n suunnitelmista GAS: n suhteen.”

Hoitovastuun ja kuntoutuksen tavoiteasettelun eriytyneisyys koetaan hankaluutena. Hoitovastuun mukaisesti määrittävät kuntoutussuunnitelmat ja tavoitteet erillisinä näön kuntoutusohjauksesta. Keskussairaaloiden sisällä eriytyneiden toimintayksiköiden yhteistyö on haasteellista.

”Sairaalassa omia isoja eriytyneitä toimintayksiköitä, jolloin yhteistyö hankalaa (ajankäyttö, koordinointi).”

GAS asteikon käytön vaikeus tuli esiin keskustelussa kommenttina, jonka mukaan asteikon soveltaminen on edellytys tavoitteen saamiseksi. Tällä voidaan viitata perheen kykyyn tehdä asteikkoa ja toisaalta yhteistyön haasteisiin asteikkoa yhdessä luotaessa.

GAS: n käytön tehottomuus nykykäytännöissä nähdään epäkohtana. Kuntoutusohjauksessa ei osata hyödyntää GAS- menetelmää systemaattisesti, mikä aiheuttaa ajankäytön vaikeutta. Toisaalta asiakkaan tavoitteiden aikataulut on vaikeaa, sillä mikä on oikea aikataulu tavoitteen saavuttamiseksi yksilöllisellä kasvun ja kehityksen tahdilla. Hankaluutena nähdään myös erilliset kuntoutuksen suunnittelukokoukset, joissa asiakkaalle tavoitteita asetetaan erillisinä toimintoina ja resursseja epätaloudellisesti käyttäen.

Hankaluutena ja haasteena koetaan kuntoutussuunnitelman rakentuminen, sillä sairaanhoitopiireissä ei vielä GAS: a systemaattisesti käytetä, eikä käyttö ole tiedostettua. Silmälääkärin ja kuntoutusohjaajan yhteistyölle on niukasti aikaa perheiden tapaamisissa. Tästä syystä kuntoutuksen suunnittelu yhdessä jää vähälle. Kuntoutussuunnittelu painottuu enemmänkin vaikka päivähoidon suunnitelmissa. Kuntoutussuunnitelmien tulisi olla kaiken lähtökohta. Harvoin vaan on niin hyvä, että saisi tietoa arjessa selviytymisestä. Kuntoutusohjaus joidenkin perheiden kohdalla painottuu paljolti ohjantaan,

suunnitteluun, seurantaan. Erikoissairaanhoidon puolella ei kuntouttajana toimiminen ole tehtävänä. Lääkärillä niukasti aikaa kuunnella kuntoutujaa ja etsiä yhdessä tavoitteita kuntoutukselle. Isojen sairaaloiden kaikilla erityisaloilla on omat käytännöt tavoiteasettelussa. Kuntoutussuunnitelman pituus säätelee tavoitteiden suuntaamista lähitai pitkän tähtäimen tavoitteisiin.

Voidaan todeta, että GAS- työskentelyn hankaluudet asiakastyössä liittyvät perheiden erilaisuuteen ja tavoiteasettelun epärealistisuuteen sekä mahdolliseen epäonnistumiseen. Voidaan myös sanoa, GAS- menetelmän käytön hankaluuksien ja haasteiden liittyvän kuntoutuksessa ajankäyttöön, menetelmän soveltamiseen, käytön kirjavuuteen sekä siihen, että menetelmällä on vaihteleva tunnettuus kuntoutuskentässä. GAS-työskentelyn moniammatillisten haasteiden liittyvän kuntoutuskentässä vahvasti moniammatillisen työskentelyn resurssointiin, GAS- tavoitteiden erillisyyteen kuntoutuskentässä sekä hoitovastuun ja kuntoutuksen tavoiteasettelun eriytyneisyyteen.

GAS: n käytön hyötynä nähdään se, että tavoitetyöskentelyssä tavoitteet moniammatillisessa yhteistyössä määrittyvät asiakkaalle kehityksen mukaisesti yhdessä ja monialaisen pohdinnan ja keskustelun kautta. Yhteinen näkemys tavoiteasettelussa perustuu tasa-arvoisuuteen.

"Kukaan ei pääse päämääröimään."

Hyötynä menetelmän konkreettisuus tukee ja näkyy orientaatioissa ja toteutuksessa. Ajankohtaiset tavoitteet ovat kaikkien päämääränä. Tavoitteiden pilkkominen pienemmiksi jäsentää myös kuntoutustoimia. Hoitavalle taholle kuuluu GAS- työskentely. GAS- menetelmän käyttö tavoitteiden laadinnassa on toteutettavissa.

"Lähdetään laatimaan tavoitteita GAS- menetelmän mukaan."

Hyötynä perhelähtöisessä tavoitetyöskentelyssä nähdään se, että GAS: n avulla perhelähtöisyyden lisääntyminen koetaan mahdolliseksi. Menetelmän avulla tavoitteita mietitään perheen näkökulmasta lapsen kokonaistilanne huomioiden. Kaiken lähtökohtana on perheen tilanne, jaksaminen ja mahdollisuudet kuntoutuksen toteutuksessa. Perhe sanoittaa lapsen kuntoutustavoitteita.

Asiakaslähtöisyyden lisääntyminen omassa työtöteessä on mahdollista.

"GAS ohjaa jo heti asiakaslähtöisempään otteeseen tavoitteiden asettelussa."

GAS: n tuo esiin asiakkaan kokeman hyödyn, mikä motivoi kuntoutuksessa. GAS: n avulla voidaan motivoida asiakasperhettä. Menetelmä palvelee kuntoutujaa. Asiakkaan kokema etu motivoi.

”Juuri asiakkaan etu on kuntoutusmotivaatiota lisäävä asia.”

Kuntoutuksen seurannan tarkentuminen lisääntyy. GAS- menetelmä lisää tavoitteiden tarkempaa läpikäyntiä. Konkreettiset ja aikataulutetut tavoitteet helpottavat kuntoutus-seurantaa.

Yhteistyön tiivistyminen kuntoutussuunnittelussa nähdään hyötynä GAS- menetelmää käytettäessä. GAS: n avulla kuntoutuskeskustelut ja –palaverit toteutuvat sujuvammin, tuetaan kuntoutuksen suunnittelua ja menetelmän tuki tulee myös kuntoutustyöntekijäl-le. GAS voi tukea myös kuntoutussuunnittelun muita menetelmiä tavoitteiden määrit-tämiseksi. Kuntoutussuunnitelmaan rakentuvat tavoitteet yhteistyössä perheen kanssa.

” GAS on ollut tavoitteen asettelun tukena lapsen päivähoidon varhaiskasvatus-palaverissa.”

Kuntoutuksen toteutuksen tehostuminen GAS- menetelmän avulla on mahdollista. Oi-keaan aikaan kohdennetut toimenpiteet kuntoutuksessa palvelevat kuntoutuksen toteu-tusta. GAS- menetelmä antaa myös tukea arvioitaessa kuntoutuksen sopivuutta ja kohdetumista asiakkaalle.

GAS: n käytön mahdollisuudet tulevat esiin perhelähtöisessä tavoitetyöskentelyssä, sillä asiakastapaamiset ovat aina tavoitteellisia. Laajat tavoitteet voidaan kohdistaa niin perheeseen kuin asiakaslapseen. Tavoite on perheen näkökulmasta. Tavoite on eriko-koinen eri perheillä. Erikokoiset tavoitteet nähdään yhtä tärkeinä. Perheiden erilaisuus huomioidaan tavoiteasettelussa.

Tavoitteiden pilkkominen kuntoutumisprosessissa on tärkeää. Pieni kuntoutustavoite on konkreettinen ja asiakaskohtainen. Tavoitteiden paloittelu sopivan pieniksi antaa toteutumiselle paremman mahdollisuuden. Sopivan kokoinen tavoitteen lisää tavoiteasettelun onnistumista.

”Pieni kuntoutustavoite voi olla leluleikki tai apuvälinekokeilu.”

GAS suuntaa tavoitteiden huomion arkeen. Kokemukset tavoiteasettelusta osoittavat perheen oman ajatuksen tavoitteista edistävän tavoitteiden selkeyttä. Menetelmä suuntaa vanhempien ajatukset arjen toimintoihin. Säännöllinen tavoitteista puhuminen kuntoutumisprosessissa tukee edistymistä. Asiakasperheiden usein toteutuvat tapaamiset antavat mahdollisuuden tavoitteiden miettimiseen.

Yksilöllinen kuntoutussuunnittelu toteutuu GAS: n avulla, sillä GAS suuntaa huomion ja kuntoutustoimet asiakaskohtaisesti. Kotikäynnillä puhutaan tavoitteellisesti asiakkaan toiminnasta. Tavoitteet muuntuvat lapsen kasvun myötä. Tavoitteiden asettelu yhteistyössä perheen kanssa osoittaa kuntoutustyöntekijälle kuinka realistisia vanhempien käsitykset omasta lapsesta ovat. Voidaankin todeta yksilöllisen kuntoutussuunnittelun perustuvan asiakkaan tarpeiden ja tavoitteiden jatkuvaan arviointiin sekä perheen kuntoutumisprosessin tukemiseen yksilöllisellä tahdilla.

Kuntoutuksen arvioinnissa huomio on tavoitteissa. Kuntoutuksen kohdentumista on mahdollista arvioida GAS: n avulla. Monitoimijuuteen perustuva kuntoutussuunnittelu tarkentuu. Kirjattujen GAS- tavoitteiden ja tehdyn arvioinnin avulla jatkosuunnittelulle tulee suuntaa eri toimijoiden kesken kuntoutuskentällä. Asiakasperheen kanssa keskustelu helpottuu kuntoutusohjaajan osatessa kysyä oikeita asioita. Yhteistyössä asetetut tavoitteet motivoivat lapsen terapeutteja. GAS auttaa näkemään perheen ja lapsen sekä arkisen tavoitteen. GAS on mukana päivähoiton suunnitelmissa ja toteutuksessa. Kuntoutusohjauksen ympärillä muut toimijat nähdään tärkeinä. Tavoitteiden tarkastelua tehdään myös asiakasperheen yhteistyökumppaneiden kanssa kuntoutustietoa jakaen. Kuntoutussuunnitelman yhteydessä arvioidaan moniammatillisesti koko perheen tilanne ja palvelutarpeet.

Yhteenvedona voidaan todeta GAS- menetelmän tehostavan kuntoutustiedon tuottamista ja hyväksikäyttöä asiakasperheen eduksi kokonaisvaltaisesti.

Oman asenteen merkitys työssä korostuu ja positiivinen asenne GAS- työskentelyyn on tärkeää, sillä ei ole asiaa mikä ei kuntoutuksessa veisi aikaa. Onkin hyvä nähdä se myönteisenä menetelmänä, josta kaikki hyötyvät.

6.3 ICF: n ja GAS: n yhteiskäytön mahdollisuudet kuntoutumisprosessissa

Teoreettinen yhteensopivuus yhteiskäytön lähtökohtana koetaan hyvänä. ICF ja GAS voivat tukea perheen sitouttamista ja sitoutumista kuntoutukseen. Yhteiskäytön hyöty tulee asiakkaalle laajalla kuntoutuskentällä kaikkien toimijoiden hyödyntäessä ICF-viitekehystä ja GAS- menetelmää yhdessä.

”Suurta viisautta kuntoutuksessa on se, että kaikki kuntoutustoimijat osaavat hyödyntää näitä yhdessä asiakkaan eduksi ja parhaaksi.”

Kuntoutustoimien laadun lisääntyminen on mahdollista yhteiskäytön avulla kuntoutuksen sisällön ja täsmällisten kuntoutustoimien suuntautuessa oikein. ICF tukee GAS-työskentelyä tuoden huomioitavia asioita kokonaisvaltaisesti tavoitetyöskentelyn lähtökohdaksi.

”ICF tarjoaa huomioitavia asioita GAS: n tavoitteiden laatimiseen.”

6.4 Yhteiskäytön kehittämisen edellytykset

Kehittämisen edellytyksenä nähdään tärkeitä tekijöitä, joita ovat ICF- ja GAS- koulutus. Tärkeää on myös yhteinen keskustelu kuntoutuskentässä ja työssä sekä linjauksien määrittäminen, miten työtä tehdään käytännössä eri toimijoiden kesken.

Työkäytännöistä keskustelua ja asiakkaan aseman vahvistamista tarvitaan. Oma asenne ja työyksikön asenne vaikuttavat ICF- ja GAS-asioiden omaksumiseen. Yhteisesti on nähtävä hyöty, mikä tulee ICF-pohjaisen ajattelun hyödyntämisestä perheiden kanssa.

Hidas muutos yhteistoimijuudessa on haaste. Kuntoutusasiat ovat kuntoutusohjaajien harteilla. Muutokset tapahtuvat hitaasti ja käytännön muutokset silmälääkäreiden suhteen koetaan isoksi urakaksi. Oman työn kehittäminen on hyvä lähtökohta, sillä oman toimintamallin kehittäminen koetaan mahdolliseksi omassa työssä. Mahdollisuus luoda jotakin uutta työkäytäntöön ja hankkia käyttökokemuksia siitä organisaatorajat ylittäen koetaan tärkeäksi.

6.5 ICF:n ja GAS:n yhteiskäytön työmenetelmä

Workshopissa käydyn yhteiskehittelyn tuloksena kehittäjäryhmä päätti yhteistuumin kehittää käytännön työmenetelmää kuntoutusohjaustyöhön niputtamalla kolme ennakoidea yhteen. Esitietolomake (perheen toiveet, tavoitteet, mihin perhe toivoo apua), lapsen arjen kartan alkuidea sekä oma tarkistuslista kuntoutustyöhön sisällöt yhdistettiin yhteiskehittelyssä Lapsen arjen karttaa luotaessa. Näin uusi työmenetelmä tukisi kuntoutusohjausta, perheen ja lapsen kuntoutustilanteen kartoittamista ja lapsen tavoitteiden asettamista. Neljäs alkuideoinnissa syntynyt idea GAS :n soveltamisesta avopuolen kanssa tuli mukaan vilkkaaseen ja refleктоivaan keskusteluun. GAS- työskentely avopuolen kanssa koettiin tärkeäksi, mahdolliseksi ja se antaisi myös tärkeää kun-

toutusasioiden käsittelyn jatkumoa: Lapsen arjen kartta välittää kokonaisvaltaista tietoa muille yhteistyötahoille perheen luvalla.

Syntynyt Lapsen arjen kartta ® - työmenetelmä asiakkaan kuntoutumisprosessin tueksi on työväline käytännön asiakastyöhön kuntoutujan ja lähipiirin kanssa. Työmenetelmä tuo esiin kuntoutujan ja hänen lähipiirinsä näkemyksen arjessa suoriutumisesta juuri sillä hetkellä. Menetelmällä kuntoutujan ääni kuuluu kuntoutumisprosessissa ja kuntoutussuunnittelussa. Lapsen / kuntoutujan arjen kartta on kuntoutujan kartta ja käytettävissä eri asiakasryhmillä.

Työmenetelmän käyttö perustuu ICF- viitekehyksen tausta-ajatteluun (osa-alueet: ruumiin / kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet, suoritukset ja osallistuminen, ympäristötekijät, yksilötekijät) ja lääketieteellisen terveydentilan huomiointiin. Kuntoutujaa tuetaan tarkastelemaan omaa tilannetta kokonaisvaltaisesti: mikä arjessa onnistuu, mitkä ovat toimintarajoitteet ja minkälaisia kompensaatiokeinoja hänellä on käytössä selviytyäkseen arjen haasteista, mitkä asiat tukevat ja mitkä tekijät estävät tai hankaloittavat kuntoutujaa ympäristössä sekä minkälaista on kuntoutujan osallisuus ympäristössä. Kartan avulla kokonaistilanteen hahmottamisen kautta voidaan huomio kiinnittää arjen vaikeuksiin, hankaluuksiin ja kysyä minkälaista muutosta kuntoutuja haluaa arjessaan tapahtuvaksi. Tämän kysymyksen kautta kuntoutujan GAS- tavoitteet voivat yksilöityä ja konkretisoitua asiakasta ja lähipiiriä motivoivalla tavalla ja aikatauluttaen kuntoutusympäristö sekä keinot huomioiden.

Kuntoutujan tuottaessa tärkeää tietoa omasta suoriutumisestaan, kokemuksistaan omasta toimintakyvystä ja – rajoitteista sekä mahdollisuuksista ja keinoista kuntoutustoimien järjestämiseksi tuetaan häntä työmenetelmän tukikysymyksin. Kuntoutujan arjen kartta voi syntyä haastattelun avulla, asiakkaan itsensä piirtämänä tai kirjoittamana tai kuntoutustyöntekijän kirjaamana tuotoksena, jonka asiakas tarkistaa. Kartan syntymiseen tai lopputulokseen ei ole yhtä oikeaa tapaa, vaan se voi vaihdella kuntoutujan yksilöllisten tarpeiden ja edellytysten mukaan. Kartan antama tieto kirjataan kuntoutujan kuntoutusdokumentteihin kuntoutusorganisaation työkäytäntöjen mukaisesti.

Kuntoutujan kartta voidaan rakentaa tarvittaessa vaiheittain pala palalta tai tehdä tapaamiskerralla valmiiksi. Karttaa voidaan tehdä eri kuntoutusympäristöissä asiakkaan kanssa, mikä voi antaa lisätietoa kuntoutujan toimintakyvystä ja –mahdollisuuksista. Karttaa voidaan tehdä sovitusti aikatauluttaen, jolloin kuntoutusmuutokset saadaan



kirjattua ylös. Asioihin voidaan palata vertaamalla aiemmin täytetyn ja viimeisimmän kartan tuottamaa tietoa keskenään, jolloin pienetkin edistymisaskeleet on havaittavissa.

6.5.1 Mitä hyötyä arjen kartasta

Lapsen arjen kartta –työmenetelmä tuo esiin kuntoutujan subjektiivisen kokemuksen omasta arjestaan: mikä onnistuu, mikä on hänen vahvuuttaan, mistä saa iloa ja mikä kuntoutujaa motivoi. Työmenetelmän avulla saadaan tietoa henkilön toimintakyvyn rajoitteista ja niiden vaikutuksesta arjen päivittäisiin toimintoihin ja osallisuuteen arjessa. Työmenetelmä täydentää kuntoutusnäkömää asiakkaan sanoittamalla asioilla kliinisen terveydentilan tutkimisen ja tulosten analysoinnin rinnalla.

Työmenetelmä tuo muun muassa toimintakyvyn tutkimisen ja rajoitteiden tarkastelun rinnalle ne tekijät, jotka kuntoutumisprosessin tueksi on hyvä ottaa huomioon. Ongelmien etsimisen lisäksi saadaan esiin kuntoutujaa motivoivat asiat ja vahvuudet, jotka voivat toimia merkittävänä tekijöinä kuntoutussuunnittelussa. Kuntoutujan ja hänen lähipiirinsä sanoittamana voidaan tarkastella arjen kuntoutusympäristöä, mikä siellä tukee kuntoutumista ja mikä siellä voi estää tätä. Kuntoutumisprosessia estävien tekijöiden huomiointi ja vaikutuskeinojen pohtiminen moniammatillisessa kuntoutuksessa on mahdollista tietoisemmin ja laaja-alaisemmin.

Kuntoutuksen suunnittelu jatkumona, prosessina:

Perheen tarpeet  Tavoitteet  Kuntoutuksen suunnittelu ja tarkistaminen Miksi? - Perhelähtöinen, perheen ääni kuuluu. Kertoo perheen hyvinvoinnista.

Työmenetelmää voidaan käyttää moniammatillisesti eri kuntoutuksen toteutuspaikoissa kuten hoitavan tahon arvioinnissa ja kuntoutussuunnittelussa, avoterapioissa ja laitospäivittäisessä kuntoutujan lähihoitajien työvälineenä yhteisen asiakkaan ympärillä toimien, kuntoutumisprosessin etenemisen seurannassa (asiakkaan kokemus edistymisestä) , kuntoutuskentän eri organisaatioissa toimivien kuntoutustyöntekijöiden yhteistyössä asiakkaan kuntoutuspolun vaiheiden mukaan asiakkaan luvalla ja sanoittamana. Työmenetelmän etuna käytännön työssä on sen käyttökelpoisuus, istuvuus kuntoutustyöntekijöiden erilaiseen ammattiosaamiseen ja -taustaan.

