

**KYSELYTUTKIMUS FYSIO- JA TOIMINTATERAPEUTEILLE GAS-
MENETELMÄN KÄYTTÖKOKEMUKSISTA**

Jenni Tuomi

Liikuntalääketieteen pro gradu -tutkielma

Kevät 2014

Liikuntatieteellinen tiedekunta

Terveystieteiden laitos

Jyväskylän yliopisto

TIIVISTELMÄ

Jenni Tuomi

2014

Kyselytutkimus fysio- ja toimintaterapeuteille GAS-menetelmän käyttökokemuksista

Liikuntatieteellinen tiedekunta

Terveystieteiden laitos

Jyväskylän yliopisto

53 sivua, 4 liitettä

Goal attainment scaling (GAS-menetelmä) on 1960-luvulla kehitetty menetelmä kuntoutuksen tavoitteiden asettamiseen ja arviointiin. Tutkimuksen tarkoituksena oli saada tietoa fysio- ja toimintaterapeuttien käyttökokemuksista GAS-menetelmästä. Tarkoituksena oli lisäksi selvittää, mitä hyötyjä ja haasteita GASin käyttöön liittyy.

Aineisto (n=29) kerättiin kyselytutkimuksena syksyn 2013 ja kevään 2014 aikana. Taustatietoina selvitettiin sukupuoli, ikä, ammatti, työskentelykaupunki, työkokemus sekä asiakkaiden ikä- ja sairausryhmä. Kyselyssä selvitettiin GAS-koulutukseen liittyviä asioita, tutkittavien koettua osaamista, GASin soveltuvuutta tavoitteiden asettamiseen ja arviointiin, GASin laatimista ja GASin asiakaslähtöisyyttä tutkittavien näkökulmasta. Avoimissa kysymyksissä selvitettiin GASin hyötyjä ja haasteita sekä annettiin tutkittaville mahdollisuus vapaaseen kommentointiin. Tilastollinen analyysi suoritettiin IBM SPSS Statistics -ohjelmiston avulla käyttäen kuvailevia tietoja, summamuuttujia, Cronbachin alfa-arvoja, Spearmanin korrelaatiokerrointa ja Mann-Whitney U-testiä. Avoimet kysymykset käsiteltiin laadullisesti.

Summamuuttujien Cronbachin alfa-kertoimet vaihtelivat välillä .69-.87 kuvastaen muuttujien korkeaa konsistenssia. Tutkittavien mielipiteiden keskiarvot summamuuttujissa koettu osaaminen, GASin soveltuvuus kuntoutuksen tavoitteiden asettamiseen ja arviointiin sekä GASin asiakaslähtöisyys olivat keskimäärin melko korkeita (ka.3,7–3,8). Summamuuttujan ”GASin laatiminen” keskiarvo oli 3,2. GAS-tavoitteiden laatimiseen käytetyssä ajassa oli tilastollisesti merkitsevä ero Etelä-Suomen ja Pohjois-Suomen välillä (p=.01). GASin käyttö eri sairausryhmissä erosi siten, että neurologisten asiakkaiden tavoitteiden laatimiseen ja arviointiin käytettiin keskimäärin enemmän aikaa kuin asiakkaiden, joilla oli tuki- ja liikuntaelimestön sairauksia (p=.04, p=.03). GASin suurimmiksi hyödyiksi koettiin asiakkaan sitoutuminen/osallistuminen kuntoutukseen ja tavoitteiden konkreettisuus. Suurimmat haasteet GASin käytössä olivat GAS-asteikon laatimisen työläys ja se, että GASin käyttö vei paljon aikaa.

Tutkimuksen johtopäätöksenä voidaan todeta, että GASin soveltuvuus fysio- ja toimintaterapian menetelmäksi koetaan melko hyväksi muun muassa konkreettisten tavoitteiden ja asiakaslähtöisyyden vuoksi. GASin käyttöön liittyy kuitenkin haasteita, joten sen käyttöönottoon ja koulutukseen tulisi jatkossa kiinnittää huomiota.