Menetelmän käyttö edellyttää ICF- viitekehityksen osa-alueiden ymmärtämistä viitekehitysmallin ja yläkäsitteiden tasolla. ICF- luokitukseen asti ei mennä työmenetelmän käytössä asiakastilanteissa, vaan asiakkaan ääntä kuullaan yläkäsitteiden ohjaamana yksilöllisesti muodostaen asiakkaan kuntoutustilanteen kokonaiskuvaa asiakasta riittä-

västi tilanteessa tukien. Kuntoutuskentän monitoimijuuteen perustuva kuntoutuksen toteutus on yleisesti hajallaan eri toimintayksikössä. Tällä työmenetelmällä voidaan asiakas kohdata eri kuntoutusyksiköissä asiakastyössä asiakaslähtöisesti ja samankaltaisesti, asiakkaan ollessa vahvasti tiedon tuottajan roolissa. Kuntoutujan ja ammattilaisen yhteistyössä syntyvä dialogi kuntoutujan kartan pohjalta voi käsitellä osallisuutta ja toimintakykyä sekä terveyttä, jolloin kuntoutumisprosessissa mahdolliset epärealistisetkin ajatukset ja näkemykset tulevat käsittelyyn.

6.5.2 Lapsen / kuntoutujan arjen kartan käyttöohjeita

Kuntoutuja / lähipiiri lähtee piirtämään tai tuottamaan sanallisesti kuntoutujan arjen karttaa kuntoutujan näkökulmasta ja asiakkaan sekä lähipiirin edellytysten mukaan. Apukysymykset viittaavat lapsen / kuntoutujan olemuksen, osaamisen, toiminnan, vaikeuksien ja arjen osallisuuden pohtimiseen. Mikäli vanhemmat/ kuntoutuja tai lähipiiri eivät lähde oma-aloitteisesti tuottamaan tietoa, voi kuntoutustyöntekijä tukea avoimin kysymyksin, mutta ei liikaa (jotta ei ohjailta asiakasta). Tavoitteena on saada kokonaiskuva lapsen / kuntoutujan arjen sujumisesta ja ympäristöstä. Ympäristöasioihin ICF: n mukaan kuuluvat apuvälineet, rakennettu ja asennerympäristö sekä palvelut. Palveluita voidaan kysyä tarkentavia kysymyksiä.

Lapsen / kuntoutujan arjen kartta on tilannekuvaus siitä, missä piirtämisen ajankohtana ollaan menossa. Karttaa luotaessa herää eettisiä kuntoutusnäkökulmia pohdittavaksi: ovatko vanhemmat / lapsi / kuntoutuja tietoisia vamman vaikutuksista ja rajoituksista (realistiset odotukset) ja keinoista kuntoutuksen tukemisessa, tulevatko esimerkiksi asiakkaan erityistarpeet, ongelmat ja kysymykset esiin kuten näkövammaisen lapsen ylisuojelu ja maneerit, mitkä ovat perheen tukiverkostot ja muut tahot sekä kirjataanko niitä esiin, mistä asioista kuntoutuja ja lähipiiri haluavat puhua kokonaistilannetta kartoitettaessa. Nämä ovat kuntoutustyön keskeisiä käsiteltäviä asioita kuntoutumisprosessin tukemiseksi edelleen.

Perheet / kuntoutujat ovat erilaisia. Kaikki eivät piirrosta tai tuotosta kykene tekemään itsenäisesti. Jotkut tarvitsevat täyttämiseen tukea ja apua. Milloin on oikea aika tuottaa ICF- viitekehyksen mukaista kokonaiskuvaa, sen kuntoutustyöntekijä voi päätellä tuntiessaan asiakkaan kuntoutustilannetta. Piirrosta / tuotosta voi tuottaa pala palalta ja siihen voidaan palata ja tehtyjä tuotoksia voidaan vertailla keskenään. Kokonaistilanteen kuvaus voidaan kirjata asiakkaan kuntoutusdokumentteihin kuntoutusorganisaati-

on käytäntöjen mukaisesti. Asiakasdokumenteista kokonaiskuva on nähtävissä moniammatillisesti.

Tarkastelun keskiössä on lapsen suoriutuminen ja osallistuminen arjessa. Lapsen / kuntoutujan vahvuudet tehdään näkyväksi. Toiminnallinen haitta ja keinot kompensoida tuodaan mahdollisuuksien mukaan esiin. Ympäristöasioihin ICF: n mukaan kuuluvat apuvälineet, rakennettu ja asenneympäristö sekä palvelut. Palveluista voidaan tehdä tarkentavia lisäkysymyksiä.

Kokonaisuuden pohjalta vaikeuksien ja ongelmien noustessa esiin lähdetään asettamaan yhteistyössä asiakkaan kanssa GAS- tavoitteita niin lyhyelle kuin pitkälle tähtäimelle, kulloisenkin kuntoutussuunnitelman (miten pitkä) ja kuntoutuskontaktien (kuinka usein kuntoutustyöntekijä tapaa perhettä/ kuntoutujaa) mukaan. Yhdessä pohditaan myös keinot tavoitteisiin pääsemiseksi ja keitä tarvitaan keinojen toteuttamiseen. Tavoitteiden tarkistaminen on aikataulutettava (kuka tarkistaa perheen/ kuntoutujan kanssa ja milloin). Aktiivista kuntoutusverkostoa voivat olla lähipiiri, päiväkotit, erikoissairaanhoidot, avoterapeutit, terveys- ja sosiaalitoimi, erityishuolto- ja Näkövammaisten keskusliitto ja muut järjestöt ym. tahot. Lapsen / kuntoutujan arjen kartta on työväline myös lapsen lähikuntouttajien kanssa käytävään keskusteluun (terapeutit, päivähoito) ja yhteistyöhön asiakkaan luvalla.

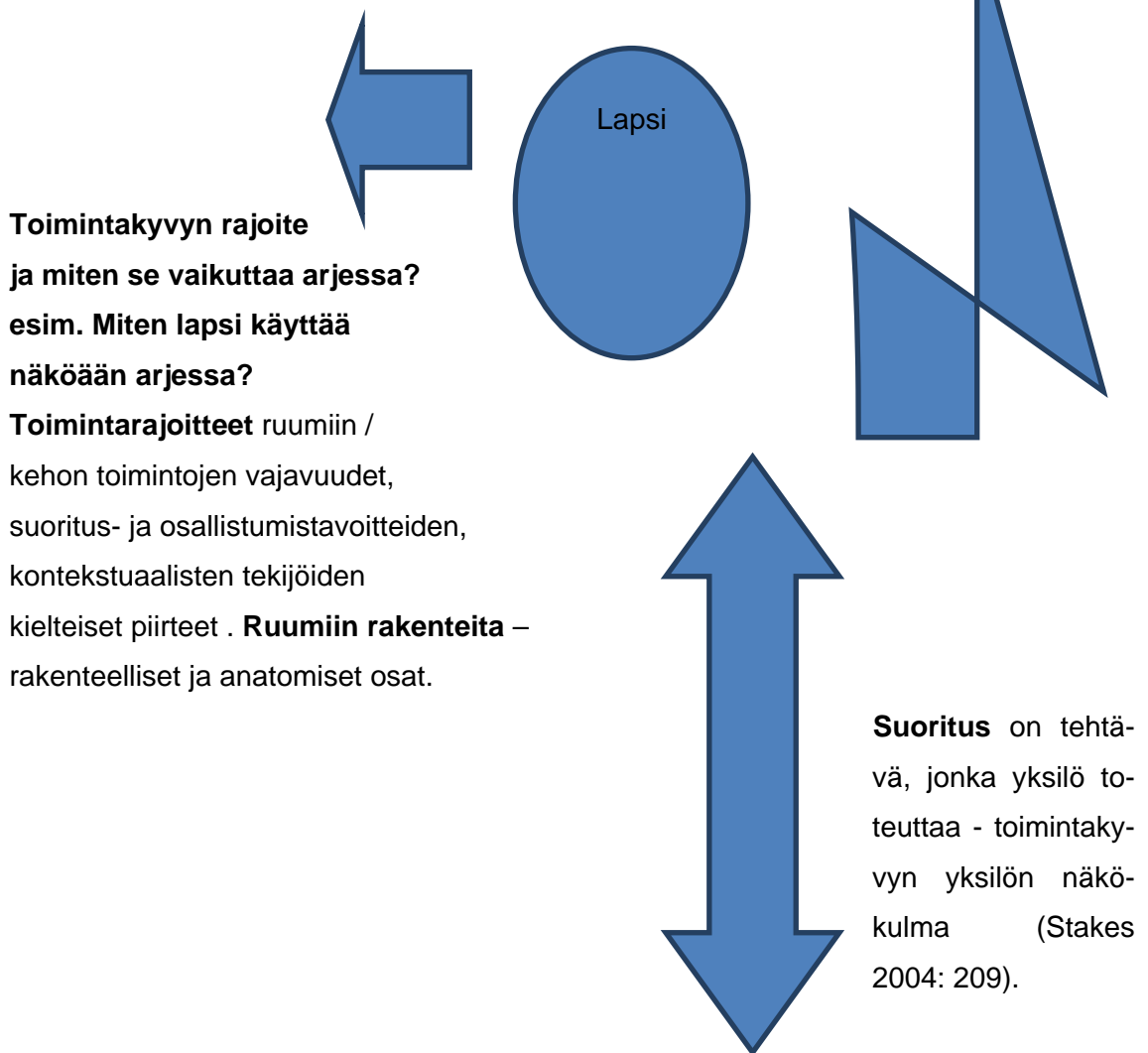
6.5.3 Lapsen / kuntoutujan arjen kartta ® visuaalisena

PÄÄKYSYMYS

- Millainen minä olen? Mikä kivaa, mikä tuottaa iloa?
- Mikä sujuu lapsen arjessa? Mikä vaikeata lapselle / haittaa arkea?
- Ketä perheeseen kuuluu /lähipiiri? Mitä teette yhdessä?

Lääketieteellinen terveydentila on yksilön akuutit, krooniset taudit, vammat ja traumat sekä muut lääketieteelliseen terveydentilaan liittyvät seikat.

Toimintakyky on ruumiin / kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet sekä suoritukset ja osallistuminen (Stakes 2004: 208).



Ruumiin/ kehon toiminnot on fysiologisia toimintoja. Ihmisen elintoimintojen kokonaisuus. Mielentoiminnot osana ruumiin /

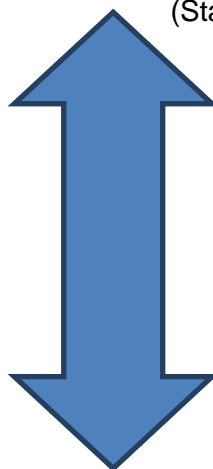
kehon toimintoja (Stakes 2004: 209).

Suoritusrajoite on vaikeus tehtävän toteuttamisessa (määrällien, laadullinen) (Stakes 2004: 209).

Mitä teette yhdessä? :

Osallistuminen on henkilön osallisuutta elämän tilanteisiin – yhteisöllinen näkökulma

Osallistumisrajoite on ongelma, jonka yksilö kokee osallisuudessaan elämän tilanteisiin (Stakes 2004: 209).



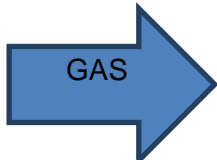
YMPÄRISTÖ

- **Mikä tukee / vaikeuttaa ympäristössä?**
- **Kodin ulkopuoliset kontaktit**
- **Toiminta**
- **Harrastukset, kerhot**
- **Vertaiskaverit**
- **Tukipalvelut, mitä? riittävästi?**
- **Apuvälineet**

Ympäristötekijät ovat fyysinen maailma, asenteet, arvot, sosiaaliset järjestelmät, palvelut, näkemykset, lait jne. **Edistävät tekijät** -ympäristön tukevat piirteet, läsnäolo, puute parantaa toimintakykyä esim. palvelut, jotka lisäävät yksilön osallisuutta kielteisten asenteiden puuttuminen –tukevat suoriutumista → estävät ruumiin/ kehon tai suoritusrajoitteiden muodostumista osallistumisrajoitteeksi (Stakes 2004: 210). Rajoittavat tekijät - piirteitä, joiden läsnäolo tai puuttuminen haittaavat toimintakykyä, synnyttää toimintarajoitteita esim. fyysinen ympäristö/ esteetön kulku ei mahdollistuu, tarkoituksen mukaisten apuvälineiden puute, kielteinen suhtautuminen, palvelut, järjestelmät, politiikat /puutos tai estävät tekijät vaikeuttavat osallisuutta elämän tilanteisiin (Stakes 2004: 210.) **Suorituskyky** - suoritukset ja osallistuminen tietyllä hetkellä yhdenmukaisessa tai vakioidussa ympäristössä (ympäristötekijät-luokitus). **Suoritustaso** - yksilön suoriutuminen nyky-ympäristössä osallisuutena elämän tilanteisiin (ympäristötekijät – luokitus) (Stakes 2004: 210.)

Mikä helpottaisi lapsen arkea? Mikä vahvistaisi lapsen kasvua ja kehitystä?

GAS-tavoitteet yhteistyössä: lapsi, vanhemmat, moniammatillinen kuntoutustiimi, kuntoutusverkoston toimijat



7 Tulosten pohdintaa

Kehittäjien alkuorientaatio oli vahvaa teoreettista pohdintaa ICF- viitekehyksen osaluokkien ja GAS- menetelmän hyödyistä ja hankaluuksista, sillä monet ryhmäläisistä ovat aiemmin perehtyneet aihepiiriin työnsä ohessa käydyillä ICF- ja GAS- koulutuksilla. Tämä omakohtainen osaamisen ja oivalluksen sävyttämä pohdinta on ollut tärkeää asioiden haltuun ottamiseksi omaan ajatteluun ja työhön. Teoreettinen pohdinta ilmentää myös kehittäjien motivaatiota ja tahtoa omaksua uutta tietoa yhteisen vuorovaikutuksellisen prosessin aikana. Kaikilla oli sisäinen pyrkimys teoreettisesti asioiden syventämiseen ja ICF- ja GAS- hyötyjen näkemiseen kiireisessä asiakastyössä. Myös kriittinen pohdinta ryhmässä ICF: n ja GAS: n käytettävyydestä ja toimivuudesta herätti pohtimaan työkäytäntöjä tarkemmin.

Kehittämisprosessissa kehittäjien pohdinnan taso syveni, sillä käytännön työn toteutuksen pohdinta lähti teoreettisesta tarkastelusta kohti käytäntöä. ICF: n ja GAS: n yhteiskäytön pohdinta on sisältänyt kehittäjien näkemyksiä ja pohdintaa kuntoutuksen kohdentamisesta, seurannasta ja tehokkuudesta rajallisten resurssien maailmassa. Kehittämisprosessin reflektioivassa keskustelussa ja tuotetussa tiedossa oli vahvasti esillä nykyisen kuntoutustyön epäkohdat ja toimimattomuus kuntoutustyöntekijän kokemana. Kuntoutustyöntekijät kokevat työnsä arvokkaana perheiden äärellä ja rajallisten ja toimimattomien resurssien vallitessa henkilökohtainen turhautuminen työssä on todellisuutta aika ajoin. Kehittäjät pohtivatkin työkäytäntöjen muutoksen ja kehittymisen tarpeita, etuja ja hitautta omassa työssään.

Vahvoja käyttökokemuksia ja näkemyksiä oli jokaisella kehittäjällä ICF: n ja GAS: n nykykäytännöistä omassa organisaatiossa. Nykykäytäntöjä jakamalla keskustelussa tultiin tietoiseksi käytäntöjen eroista eri organisaatioissa. Kehittäjäryhmässä virisi ajatuksia ICF: n ja GAS: n yhteiskäytön mahdollisuuksista, mitkä näkyivät kehittämisisideoina ennen varsinaista kehittämistä. Varsinkin yhteiskäyttöön liittyvät näkemykset kuvasivat yhteiskäytön hyödyn näkemistä myös kuntoutuksen yhteistoimijuuden näkökulmasta. Yhteiskäytön etua ymmärrettiin peilaten niitä nykyisen kuntoutuksen toteutukseen ja laatuun. Kehittämistä ja pohdintaa ohjannut kysymys nosti mahdollisuudet ja hyödyt esiin. McDougall ja Wright (2009) esiin nostattamat hyödyt yhteiskäytöstä ovat saman suuntaisia, sillä he kuvaavat hyödyiksi juuri palveluiden koordinoinnin, standardoidut arvioinnit ja yksilöidyt lopputulokset.

7.1 ICF-viitekehyksen merkitys kuntoutumisprosessille

Kliinisen toimintakyvyn, voimavarojen ja terveyden näkökulmien yhdistäminen vaatii uutta tietoista ajattelua kuntoutumisprosessin tukemisessa. Miten terveys ja hyvinvointi, osallisuus sekä voimavarat tulevat aktiivisesti tarkasteluun asiakkaan kokonaistilanteessa kuntoutuskeinoja mietittäessä? Miten hyvinvoinnin ja terveyden edellytykset ja se hyvä, toimiva arki sekä asiakkaan kokemukset pärjävyydestään päivittäisessä elämässä otetaan mukaan kliiniseen tauti- ja vamma-ajatteluun? Ilman kehittämismyönteisyyttä ja oikeaa asennetta sekä työnteon tapojen muutoksia ei muutos onnistu. Tämä edellyttää koordinoitua, yhteistoiminnallista visiointia ja päämäärätietoisuutta kuntoutusprosessien kehittämisessä. Samoin korostavat koordinoinnin ja systemaattisuuden tärkeyttä myös Järvikoski ja Karjalainen (2008) puhuessaan ICF:n ohjaamasta kuntoutustyöstä.

ICF- viitekehyksen kokonaisvaltaisuus tukee kuntoutumista sen alusta lähtien. Asiakkaan huomiointi vahvaan teoreettiseen malliin tukeutuen onnistuu ja on jäsentyneempää niin asiakkaalle kuin kuntoutustoimijoille. Asiakas tulee näkyväksi ja aktiiviseksi, osaksi kuntoutussuunnittelua ja häntä koskevaa päätöksentekoa. Koukkari (2010) varsinkin tähdentää kuntoutumista edistävinä tekijöinä kuntoutuksen lähtökohdat, joissa asiakkaan antama merkitys asioille, osallisuudesta syntyvä motivaatio kuntoutukselle ja lähipiirin innovatiivisuus ovat merkittäviä kuntoutumisprosessissa. Totean vielä, että ICF: n avulla voidaan yhteisen kielen ja ymmärryksen tukemana saavuttaa yhtenäisyyttä toimijoiden kesken työnjaosta sopien, samalla voi vähentyä kuntoutustoimien pirstaleisuus.

ICF- viitekehyksen kokonaisvaltainen ajattelu ei ole kuntoutuksen ohjaustyössä vierasta. Kuntoutuksen tavoitteelliseen päämäärään kuuluu toimintakykyisyyden arviointi- ja määrittäminen asiakkaan toimintaympäristössä. Itse asiassa Klaukka (2008) tuo saman asian esiin omassa kannanotossaan kuntoutuksen olemuksesta. Uutta toimintatapaa on ICF- viitekehyksen näkyväksi tekeminen arviointiin, kuntoutusselosteisiin, suunnitteluun ja asiakas- ja verkostokeskusteluihin. Uutta on ICF- viitekehysajattelun tietoisempi käyttö laajalla kuntoutuskentällä. Tähän tarvitaan yhteistä, aktivoivaa, osallistavaa keskustelua monitoimisuus- ja äänisyysperiaatteella. Saman yhteisen ymmärryksen luominen edellyttää erilaisten näkemysten esittämistä ja kuulemista sekä yhteisen hyödyn näkemistä, josta kumpuaa yhteinen päämäärä kehittää asioita. Tarvitaan myös tahtoti-

laa saavuttaa muutoksia kuntoutustoimijuuden toteuttamisessa työkäytäntöjä ja vastuunjakoa uudistamalla kuntoutumisprosessin tukemiseksi.

Matinvesi (2010) väitöstudkimuksensa johtopäätöksissä kuvaa, että ICF:n avulla ei pystytä kuvaamaan kuntoutusprosessia kuin luokituksen tarkkojen kohteiden vertailun kautta. ICF- viitekehyksen luokituksella ei pystytä kuvaamaan tapaus- ja tilannekohtaista tietoa vaikka käytetään eettisiä ohjeita apuna. Hänen mukaansa yksilöllistä kuntoutumisprosessin etenemistä tukevia kuntouttavia toimenpiteitä ei voida ajoittaa ICF:n avulla. Matinvesi toteaa myös, että ICF sivuuttaa kokemuksellisuuden ja yksilöllisyyden. Tosin yksilö- ja aikakäsite on laajennettavissa, mikä tuo mahdollisuuden ajalliseen tilanteiden vertaamiseen. (Matinvesi 2010: 152- 153.) Rohkenen kuitenkin väittää ICF-viitekehysajattelun tuottavan kokonaisnäkemyistä kuntoutumisprosessin seurantaan ja tukemiseen, vieläpä yksilöllisellä asiakasnäkökulmalla täydentyen. Koivikko ja Sipari (2006) ovat päätyneet samanlaiseen arvioon toteamalla ICF- ajatteluun perustuvan moniammatillisen kuntoutustyön huomioivan asiakkaan ja hänen arkensa.

Toisaalta on hyvä ymmärtää, että ICF- luokituksen käyttö sillattujen arviointimittareiden avulla on ammatillisen kuntoutustyöskentelyn lähtökohta ja kivijalka. Ammattiperustaiset kuntoutusseurannat on mahdollista tehdä tarkoilla mittareilla kuntoutuksen hyödyn ja tuloksen osoittamiseksi kliinisesti. Järvikoski ja Härkäpää (2011) puhuvatkin ICF:n hyödyistä asiakkaan senhetkisen suoriutumistason selvittämisessä. Mielestäni tarkan suoriutumisen rinnalla on tarve käyttää asiakasta arvostavia ja asiakkaalle sovellettuja elämäntilannetta ja kuntoutuskokemuksen kartoittavia menetelmiä kuntoutumisprosessiin kuuluvan tilannearvion tekemiseksi. Kehittämistyöllä luotu uusi työmenetelmä Lapsen / kuntoutujan arjen kartta pyrkii vastaamaan tähän tarpeeseen.

ICF:n hyödyistä asiakkaan tilanteen kartoittamiseksi on useita tutkimuksia ja artikkeleita niin kotimaassa kuin ulkomailla. Järvikoski ja Karjalainen (2008) ovat esittäneet näkemyksiään ICF: n hyödyistä systemaattisena asiakkaan tarpeiden, esteiden ja vahvuuksien havaitsemisessa. Pless, Björck, Åkesson ja Granlund (2011) kirjoittavat ICF: n sopivan ajatusmalliksi yksilö-, yhteisö- ja yhteiskuntatasoilla. On tunnettava ICF-luokitukseen liittyviä tarkkoja käytännön ammattimenetelmiä. Toisaalta ICF: n avulla muodostunut yhteinen kieli terveyden ja kuntoutuksen alalla parantaa kommunikaatiota eri toimijoiden välillä. Näkökulma suuntautuu toimintarajoitteiden lisäksi osallisuuteen ja terveyteen. (Pless – Björck – Åkesson - Granlund 2011: 185- 187.) Kansaneläkelaitos (2012) esittää vahvaa tutkimukseen perustuvaa näkemystä ICF: n mahdollisuudesta parantaa asiakkaan vaikutusmahdollisuuksia.

ICF tukee yksilön osallisuutta omassa ympäristössä mahdollistamalla ja esteitä poistamalla. ICF on ammattilaisten viitekehys yksilön ja ympäristön huomiointiin yksilöllisten toiveiden ja elämänlaadun mahdollistamiseksi. (Davis – Madden 2006: 34). Mäkilän ja Suurinkeroisen (2010) opinnäytetyössä asiakkaan hyötynä esiin nousi paikallisen kuntoutustyöryhmän antama tuki perheen ja lapsen arkeen parantamalla kuntoutukselta vastaavien työntekijöiden yhteydenpitoa keskenään. Kuulluksi tuleminen, joustavuus, panos ja lapsilähtöisyys ovat vanhemmille tärkeitä. (Mäkilä – Suurinkeroinen 2010: 24- 25.) Monitarpeisen asiakkaan keskeytymätön tukiprosessi kuntoutuksessa hyötyy ICF-CY- pohjaisesta työvälineestä (McDougall – Wright 2009: 1369). ICF-CY voi johtaa enemmän osallistumisen ja ympäristön pohjalta tehtyihin kuntoutustavoitteisiin. ICF-CY voi helpottaa perheen ja ammattilaisten välistä dialogia.

Toimintarajoitteisuudesta määrittyvät ja ammatti-spesifit tavoitteet ovat usein lyhyen tähtäimen tavoitteita. Toisaalta osallistuminen, ympäristöön perustuva ja painottuva tavoiteasettelu voi lisätä asiakkaan kehitystä yhteisöllisin keinoin (McDougall – Wright 2009:1366.) Niin ikään Piirainen (2011) näkee ympäristön merkityksen tärkeänä kuntoutumisessa. Adolfsson, Granlund, Björck ja Åkesson toteavat tutkimuksensa perusteella, että ICF- CY tukee lasten tarpeiden määrittämistä ja lisää ammattilaisten tietoisuutta vanhempien tuottamasta tiedosta lapsensa arjen osallisuudesta (2010: 670 - 678.) Kela (2012) niin ikään esittää ICF: n ohjaaman kuntoutuksen merkityksen, sillä kuntoutuksen vaikuttavuus näkyy asiakkaan toimintakyvyn lisääntymisenä ja elämänlaadullisten tekijöiden parantumisena. Alajoki- Nyholm (2011) toteaa ICF: n käytön tukevan moniammatillista yhteistyötä hyödyttäen asiakasta. ICF- pohjaiset lomakkeet ohjasivat kuntoutustyöskentelyä, jolloin asiakas otettiin mukaan arviointiin, ympäristö- ja yksilötekijät huomioitiin ja moniääninen yhteistyö tiivistyi.

ICF- ja GAS- tietoisuuden epätasaisuus ja niukkuus, käyttöönoton eritahtisuus sekä erilainen käyttö eri organisaatioissa osoittavat nykytilan haasteita ja kuntoutusmallien sekä teorian kehittämisen tärkeyden. Mistä löytyy yhteistä ymmärrystä kehityksen suunnasta? Kuka kantaa kokonaisvastuuta toimintakäytänteiden kehittämisessä organisaatorajat ylittäen? Jokaisella kuntoutusalalla toimivalla työntekijällä on oma vastuu omasta asenteesta ja ammattitaidon ylläpitämisestä uusia toimintavälineitä ja – ajattelua joko hankkimalla tai kuntoutuksen kehitystä seuraamalla. Järvikoski ja Karjalainen (2008) puhuvat varsinkin kuntoutuksen koordinoinnin ja johdonmukaisuuden – vaateesta, mikä tulee käytännön kuntoutustoimien toteutuksessa esiin laajalla kuntoutuskentällä.

ICF- luokituksen, samoin kun GAS- menetelmän käyttö edellyttää perehtyneisyyttä ja koulutusta. Koulutuksen turvin yhteinen ajatusten vaihto ja yhteiskehittely työssä on mahdollista. ICF: n ja GAS: n haltuunotto luontevaksi osaksi asiakastyötä edellyttää niiden käytön harjoittelua. ICF -viitekehysajattelun pohtiminen moniäänisesti on ollut tärkeää ammatti-identiteetin rakentamista ja asioille annettu subjektiivinen merkitys on jaettu yhteisesti kehittäjäryhmässä ymmärrystä syventäen. Kehittäjien motivaatio myös tämän asian tarkasteluun on ollut korkealla ja ammattimaisella tasolla. Niin GAS: n kuten ICF: n äärellä nousi esiin vahva kriittisyys, joka peilautui nykytyön työrakenteista ja –malleista kliinisessä maailmassa ja laituskuntoutuksessa. Epäkohtien pohjalta tulkitut kehittämistarpeet olivat yhtäläisiä riippumatta työorganisaatiosta, mikä oli kehittäjille oivaa vertaiskokemusta kehittämisen haasteista.

Kuntoutusajattelun ja –toiminnan jäsenydessä paremmin kuntoutuksen käytännön toteutustarve lähtee asiakkaan tarpeista kysyntälähtöisesti. Hinkka ja Järvikoski (2007) toteavat asiantuntijuuden muutoksen asiakkaan vahvistuessa kuntoutumisprosessissa ja sen päätöksenteossa. Näen myönteisenä sen, että asiakkaan tarve synnyttää motivaation, jonka kautta oikeiden keinojen avulla kuntoutumisprosessissa tuotetaan toivottua tulosta asiakkaalle laadukkaan kuntoutuksen täsmätoimin tavoitteellisesti. ICF- mallin mukaisessa työskentelyssä mielestäni hyvää on se, että asiakkaalta kysytään arjen sujumisesta ja selviytymisestä, eikä tilannearvioita tehdä eri toimijoiden intresseistä käsin pirstaleisesti.

ICF- viitekehyksellä päästään lähemmäs asiakkaan arkea ja herätetään asiakkaan motivaatio tarpeiden ja keinojen tarkasteluun. Kehittäjäryhmässä tämä asiakaslähtöisyys nähtiin kuntoutustoimien kantavana voimana, mihin on hyvä tukeutua jatkossakin. Mönkkönen (2002) on todennut, että asiakkaan kokemusmaailma tuo tarpeet esille kuntoutuksessa. Niin ikään asiakkaan kokemusmaailman esiin saaminen edellyttää työntekijältä roolia, jossa tavoitteellisesti asiakkaan merkitystä yhdessä rakennetaan asiakasta tukemalla. Samoin Davis ja Madden (2006) toteavat, että ammattilaisten tuki asiakkaan päätöksenteolle on ensiarvoisen tärkeää kuntoutumisprosessissa. Melamies (2011) ym. myös itse asiassa kuvaavat kuntoutumista dynaamiseksi prosessiksi, jossa asiakasta tuetaan ja asioita sanoitetaan ääneen.

Lapsen kuntoutusympäristöt ovat tärkeitä kuntoutumisprosessin näkökulmasta. Vaikeudet ympäristöissä heijastuvat kuntoutumisessa edistymiseen. ICF tuo asiakkaan elinpiiriin ja ympäristön näkyväksi kuntoutussuunnitteluun. Onko ympäristössä henki-

löitä, toimintoja, arkikeinoja, joita ei vielä ole osattu hyödyntää kuntoutumisprosessissa? Kuinka paljon uinuvia resursseja voikaan olla? Se selviää asiakasta ja lähipiiriä jututtamalla sekä asiakkaan tuottamaa narratiivista tarinaa analysoimalla. Aikaa on varattava asiakkaan kuulemiseen kuntoutuskiireiden keskellä. Myös asennetta ja halua kuulla tarvitaan työntekijältä asiakastilanteiden dialogeissa. Pärnä (2011) ym. toteavat, että kuntoutuksessa lapsen parasta tavoitellaan vastuullisesti ja kyvykkäästi. Tähän kyvykkyyteen on mielestäni hyvä pyrkiä kaikissa asiakastilanteissa.

Sähköisten järjestelmien ja kirjauskäytäntöjen kehittäminen sosiaali- ja terveysalalla samoin kuin ICF-CY- viitekehyksen ja ICF- viitekehyksen yhdistäminen Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen johdolla asettavat sosiaali- ja terveys- sekä kuntoutussektoreille omat haasteensa. Toimintakäytäntöjen kehittämisen linjauksia ja päätöksentekoa tarvitaan, jotta kehittämisponnistukset eivät ole päällekkäisiä ja ristiriitaisia toisiinsa nähden. Järvikoski ja Karjalainen (2008) ovat nostaneet myös yhteistyössä ilmenevät ristiriidat, pettymykset ja vähittäisten muutosten aiheuttamat vaikeudet esiin kuntoutuksen toteutuksessa.

Myös kuntoutusmenetelmien ja teoreettisten mallien kehittäminen Suomen kuntoutuskentässä, yhtenäisyyteen pyrkien eriytyneisyyden sijaan, on tärkeää resurssienkin suuntaamista. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vastuulla on ollut vuodesta 2011 sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastiedon sähköisen käsittelyn ja siihen liittyvien tietohallinnon ja valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen toteuttamisen suunnittelu ja seuranta (Kanta-palvelujen toimeenpano) sekä sosiaalialan tietoteknologian käyttöönoton ohjaus (Häyrinen 2011). Kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon tietojenkäsittelyn tutkimus on aktiivista kehitystyötä Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon alojen yhdistymispaineissa. Osoituksena aktiivisesta tutkimuksellisuudesta ovat tietojenkäsittelyn tutkimuspäivät ja -raportit. Tutkimustyötä tiedonkäsittelyn alalla tehdään järjestelmien kehittämiseksi määrätietoisin ottein.

7.2 GAS jäsentää ja tukee kuntoutusta

GAS- menetelmän avulla päästään tavoitetyöskentelyn selkeyteen. Menetelmällä huomio ja mahdollisuudet kohdistuvat tavoitteiden moniammatilliseen pohdintaan, yhteisen ymmärryksen rakentamiseen tavoitetyöskentelyssä, huomion kohdistamiseen konkreettisiin, pilkottuihin ja ajankohtaisiin tavoitteisiin sekä mahdollisuuteen lisätä vastuunottoa tavoitetyöskentelyssä hoitavan tahon GAS- työskentelyllä. Kelan (2012) ohjeistus vakuuttaa myös kuntoutuksen selkeyttä, konkreettisuutta, merkityksellisyyttä,

sitoutumista, tyytyväisyyttä ja motivoitumista saavutettavan GAS- menetelmällä kuntoutumisprosessissa. Pärnä (2012) lisää vielä, että GAS: n avulla voidaan tehdä tuloksellisuuden seuranta.

GAS- asteikon käytössä kipuillaan, kun asteikon laadinta on haaste erilaisten asiakkaiden tarpeiden vaihdellessa. Tavoitteiden muodostaminen yhteistyössä edellyttää hyvää ja arvostavaa ilmapiiriä ja viestintää sekä kuntoutustyöntekijän aktiivista ja rohkeaa roolia asiakkaan tukemiseksi asioiden nimeämiseksi ja tavoitteiden pilkkomiseksi konkreettiselle arjen tasolle. Tavoitteiden pilkkominen haastaa työntekijän heittäytymään epätietoisuuden tilanteeseen, jossa ihmetellään yhdessä ääneen sopivaa ratkaisua asiakkaan kanssa. Koivikko ja Sipari (2006) selventävät perheiden erilaisuutta ohjautuvuudessa, mikä lisää työntekijän asiakasymmärryksen rakentamista yksilöllisesti.

GAS- menetelmän käyttö haastaa kaikki kuntoutustoimijat! Jokainen asiakas ja asiakastilanne on erilainen ja yksilöllinen. Koukkari (2010) nostaa esiin kuntoutussuunnitelman tärkeyden ainutlaatuisen yksilön kohdalla ja kuntoutumisen keskiössä ovat asiakkaan arvokkaat tavoitteet. GAS- työskentelyssä ei ole yhtä toiminnan tapaa tai kaavaa, joka toimisi hienovirteisessä asiakaskeskustelussa. Onkin hyväksyttävä se, että jokainen tavoiteasettelun hetki rakentuu juuri siinä ja sellaisena, kun se on vallitsevissa olosuhteissa ja tilanteessa vuorovaikutteisena prosessina mahdollista. GAS kuten ICF edellyttävät käyttöä ja käytännön työn kautta harjaantumista. ”Vain tekemällä oppii”, suomalainen sananlasku voi tukea ja kannustaa harjoitteluun.

Oksanen ja Seppänen (2011) kuvaavat GAS- menetelmästä saatuja hyviä käyttökokeimuksia asiakaslähtöisyyden toteutumisesta, lomakkeen toimivuudesta ja tavoitteiden muodostumisesta. GAS: n sopii kliiniseen työhön ja konkretisoi kuntoutuksen kulkua. Tavoitelomake on selkeä, mutta tavoitteiden asettaminen koettiin haasteellisena. Lisäksi menetelmä vie aikaa kuntoutustyössä. GAS aktivoi ja rohkaisee asiakasta kuntoutusprosessissa. (Oksanen – Seppänen 2011: 26.) Hautala (2011) ym. niin ikään toteavat GAS: n rohkaisevan asiakasta osallistumaan. Sikäli kuin asiakas on aktiivinen on Mönkkösen (2002) kuvaama osapuolten sitoutuminen tavoitteisiin mahdollista. Salminen (2012) ym. korostavat yksilöllisten tarpeiden olevan asiakaslähtöisyyden ydintä. Ammattilaisten GAS- työskentelyn osaaminen on edellytys tavoitetyöskentelyn ja vanhempien tavoitteiden viimeistelyn onnistumiselle. Tavoiteasettelu tulisi tapahtua yhteistoiminnassa asiakkaiden, perheiden ja palvelutuottajien välillä. (McDougall – Wright 2009: 1369). Kela (2011) kuvaa myös GAS: n suuntaavan asiakkaan kuntoutusta jäsentäen asiakkaan omaa ajattelua.

ICF- ja GAS- työskentelyn harjoittelussa ajankäytön haasteet nykytyössä vaikeuttavat oppimista, menetelmien harjoittelua ja juurruttamista tai jopa vähentävät intoa harjoitteluun. Kiireinen kuntoutustyö vaatii veronsa työntekijän psyykkisestä kapasiteetista ja uuden asian harjoittelu edellyttää intoa sekä jaksamista. Miten harjoittelu käytännön työhön on mahdollista istuttaa? Merkittävässä kehittämisen roolissa ovat toimintayksiköiden kuntoutustyön prosessit ja käytännön asiakastyön määräykset sekä kuntoutuksen strateginen suunnittelu sekä eriytyneiden työyksiköiden ja organisaatioiden yli tapahtuva yhteiskehittely. Kuten Kelan (2011) näkemykset hyvästä kuntoutuskäytännöstä osoittavat, on kuntoutuksen kehittäminen tärkeässä asemassa terveydenhuollossa.

ICF- luokitus ja GAS- menetelmä saivat osakseen kritiikkiä, joka kohdistui niiden käyttöön. Kritiikin kohdentuminen käytännön menetelmään on ihmillisesti ymmärrettävää, pyrimmehän kuntoutustyöntekijöinä ymmärtämään teoreettiset ja validit työmenetelmät työtämme palveleviksi elementeiksi. Toisaalta ruohonjuuritason kuntoutustoimijan on helpompi kohdistaa arvostelu konkreettista työvälinettä kohtaan. Kuntoutuslinjausten ja työn kehittämisen foorumi, johon me jokainen itsekkin kuulumme, on monisäikeinen kuntoutuksen kokonaisuus, jossa asiat etenevät hitaasti päätöksenteon tasoilla. Käytännön työnteon tasolla toimijat turhautuvat tai jopa kyynistyvät kehityksen hitauteen. Laatu-työskentely omalta osaltaan pyrkii tukemaan kehitysprosesseja synkronoiden päätöksentekoa käytännön tasolle. Tavoitetyöskentelyn kapea-alaisuudesta kuntoutusmuodon määrittäessä tavoiteasettelun suuntautumista Ylisassi (2011) kuvaa Aslak-kuntoutuksessa tavoitteiden yleisluontoisuuden olevan yleistä, yksilötavoitteet eivät kirjaudu ja työhön liittyvät ongelmat voivat jäädä käsittelemättä. Toisaalta terveyteen ja liikuntaan painottuvat tavoitteet ovat keskiössä. (Ylisassi 2011: 18.) Toivonen (2009) toteaa uusien toimintamallien kehittämiseen kuluvan kuntoutusorganisaatioissa paljon aikaa. Lisäksi hän esittää nykytyöhön kohdistuvaa kritiikkiä GAS- menetelmän käytössä: selkeiden ohjeiden puute ja käytön kirjavuus sekä epävarmuus ovat haasteita arki-työssä. (2009: 81- 82.) Koivikko ja Sipari (2006) sekä Järvikoski ja Härkäpää (2011) ovat tuoneet myös esille kuntoutuksen suorituskeskeisyyden, jossa peräkkäiset kuntoutustoimet seuraavat toisiaan. Olemmekin laajalla kuntoutuskentällä lukuisten toimijoiden ja kuntoutustuotteiden palveluviidakossa, jossa eriytyminen ja erikoistuminen on todellista haastetta.