Asiasanat: GAS-menetelmä, kuntoutus, tavoitteiden asettaminen, fysioterapia, toimintaterapia

ABSTRACT

Jenni Tuomi

2014

The user experience of physical and occupational therapists of the GAS-method, a survey

Faculty of Sport and Health sciences

Department of Health sciences

University of Jyväskylä

53 pages, 4 appendixes

Goal attainment scaling (GAS) was developed in the 1960's for rehabilitation goal setting and evaluation. The main aim of this study was to investigate the GAS user experience of physical and occupational therapists. The second aim was to find out advantages and challenges associated with the use of GAS.

The data (n=29) was collected by a questionnaire survey in autumn 2013 and spring 2014. Background variables were gender, age, occupation, work city, work experience and customers' age and disease group. The survey analyzed issues related to GAS-education, users' perceived competence, suitability of GAS in goal setting and evaluation, issues related to GAS-drafting and customer orientation from the therapists' perspective. The open questions examined the advantages and challenges of GAS and the users were given the opportunity to write free comments. The statistical analysis was performed using SPSS Statistics IBM software analyzing descriptive data, the sum of the variables, Cronbach's alpha values, Spearman correlation coefficient and the Mann-Whitney U-test. Open questions were analyzed qualitatively.

Cronbach's alpha coefficients ranged from .69-.87, reflecting a high level of consistency of the variables. The average values of the sum of the variables in perceived competence, suitability of GAS and customer orientation were relatively high (3,7 to 3,8). The value of the sum of the variables related to drafting of GAS was 3,2. The time spent in setting the goals showed a statistically significant difference between Southern Finland and Northern Finland ($p=.01$). The results suggested that subjects used more time to set and evaluate goals for patients with neurological disease than those with musculoskeletal diseases ($p=.04$, $p=.03$). The main advantages of GAS were customer's commitment and participation in rehabilitation and concreteness of the goals. The main challenges were the GAS-scale drafting and the time spent planning it.

In conclusion, GAS is considered suitable for physical and occupational therapy because of the concrete goals and customer oriented approach. The use of GAS presented also challenges and hence the commissioning and education regarding GAS can be improved.

Key words: Goal attainment scaling, rehabilitation, goal setting, physical therapy, occupational therapy

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	1
2	KUNTOUTUS	2
2.1	Kuntoutussuunnitelma ja kuntoutuksen tavoitteellisuus.....	2
2.2	Moniammatillisuus kuntoutuksessa.....	3
2.3	Kuntoutuksen kehittäminen	4
2.4	Fysioterapia.....	4
2.5	Toimintaterapia	5
2.6	Kuntoutuksen toteutuminen Suomessa.....	5
2.7	Kelan rooli kuntoutuksen järjestäjänä.....	6
3	GAS-MENETELMÄ	8
3.1	Tavoitteiden asettaminen ja GAS-asteikon laadinta.....	8
3.2	Tavoitteiden arviointi T-lukuarvotaulukon avulla	9
3.3	GAS ja ICF-luokitus	11
3.4	GASin käyttö eri kuntoutusmuodoissa	11
3.5	GASin psykometriset ominaisuudet	13
3.5.1	Pätevyys	14
3.5.2	Toistettavuus	16
3.5.3	Käyttökelpoisuus.....	16
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET	19
5	TUTKIMUSMENETELMÄT	20
5.1	Aineiston keruu.....	20
5.2	Tilastollinen analyysi	21
6	TULOKSET	23
6.1	Aineiston kuvaus.....	23
6.2	GASin käyttökoulutus.....	25
6.3	Koettu osaaminen	26
6.4	GASin soveltuvuus kuntoutuksen tavoitteiden asettamiseen ja arviointiin.....	27
6.5	GAS-tavoitteiden laatiminen	29
6.6	GASin asiakaslähtöisyys fysio- ja toimintaterapeuttien näkökulmasta	31
6.7	GASin hyödyt ja haasteet	32

6.8	Muut kommentit	35
7	POHDINTA	36
7.1	Tutkimuksen tulosten tarkastelu	36
7.2	Tutkimuksen vahvuudet ja haasteet	41
7.3	Johtopäätökset ja kehittämissuhteet	43
	LÄHTEET	46
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Kuntoutus on monialaista pitkäjänteistä toimintaa, jonka tarkoituksena on edistää ihmisten toimintakykyä, itsenäistä selviytymistä, hyvinvointia ja työllisyyttä (Kuntoutusselonteko 2002). Kuntoutuksella pyritään ehkäisemään sairauksiin, vammoihin ja sosiaaliseen syrjäytymiseen liittyviä ongelmia ja tukemaan ihmisten selviytymistä ja hyvinvointia arkielämässä (Järvikoski & Härkäpää 2005, 12). Kuntoutus voi olla esimerkiksi ammatillista, sosiaalista tai lääkinällistä kuntoutusta (Kuntoutusselonteko 2002).