Kuntoutusohjaajan kokemukset GAS: n käytöstä ovat ristiriitaisia kuntoutustyössä. Kuka asettaa tavoitteita ja missä, milloin ja kuka ne tarkistaa, mikä on sopiva tavoite ja

milloin niitä päästään tarvittaessa muuttamaan? Mikä on kunkin toimijan vastuu ja mikä on yhteisvastuuta? Sama asiakas käy eri kuntoutustoimijan luona yksilöllisesti kuntoutussuunnitelmansa tahdittamana ja ohjaamana, eikä tärkeää, kuntoutumista tukevaa vuorovaikutusta tule asiantuntijoiden välillä helposti. Järvikoski ja Karjalainen (2008) varsinkin puhuvat räätälöidyistä kuntoutusratkaisuista ja yhteistyössä rakentuvasta yhteisymmärryksestä, mikä on kuntoutustoiminnan edellytyksenä. Samoin Siparin (2008) näkemys on, että arjen kuntoutuminen tehdään yhteistyöllä.

Miten moniasiantuntijuuteen perustuva kuntoutusprosessi on hallittu kokonaisuus ja kenen vastuulla kokonaisuus on? Onko asiakas tietoinen kuntoutumisensa vastuuhenkilöstä ja mikä vastuu asiakkaalla itsellään on kuntoutumistavoitteiden ja -keinojen kartoituksessa? Onko asiakas valmis ottamaan enemmän vastuuta kuntoutumisprosessinsa päätöksenteosta? Miten eri organisaatiot katsovat tilannetta oman vastuunsa ja työnjakonsa näkökulmasta?

Kuntoutussuunnittelun tekeminen yhteistyössä haastaa yksilöllisten tarpeiden ja tavoitteiden kompromisseihin. Merkityksen tavoitteelle antaa asiakas juuri siinä hetkessä. GAS- yhteistoimijuus kuntoutuskentässä kohdistuu koordinointiin, tiedottamiseen ja ajankäytön suunnitteluun. Tavoitetyöskentelylle haastetta tuottaa Koukkarin (2010) kuvaama jäsenyys, jonka mukaan kuntoutuminen on oppimisprosessi, jossa asiakkaan aktiivinen rooli sekä subjektiiviset näkemykset myös tulosten suhteen ovat tärkeitä.

Kehittäjät osoittivat vankkaa teoreettista ja käytännöllistä osaamista, onhan tavoitetyöskentely kuntoutusasiakastyön vankkaa pohjaa. Kehittäjät toivat esiin vahvasti näkemyksen perheiden tapaamisten ja yhteistyön tavoitteellisuudesta ja tärkeydestä niukoillakin työnteon resursseilla. Keskussairaalan kuntoutusohjauksen liian niukat resurssit lisäävät kuntoutusohjaajien kokemaa työtaakkaa, sillä perheiden tukeminen jää liian vähälle, eikä yhteistyötä koeta olevan lääkärin kanssa kuntoutuksessa riittävästi. Keskussairaalakäytäntöjen erillisyys vaikeuttaa yhtenäisten tavoitteiden laatimista ja hyödyntämistä saman asiakkaan kuntoutuksen äärellä. Eriytyneet toiminnot ja tiedonkulku on myös asiakkaan näkökulmasta pirstaleista ja hankalaa. Yhteiskehittelyä ja linjauksia tarvitaan, mikäli yhtenäisyyttä tavoiteasettelussa pyritään saavuttamaan kaikkien toimijoiden pyrkiessä kohti asiakkaan yhteistä hyvää riittävillä ja kohdennetuilla resursseilla.

Tavoitetyöskentely ei ole helppoa. Asiakkaalle se voi olla vielä useimmiten vierasta, kun kaikkialla ei GAS- menetelmää vielä käytetä. Järvikoski ja Karjalainen (2008) tähdentävät asiakkaan vaikutusmahdollisuuksien tärkeyttä.

Kun GAS-menetelmä tulee käyttöön koko kuntoutuskentässä, on sen käyttö mahdollista sisällyttää kuntoutusprosessin eri vaiheisiin ilman erillistä ihmettelyä tai ”myyntipuhetta” tilanteessa. Nyt menetelmästä tiedottamiseen ja kertomiseen on varattava aikaa asiakastilanteissa. Tavoiteasettelun sisäistäminen ajatuksen tasolla on hyvässä vauhdissa niin asiakkaiden kuin kuntoutustoimijoidenkin keskuudessa. Toistuvat kokemukset menetelmästä tekevät siitä tutun menettelyn myös asiakkaalle. Vielä ei ole kuntoutuksen kehittämisessä rakenteita työntekijöiden ja asiakkaiden GAS- kokemusten läpikäyntiin tavoitteellisesti ja säännöllisenä. Kokemuspalautte menetelmästä eri organisaatioista olisi kehittämisen näkökulmasta tärkeää jatkossa yhdenmukaisuus- pyrkimyksen näkökulmasta.

GAS- menetelmä omaa hyviä ja lupaavia mahdollisuuksia monivammaisten lasten kuntoutuksessa, sillä menetelmää voidaan käyttää mittaamaan edistymistä heterogeenisessä kohderyhmässä hyvinkin asiakaslähtöisesti vaihtelevilla tavoitteilla (Steenbeek – Ketelaar – Galama- Gorter. (2007: 556.) Ammatillisten tavoitteiden synnyttämisen haasteet Ylisassin (2011) mukaan liittyivät asiakkaan motivointiin, työasioiden ja ammatillisten tavoitteiden virittämiseen. GAS jäməköitti kuntoutustyöntekijöiden työtä. GAS- asteikkojen laatiminen oli työlästä ja aikaa vievää, epämääräistä ja epätasaista laadullisesti. Ammatillisiin toiveisiin suuntautuva tilanneanalyysi puuttui vielä, joten työkäytäntöjen ja osaamisen kehittämistä tarvitaan. (Ylisassi 2011: 3.)

Tavoitetyöskentelyn suuntautuminen riittävän pieniin ja konkreettisiin tavoitteisiin vaatii uutta asennetta kuntoutustyöntekijöiltä. Sen lisäksi pienet, pilkotut tavoitteet edellyttävät niihin sovitettua kuntoutusaikataulutusta. Tämä haastaa kuntoutussuunnittelun resurssoinnin kiireisessä ja alimiehitetyssä asiakastyössä. Konkreettisten ja ajankohtaisten tavoitteiden sopivan kokoisiksi haasteiksi pilkkominen ei myöskään ole helppoa tai itsestään selvää. Siparin (2008) tutkimustulokset osoittivat, että asiakasdialogin sisällössä on painotuseroja asiakkaiden ja ammattilaisten välillä, mikä tuottaa oman haasteensa kuntoutussuunnittelun konkretisoitumiselle arkeen ja asiakkaalle sopivaksi.

Tavoitteiden paloittelun oppiminen vaatii kokemuksia aidosta asiakastyöstä. Myös tilaisuuksia harjoitteluun on järjestettävä oma-aloitteisesti, onhan moni kuntoutusalan asiantuntija itsenäinen, suunnitelmallinen työssään ja kantaa vastuuta oman työnsä suunnittelusta sekä toteutuksesta ammattitaitonsa turvin.

Kuntoutustoimien räätälöinti on luotava vallitsevaksi säännöksi työtapoihin. Räätälöinti- ja joustomahdollisuudet edellyttävät työn uudelleen organisointia ja resurssien mitoitus-

ta. Räätylöidyt ja yksilölliset tavoitteet tukevat yksilöllisesti etenevää kuntoutumisprosessia, sillä onnistumiset ja tavoitteiden saavuttamiset motivoivat kuntoutujaa ja lähipiiriä. Merkitys arjen onnistumisista ja osallisuudesta voi myös näkyä kuntoutumisprosessin loppupuolella tai sen jälkeenkin. Kuntoutumisprosessin menestyksestä vaikutusta ei tosin enää aktiivisesti kartoiteta prosessin jälkeen. Tämä onkin perinteiselle panostuotos- arvioinnille haaste. Kuntoutumisprosessin onnistuminen voi toki näkyä asiakkaan subjektiivisena pystyvyytenä, toimintana ja valintoina asiakkaan arkielämän ympäristössä. Arjenmakuisuus GAS- tavoitteissa tukee niin suurempia kuin pienempiäkin kuntoutumispyrkimyksiä ja käytettävien keinojen pohtimista. McDougall ja Wright (2009) kuvaavat ICF: n ja GAS: n yhteiskäytöstä syntyvää hyötyä toteamalla sen näkyvän myös asiakkaan ympäristön mukaan tulossa sosiaalisena tukena, niin tavoiteasettelun ja kuntoutusprosessinkin kohdalla. Näin ollen asiakkaan arki tulee mukaan tavoiteasetteluun. Jatkuva tavoitteista keskustelu vahvistaa dialogia asiakkaan ja kuntoutustyöntekijöiden välillä. Kuntoutuksen suuntaa, tarkoitusta pohditaan ja perustellaan, jolloin asiakas mieltää asioita oman ajattelunsa kypsymisen kautta. Tällöin kuntoutumiselle tulee suunta myös asiakkaan omassa ajattelussa. Tämä on Kelan (2011) mukaan hyvän kuntoutuskäytännön sisältöä. Jatkuvan arvioinnin ja keskustelun avulla tavoitteista puhutaan jatkuvasti. Näin tavoitteiden asettamisesta ja arvioinnista tulee yhtä luonnollinen osa vuoropuhelua kuin yleisen hyvinvoinnin, jaksamisen ja arjessa pärjäämisen arkiset asiat.

GAS tukee asiakas- ja perhelähtöisyyttä, sillä tavoiteasioiden sanoittaminen asiakkaan arkeen sopivaksi vie ne toteutuviksi arjen keinojen avulla. Asiakkaan kokema hyöty on juuri kuntoutusmotivaatiolle ja –prosessin onnistumiselle tärkeää. Koukkari (2010) on myös todennut asiakkaan osallistumisen tukevan kuntoutumista.

Asiakkaan aseman vahvistaminen GAS: n avulla ei välttämättä ole helppo asia toteuttaa totuttujen käytäntöjen vuoksi. Töitä muutosta mahdollistaen on tehtävä tietoisesti. Kuntoutuspalvelujen laadukkuuden lisääntyminen perustuu kuntoutuksen toteutuksen tehostumiseen ja yhteistyön tiivistymiseen GAS: n avulla. Tavoitteiden läpikäynnin tärkeys antaa mahdollisuuden sopivien kuntoutustoimien kohdistamiseen tietoisemmin, jolloin kuntoutuksen tuloksellisuuden arviointi tehostuu asiakkaan kokemuksen kuulemisella. GAS: n avulla kuntoutuksen tuloksellisuuden seuranta on mahdollista niin ikään Pärnän (2012) mukaan.

Asiakaslähtöinen kuntoutustehokkuus vahvistuu GAS: n käytön avulla. Kuntoutuksen perhelähtöisyyden ja asiakaskeskeisyyden lisääntyminen tavoiteasettelussa, menetel-

män tuoma hyöty asiakkaalle, motivaation lisääntyminen kuntoutuksessa sekä kuntoutuksen seurannan tehostuminen ovat tekijöitä kuntoutustehokkuuden vahvistumisen taustalla. GAS- arviointimenetelmän käyttöön liittynyt tutkimus Hengitysliitto Heli ry:ssä osoittaa menetelmän toimivuuden asiakkaan jäsenyteenä ajatteluna ja kuntoutumiseen suuntautumisena. Ohjaajalla on tärkeän rooli tavoitteiden asettamisprosessissa, sillä kuntoutujan on usein vaikea tuoda esiin positiivisia ja kuntoutuksen kannalta merkityksellisiä asioita. (Kurki 2011: 49.)

Tarkempi tavoiteasettelu GAS- menetelmällä tukee kuntoutumisen seuranta ja aikatauluttamista, mikä näkyy tietoisina pyrkimyksinä yhteistoiminnassa yli organisaatiorajojen. Yhteistoimijuus tiivistyy entisestään resurssoinnin ja tarkoituksenmukaisten interventioiden kohdistuessa asiakkaisiin oikealla tavalla. Kuntoutustoimet tähtäävät asiakkaan hyvään ja ihmisarvoiseen elämään toimien näin kuntoutujan edunvalvonnallisina elementteinä. Kuntoutuksen toimien merkitystä arvioidaan asiakkaan elämänlaadun kriteereillä. Toisaalta Järvikoski ja Karjalainen (2008) toteavat ICF: n tukevan kuntoutuksen tuloksellisuuden arviointia. Tästä syystä onkin hyvä käyttää sekä GAS: a että ICF-viitekehystä kuntoutuksen toteutuksessa, sillä tuloksellisuuden arviointi on tärkeää.

Hyvä kuntoutussuunnittelua edistävä kysymys voi olla, onko kaikki tieto saatu asiakkaalta käyttöön kuntoutuksen suunnittelua varten. Tiedon keräämiseen on hyvä kehittää kuntoutusmenetelmiä, joilla on vankka teoreettinen ja kokonaisvaltainen kuntoutuksen soveltuva tausta-ajattelu. Teoreettinen ja tutkittu näyttöön perustuva menetelmällisyys luo laatua työhön. Steenbeek, Ketelaar, Galama ja Gorter (2008) GAS- menetelmän käyttötutkimus osoitti hyötynä kuntoutustoimien laadun lisääntymisen lasten kuntoutuksen moniammatillisessa tiimissä. Vakuuttuneisuus laadun lisääntymisestä tuli esiin niin ammattilaisilla (70%) kuin vanhemmilla (60%) otoksen ollessa 115 asiakasta ja 27 kuntoutusammattilaista. Tutkimus osoitti käytännössä GAS- menetelmän käyttökelpoisuutta ja haasteita, jotka liittyivät ajankäyttöön ja asteikon luontiin. Tutkimus osoitti yhteisen näkemyksen tärkeyden asteikkoa luotaessa. (Steenbeek ym. 2008.)

Kuntoutuksen kohdentuminen oikea-aikaisesti on ollutkin kuntoutuksen päämääränä. Nyt oikea-aikaisuuden arviointiin voi asiakas osallistua keskeisesti ja oikea-aikaisuus voi määrittää asiakkaan arjen, elinpiirin, tavoitteiden ja motivaation mukaan uudella tavalla poiketen lääkärijohtoisesta kuntoutussuunnittelusta. Edellytyksenä on, että asiakasta kuullaan ja asiakas itse aktivoituu toimijaksi. Asiakasta tulee kuitenkin aina tukea

päätöksentekoprosessissaan riittävästi. Kuntoutumisprosessin kaikki toimijat koetaan tärkeinä ja osallisina sekä samanarvoisina. Tämä edistää keinojen monipuolistamista, käyttämättömien resurssien hyödyntämistä. Näitä voivat olla ympäristön ihmiset, toiminta ja fyysiset paikat. Karjalainen ja Vilkkumaa (2011) kuvaavatkin onnistuneen kuntoutusprosessin sisältävän tasa-arvoisuutta, kumppanuutta, vuoropuhelua ja valtaistumista.

7.3 Monitoimijuus ja –menetelmällisyys hyvässä kuntoutuksessa

ICF- viitekehys ohjaa kaikkia kuntouttajia tarkastelemaan asiakasperheen mahdollisuuksia ja toiminnallisuutta, viasta ja vammasta johtuvien toiminnallisten haittojen lisäksi. Toisaalta kuten Järvikoski ja Karjalainen (2008) toteavat ICF tukee terveydentilan, suoritusten ja osallisuuden sekä arjen ympäristön huomioinnin kuntoutuksessa.

Tarkempien kuntoutustavoitteiden laatiminen GAS- menetelmällä lähitoimijoiden kesken voi tuoda kuntoutukseen laatua, parantaa jatkuvuutta, lisätä pitkäjänteisyyttä ja tarkoituksenmukaisuutta sekä kuntoutustoimien oikea-aikaisuutta kuntoutusprosessissa eri toimijoiden työpanosten kohdistuessa tarkoituksenmukaisesti asiakastarpeista käsin. GAS- menetelmä tuo kuntoutuksen kokonaistilanteeseen asiakkaan näkemyksen ja ilmentää kuntoutuksen tavoitteleman muutoksen, mikä motivoi kuntoutujana olevaa asiakasperhettä. McDougall ja Wright (2009) esittävät vakuuttavasti ICF: n tukevan tavoiteasettelua ja sen selkeyttämistä.

Tiivis kuntoutusohjaus tukee tavoitetyöskentelyä ja lisää kuntoutuksen mahdollisuuksia vaikuttaa kuntoutumisprosessiin edistävästi. Yhteiskäytöstä koituvat hyödyt näkyvät kuntoutumisprosessissa teoreettisen yhteensopivuuden tuomana tukena, perheen sitoutumisen vahvistamisessa, yhteiskäytön hyötynä asiakkaalle koko kuntoutuskentässä, kuntoutustoimien laadun lisääntymisenä sekä ICF: n kokonaisvaltaisuuden tuomana tukena GAS- työskentelyssä.

Eriytyneet, lukuiset tavoitteet eri toimijoiden tahoilla kuormittavat asiakasta. Sen lisäksi kuntoutustoimijoiden päällekkäiset interventiot eivät näy asiakkaan kuntoutumisprosessin kokonaisuudessa helposti. Asiakkaan kohtaaminen voi olla niin eriytynyttä, että verkostoon kuuluvat toimijat eivät tiedä toistensa kuntoutuspanoksesta asiakkaan hyväksi. Näin ollen resurssit eivät hyödynny järkevästi. Kuntoutussuunnitelman rakentaminen eri toimintayksiköissä luo tarpeen koordinoinnista ja yhtenäistämistä tiedon siirtämiseksi asiakkaan liikkua. Organisaatorajat ylittävä kuntoutumisprosessi haastaa tiedonsiirtoon, jossa asiakkaan kuntoutumista tukevat asiat välitetään ajantasaisesti ja kohdennetusti. Tiedon siirtäminen edellyttää asiakkaan lupaa, lakien noudattamista

ja hyvää kuntoutuskäytäntöä. Pärnä (2012) toteaaakin resurssien, priorisoinnin, osaamisen ja vastuun jakamisen kautta päästävän laadukkaaseen ja vaikuttavaan kuntoutukseen asiakkaan arkiympäristössä. (Pärnä 2012: 6.)

Laajan kuntoutuskentän yhteensovittaminen ICF- ja GAS- työskentelyyn ja niiden yhteiskäyttöön on haaste, jota vaiheittaisella kehitystyöllä Kela-johdoisesti tuetaan. 2017 alkava avoterapiapalvelujen GAS-käyttö yhtenäistää kuntoutustoimia edelleen. Laitoskuntoutus on velvoitettu jo käyttämään sekä ICF: ää että GAS- menetelmää. Keskussairaaloissa ICF- ajattelua ja GAS- menetelmän käyttöä työtetään koulutuksen ja paikallisten kehittämistoimien avulla. Yhteisasiakkuus organisaatioiden välillä on haaste, mutta myös mahdollisuus käytäntöjen yhtenäistämiseksi varsinkin asiakkaan näkökulmasta katsottuna. Olisi hienoa, jos sama asiakas kohdataan ja palvellaan samalla tavalla kuntoutumisensa asioissa organisaatioiden vaihdoksista huolimatta!

Standardoiduilla työkaluilla on paikkansa arvioinnissa, jossa määritetään vammasta aiheutuvaa toimintarajoitetta. ICF on uutuus ja huomattava tiedon puute voi olla vaikeuttamassa ICF- viitekehyksen ottamista käytännön työhön. ICF- koulutusta ja harjoittelua, samoin kuin GAS:n harjoittelua tarvitaan GAS-tavoiteasettelun oppimiseksi menetelmällisesti. (McDougall – Wright 2009: 1369.) ICF on moniammatillisen työotteeseen sopiva käytännön työkalu. Jokaisen terveydenhuollon työntekijän tulisi tutustua ICF: n luokitukseen oman ammattinäkökulmansa ja ammatillisten työtehtävien ohjaamana (Talo 2001). ICF on kansainvälinen, johdonmukainen, moniammatillinen työkalu käytettäväksi sosiaali-, koulutus- ja terveydenhuoltoalalla (WHO 2013: 7). Visuaaliset työkalut, kehityksellisesti etenevät haastattelut, muokatut ja lyhennetyt tarkistuslistat ovat rakenteita, joita voidaan ICF- pohjaisena käyttää tuomaan asiakkaan tarpeet yksilöidysti ja kattavasti esille. (McDougall – Wright 2009: 1366.) Uuden menetelmän hyötyä pohdittaessa Lapsen arjen kartta- työmenetelmästä saadun positiivisen kehittäjäpalautteen mukaan sen käyttö tukee asiakastiedon saamista kuntoutustyön suunnittelussa. Kuntoutujan vahvuudet ja voimavarat nousevat tietoisemmin esiin, mikä on merkittävää kliinisen ja tarveperustaisen kuntoutuksen suunnittelussa.

Oma asenne työssä ratkaisee uusien menetelmien, ratkaisujen ja työtapojen kehittämisessä ja juurruttamisessa. Koko kuntoutuskenttä on jatkuvien muutosten kohteena niin lainsäädännön kuin toimijakentän uudelleenorganisoinninkin tarpeiden vuoksi. Yhteistoimijuutta ja yhteiskehittelyä tarvitaan jatkossa enemmän, kuin koskaan aikaisemmin.

GAS- menetelmän käyttöönoton kehittämistyössä tuloksena syntyi lomake, ohjeistusmateriaalia ja toimintamallit tavoitteen asetteluun sekä arviointiin moniammatilliselle kuntoutustyöryhmälle kurssimuotoiseen laituskuntoutukseen. Kehitystyössään Toivonen toteaa ryhmämuotoisen kuntoutuksen tarvitsevan moniammatillista työryhmätyöskentelyä laituskuntoutuksessa, sillä GAS- menetelmä on yksilölliseen dialogisuuteen painottuva menetelmä asiakastyössä. Rakenteellisia muutoksia on tarvittaessa tehtävä tavoitetyöskentelyn toteuttamiseksi. (Toivonen 2009: 80.) Tämä onkin yksi esimerkki kehittämistarpeesta uuden menetelmän hiomiseksi käytännön työhön.

ICF: n ja GAS: n vieminen nykykäytäntöihin edellyttää muutosprosessia ja asioiden haltuunottoa sekä yhteistä ymmärrystä työyksikössä, kohdeorganisaation jokaisella tasolla ja suunnitelmallisesti luotuna. Yksilön oma positiivinen asenne muutokseen ja yhteisöllinen ymmärrys tukevat tavoitteellisen ja asiakaslähtöisen kuntoutustyön kehittämistä. Suuri tarve on pohtia yhdessä ICF- viitekehystä ja GAS- menetelmää oman työn äärellä eri ammattinäkökulmista ajatuksia jakaen. Kehittäjäryhmälle syntyi kehittämisprosessin tuloksena kiteytynyt ajatus kuntoutuksen kehittämisen haasteista ja mahdollisuuksista omakohtaisen oppimisprosessin kautta. Yhteiskehittely mahdollisti yhteisoppimisen ja ammatillisen vahvistumisen kehittäjäryhmäläisten kesken. Sähköinen keskustelu ja oman työn kehittämisen pohtiminen ammatillisesti ICF- ja GAS- teemojen äärellä on uutta työtapaa, mikä on virkistänyt ja herättänyt pohtimaan tavoitteiden asettamisen ja tarkistamisen työkäytäntöjä kokonaisvaltaisuuden pohjalta. Käytännöllinen toimintatutkimus loi näin yhteistoimintaa, jota osattiin myös hyödyntää käytännöllisharkitsevalla tavalla ammattitaitoa jatkuvasti kartuttaen (Kuusela 2005: 25).

Tulevassa Sosiaali- ja terveystalouden (Sote) -uudistuksessa kuntien rahoittamia sosiaali- ja terveystalouden alueita arvioidaan olevan noin 20- 30. Perustason palvelut koostuvat väestön sosiaalihuoltoon liittyvistä lakisääteisistä tehtävistä, kun taas laajan perustason palvelut järjestää maakunnan keskuskaupunki. Jokainen sosiaali- ja terveystalouden alue kuuluu hoidosta vastaavaan erityisvastuualueeseen (Erva). Terveystalouden, sosiaali- ja kuntoutuspalvelujen järjestämisessä koetaan suuri hallinnollinen uudistus, jonka tavoitteena on turvata lähipalvelujen saatavuus asiakkaille. Uudistuksen voimaan astumisen myötä 2017 nykyiset sairaanhoitopiirit lakkaavat (Yleisradio 2013). Tämä suuri hallinnollinen muutos koskee myös näkövammaisten kuntoutus- ja palveluohjauksen järjestämistä. Haasteet lisääntyvät palveluketjujen ja -verkostojen toiminnassa, jolloin yhteistyön tiivistämisen ja yhtenäistämisen tarve korostuu tulevaisuudessa entisestään. McDougall ja Wright (2009) tähdentävätkin johtajien ja valtionhallinnon tärke-

ää asemaa arviointimenetelmien ja –tapahtumien sekä prosessien uudelleen määrittämisessä ja yhdistämisessä käytännön arkityöhön ICF- pohjaisen arvioinnin sekä GAS:n hyödyntämiseksi kuntoutus-hoitoprosessissa. (McDougall – Wright 2009: 1370.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ja Kansaneläkelaitoksen organisoimat kehittämiss Hankkeet kuntoutuskentässä edistävät muutosten saavuttamista. Kuntapalvelujen uudistustyö on menossa valtakunnan tasolla. Pääministeri Jyrki Kataisen (2011) hallitusohjelmassa hyvinvointipolitiikkaan liittyvä palvelujen kehittäminen kohdistuu monialaisen kuntoutuksen parantamiseen kuntoutuksen järjestämisen ja rahoitusvastuiden sekä kuntoutusprosessien selkeyttämisen kautta kuntoutujan eduksi. Kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittäminen etenee suunnitelmallisesti KASTE II-hankeella (Valtioneuvosto 2011: 58- 60.) Suoranta, Ashorn, Rissanen ja Viitala (2007) ovat tukimuksessaan tulleet johtopäätökseen, jonka mukaan aluetason kuntoutustoimintaan on yhteisiä intressejä seutukunnallisen yhteistyön kehittämiseksi. (Suoranta ym. 2007: 36.) Sosiaali- ja terveyspalvelujen ala on suurten muutosten kohteena useiden vuosien ajan jatkossakin. Yhteistoimijuutta ja kehittämismyönteisyyttä tarvitaan jokaisella hallinnon tasolla, toiminnan toteutuksen portaalla ja kuntoutustoimijan omassa ajattelussa.

8 Kehittämistyön ja –prosessin arviointia

Kehittämistyön intressi on lähtenyt asiakkaan aseman vahvistamisesta ja hänelle koituvan hyödyn tavoittelusta kuntoutumisprosessissa ja kuntoutuksen suunnittelussa. Kehittämistyöllä tähdättiin työkäytännön muutokseen luomalla käytännön menetelmää ICF: n ja GAS: n yhteiskäyttöön.

8.1 Kehittämisprosessin organisointi ja käytännön toteutus

Kehittämisprosessin organisointi, toteutus ja jälkityö ovat olleet kehittämistyön tekijän vastuulla. Toimintatutkimuksellisen kehittämisprosessin monien vaiheiden organisointi, prosessin aikainen suunnittelu sekä tiedottaminen ovat korostuneet tässä kehittämisprosessissa. Organisointi ja toteutusvastuu on näkynyt kehittämistyön tekijän aktiivisena roolina kaikissa kehittämisprosessin vaiheissa: ennakkotyössä, tiedottamisessa, kehittämisprosessin vaiheiden, aikataulujen ja asiasisältöjen suunnittelussa, työvaiheiden sekä prosessin etenemisen varmistamisessa, tuotetun tiedon käsittelyssä ja kirjaamisessa, kehittämisen yhteenvedojen reflektoinnissa ja tehdyissä muutoksissa suunnitelmiin, kehittäjien kanssa käydyssä viestinnässä, käytännön järjestelyistä huolehtimisessa ja ennakkoinnissa tulevia kehittämisvaiheita läpikäyden yhteisesti. Prosessi eteni suunnitelman avulla ja tarvittaessa muuntui tarpeiden mukaan. Tutkimuksen kohteena oli kehittäjäryhmän tuottama kuntoutuksen kehittämistieto ja konkreettinen kehittämisteko uuden kuntoutustyömenetelmän luomiseksi omaan kuntoutusohjaustyöhön. Kehittäjien sosiaalinen prosessi tuotti kriittistä pohdintaa, kysymyksiä, oivalluksia ja kehittäjille lisäintoa oman työn kehittämiseen. Kehittämistyön vastuuhenkilönä olen saanut olla aktiivisessa roolissa niin tukijana kuin itse kehittäjänä. Prosessissa tiedottaminen on liittynyt aikatauluihin, asiasisältöön, kehittämisjatkumon läpivientiin kehittäjäryhmäläisten perustyötä kunnioittaen. Kehittämisaikataulut sovittiin yhdessä ja ennakoiden. Näin toimien osallistuin toimintaan ja tähtäsin interventioon, olin aktiivinen vaikuttaja, toimija ja osallistujien voimaannuttaja. Tietämisen tapa on perustunut ajassa etenevään juoneen. (Heikkinen 2006: 20- 22.)

Tiivis kaksijakoinen työroolini on onnistunut hyvin aikataulutetulla ja suunnitellulla vaiheistuksella, jossa kehittäjärooli ja tiedon analysoijan rooli ovat vaihdelleet sujuvasti. Pyrinkin huolehtimaan kehittämisprosessin aikana roolien erillisyydestä tietoisesti. Olen ollut myös tietoinen roolien yhdistämisen aikatauluhaasteista näinkin tiiviissä kehittämisrupeamassa. Kehittäjän roolissa toimiessani olen pohtinut ja vastannut kysymyksiin

kuten muutkin kehittäjät. Tuotetun tiedon analysoinnin vaiheet erotettiin suunnitelman mukaan erillisiksi jaksoiksi (tautot verkkokeskustelussa). Tutkijan kenttätöitä oppii vain toimintatutkimusta tekemällä. Oppiminen kohdistuu niin tutkittaviin asioihin kuin tutkijaan itseensä henkilönä (Kuula 1999: 114 - 148). Kehittämisprosessi on ollut oppimisprosessi kehittämisen organisoinnista, arvioinnista, tutkimuksellisuudesta analysoinnista ja tutkijan roolista keskellä kehittämistä.

Kehittämisprosessin alussa kiinnostuksen herättäminen kuntoutustyöntekijöiden kentässä, mahdollisten ja halukkaiden kehittäjien etsiminen, mukaan tulevien kehittäjien motivointi ja sitouttaminen, kehittämisprosessin aikana myönteisen kehittämispalautteen ja kehittämisilmapiirin sekä kannustuksen antaminen perustyön kiireiden keskellä, jokaisen kehittäjäjäsenen tasavertainen huomiointi ja kohtelu sekä kuulluksi tulemisen varmistaminen ovat olleet kehittämisprosessin aikaisia tärkeitä työtehtäviä. Kehittäjät ovat olleet keskenään tuttuja jo satunnaisista kuntoutusyhteyksistä, mikä on auttanut kehittäjien ryhmäytymistä ja yhteiseen päämäärään sekä vuorovaikutuksellisuuteen pääsemistä.

Valtakunnallisen moniammatillisen kehittäjäryhmän jäsenet ovat osoittaneet erilaista yksilöllistä, ammatillista hiljaista tietoa kuntoutuksen toteutuksesta työorganisaatioissaan ja työssään näkövammaisten lasten perheiden parissa. Kehittämistyön aikana kehittäjät ovat jakaneet keskenään kokemuksia, näkemyksiään kuntoutusohjauksen sisällöstä, ICF- viitekehyksestä ja GAS- menetelmästä sekä näiden yhteiskäytöstä. Kehittämisprosessin vaiheiden kautta lopputuloksena syntyi käytännön työmenetelmä käytettäväksi kuntoutustyössä. Koko kehittäjäryhmä on ollut sitoutunutta, mikä näkyy kehittämistiedon tuottamisessa, käytännön kehittämisessä sekä sitoutumisena koko prosessin aikana, sillä kukaan ei keskeyttänyt osallistumistaan. Kehittämistyön aikana kehittäjien kesken on jaettu ammatillista tietoa ja reflektiota kuntoutusajatuksistaan tuleviasta muutoksista ja haasteista sekä niiden haltuunotosta. Mukana on ollut myös muutoksiin liittyvään epävarmuuteen kytkeytyviä tunteita positiivisen kehittämisilmapiirin tukemana.

Kehittäjien palautteen mukaan kehittämisprosessin toteutus koettiin sujuvaksi. Verkkokeskustelun ja yhteiskehittelyn sujuvuudesta, järjestelyjen ja sisällön osalta, kehittäjät olivat sitä mieltä, että verkkokeskustelu olisi voinut olla vilkkaampaa, mutta kiireet työssä vaikeuttivat pohdinta-ajan ottamista työn ohessa. Verkkokeskustelussa hankaluutena koettiin eriaikaisuus, mikä vaikeutti keskustelun syntyä ja vauhtiin pääsyä ainakin

aluksi. Kysymysten ja vastausten ymmärtäminen oli yksilökohtaista. Parituntinen ponnistus keskusteluun viikossa oli lyhyt aika, ottaen vielä huomioon tarpeen selvittää itselle teoriaa ja käsitteitä. Kysymyksiin ei aina ehtinyt vastata. Kysymyksiä tuli kehittäjille liian nopealla tahdilla. Vastausketjut sähköisenä olivat pitkiä, mikä hankaloitti vastausten läpikäyntiä. Erilliset kehittämiskäynnit sairaanhoitopiireihin olivat tärkeitä, jolloin kaikki pääsivät mukaan yhteiskäytön kehittämisen suunnitteluun. Yhteiskehittelypäivä koettiin antoisaksi, mutta omalla tavallaan myös raskaaksi.

Kehittäjät kokivat hyvänä kehittämisen idean ja rohkea liikkeellelähdon työn kehittämiseksi. Kehittäjät pystyivät vastaamaan keskustelussa silloin, kun se itselle parhaiten sopi työnteon lomassa. Keskusteluaiheet aktivoivat pohtimaan asioita arkityön äärellä. Kokemusten, käytäntöjen ja ajatusten vaihtaminen tärkeää kuntoutusohjaustyötä tekevien kesken. Kehittämisprosessin sisältö vastasi tarkoitusta. Ideointi verkossa koettiin toimivaksi. Jokainen sai esittää asiaa, miten parhaaksi katsoi ja jokainen tuli kuulluksi. Kehittämistiedon varmistamiseksi kontaktia ja kommenttia haettiin kehittäjiltä säännöllisesti. Näin kehittäjillä oli ainakin mahdollisuus reagoida tuotetun tiedon oikeellisuuteen. Kehittäjät kommentoivat yhteiskehittelyssä päästyihin riittäviin tuloksiin. Näin vahva kokemus syntyi oman työn kehittämisen lähtökohdasta, omasta aktiivisuudesta ja tarpeesta oman työn kehittämiseksi. Kehittäminen nähtiin hyötynä omaan työhön. Yhteiskehittely yli organisaatorajojen koettiin yllättävänkin haasteellisena. Aikaa tarvittiin asioista puhumiseen ja yhteisen ymmärryksen muodostamiseen, sillä asioita ymmärrettiin omasta työstä käsin ja hyvinkin erilaisista työnteon lähtökohdista. Verkkokeskustelu oli tärkeää, mutta keskustelu jatkui myös vilkkaana ja vuorovaikutuksellisenä kehittämistapaamisissa. Tämä osoittaa aitojen kohtaamisten vuorovaikutuksellisuuden merkitystä ja tärkeyttä sekä avoimen keskustelun tarvetta kehittämisyrittämissä.

Yhteiskehittelyyn liittyvien toiveiden täyttymiseen kehittäjät kertoivat kommentteina ajatuksiaan yhteiskehittelyn antoisuudesta, mutta myös rankkuudesta. Keskustelu olisi voinut mennä vielä syvemmälle työkäytäntöihin ja käytäntöön, mutta ajanpuute esti tämän. Kehittämistapaamiset koettiin antoisina ja vuorovaikutuksellisina olihan kehittäjillä käytössä sama kieli, samat pulmat ja samaa näkemystä. Workshop-päivä koettiin hyvänä. Päivän asiasisällöt olivat tosin laajoja toteutettavaksi ja kokonaiskuvan saamisen hankaluutena olivat erilaiset työkäytännöt erilaisista toimenkuvista johtuen. Verkostotapaamiset ja workshop-kehittäminen yhdistyivät käytännön prosessina. Verkkokeskustelu ei poistanut tarvetta keskustella kuntoutusohjaustyöstä ja työkäytännöistä keskussairaalamailmassa. Workshopin alkuorientaatioon oli niukasti aikaa, mutta yhteis-

kehittelyn keskustelua täydennettiin tarvittaessa aiempien aineistojen referoinneilla. Workshop oli sisällöltään vaativa kaikille kehittäjille.

Ajatukset luodun työmenetelmän, Lapsen arjen kartan, käyttöönotosta ja käyttöönotto-aikataulusta heti kehittämisen jälkeen olivat myönteiset. Työmenetelmä on siirrettävissä ja kokeiltavissa käytännössä. Kehittämisen äärellä noussut huoli perheen liiallisesta ohjaamisesta kartan teossa oli edelleen pinnalla. Sopiva tuki ja ohjailu perheelle nähtiin konkreettisenä haasteena, menetelmän tavoitteena on kuitenkin saada nykytietoa vanhempien sanoittamana lapsen arjen osallisuudesta ja ympäristöstä. Vanhempien arki-tiedon tuottaminen antaa mahdollisuuden myös kuntoutumisprosessiin kuuluvien oivalusten kokemiseen. Työmenetelmään kuuluvat tavoiteasettelu on harjoiteltavaa asiaa eri organisaatioissa. Tavoitteiden jatkumo yli organisaatioiden nähdään tavoittelemisen arvoisena asiana pitkällä tähtäimellä.

Yhteiskeskustelu ja -kehittely tuotti uuden työmenetelmän ja alkuohjeistusta käytännön kuntoutustyöhön. Tämän johdosta voidaankin todeta kehittämistyön onnistuneen tarkoituksensa suhteen. Kehittämistyön aikana arvioitiin kehittäjäryhmässä, että työmenetelmä omaan työhön on otettavissa käyttöön syksyllä 2013. Arjen kartta selkiyttää asioita ja aktivoi vanhempia pohtimaan, tiedon vastaanottamisen sijaan. Kartan avulla keskustelua ja kysymyksiä saattaa herätä paljon enemmän. Miten arjen kartta käytännössä toimii, mitä pitää muuttaa, antaako menetelmä jotakin informaatiota jota muuten ei saa. Tämän käyttökokeilut aikanaan osoittavat. Tähän mennessä kehittäjien käyttökokeilut arjen kartasta syksystä 2013 osoittavat positiivista palautetta asiakkaan äänen vahvistumisesta kuntoutumisprosessin kuntoutuskeskusteluissa, mikä on ollut tämän kehittämistyön päätavoitteena.