Kuntoutukseen kohdistuu laatuvaatimuksia ja sen tulee olla tuloksellista ja vaikuttavaa. Tavoitteiden asettaminen on tärkeää, sillä niiden avulla voidaan sekä toteuttaa vaikuttavaa kuntoutusta että tarkastella tavoitteiden toteutumista (Baker ym. 2001). Kuntoutuksen laatua voidaan parantaa käyttämällä luotettavia ja päteviksi arvioituja mittareita (Kuntoutusselonteko 2002). Goal attainment scaling (GAS-menetelmä) on alun perin 1960-luvulla mielenterveyspotilaiden kuntoutuksen tavoitteen laatimiseen ja arviointiin kehitetty menetelmä, jota on sittemmin käytetty useissa eri kuntoutusmuodoissa eri ikäryhmillä. GASin käyttökelpoisuutta kuntoutuksen tavoitteiden asettamiseen ja arviointiin on tutkittu laajasti kansainvälisissä tutkimuksissa. Suomessa GAS-menetelmä on ollut käytössä Kelan avo- ja laitospalveluissa kuntoutuksessa vuodesta 2010 ja sen käyttö laajenee asteittain kaikkiin avo- ja kuntoutuspalveluihin ja vaikeavammaisten avoterapioihin. Kela tulee edellyttämään GAS-menetelmän käyttöä avoterapioissa vuodesta 2019 alkaen (Tiedote Kelan vaikeavammaisten avoterapiapalveluntuottajille...2012).

Tutkimuksen tarkoituksena oli saada tietoa fysio- ja toimintaterapeuttien käyttökokemuksista GAS-menetelmästä. Tarkoituksena oli lisäksi selvittää, mitä hyötyjä ja haasteita GASin käyttöön liittyy. Tutkimuksen yhteistyökumppaneita olivat Kela ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS).

2 KUNTOUTUS

Kuntoutus on laaja, sisällöltään ja toteutustavoiltaan monimuotoinen kokonaisuus, joka muuttuu ja kehittyy jatkuvasti yhteiskunnan muuttuessa (Järvikoski & Härkäpää 2005, 10). Kuntoutusta on usein perusteltu sekä yksilön että yhteiskunnan hyötynä. Yksilön hyötynä kuntoutuksessa korostuu hyvinvoinnin, onnellisuuden, itsenäisyyden ja oikeudenmukaisuuden lisääminen. Yhteiskunnan näkökulmasta tuodaan esiin yhteiskunnan hyötytekijöitä, etenkin taloudellisia arvoja. Mikäli kuntoutuksella onnistutaan ennaltaehkäisemään sairauksia ja vauvoja tai parantamaan jo syntyneitä haittoja toimintakyvyssä, voidaan kuntoutuksen ajatella hyödyttävän koko yhteiskuntaa (Järvikoski & Härkäpää 2001).

Kuntoutus voidaan jakaa eri osa-alueisiin, joita ovat muun muassa ammatillinen, sosiaalinen ja lääkinnällinen kuntoutus. Lääkinnällinen kuntoutus tähtää fyysisen toimintakyvyn palauttamiseen ja ylläpitämiseen. Sen avulla pyritään tukemaan asiakkaan elämäntilanteen hallintaa (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2013). Lääkinnällisen kuntoutuksen palveluita ovat muun muassa kuntoutusta koskeva neuvonta ja ohjaus, kuntoutustarvetta ja -mahdollisuuksia selvittävä tutkimus, apuvälipalvelut sekä fysioterapia, toimintaterapia, neuropsykologia ja muut näihin rinnastettavat toimintakykyä parantavat ja ylläpitävät terapiat ja toimenpiteet (Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta 28.6.1991/1015).

2.1 Kuntoutussuunnitelma ja kuntoutuksen tavoitteellisuus

Kuntoutussuunnitelma perustuu ajatukseen, että suunnitelmallisuus lisää kuntoutuksen tuloksellisuutta ja vaikuttavuutta. Suunnitelma ei perustu ainoastaan ammattilaisen laatimaan suunnitelmaan, vaan asiakkaan oma osallistuminen suunnitelman tekemiseen lisää kuntoutuksen tuloksellisuutta (Paltamaa ym. 2011, 39). Kuntoutussuunnitelmaan kirjataan sekä asiakkaan että kuntoutuksen ammattilaisen tavoitteet ja keinot kuntoutuksesta, ajatukset ja ennusteet, kuinka kuntoutus toteutetaan sekä molempien osapuolien oikeudet ja velvollisuudet kuntoutuksen toteutuksesta (Rissanen 2001). Kuntoutussuunnitelman laatiminen on säädetty lääkinnällisen kuntoutuksen asetuksessa 28.6.1991/1015.

Tavoitteiden asettaminen kuntoutusprosessissa on tärkeää, sillä tavoitteiden avulla voidaan sekä toteuttaa vaikuttavaa kuntoutusta että tarkastella tavoitteiden toteutumista (Baker ym. 2001). Vaikuttavuutta ja tavoitteiden toteutumista mitataan usein määrällisin mittarein, vaikka hyvinvoinnin suora mittaaminen on haastavaa (Kuntoutusselonteko 2002). Asiakkaan osallistuminen tavoitteiden asettamiseen edesauttaa asiakkaan hallinnan tunnetta omasta kuntoutuksesta sekä tehostaa kuntoutusta. Lisäksi asiakkaan osallistuessa tavoitteiden asettamiseen voidaan paremmin tunnistaa hyötyjä, jotka kuntoutuksella on mahdollista saavuttaa. Näitä hyötyjä ovat muun muassa asiakkaan suurempi tyytyväisyys kuntoutukseen, parempi toimintakyky, korkeampi osallistuminen kuntoutustoimenpiteisiin ja alentunut masennusriski (Baker ym. 2001).

2.2 Moniammatillisuus kuntoutuksessa

Moniammatillisuudella tarkoitetaan sellaista työskentelymuotoa, jossa eri alojen ammattilaiset välittävät tietoa ja/tai toimivat yhdessä asiakkaan asioissa. Hyvä moniammatillinen yhteistyö huomioi asiakkaan tarpeet ja tavoitteet kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa kokonaisvaltaisesti (Paltamaa ym. 2011, 37). Onnistuessaan moniammatillinen yhteistyö on itseohjautuvaa, kehityssuuntautunutta ja jäsentensä osaamista hyödyntävää toimintaa, jossa tavoitteellista työskentelyä ohjaavat yhdessä sovitut toimintatavat (Talvitie ym. 2006, 95–96). Moniammatillisen yhteistyön hyötyjä ovat muun muassa tehokkaammat palvelut, vastaanottavaisempi, asiakaslähtöinen palvelu, kuntoutuksen päällekkäisyyden ja hajanaisuuden välttäminen sekä ammattilaisten parempi tyytyväisyys kuntoutusprosessiin (Atwal & Caldwell 2005).

Kuntoutusselonteon (2002) mukaan moniammatillisuuteen perustuva kuntoutus on todettu vaikuttavaksi toimintamalliksi useissa sairaus- ja ongelmaryhmissä. Asioiden siirrot ammattiryhmältä toiselle, viivytykset, katkot tai päällekkäisyydet hankaloittavat ja hidastavat asiakkaan kuntoutusprosessia ja tuovat myös lisää kustannuksia (Kuntoutusselonteko 2002). Tulevaisuudessa moniammatillinen yhteistyö tulee lisääntymään entisestään ja ammattilaisilta vaaditaan hyviä yhteistyötaitoja (Atwal & Caldwell 2005). Esimerkiksi toimintaterapiassa vuorovaikutus- ja yhteistyöosaamisen merkitys kasvaa ja sitä tarvitaan monitahoisen asiakasyhteistyön kehittämiseen ja moniammatillisiin projekteihin (Hautala ym. 2013, 341–343).