8.2 Kehittämisprosessin luotettavuudesta ja eettisyydestä

Kehittämisaineistoa on kerätty, organisoitu, analysoitu vaiheittain ja tietoa on siirretty takaisin kehittäjille mahdollisten virheiden korjaamiseksi. Tästä prosessista on kuvattu aineiston keruun ja alustavan analyysin vaiheet 5.5 - kohdassa ja tiedonkeruun ja aineistanalyysin yhteenvetotaulukossa (liite 4). Lukijalle tiedon tuottamisen ja analysoinnin luotettavuutta varmistetaan tarkalla kehittämisprosessin kuvauksella. Kehittämistyö organisoitiin tasavertaisuus- ja tasa-arvoisuusperiaatteen lähtökohdista. Kaikki kehittämisen vaiheet ja toimet on pyritty toteuttamaan kehittäjäryhmäläisiä arvostaen ja yksilöllisyyttä huomioiden. Pyrkimys jokaisen kuulluksi tulemiseen on ollut vahvana vaikuttimena työtä organisoitaessa ja aineistoa kerätessä. Avoimuus ja vapaaehtoi-

suus ovat olleet perusarvoja yhteiskehittelyssä ja prosessissa. Lupa ihmetellä ja kysellä on ollut toimintaa ohjaavana ajatuksena uutta yhteistä ymmärrystä tuottaen.

Kehittämisen prosessin aikana syntynyt tieto säilytettiin turvallisesti (tieto kehittämistyön koordinoijan hallussa). Kehittämistieto säilytettiin sähköisenä Näkövammaisten Keskusliiton tietoturveysyksikön ylläpitämällä verkkopalvelimella käyttäjäkohtaisessa kansiossa, jonne oli pääsy vain kehittämistyön tekijän henkilökohtaisen salasanan avulla. Työnaikaiset paperitulosteet säilytettiin huolellisesti kehittämistyön tekijän hallussa. Kehittämistyön valmistumisen jälkeen (kirjallinen kehittämistyön raportti valmis) kehittämisen prosessin aikana kerätty aineisto hävitetään salassa pidettävän aineiston käsittelyn ja NKL-organisaation toimintakäytäntöjen mukaan. Kehittämistyön valmistumisen jälkeen suljettu sähköpostilista lopetetaan NKL:n tietotekniikkayksikön työntekijän toimesta. Kehittäjäryhmän tuottama tieto (kokemukset, näkemykset) on kuntoutustyön käytäntöön ja kehittämiseen liittyvää yleistä ja työntekijäkohtaista tietoa, eikä kehittämistieto ole sisältänyt asiakastietoa. Kehittämistyön aikainen muu kirjallinen aineisto: tutkimuspäiväkirjani, kehittämisen prosessin suunnitelmaluonnokset, kehittämistapaamisten muistiinpanot sekä workshop-kehittämispäivän muistiinpanot ja on säilytetty turvallisesti kehittämistyön tekijän hallussa. Aineisto hävitetään kehittämisraportin valmistumisen jälkeen turvallisesti.

Tulosten todenmukaiseen ja objektiiviseen kuvaamiseen on pyritty tinkimättä. Kehittämistyön tekijä on pitänyt tutkimuspäiväkirjaa reflektiivisenä välineenä omien spontaanien ajatusten pitämiseksi erillään kehittämisen prosessin tuottamasta tiedosta ja tuloksista. Kenttäpäiväkirjan avulla voidaan tehdä näkyväksi tutkijan itsensä tuottama rooli eri tapahtumissa (Kuula 1999: 171). Tuotettua kehittämistietoa on tarkastettu sisältäpäin, jossa oma välitön kokemus ja havainnot ovat osa aineistoa. Kehittämisestä vastuuta kantaen oma ymmärrykseni on syntynyt hiljalleen prosessin aikana. (Heikkinen 2006: 20.)

Tuotetun tiedon teknisestä luotettavuudesta on pyritty varmistumaan avoimella tiedottamisella ja yhteisvastuullisuudella. Pääsääntöisesti viestien lähetys ja vastaanotto onnistui sähköpostilistalta kehittämisen prosessin aikana. Jostakin tuntemattomasta syystä ajoittain listalle lähetetty viesti tuli tuplana sähköpostilistan vastaanottajille. Kerran yhden kehittäjäjäsenen lähettämä viesti ei näkynytkään kaikilla, mikä tuli ilmi verkkokeskustelussa toisen ryhmäläisen kysyessä ja referoidessa verkkokeskustelun vastauksia. Kehittämisen koordinoijana huolehdin asian kuntoon ja lähetin puuttuneen viesti

vielä kerran kaikille sähköpostilistalla. Selvensin kehittäjäryhmälle ongelmatilanteen ja varmistin yhteisvastuullisuutta keskustelussa vastaavien ongelmatilanteiden varalta: mikäli ongelmatilanne toistuisi, on asiaa tutkittava tietoteknisen toteutuksen osalta tarkemmin. Ongelmaa ei esiintynyt toista kertaa, mikä lienee osoitus inhimillisestä erehdyksestä viestin lähetyksessä. Tiedonkeruun tekniset toteutukset muuntuivat kehittämisprosessin aikana, sillä tavoitteena ja pyrkimyksenä oli mahdollistaa kehittämisprosessiin osallistuminen käyttäjäystävällisesti ja luotettavasti. Tiedon tuottamisen tekniset ratkaisut sähköpostiviestien lähetyksessä vaihtelivat niin, että aluksi ICF- teemakeskustelussa vastaaminen tapahtui suoraan sähköpostiviestiin. Koska tämä kasvatti yhteisen vastauksen pituutta ja lisäsi kommenttien lukemisen työläyttä sähköpostissa, muutettiin toisella keskustelujaksolla GAS- teemassa kirjoittaminen ja kommenttien lukeminen tapahtuvaksi erillisen tekstiliitetiedoston jatkumoksi. Tekninen muutos helpotti vastamista työkiireiden keskellä.

Jokainen kehittäjä toimi itsenäisesti prosessin aikana ottaen talteen yhteisesti tuotettua materiaalia niin halutessaan. Aineiston käsittely ja tallennusvastuu oli minulla kehittämistyön tekijänä. Kehittämisprosessin aikana keräsin aineiston talteen suunnitelmallisesti ja tiedotin kehittäjäryhmää kaikista aineiston keruuseen, tallentamiseen ja jakamiseen liittyvistä toimistani ajantasaisesti. Tiedotin kehittäjäryhmälle keskusteluvaiheiden päättymisestä. Varmistin myös yhden kehittäjäryhmäläisen osallisuutta keskusteluun ja keskusteluaineisto täydentyi kehittämistapaamisen kenttämuistiinpanojeni avulla. Tiedonkeruun poikkeamat tutkimussuunnitelmasta liittyivät keskusteluvaiheisiin ja keskustelutiedon keräämisen aikatauluun. ICF- teemakeskustelu päätettiin kalenterin mukaisesti. Käytännössä sen jälkeen tuli vielä kehittäjiltä kaksi kommenttia ICF- aiheeseen, jotka sitten teknisesti lisättiin aineiston joukkoon. Toinen tiedonkeruun muutos oli GAS- teemakeskustelun päättyessä 19.5.13. GAS- teema täydentyi yhden kehittäjän kommentteilla, jotka tulivat vastausajan jälkeen. Kehittäjät saivat itselleen heti GAS- teemakeskustelun perään avoimen kyselyn pelkistetyt vastaukset ICF / GAS- yhteiskäytön mahdollisuuksista. Tämä siksi, että kehittäjillä olisi käytettävissä kaikki se yhdessä tuotettu tieto seuraavalla viikolla tapahtuvissa kehittämistapaamisissa.

Kehittämistyön vaiheet ja – syklit niin tiedon tuotannon, käsittelyn kuin analysoinnin osalta on pyritty kuvaamaan mahdollisimman avoimesti, autenttisesti ja lukijaystävällisesti. Haasteita työ on teettänyt juuri tiedontuotannon kerroksellisuuden, tarkkuuspyrkimysten ja työn laajuuden näkökulmista. Tiedon tuottaminen omasta työstä käsin on ollut kaikkien kehittäjien lähtökohtana. Muutoksen mahdollisuuden eteenpäin vievä

voima on kantanut kehittämisprosessissa. Toimintatutkijana olen ollut mukana aktiivisena kehittäjänä. (Kuula 1999: 155 - 213.) Kehittämistyö on ollut yhteistä oppimista, työn kokemusten reflektointia ja hiljaisen tiedon muuttamista tietoiseksi, yhteiseksi osaamiseksi (Pärnä 2012: 220).

Validi toimintatutkimus tehtiin yhteistyössä henkilöiden kanssa, jotka olivat joko tukijoita tai vastustajia. Vastustajien tehtävä oli tuoda keskusteluun haasteita ja vastalauseita. Systemaattinen palautteen kysyminen ja useat prosessin kierrokset hioivat käsitteitä ja luokitteluja. Odotusten ja tavoitteiden täytyminen prosessissa on ollut tärkeää. Tarkoitussuuntautunut toimintatutkimus lähti liikkeelle alustavilla tulkinnoilla, jotka syvenivät prosessin aikana. Validius tuli kehittämisessä monen erilaisen tiedon yhdistämisen ja vuorovaikutuksen kautta. Kokemusperäinen tieto on yhdistyi yhdessä tulkittuun tietoon, jonka pohjalta on tuotettiin tulokset. Kokeellinen tieto on tullut mukaan työmenetelmän käyttökokemusten myötä toimintatutkimuksen ulkopuolelta ja jälkeen. (Anttila 2006: 446 - 447.) Edellä kuvatut ominaisuudet validista kehittämisestä ovat toteutuneet tässä kehittämisessä. Looginen validiteetti perustuen omaan käsitykseeni tutkimuksen oikeellisuudesta ja uskoni tutkimusotteen sekä valittujen menetelmien vastaavuuteen oikeuttaa määrittämään kehittämisystöni validiteetin riittäväälle tasolle. Empirinen aineisto ja sen analyysi sekä tulkinta tukevat reliabiliteettia. (Anttila 2006: 513 - 517.)

Kehittämisessä ei ollut mukana asiakkaita. Kuitenkin kehittämisprosessin keskusteluissa näkövammaisen lapsi ja hänen perheensä on ollut aktiivisesti ja taukoamatta mukana kehittäjäryhmäläisten sanoittaessa ja kertoessa asiakastyöstään yleisellä (ei yksilöityä asiakastietoa) tasolla työkäytännön esimerkkejä kertoen. Työkäytännöistä puhuminen ei onnistu ilman asiakkaan vahvaa läsnäoloa kuntoutustyöntekijän ajattelussa. Tämä on vahva fakta ja osoittaa myös työntekijöiden vahvaa sitoutumista asiakastyöhön ja asiakaslähtöiseen ammatti-identiteettiin. Työprosessien kuvailu ja pohtiminen sekä tarkempi analysointi on tehnyt näkyväksi myös asiakkuuden olemuksen ja dialogisuuden haasteet sekä herkkyyden. Edellisen perusteella uskallan väittää, että asiakas on ollut mukana tässä kehittämisprosessissa.

8.3 Luodun menetelmän ja kehittämistiedon sovellettavuus kuntoutuskentällä

Nyt luotu työmenetelmä perheiden kanssa tehtävään kuntoutustyöhön ja -ohjaukseen on konkreettinen väline, jonka käyttöönottoon voidaan ryhtyä kuntoutustyöntekijän oman ammattiosaamisen ja vankan työkokemuksen turvin. Lapsen / kuntoutujan arjen kartan® käyttö on mahdollista ja suotavaa laajalla kuntoutuskentällä. Menetelmän istu-

vuus eri ammattinäkökulmaan ja eri organisaatiosta käsin tehtävään asiakastyöhön on hyvä. Ammatillaisen osaaminen on ja pysyy kuntoutuksessa asiakkaan tukena.

Työmenetelmä mahdollistaa perhelähtöisen lähestymistavan, yksilöllisen rytmityksen, tilannekohtaisen soveltamisen ja istuu kuntoutusohjauksen nykytyöhön ilman suuria muutoksia. Suurimmat muutokset ovat kuntoutustyöntekijän ammatillisen tietoisuuden ja tausta-ajattelun muutoksessa, jossa ICF- ajattelun kokonaisvaltaisuus tulee esille lapsen osallisuuden, toimintakyvyn positiivisten tekijöiden ja vahvuuksien sekä ympäristön edistävien ja ehkäisevien tekijöiden ilmentymänä vahvuudet pääsevät esille entistä helpommin. Myönteiset tekijät ja voimavarat antavat mahdollisuuden suunnitella kuntoutustavoitteita motivaatiota hyödyntämällä. Samalla voidaan tarttua näkövammaisen lapsen kuntoutuksen nykyaasteisiin oikea-aikaisesti, tavoitteita ja haasteita paloitellen. ICF- viitekehys laaja-alaisena kokonaistilanteen kartoittamisessa antaa sitä taustatietoa, jota tarvitaan GAS- tavoitteiden asettamisessa näkövammaisen lapsen kasvun ja kehityksen tueksi.

Arjen onnistumiset ja vahvuudet antavat lapsen arjen kartan piirtämisessä niitä voimavaroja ja positiivista maaperää, jolta ponnistetaan kohti arjen vaikeuksien ja hankaluuksien voittamista. Sen lisäksi arjen hankaluuksien tunnistaminen arjen kartan avulla antaa mahdollisuuden kiinnittää hyvin paloitellut ja sopivan kokoiset tavoitteet asiakkaan kuntoutumisprosessiin mielekkäällä ja motivoivalla tavalla.

GAS- tavoiteasettelu sijoittuu kokonaiskartoituksen pohjalta arjen hankaliin haasteisiin perheen sanoittamana. Yksilölliset tavoitteet ja keinot voidaan pohtia yhdessä moniammatillisessa yhteistyössä perhettä arvostaen. Kehittämistyössä esiin noussut uusi ajattelu- ja työtapu suuntaa kohti asiakkaan hyvää yhteisvastuullisesti toimien organisaatorajat ylittäen. Nyt luotu menetelmä tuo asiakkaan äänen kuuluviin ja konkreettisesti näkyviin kuntoutuksen suunnitteluun. Kartan käyttäjät voivat olla niin sanotusti vauvasta vaariin: Erilaiset sairaus-, vika- tai vammataustat eivät rajoita menetelmän käyttöä, onhan kuntoutumisprosessin keskiössä aina yksilö omine tarpeineen ja näkemysineen sekä ympäristöineen.

Lapsen arjen kartta lähtee asiakasperheen tuottamasta ymmärryksestä arjen tilanteesta. Menetelmä ei edellytä vanhempien teoreettista osaamista, vaan se on kuntoutustyöntekijän ammatillista teoreettista osaamista. Asiasta kiinnostuneet vanhemmat voivat toki syventyä teoreettiseen taustaan niin ICF: n kuin GAS: n osalta niin halutes-

saan. Mielenkiintoista on pohtia vanhempien/ lähitoimijoiden asiantuntijuuden vahvistumista kuntoutusammattilaisen rinnalla. Mitä se voi tuoda tullessaan dialogiin?

Pienten lasten kohdalla, jotka eivät vielä osaa tuottaa ajatuksia omasta arjestaan, sanoittajina toimivat vanhemmat ja lähipiirin tärkeät ihmiset. Aikuisten kohdalla sanoittajana on aikuinen itse ja tarvittaessa mukana on hänen lähipiirinsä omasta ympäristöstä. Ikääntyneen ja vaikkapa muistisairaana kohdalla erityisesti lähipiirin panos sanoittajana on tärkeä. Kuntoutujan arjen kartan toteutus on asiakaslähtöisenä yksilöllinen ja palvelee yksilön kuntoutumisprosessia, tiedon välittämistä ja vertailua asiakkaan antaman luvan myötä. Subjekttiivinen kokemus omasta kuntoutumisesta voi tulla näkyväksi asiakkaalle, lähipiirille, kuntouttajalle ja kuntoutuksen rajoittajalle. Yhteiskäytön työmenetelmä osoittaa ICF: n ja GAS: n asiakaslähtöisyyden ja yhteensopivuuden sekä niiden tuoman lisäannin asiakastyön tehostamiseksi ja laadun parantamiseksi kuntoutuksen kohdennetuin kuntoutuksen täsmätoimin.

Kehittämistyössä tuotettu tieto ja ymmärrys on syntynyt pienellä valtakunnallisella kehittäjäryhmällä. Neljän eri sairaanhoitopiirin työkäytännöt, asiakasmäärät, käytettävissä olevat työntekijäresurssit sekä organisaatioiden työkäytännöt liittyen ICF- viitekehykseen ja GAS- menetelmään vaihtelevat. Tähän keskussairaaloiden kuntoutusohjaajien työnteon kokemusmaailmaan on yhdistynyt järjestön tuottaman kuntoutuksen kuntoutusohjaajan kokemusmaailma. Kehittäjäjoukko on ollut pieni ja rajoittuen Etelä- ja Keski-Suomeen, joten työkäytäntöjen kokemukset ovat olleet näin myös rajalliset verrattuna koko Suomen kuntoutusohjauksen toteutukseen. Kuntoutuksen kehittäminen keskussairaalapiireissä etenee omaa tahtiaan resurssien ja uudistusten aikataulutusten myötä. Kehittämistyö osoitti, että ICF- viitekehyksen ja GAS- menetelmän haltuun otamisessa tarvitaan aikaa ja vuorovaikutteista sekä reflektoivaa kaikkia osallistavaa yhteiskeskustelua.

Työmenetelmä antaa kuntoutustyöntekijälle mahdollisuuden käyttää omaa ammatitiosaamista ja –identiteettiä asiakastyössä kuten ennenkin. Menetelmä tuo konkreettisuutta kokonaistilanteen kartoitukseen ja tavoitteiden asetteluun perhelähtöisesti. Vanhempien tuottama tieto voidaan saada haastattelemalla, kuvaamalla piirroksin tai sanoin vapaamuotoisesti ja perheelle sopivalla tahdilla kuntoutumisprosessin eri vaiheissa. Konkretisoituihin asioihin voidaan palata ja tietoa voidaan verrata kuntoutumisprosessin kuluessa. Kuvauksen toteutus paperisena voi saada rinnalleen sähköisen muodon.

Perheiden osalle tuleva kuntoutuksen hyöty voi näkyä jatkossa siinä, miten eri organisaatioiden kuntoutustyöntekijöiden yhteneväinen työskentelytapa voi tukea lapsen/ aikuisen kuntoutuksen kokonaistilanteen kartoitusta ja voidaan luoda kuntoutustavoitteita sopivin askelin ja aikatauluin kuntoutusjatkumona. Yhteneväisyys toimintatavoissa voi myös vaikuttaa myönteisesti perheen kuntoutumisprosessiin ja kuntoutuspolkuun niin lyhyen kuin pitkän tähtäimen tavoitteissa tiiviillä yhteistyöllä ja määrätietoisella tiedon siirrolla asiakkaan luvalla. Perheiden kohtaamisen dialogisuus voi pohjautua samankaltaisiin lähtökohtiin työmenetelmällä perheiden sanoittamisessa arjen asioissa huolimatta kuntoutustyöntekijän vaihdoksesta.

8.4 Ajatuksia jatkokehittämistarpeista

Uusi työmenetelmä on jo käytössä kehittäjillä omassa työssään. Kehittäjäryhmäläisiltä saadun palautteen mukaan käyttökokemukset ovat positiivisia. Menetelmä suuntaa keskustelun ja huomion perheen ja asiakaslapsen arkeen. Vanhemmat ovat erilaisia sanoittamaan lapsen näkökulmasta asioita, joten herkkyyttä kuntoutustyöntekijältä tarvitaan asiakaskeskusteluissa avun ja tuen antamisessa. Arjen sanoittaminen perheen tuottamalla tiedolla antaa nykyhetkestä tilannekuvaa juuri perheen yksilöllisyys huomioiden.