2.3 Kuntoutuksen kehittäminen

Kuntoutus on vuosien aikana ollut jatkuvassa muutostilassa. Asiakkaan roolia kuntoutuksen aktiivisena toimijana on alettu painottaa yhä enemmän ja ammattilaisen ja asiakkaan yhteistyö on korostunut (Puumalainen & Vilkkumaa 2001). Kuntoutuksen kehittyessä myös vaatimukset kuntoutuksen laatuun ovat kasvaneet (Alaranta ym. 2001). Kuntoutus ei kuitenkaan voi kehittyä ilman luotettavia, käyttökelpoisiksi todettuja mittareita ja arviointimenetelmiä. Luotettavien mittarien ja menetelmien käyttö mahdollistaa vaikuttavan kuntoutuksen lisäksi myös perusteellisen tavoitteiden toteutumisen tarkastelun (Autti-Rämö ym. 2010).

Arviointimenetelmien täytyy kuvata kuntoutuksen tuloksia niiden koko laajuudeltaan ihmisen olemus ja suhteet ympäristöön huomioiden. Sellaisia asiakkaalle itselleen merkityksellisiä kuntoutustuloksia, joiden näyttöön ei ole vielä löytynyt keinoa, pitäisi myös pystyä arvioimaan. Tällainen on esimerkiksi asiakkaan kokemus kuntoutuksen mielekkyydestä (Talo ym. 2001). Mittareiden ja menetelmien kehittämisen lisäksi kuntoutuksen kehittämisessä oleellisia ovat ammattilaisten kouluttaminen, verkostotoiminnan lisääminen sekä kuntoutuksen käytännön toteutukseen tarvittavien välineiden ja menetelmien kehittäminen. Vallitseva yhteiskunta muuttuu kuitenkin jatkuvasti, joten kuntoutuksessakin on lopulta kysymys laajemmista kehittämis- ja muutostarpeista kuin yksittäisestä kuntoutuskäytännön hiomisesta (Talo ym. 2001).

2.4 Fysioterapia

Fysioterapia on lääkinällistä kuntoutusta, joka perustuu fysioterapiatieteeseen. Sen keskeisenä tehtävänä on edistää ja ylläpitää ihmisten toimintakykyä. Fysioterapiassa sovelletaan myös muiden tieteenalojen tutkimusta ja tietoa ja se kuuluu osana julkiseen ja yksityiseen sosiaali-, terveys- ja kuntoutuspalvelujärjestelmään. Fysioterapeutti on laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, joka on suorittanut fysioterapeutin, lääkintävoimistelijan tai erikoislääkintävoimistelijan tutkinnon. Ammattinimikettä saa käyttää ja ammattia harjoittaa vain tutkinnon suorittanut fysioterapeutti. Suomessa toimintaa valvovat aluehallintovirastot ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto VALVIRA (Fysioterapia ammattina 2014).

Fysioterapian lähtökohtana on asiakkaan ja terapeutin vuorovaikutus. Aikaisemmin terapeutin ja asiakkaan tasavertaisen kanssakäymisen esteenä ovat olleet terveydenhuollon perinteiset

toimintatavat, joissa asiakasta ei ole otettu mukaan hänen kuntoutustaan koskevaan päätöksentekoon. Nykyään kuntoutuksen eettisenä periaatteena on, että asiakkaalla ja hänen omaisillaan on oikeus osallistua kuntoutusta koskevaan päätöksentekoon (Tavittie ym. 2006, 107-110). Tavittien ym. (2006, 109) mukaan on olemassa selvää näyttöä siitä, että kun asiakas osallistuu terapian suunnitteluun ja tavoitteiden asettamiseen yhteistyössä fysioterapeutin kanssa, hänen sitoutumisensa kuntoutukseen lisääntyy ja tulokset paranevat.

2.5 Toimintaterapia

Toimintaterapia on tutkimukseen perustuvaa, ohjauksen ja toiminnan avulla annettavaa kuntoutusta. Toimintaterapian tavoitteena on mahdollistaa potilaan osallistuminen arkisiin toimintoihin hänelle mielekkäällä tavalla sairauden rajoituksista huolimatta. Toimintaterapian keinoja voivat olla esimerkiksi asunnon muutostöiden suunnittelu, psykososiaalisten taitojen harjoittelu, arjen toimintojen harjoittelu ja apuvälinetarpeen arviointi (Toimintaterapia 2012). Toimintaterapian päämääränä on toiminnallisen oikeudenmukaisuuden varmistaminen yhteiskunnassa. Toimintaan keskittyvä osaaminen palvelee väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä monipuolisesti (Hautala ym. 2013, 14).

Toimintaterapian, kuten muunkin kuntoutuksen, peruseriaatteena on asiakaslähtöisyys. Terapian lähtökohtana ovat asiakkaan tavoitteet ja tarpeet sekä asiakkaan omat valinnat ja päätökset. Tavoitteiden asettaminen toimintaterapiaprosessissa on erityisen tärkeää, sillä ne määrittävät, millaista muutosta terapiassa haetaan. Tavoitteiden tulisi olla sopivia sekä asiakkaan että terapeutin näkökulmasta. Yhteinen tavoitteiden määrittely on tärkeää, sillä ihminen ei yleensä ponnistele saavuttaakseen itselleen merkityksettömiä tavoitteita (Hautala ym. 2013, 89, 129).

2.6 Kuntoutuksen toteutuminen Suomessa

Kuntoutuksen toteuttaminen Suomessa on hajautettu ja kuntoutusta toteutetaan usealla hallinnonalalla (Järvikoski & Härkäpää 2005, 56–57). Kuntoutuspalveluita tuottaa suuri joukko

julkisen ja yksityisen sektorin palveluntuottajia ja osa palveluntuottajista toimii samalla myös kuntoutuksen rahoittajina. Merkittävin rooli kuntoutuspalveluiden tuottajana ja rahoittajana on sosiaali- ja terveyshuollolla (Kuntoutusselonteko 2002). Suurin osa kuntoutumisprosesseista tapahtuu yhden järjestäjäorganisaation sisällä, ja osa kansalaisista pysyy kuntoutusjärjestelmän asiakkaana koko elämänsä ajan (Lahtela ym. 2002, 15–16).

Lahtela ym. (2002, 15–16) kuvaavat suomalaista kuntoutusta kolmen sektorin mallina, jossa kuntoutus jakautuu julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin tehtäviin. Julkisella sektorilla, johon kuuluvat muun muassa perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido, on päävastuu kuntoutuksen järjestämisestä. Yksityissektoriin kuuluvat yksityinen vakuutusjärjestelmä ja yksityiset palveluntuottajat ja kolmanteen sektoriin eli niin sanottuun kansalaistoiminnan sektoriin kuuluvat muun muassa Raha-automaattiyhdistyksen rahoittama kansalaisjärjestöjen ideoima ja järjestämä kuntoutustoiminta sekä vapaaehtoistoiminta (Lahtela ym. 2002, 15–16). Eri hallinnonalojen välinen työnjako on kirjattu lainsäädäntöön, joka velvoittaa kuntoutuksen järjestäjät yhteistyöhön (Järvikoski & Härkäpää 2005, 56–57).

2.7 Kelan rooli kuntoutuksen järjestäjänä

Kela on eduskunnan valvonnassa oleva itsenäinen sosiaaliturvalaitos, jolla on oma hallinto ja talous, ja jonka valvontaa hoitavat eduskunnan nimeämät valtuutetut. Kelan tehtävänä on järjestää Suomessa asuvien perusturva erilaisissa elämäntilanteissa (Kela 2013). Lisäksi Kelan tehtävänä on etuuksista ja palvelutoiminnasta tiedottaminen, oman toiminnan kehittämistä palvelevan tutkimuksen harjoittaminen, tilastojen, ennusteiden ja arvioiden laatiminen sekä toimialaansa koskevan lainsäädännön kehittämisen ehdotusten tekeminen (Laki Kansaneläkelaitoksesta 17.8.2001/731). Kelan asiakkaita ovat kaikki Suomessa asuvat sekä ulkomailla asuvat Suomen sosiaaliturvan piiriin kuuluvat henkilöt (Kela 2013).