Kehittäjäryhmän arviot jatkotyöstämisestä liittyivät menetelmän pilotointiin, jolloin esimerkiksi puolen vuoden kuluttua voisi arvioida, miten menetelmä on toiminut. Menetelmän paperisen version olemassaolo ja säilytys ovat vielä käytännön työssä avoimia kysymyksiä. Onko mahdollista saada kartta Effic- järjestelmään, jolloin sähköisenä tietojen tallennus helpottuisi kotikäynneillä. Työmenetelmän valtakunnallinen jalkauttaminen on mahdollista. Luultavaa on, että moni muukin kuntoutusohjaaja kaipaisi tällaista työvälinettä asiakastyöhön. Tosin se vaatii tiedottamista ja kysyy halukkuutta sekä kehittämismyönteisyyttä työmenetelmän ja uuden ajattelun ottamiseksi omaan työhön. Järvensivu ja Rajala (2010) kuvaavatkin tulosten ja osaamisen levittämisen haasteena olevan uusien toimijoiden sitouttaminen ja luottamuksen rakentaminen kehitetyn ratkaisun käyttöönottamiseksi. (Järvensivu - Rajala 2010: 20.) GAS- tavoitteiden laatimista tulee harjoitella lisää käytännön työssä, sillä sitä oppii vain tekemällä. Lapsen arjen kartan jatkokehittely etenee asikaskokemusten kautta. Vanhemmat voidaan ottaa mukaan arjen kartan jatkokehittämiseen. Tämä kehittämistyö on tuonut tietoa, jota voidaan hyödyntää eri organisaatioissa kehittämistyössä. Keskussairaaloiden erilliset käytännöt hankaloittavat perheen näkökulmasta kuntoutumisprosessin sujumista tavoitteiden erillisyyden vuoksi. Työkäytäntöjen kehittäminen työn uudelleen organisoimiseksi ja hallinnollisesti sujuviksi ovat suuria yhteisiä haasteita tulevaisuuden kuntoutuskentällä.

9 Loppukiitoksin ja –sanoin

Keskussairaaloissa kuntoutusohjaajien esimiehet ovat olleet hankkeelle myönteisiä ja nähneet yhteisen kehittämisen tarpeellisena ja arvokkaana. Tämä myönteisyys on tullut esille hakumenettelyn viestinnässä, tutkimuslupien myöntämisen ripeytenä sekä myönteisinä kannustusviesteinä kehittämistyön toteutuksen kynnyksellä. Kaikki mukana olleet sairaanhoitopiirit haluavat kehittämistyöni raportin sen valmistuttua. Raportin mahdollista hyödyntämistä paikallistasolla työkäytäntöjen kehittämisissä on mahdollisuus seurata. Kiitän keskussairaaloiden esimiehiä kehittämistyöni mahdollistamisesta ja yhteistyöstä!

Erityiskiitokseni haluan sanoa teille kaikille kehittäjille panoksestanne ja pitkäjänteisyydestänne! Teidän ammatillinen osaamisenne, motivaationne, tarkkuutenne ja tukenne tässä tutkimuksellisessa kehittämisprosessissa on ollut ensiarvoisen tärkeää. Ilman teitä tätä työtä ei olisi, eikä uutta kuntoutusmenetelmää olisi käytössä asiakastyössä. Vuosia karttunut erityisosaaminen näkövammaisten lasten äärellä kuntoutusohjauksessa on ollut hyvä lähtökohta kansainvälisten ICF: n ja GAS: n käytön pohtimiseen, kyseenalaistamiseen ja yhteiskäytön luomiseen omaan työhön. Kiitos siitä, että olette olemassa ja että voimme jatkaa ammatillista pohdintaa myös jatkossa yhteisessä verkostossamme!

ICF- viitekehyksen ja GAS- menetelmän yhteiskäyttö on mahdollisuus meille jokaiselle kuntoutustyöntekijälle. Yhteiskäytön avulla voimme nähdä asiakkaan tilanteen uudella ja syvällisemmällä tasolla, nähdä asiakkaan kokemusmaailmaan ja ymmärtää vaikuttimia sen takana. Kuntoutuksen paradigman muutos voidaan tehdä konkreettiseksi nyt luodulla työmenetelmällä, sillä se tuo asiakkaan äänen kuntoutuksen toteutukseen kuu-luvammin. Yhteiskäyttö antaa mahdollisuuden tuoda asiakas näkyväksi häntä koskevaan kuntoutussuunnitteluun. Kiitän tästä mahdollisuudesta! Lapsen / kuntoutujan arjen kartan® kehittäminen jatkuu saadun asiakaskokemuksen ja kuntoutustoimijapalautteen siivittämänä. Henkilökohtainen intressini on jatkokehittää työmenetelmää kuntoutuskentällä yhteistyössä asiasta kiinnostuneiden kuntoutustoimijoiden sekä asiakkaiden kanssa organisaatorajat ylittäen, yhteistoiminnallisesti.

Superkiitokseni osoitan kehittämistyötäni ohjanneille opettajille hyvästä ja rakentavasta palautteesta, opiskeluryhmälleni aidosta ryhmätuesta ja kannuksesta sekä omalle perheelleni ja lähipiirilleni läsnäolosta, arjen käytännön teoista ja rakentavasta ilmapiiristä!

10 Lähteet

Adolfsson, Margareta - Granlund, Mats – Björck- Åkesson, Eva – Ibragimova, Nina – Pless, Mia. 2010. Exploring changes over time in habilitation professionals: perceptions and applications of the International Classification of Functioning, Disability and Health, version for children and youth (ICF- CY). J Rehabil Med 2010: 42 issue 7: 670 - 678.

Alajoki-Nyholm, Leena 2011. Toimintakyvyn arvioiminen ja kuvaaminen moniammatillisena yhteistyönä ICF- viitekehyksen mukaan: Toimintaympäristönä Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskus. Yamk opinnäyte. Metropolia ammattikorkeakoulu.

Anttila, Pirkko 2006. Tutkiva toiminta ja ilmaisu, teos, tekeminen. Artefakta 16.

Autti- Rämö, Ilona - Vainiemi, Kirsi - Sukula, Seija - Louhenperä, Anneli 2011. GAS- menetelmä Käsikirja. versio 2. GAS- koulutuksen materiaalia. Helsingin Ammattikorkeakoulu.

Davis, Sally - Madden, Sue. 2006. The International Classification of Function and Health s. 23-45. Teoksessa Davis, Sally- Madden, Sue. 2006 Rehabilitation the use of theories and models in practice.

Hautala, Tiina - Hämäläinen, Tuula - Mäkelä, Leila - Rusi- Pyykönen, Mari. 2011. Toiminnan voimaa Edita. Helsinki.

Heikkilä, Asta – Jokinen, Pirkko – Nurmela, Tiina 2008. Tutkiva kehittäminen avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. WSOY

Heikkinen, Hannu L. T. 2006. Toimintatutkimuksen lähtökohdat s.16 - 38. Teoksessa Heikkinen, Hannu L.T. - Roivio, Esa - Syrjälä, Leena (toim). 2006. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat.

Heräjärvi, Nina. 2010. Kouluikäisen vaikeavammaisen lapsen ja perheen yksilöllinen tilanne: Ekokulttuurinen perhehaastattelumenetelmä ja ICF-CY perheen tuen tarpeen ja voimavarojen tunnistamisen menetelmiä. Erityispedagogiikan pro gradu-tutkielma. Kasvatustieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto.

Hinkka, Katariina - Järvikoski, Aila 2007. Haastattelututkimus vaikeavammaisten kuntoutuksen merkityksistä ja yhteistyöstä. Nikkanen, P - Notko, T - Hokkanen, L - Martin, M - Puumalainen, J - Mattus, M-R - Härkäpää, K - Järvikoski, A. Lapin yliopisto/ Kuntoutussäätiö. Kuntoutus ja elämänlaatu. Kuntoutuksen tutkimusseminaari 9.5.2007 Rovaniemi- Abstraktit

Hämäläinen, Juha 2008. Verkosto-oppiminen organisaatioiden kehittämisessä. Verkosto-oppimisen tutkimus. s. 94 -105. Teoksessa Kuusela, Pekka – Jääskeläinen, Titta (toim) 2008. Oppimisverkosto kehittämisympäristönä. Oppiminen, työhyvinvointi ja henkilöstöjohtaminen kunta-alan työorganisaatioissa. Suomen Kuntaliitto ACTA nro 205

Häyrinen Kristiina (toim) 2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojenkäsittelyn tutkimuspäivät. Tutkimuspäivät 2011. Raportti 03 /2011 Terveiden ja hyvinvoinnin laitos<<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/b0105265-570a-4f89-8c98-f7b3da930d51> >Luettu 22.7.2013

Järvensivu, Timo - Rajala, Rika. 2010. Verkostojohtamisen opas: verkostotyöskentely sosiaali- ja terveysalalla. Versio 1.0 (30.12.2010) Muutosvoimaa vanhustyön osaamiseen- hankkeen julkaisu. <<http://verkostojohtaminen.fi/wp-content/uploads/2011/01/VerkostojohtamisenOpas.pdf> >Luettu 1.10.2013.

Järvikoski, Aila – Härkäpää, Kristiina 2011. Kuntoutuksen perusteet. WSOY pro

Järvikoski, Aila – Karjalainen, Vappu 2008. Kuntoutus monitieteisenä ja –alaisena prosessina. s. 80 - 93. Teoksessa Rissanen, Paavo – Kallanranta, Tapani – Suikkanen, Asko 2008. Kuntoutus. Duodecim. Otavan Kirjapaino Oy

Kansaneläkelaitos. 2011.Kansaneläkelaitoksen avo- ja laitospuolittaisen kuntoutuksen standardi, yleinen osa 2011. Kela Terveystoimisto / Kuntoutusryhmä.

Kansaneläkelaitos. 2012. GAS- menetelmä Kelan kuntoutuksen tavoitteiden laatimiseen ja arviointiin. verkkodokumentti.
<<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/301210120315SV?OpenDocument.>> Luettu 19.11.2012

Kansaneläkelaitos. 2011. GAS- esite .verkkodokumentti.
<<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET /170511144534HN?OpenDocument.>> Luettu 23.9.2012

Kansaneläkelaitos. 2012. Kuntoutus tie parempaan elämään – Kelan kuntoutuksen kehittäisohjelma 2015. Verkkodokumentti.
<http://www.kela.fi/documents/10180/12149/kuntoutusohjelma_2015.pdf > Luettu 7.10.2012.

Kansaneläkelaitos 2010. Kansaneläkelaitoksen tilastollinen vuosikirja. Suomen virallinen tilasto. Sosiaaliturva 2011. Verkkodokumentti.
<http://uudistuva.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/Vk_10_pdf/ file/Vk_10.pdf >Luettu 10.5.2013.

Karjalainen, Vappu – Vilkkumaa, Ilpo (toim) 2011. Kuntoutus kanssamme Ihmisen toimijuuden tukeminen (6. painos) Jyväskylä.

Klaukka, Timo. 2008. Vaikuttavuus Kelan kuntoutusstrategiassa. s. 85 - 95. Teoksessa Mäkitalo, Jorma - Turunen, Jari - Vilkkumaa, Ilpo. (toim). Vaikuttavuus muutoksessa. Verve.

Koivikko, Matti – Sipari, Salla 2006. Lapsen ja nuoren hyvä kuntoutus. Koskiprint Valkeakoski.

Koskimies, Mimosa – Pyhäjoki, Jukka – Arnkil, Tom Erik 2012.Miksi dialogeja hyvistä käytännöistä? Hyvien käytäntöjen dialogit. Opas dialogisen kehittämisen ja kulttuurisen muutoksen tueksi. Terveystoimiston ja Hyvinvoinnin laitoksen <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-638-0>> Verkkodokumentti. Luettu 7.10.2012.

Koukkari, Marja 2010. Väitöstutkimus. Tavoitteena kuntoutuminen – kuntoutujien käsitteitä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Lapin yliopisto. Acta Electronica Universitatis Lapponiensis 56.

- Koukkari, Marja. 2011. Kuntoutujien käsityksiä kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta.s. 220 – 226. Teoksessa Järvikoski, Aila – Lindh, Jari – Suikkanen, Asko (toim) 2011. Kuntoutus muutoksessa. Lapin yliopistokustannus Rovaniemi. Juvenes Print Tampere.
- Kurki, Riitta. 2011. Miketekin palveluiden ja arvioinnin kehittäminen – GAS- arviointilomake käytännön työkaluksi. Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen. Sosionomi Yamk opinnäytetyö. Mikkelin Ammattikorkeakoulu.
- Kuula, Arja 1999. Toimintatutkimus kenttätöitä ja muutospyrkimyksiä. Vastapaino.
- Kuusela, Pekka 2005. Realistinen toimintatutkimus ? Toimintatutkimus, työorganisaatiot ja realismi. Työturvallisuuskeskus. Raporttisarja 2005:2
- Lapsiasiavaltuutetun vuosikirja 2010. Lapsen oikeudet Suomen esityslistalle.<http://www.lapsiasia.fi/c/document_library/get_file?folderId=479644&name=DLFE-11613.pdf>Luettu 1.11.2013 Lapsiasiavaltuutetun toimiston julkaisuja 2010:2.
- Linnakangas, Ritva - Lehtoranta, Pirjo - Järvikoski, Aila - Suikkanen, Asko. 2010 Perhekuntoutus puntarissa. Kelan psykiatrisen perhekuntoutuksen kehittämishankkeen arviointi. Kelan tutkimusosasto. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 109.
- Matinvesi, Seppo. 2010. Väitöstutkimus. Prosessin ja ajoittamisen ongelmat kuntoutuksessa – ICF: n tulkintaa. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Lapin yliopisto. Acta Electronica Universitatis Lapponiensis 58.
- McDougall, Janette – Wright, Virginia. 2009. The ICF-CY and Goal Attainment Scaling: Benefits of their combined use for pediatric practice. Rehabilitation in practice. Disability and Rehabilitation 2009; 31(16): 1362- 1372.
- Melamies, Nina – Pärnä, Katariina – Heino, Liisa – Miller, Helena. Lapsi kuntoutujana haaste aikuisille.s. 103- 121. Teoksessa Karjalainen, Vappu – Vilkkumaa, Ilpo (toim). 2011 Kuntoutus kanssamme.
- Mäkilä, Noora – Suurinkeroinen, Niina. 2010. Lapsen ja nuoren hyvän kuntoutuksen toteutuminen palveluverkostossa 2007-2011 –hankkeeseen liittynyt opinnäytetyö. Metropolia ammattikorkeakoulu.
- Määttä, Paula – Rantala, Anja. 2010. Lapsen arki yhdessä tekemisen perustana.s. 216-237. Teoksessa Tavallisen erityinen lapsi. Yhdessä tekemisen toimintamalleja. PS-kustannus.
- Mönkkönen, Kaarina 2002. Väitöstutkimus. Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena. Vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Kuopion yliopisto.
- Notko, Tiina 2012. Kuntoutusohjaajat arvostavat tavoitteellista vuorovaikutusta asiakastyössä Julkaisussa Invalidiliitto ry Näkökulmia kuntoutusohjaukseen -artikkelikokoelma. Kuntoutusohjauksen kehittämishanke 2011-2012. 11-14. Invalidiliiton julkaisuja M.12.
- Näkövammaiset Lapset ry. <<http://www.silmatera.fi/palvelut/index2.php?sivu=235>> Luettu 20.11.2012

Oksanen, Eveliina- Seppänen, Sini 2011. Käyttökokemukset tavoitteiden asettelusta Goal Attainment Scale-menetelmää käyttäen. Fysioterapia Amk. Metropolia Ammattikorkeakoulu.

Paltamaa, Jaana - Karhula, Maarit - Suomela- Markkanen, Tiina - Autti-Rämö, Ilona 2011 (toim.) OSAV Suositukset. s. 225-235. Julkaisussa Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suoritukseen vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Kelan tutkimusosasto. Helsinki.

Piirainen, Keijo 2011. Vammaiset markkinoituvissa palveluissa tehokkuuden ja oikeuksien arvioinnin näkökulma s. 249 - 262. Teoksessa Kuntoutus muutoksessa Järvikoski, Aila - Lindh, Jari - Suikkanen, Asko (toim). Lapin yliopistokustannus.

Pless, Mia – Björck-Åkesson, Eva - Granlund, Mats 2011. Om evidens för ICF. s. 185-195. Teoksessa Pless, Mia – Granlund, Mats (red.) 2011. Handbok i att använda ICF och ICF-CY.

Pärnä, Katariina 2012. Väitöstutkimus. Kehittävä moniammatillinen yhteistyö prosessina. Lapsiperheiden varhaisen tukemisen mahdollisuudet . Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta SARJA C OSA-TOM. 341 Turun Yliopisto.

Pärnä, Katariina – Saarinen, Mari – Mellenius, Nina – Antikainen, Päivi 2012. Kat-sausartikkeli ICF ja perhekuntoutuksen arviointi.. Kuntoutus 3 / 2011.

Salminen, Anna-Liisa - Tuulio-Henriksson, Annamari 2012. Asiakslähtöisyys kuntoutuksessa s. 124- 135. Teoksessa Mikkola, Hannamari - Blomgren, Jenni - Hiilamo, Heikki (toim) 2012. Kansallista vai paikallista ? Puheenvuoroja sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kelan tutkimusosasto.

Sipari, Salla 2008. Väitöstutkimus. Kuntouttava arki lapsen tueksi. Kasvatuksen ja kuntoutuksen yhteistoiminnan rakentuminen asiantuntijoiden keskusteluissa. Kasvatustieteiden tiedekunta. Jyväskylän Yliopisto. Jyväskylä studies in education, psychology and social research 342.

Sipari, Salla – Mäkinen, Elisa 2012. Kuntoutuksen toimintajärjestelmistä. Julkaisussa Yhdessä rakentuva kuntoutusosaaminen Metropolia Ammattikorkeakoulun julkaisusarja Aatos –artikkelit 6.

Socialstyrelsen 2010. Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Barn- och ungdomsversion. Svensk version av International Classification of Functioning, Disability and Health: Children & Youth Version: ICF-CY

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (KASTE) 2012-2015. Sosiaali- ja terveysministeriö . Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1

<http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf >Luettu 21.1.2013

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (Statkes) 2004. ICF Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. World Health Organization. Ohjeita ja luokituksia 4.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma 2004. Sosiaali- ja terveysministeriö Kuntoutusasian neuvottelukunta. Sosiaali- ja terve-

ysministeriön julkaisuja 2003:19. <
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4102.pdf>
 .Luettu 21.1.2013.

Sosiaali- ja terveysministeriön kuntoutusasiain neuvottelukunta 2004. Kuntoutustoiminnan kehityssuunnat. s. 21-26.Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:19 Kuntoutusasiain neuvottelukunta.

Sosiaali- ja terveysministeriö Tulevaisuuskatsaus 2010. Terve ja hyvinvoiva Suomi 2020. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:23.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Vahva pohja osallisuudelle ja yhdenvertaisuudelle -Vampo 2010-2015 Suomen vammaispoliittinen ohjelma, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:4

Steenbeek, Duco - Ketelaar, Marjolijn - Galama, Krys – Gorter, Jan Willem. 2007. Artikkel. Goal attainment scaling in paediatric rehabilitation: a critical review of the literature. *Developmental Medicine & Child Neurology* 2007, 49: 550- 556.

Steenbeek, Duco - Ketelaar, Marjolijn - Galama, Krys – Gorter, Jan Willem. 2008. Tutkimusartikkeli. Goal Attainment Scaling in paediatric rehabilitation: a report on the clinical training on an interdisciplinary team. *Child: care, health and development*, 34 (4), 521-529. Julkaisussa Steenbeek, Duco. 2010. Goal Attainment Scaling in paediatric rehabilitation practice a useful outcome measure.
 <http://www.kela.fi/documents/10180/12149/gas_in_paediatric_rehabilitation.pdf.> Luettu 24.10.2012.

Suikkanen, Asko – Lindh, Jari 2008. Yksilön ja yhteiskunnan vuorovaikutus kuntoutuksessa s. 61- 79. Teoksessa Rissanen, Paavo – Kallanranta, Tapani – Suikkanen, Asko 2008. Kuntoutus. Duodecim. Otavan Kirjapaino Oy

Suojanen, Ulla 1992. Toimintatutkimuksen toteuttaminen käytännössä. s. 55 -62. Teoksessa Toimintatutkimus koulutuksen ja ammattilaisen kehittymisen välineenä. 55-62. Oy Finn Lectura Ab.