Kelalla on keskeinen rooli kuntoutuksessa Suomessa. Kuntoutuksen suunnittelu, kehittäminen ja ohjaus kuuluvat Kelan terveysosastolle, jossa toimii eri tiimeihin jakautuva kuntoutusryhmä (Kela 2013). Kelan kuntoutuksen lähtökohtana on tavoitteellisuus. Laki Kelan kuntoutuksesta edellyttää, että kuntoutus on hyvän kuntoutuskäytännön mukaista ja perustuu erityisasi-
antuntemukseen. Hyvä kuntoutuskäytäntö perustuu asiakkaan osallistumiseen, yksilöllisyyteen, ongelmien ja vahvuuksien tunnistamiseen, tiedon ja kokemusten soveltamiseen sekä

avoimeen moniammatilliseen yhteistyöhön (Paltamaa ym. 2011, 35). Kuntoutuksen avulla pyritään asiakkaan työ-, opiskelu- ja toimintakyvyn säilyttämiseen tai parantamiseen. Kuntoutuksen hakijalla tulee olla diagnosoitu todettu sairaus kuntoutuksen perusteena. Kelan järjestämää kuntoutusta ovat vajaakuntoisten ammatillinen kuntoutus, alle 65-vuotiaiden vaikeavammaisten lääkinnällinen kuntoutus, kuntoutuspsykoterapia sekä ammatillinen ja lääkinnällinen kuntoutus harkinnanvaraisena kuntoutuksena (Ammatillinen kuntoutus 2012).

Kela järjestää ja korvaa kuntoutuspalveluja Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain (566/2005) perusteella (Kelan avo- ja laitosmuotoisen kuntoutuksen standardi 2011). Sairaanhoidon liittyvän lääkinnällisen kuntoutuksen järjestäminen on kunnan vastuulla, ellei lääkinnällisen kuntoutuksen järjestäminen ole Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain (566/2005) perusteella Kansaneläkelaitoksen tehtävänä (Terveystieteiden tutkimuskeskus 30.12.2010/1326). Standardeissaan Kela määrittää laatuvaatimukset kuntoutukselle. Standardin tavoitteena on taata Kelan kuntoutujille oikea-aikainen laadullisesti hyvä kuntoutus sekä varmistaa kuntoutujan oikeudet. Kela myös kehittää kuntoutuksen laatua kehittämis- ja tutkimushankkeissa sekä uudistamalla kuntoutuksen standardeja (Kelan avo- ja laitosmuotoisen kuntoutuksen standardi 2011).

Kelan kuntoutuksen kehittämistoiminnan yksi tavoitteista on kehittää arvioinnin ja mittaamisen menetelmiä kuntoutuksen tarpeen ja vaikuttavuuden arviointiin (Autti-Rämö ym. 2010). GAS-menetelmän mukainen tavoitteen asettaminen on tullut asteittain Kelan laitoskuntoutuksen standardeihin. GAS-menetelmä on ollut käytössä Kelan avo- ja laitosmuotoisessa kuntoutuksessa vuodesta 2010 ja sen käyttö laajenee asteittain kaikkiin avo- ja kuntoutuspalveluihin ja vaikeavammaisten avoterapioihin. Vuodesta 2019 alkaen Kela tulee edellyttämään GAS-menetelmän käyttöä avoterapioissa, jolloin myös avoterapeuttien tulee olla kouluttautuneita menetelmän käyttöön (Tiedote Kelan vaikeavammaisten avoterapiapalveluntuottajille... 2012).

3 GAS-MENETELMÄ

GAS-menetelmän kehittivät alun perin psykologi Thomas Kiresuk ja tilastotieteilijä Robert Sherman 1960-luvulla USA:ssa mielenterveyspotilaiden kuntoutuksen tavoitteen laatimiseen ja arviointiin (Kiresuk ym. 1994). Aluksi menetelmää käytettiin mielenterveyspotilaiden kuntoutuksen tavoitteiden laatimiseen ja saavuttamisen arviointiin, mutta sittemmin sitä on käytetty hyvin erilaisten potilasryhmien tavoitteiden arvioinnissa. GASia on käytetty sekä lasten ja nuorten että työikäisten ja ikääntyneiden kuntoutuksessa (Malec 1999; Kamioka ym. 2009).