Suomen kuntoutusohjaajat yhdistys ry
 <<http://www.suomenkuntoutusohjaajienyhdistys.fi/site/Kuntoutusohjaus> > Luettu 2.7.2013.

Suomen kuntoutusohjaajien yhdistys. Kuntoutusohjausnimikkeistö 2003.
 <<http://www.suomenkuntoutusohjaajienyhdistys.fi/site/> > Luettu 2.7.2013

Suoranta, Juha - Ashorn, Ulla - Rissanen, Paavo - Viitala, Elina. 2007. Miten ja mihin suuntaan kuntoutusta ohjataan paikallisesti ja alueellisesti? Kuntoutustahojen asiakirjojen analyysiä. Teoksessa Hinkka, Katariina - Järvikoski, Aila 2007. Kuntoutus ja elämänlaatu. Kuntoutuksen tutkimusseminaari 9.5.2007 Rovaniemi. Abstraktit. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 58 / 2007.

Talo, Seija (toim) 2001. Toimintakyky –viitekehuksesta arviointiin ja mittaamiseen. Seminaariraportti Turku 4.-5.5.2000. Kela. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 49. Turku 2001.

Toikko, Timo – Rantanen, Teemu 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Toivonen, Sanna. 2009. Goal Attainment Scale-menetelmän käyttöönoton kehittäminen. Kuntoutuksen Yamk opinnäytetyö. Turun Ammattikorkeakoulu.

Valtioneuvosto. 2011. Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma 22.6.2011. <<http://valtioneuvosto.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf/fi.pdf> >. Luettu 11.5.2013 Valtioneuvoston kanslia.

World Health Organization. 2013. How to use the ICF? A Practical Manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Exposure draft for comment October 2013. <<http://www.who.int/classifications/drafticfpracticalmanual.pdf> > Luettu 29.10.2013.

Yleisradio. 2013. YLE-uutiset. SOTE-uudistus <http://yle.fi/uutiset/sote-palveluita_hoitamaan_20_-_30_aluetta/6633440. > Luettu 11.5.2013.

Ylisassi, Hilkka. 2011. GAS-menetelmän (Goal Attainment Scaling) käyttö ammatillisessa (työhön liittyvässä) kuntoutuksessa. Tutkimus ja kehittämishanke Aslak-kuntoutuksessa. Loppuraportti 12.4.2011. Verve Consulting.

Tutkimushenkilötiedote

Tervetuloa mukaan kehittämään ICF- viitekehyksen ja GAS- menetelmän yhteiskäyttöä kuntoutumisprosessin tueksi. Kehittämistyön tavoitteena on tukea näkövammaisen lapsen ja perheen kuntoutumisprosessia tavoitteellista kuntoutustyöskentelyä yhtenäistämällä. Tarkoituksena on kehittää ICF- viitekehyksen ja GAS- menetelmän yhteiskäyttöä perheen toimintakyvyn tukemiseksi kuntoutumisprosessissa. Kehittämistyön toteuttamiseksi kootaan valtakunnallinen kehittäjäryhmä (5 henkilöä). Ryhmän jäsenet ovat kuntoutustyöntekijöitä Suomesta, neljän eri sairaanhoitopiirin alueelta ja Näkövammaisten Keskusliiton Lasten kuntoutuksesta. Kehittämistyötä tehdään avoimella kyselyllä, sähköisessä verkossa keskustellen (suljettu sähköpostilista, työ sähköpostiosoitteet) ja workshop-kehittämisenä. Yhteiskehittelyn avulla luodaan uutta työskentelytapaa käytännön kuntoutustyöhön.

Kehittämisen toteutusaikataulu:

Avoin kysely kaikille ryhmän kehittäjille maaliskuu – huhtikuu 2013 aikana. Vastausaika kyselyyn 1-2 tuntia työajasta. Avointen vastausten aineistolähtöinen analyysi palautetaan kehittäjäryhmälle reflektoitavaksi sähköpostilistalle 04/2013.

Yhteiskeskustelu jatkuu kehittäjien kesken seuraavasti: ICF- teema, viikot 14-15 (reflektoitavaan keskusteluun kuluva työaika 1-2 tuntia/ 2 viikkoa), aineistoanalyysi vko 16 GAS- teema, viikot 17-18 (reflektoitavaan keskusteluun kuluva työaika 1-2 tuntia/ 2 viikkoa), aineistoanalyysi vko 19. ICF/ GAS- yhdistäminen/ reflektoitava yhteiskehittely (keskusteluun kuluva työaika 1-2 tuntia/ 2 viikkoa), aineistoanalyysi vko 22. Workshop-kehittäminen / 3-4 tuntia reflektoitava yhteiskehittelyä, uuden työskentelytavan kehittäminen, kesäkuu 2013. Kerätty aineisto analysoidaan ja palautetaan kehittäjäryhmälle yhteisreflektioon elokuussa 2013, jonka jälkeen tehdään tarvittavat muutokset kehittämistuloksena syntyneeseen aineistoon.

Kehittämistyö on osa Metropolia Ammattikorkeakoulun Kuntoutuksen ylemmän amk-tutkinnon opintoja. Kehittämistyölle haetaan tutkimuslupaa kyseisen sairaanhoitopiirin kuntoutustyöntekijän hallinnolliselta esimieheltä lähiesimieheltä saadun puollon jälkeen. Kehittämistyöhön osallistuminen perustuu vapaaehtoisuuteen ja jokaisella osallistujalla on oikeus keskeyttää osallistumisensa milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Kehittämistyöryhmän kyselyjen tulokset, reflektoitavat keskustelut, workshop-kehittäminen taltioidaan. Kaikki kerättävä tieto käsitellään luottamuksellisesti eikä ketään yksittäistä henki-

lää voida tunnistaa lopullisesta kehittämistyön raportista. Tutkimusaineiston analysointiin ei osallistu ulkopuolisia henkilöitä ja kaikki taltioitu materiaali hävitetään kehittämistyön valmistuttua. Valmis kehittämistyöraportti on saatavissa elektronisena versiona Metropolia Ammattikorkeakoulun kirjaston Theseus -tietokannasta ja se löytyy myös kansitettuna koulun kirjastosta. Annan mielelläni lisätietoa kehittämistyöstä. Yhteystiedotni ovat tämän tiedotteen alalaidassa. Pirkko Lampi-Pyötsiä Kuntoutus-liris, Lasten kuntoutus. pirkko.lampi@nkl.fi PL 41 00030 IIRIS, työpuh. 09- 3960 4536.

Suostumusasiakirja

Suostumus osallistumisesta tutkimukseen

Olen saanut, lukenut ja ymmärtänyt ICF- viitekehyksen ja GAS- menetelmän yhteiskäytön kehittäminen kuntoutumisprosessin tueksi -kehittämistyötä koskevan kehittämis- (tutkimus) - henkilötiedotteen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksen tarkoituksesta, tietojen keräämisestä ja säilytyksestä, ja minulla on ollut mahdollisuus saada lisätietoja suullisesti.

Ymmärrän, että osallistumiseni tutkimukseen on vapaaehtoista ja voin perustelematta keskeyttää

osallistumiseni tutkimukseen milloin tahansa. Keskeytyksen ilmoitan kehittämistyön tutkija-kehittäjälle

Pirkko Lampi- Pyötsiälle suullisesti tai kirjallisesti.

Tutkimuksen tekijän yhteystiedot löytyvät tämän suostumuslomakkeen alalaidasta.

Suostun osallistumaan tutkimukseen vapaaehtoisesti.

Paikka ja aika

Suostumuksen antajan allekirjoitus

Paikka ja aika

Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus

Pirkko Lampi- Pyötsiä

09- 3960 4536 (työ), pirkko.lampi@nkl.fi.

Näkövammaisten Keskusliitto ry.

Kuntoutus- Iiris, Lasten kuntoutus

PL 41

00030 IIRIS

tai

koti XX

Suostumus allekirjoitetaan kahtena kappaleena, yksi suostumuksen antajalle ja yksi suostumuksen vastaanottajalle.

Kehittämistä ohjanneet lisäkysymykset

16.4.13 kysymykset kehittäjille pohdittavaksi ja keskusteluun olivat seuraavat

1. Miksi ICF- työskentelyn kehittäminen on hankalaa sairaanhoitopiirissä? Miten asiaa voisi helpottaa nykyisestä ?
2. Miksi koulutukset satunnaisia, vaikka mallin käyttö on suositeltavaa kuntoutuksessa ? Voimmeko me edistää omalta osaltamme ICF- tietouden ja positiivisen asenteen leviämistä verkostoissamme?
3. Miksi ICF: n käytön aikataulutus kuntoutustyöhön on niin haasteellista? Mitä voisi asialle tehdä?
4. Miten ICF- tietouden soveltamista voisi edistää ? Meillä hieno tilaisuus ainakin yrittää!
5. Miten ICF- ajattelu voi ohjata kuntoutuksen toteutusta arkityössä?
6. Voiko koodikielen käyttöä helpottaa kuntoutuksen käytännön työssä?
7. Miten ICF- viitekehyksen käyttöä voisi asiakastyössä soveltaa ?

ICF- keskusteluun valikoitui aineiston pohjalta kaksi kysymystä, jotka lähtivät kehittäjille

17.4.13. Kysymykset olivat

1. Miksi ICF: n käytön aikataulutus kuntoutustyöhön on niin haasteellista? Mitä voisi asialle tehdä?
2. Miten ICF- ajattelu voi ohjata kuntoutuksen toteutusta arkityössä?

GAS- teemaan liittyneet kehittämistä aktivoivat kysymykset kehittäjille aineiston pohjalta hyödyistä ja hankaluuksista / haitoista olivat seuraavat

Hyödyt/

1. GAS motivoinnin keinona – kertokaa kokemuksianne ja esimerkkejä miten toiminut motivaatiota lisäten!
2. Pienet kuntoutuksen tavoitteet –kuvaillkaa esimerkkejä
3. GAS palvelee kuntoutustyöntekijää – kerro lisää...
4. GAS ollut mukana päivähoidon suunnitelmissa ja toteutuksessa – kerro lisää..

Hankaluudet/

1. Asteikon käytön vaikeus –voisiko soveltaa?
2. GAS vie aikaa kuntoutuksen toteutuksesta - kertokaa käytännön esimerkkejä missä ja miten?

3. Useat GAS- tavoitteet / kertokaa käytännön kokemuksiinne, miten huomiointi/ priorisointi on ratkaistu?

ICF /GAS –yhteiskäytön kehittämisen keskustelukysymykset olivat

1. ICF: n ja GAS: n käytännön luominen - mitä edellyttäisi omassa työorganisaatiossa ja omassa työssä?
2. Mitä työkäytäntöä luomme yhteiskehittelyssä?

Ekologisen perhehaastattelun teemat workshopin peilinä 4.6.2013

Mitä teidän perheellenne kuuluu?

Perheen talous / perheen taloudellinen tilanne

Kotityöt / tyypillinen päivärutiini

Lapsen hoidon järjestäminen/ ketkä hoitavat, mitä hoitotoimenpiteitä, lapsen rytmi ja luonne

Lapsen hoidon periaatteet / tietoisuus virikkeiden tarjoamisesta, kuntouttavatko vanhemmat

Lapsen ja vanhempien toimet yhdessä / mitä kotona tehdään lapsen kanssa yhdessä, mihin mennään kodin ulkopuolella, yhteys muihin lapsiperheisiin, harrastukset

Lapsen leikkikaverit / vammaisen lapsen suhde tyypillisesti kehittyviin lapsiin, kuinka paljon lapsi tarvitsee valvontaa, sisaruksen/ sisarusten rooli leikkikaverina

Verkostot / yhdistykset, vertaisryhmät , ystävät, sukulaiset, tukimuotojen maksullisuus

Terveydenhuolto- , kasvatusta- ja opetuspalvelut / neuvola, lääkäri, kelan palvelut, poikkeusjärjestelyt, palvelujen joustavuus, ollaanko tyytyväisiä palveluun, lapsen terveydentila (tartuntataudit yms.)

Vanhempien suhde / yhteiselon sujuminen, vastuunjakoa, päätöksentekotavat

Isän rooli / isän mukanaolo lapsen hoidossa, onko mukana terveydenhoitokäynneillä, saako isältä henkistä tukea

Kotiympäristön ja naapuruston turvallisuus ja mukavuus / kodin turvallisuus ja toimivuus, kodinmuutostyöt, alueen lapsiystävällisyys, perheen viihtyvyys, lähiympäristön palvelut

Vanhempien tiedonlähteet / millaista tietoa perhe tarvitsee, mistä saatu/ etsitty, tuttavapiirin asiantuntijuus, luottamus viranomaisiin / epävirallisiin tiedonlähteisiin

Mitä muuta perhe haluaa kertoa?

Tiedonkeruun ja aineistoanalyysin yhteenvetotaulukko

Taulukko 2. Yhteenveto tiedontuotto-prosessista ja aineiston sisällöstä

Aika /vaiheet	Kehittämistä ohjanneet kysymykset ja kehittämisprosessin vaiheet	aineiston määrä ja sisältö	aineiston käsittelyn vaiheet ja analyysi
henkilökohtainen kysely kehittäjille sähköpostilla 04/ 2013	avoimet kehittämiskysymykset: 1 , 2 ja 3	ICF- aineisto: mitä hankaluutta, pelkistetyt ilmaisut 15 kpl ja mitä hyötyä, pelkistetyt ilmaisut 14 kpl GAS- aineisto: mitä hankaluutta, pelkistetyt 24 kpl ja mitä hyötyä, pelkistetyt 25 kpl ICF-GAS- yhteiskäytön mahdollisuudet: pelkistetyt ilmaisut 5 kpl	aineistolähtöinen analyysi: havaintoyksikkönä ajatuskokonaisuus tai lause, tiedonkeruu vaiheittain ICF, GAS, ICF-GAS yhteiskäyttö kyselyn vastausten tiivistäminen, kyselyaineisto kehittäjille vaiheen alussa suljetulla sähköpostilistalla kehittämisprosessin etenemisen mukaan
04/2013 suljettu sähköpostilistaluodaan NKL:ssa, atk-työntekijän toimesta 04 -06 /2013 suljetulla sähköpostilistalla verkkokeskustelu	Suljettu verkkokeskustelu alkoi 04/2013, esittäytymisen, vaiheittain etenevät keskustelut ja tauot keskustelussa Vaiheistettu verkkokeskustelu/ aiheet: ICF GAS Yhteiskehittelyn pohdinta ja ideointi	ICF- verkkokeskustelun kokonaisaineisto: 3,5 sivua, fontti 12, riviväli 1. GAS- verkkokeskustelun kokonaisaineisto: 5,5 sivua, fontti 12, riviväli 1. ICF-GAS- yhteiskäytön verkkokeskustelun kokonaisaineisto: 4,5 sivua, fontti 12, riviväli 1.	verkkokeskustelun aineisto talteen vaiheittain ja aineistolähtöinen analysointi ja tiivistetty aineisto kehittäjille 18, 21, 24 viikoilla Aineiston tiivistykset analyysin jälkeen kehittäjäryhmälle yhteisreflektioon
05/2013-06/2013	Kehittämistapaamiset sairaahoitopiireissä 20.5.13 ja 23.5.13	Kehittäjien vastaukset kyselyyn kehittämisestä: 3 sivua, fontti 12, rivi 1.	Kehittämistapaamisten muistiinpanot (2) tarkistettavaksi kuntoutusohjaajille sähköpostilla 05/2013
06-07 / 2013	4.6.2013 workshop-yhteiskehittelytapaaminen ja keskustelun avulla Kehittämiskysymys 4: luodaan uutta työskentelytapaa kuntoutukseen	Workshopissa kehittämisen vaihtoehdot käytiin läpi (nauhoite 39 min.15s, litteroituna 5 sivua, 12 fontti, riviväli 1.)	

07/2013-09/2013	<p>vko 24 kehittäjiltä sähköpostikyselyllä palautetta kehittämisestä</p> <p>Kehittämisaineiston tiivistystä, järjestämistä, analysointia, aineiston tulosten kirjaamista</p> <p>Kehittämisaineiston tulokset reflektoidaan ja tarkistetaan kehittäjäryhmässä</p>	<p>Yhteiskehittelyn (uuden työmenetelmän luominen) keskustelut nauhoitettu ja litteroitu: nauhoite 1h 1min.48s., litteroituna 12 sivua, fontti 12, rivi 1., nauhoite 10min. 33s, litteroituna vajaa sivu 12 fontti, rivi1., nauhoite 30 min. 40s. litteroituna 2,5 sivua, fontti 12, rivi 1.</p>	<p>Workshop:n yhteiskehittelystä nauhoitteet talteen ja aineiston litterointi tapahtumien ja asiasisällön varmistamiseksi. Kehitetty aineisto (tietokone-tuotos) talteen tikulle jatkotyöstämistä varten.</p> <p>Kehittämistulos työmenetelmän kuvaus ja käyttöohjeet kirjataan ylös ja palautetaan kehittäjäryhmälle tarkistettavaksi. Tarvittavat lisäykset tehdään 08/2013-09/2013.</p>
07 -11/ 2013 kehittämisraportin kirjoittaminen		<p>Tarvittavat muutokset kehittämisraporttiin ja kehittämisen etenemisen jatkopohdinta</p>	
	<p>Sähköpostilistalla keskustelu loppuu raportin valmistumisen myötä, kun sähköpostilista lakkauteaan</p>		

Esimerkki aineiston analyysistä / ICF- keskusteluaineisto

Taulukko 1. ICF- keskusteluteeman aineisto sähköpostiviestinnästä

Sähköpostiviestinnän pelkistetyt kommentit	Alakäsite	Yläkäsite
Tarkistuslistoja voi käyttää tsekkauslistoina.		
ICF :n käyttö on kätevää kuntoutuksen käynnistämisen alussa.		
Kuntoutusta helpottaisi se, että asiakas ja kuntoutusohjaaja pohtisivat yhdessä tavoitteita ICF-mallin mukaisesti.	ICF: n käytöstä työssä	
Tavoitteet konkretisoituisivat paremmin. Nyt tuntuu, että työ ei ole niin asiakaslähtöistä kuin voisi olla.		
Fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky on kokonaisuus niin hoito- kuin kuntoutustyössä. Miten potilaan näkövamma ja muut sairaudet vaikuttavat ja vaikeuttavat arjen toimintoja. Kuinka pystyy olemaan mukana ja onko kiinnostusta asioihin arjessa. Toimintakyky käsittää paljon eri asi-		Asiakkaan selviytyminen arjessa huomion kohteena kuntoutuksessa

<p>oita. Kuntoutustyössä pyrkii pohtimaan asiakasta kokonaisuutena ja yhdessä potilaan ja perheen kanssa löytä- mään toimivia keinoja arkeen. Asiakasta pohditaan kui- tenkin paljon ICF- näkö- kulmasta: miten ja missä asiakas toimii ja minkä- lainen on hänen sosiaali- nen ympäristönsä.</p>	<p>Asiakkaan selviy- tyminen arjessa huomion kohteena kuntoutuksessa</p>	
<p>Sairaanhoidopiirien heikko valmius ICF -luokituksen soveltamiseen laajemmin (ammattiryhmät asian eri omaksumisvaiheessa, lääkäreitä ei kannata odottaa. ICF: ää käytetään kes- kussairaalan eri yksiköis- sä vaihtelevasti, joissakin paikoissa sitä käytetään yläkäsitteiden osalta.</p>	<p>Sairaahoidopiireissä ICF :n käyttö kirjavaa</p>	<p>Sairaahoidopiirien kehittämistarpeet ICF: n käyttöönotossa</p>
<p>Asiakaskirjaukset eivät sisällä ICF- tietoa. Tieto- konekirjauspohjaa ei ole käytettävissä.</p>	<p>ICF- pohjaisen kirjauskäytännön puute</p>	
<p>Mikäli luokitusta halutaan käyttää validina tiedon mittaajana, pitäisi luoki-</p>	<p>ICF- luokituksen tarkka käyttö validina mittarina</p>	

tuksen käyttö olla tarkalla tasolla.		
--------------------------------------	--	--