GAS-menetelmä perustuu yksilölähtöiseen tavoitteen asettamiseen ja sen mukaisten suunnitelmien asettamiseen niin, että asetetut tavoitteet toteutuvat. GASin avulla määritetään asiakkaan tavoitteet ja sen avulla voidaan tarkastella tavoitteiden toteutumista yksilö- tai ryhmätasolla tilastollisilla menetelmillä. Tavoitteet laaditaan yhdessä moniammatillisen tiimin kanssa. Työntekijän tulee olla GAS-menetelmän osaaja ja hän kysyy motivoinnin keinoin asiakkaalta hänelle merkityksellisiä tavoitteita. Asiakas ei voi laatia tavoitteita yksin, mutta valmiit tavoitteet voi kuitenkin kirjata joko asiakas itse tai työntekijä (Autti-Rämö ym. 2010).


GASista on kehitelty erilaisia versioita vastaamaan paremmin kulloiseenkin tarpeeseen, mutta sen perusidea on säilynyt samana. GAS ei sovellu asiakkaan ominaisuuksien kuvaajaksi vaan siihen tarvitaan edelleen diagnoosispesifisiä arviointimenetelmiä. GAS on menetelmä, jolla määritetään tavoite tai tavoitteet, ja se kertoo, mitä erilaisilla toimenpiteillä pyritään saavuttamaan (Autti-Rämö ym. 2010).

3.1 Tavoitteiden asettaminen ja GAS-asteikon laadinta

GAS-tavoitetta asettaessa voidaan käyttää ns. SMART- ideaa eli tavoitteen tulee olla spesifinen (specific), mitattavissa (measurable), saavutettavissa (achievable), realistinen (realistic) ja mahdollinen aikatauluttaa (timed) (Bovend'Eerd ym. 2009). Tavoite voi sijoittua toimintakyvyn eri osa-alueille ja sen tulee linkittyä kyseiseen kuntoutusmalliin. Tavoitteita kuvaamaan valitaan indikaattori, joka voi olla käyttäytyminen, tunnetila, taito tai prosessi, ja joka selkeimmin edustaa valittua tavoitetta ja edistymistä tavoitteen suuntaan. Indikaattorin täytyy olla arvioitavissa sovittuna ajankohtana. Indikaattori voi olla joko määrällinen (esim. painoki-

lo, prosenttiosuus) tai laadullinen (esim. kyky hallita tunteensa) ja se tehdään mitattavaksi asteikon avulla (Autti-Rämö ym. 2010).

GAS-asteikon laadinta on usein haastavin ja eniten aikaa vievä vaihe. Asteikon laadinnassa valittu indikaattori muutetaan mitattavaan muotoon. GAS-asteikon laadinnassa tavoitetaso on 0. Tämän jälkeen määritetään asteikot jonkin verran korkeampi (GAS-asteikko +1; realistinen ja myönteinen muutos verrattuna lähtötilanteeseen) ja vastaavasti jonkin verran matalampi (GAS-asteikko -1; lopputulos odotettua vähäisempi, mutta muutos on oikeansuuntainen ja osoittaa tavoitteen saavuttamisen olevan mahdollinen) kuin tavoitetaso. Lopuksi määritetään vielä asteikot selvästi korkeampi (GAS-asteikko +2; saavutettavissa optimaalisissa olosuhteissa) ja selvästi matalampi (GAS-asteikko -2; muutos ei ole merkityksellinen, tilanne ennallaan tai huonontunut) kuin tavoitetaso (Kiresuk ym. 1994). GAS-asteikko ja muutoksen kuvaaminen on esitetty kuvassa 1.

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

KUVA 1. GAS-asteikko ja muutoksen kuvaaminen (Autti-Rämö ym. 2010).

3.2 Tavoitteiden arviointi T-lukuarvotaulukon avulla

Ammattilainen arvioi tavoitteiden toteutumista yhdessä asiakkaan kanssa ennalta sovittuna ajankohtana. Tällöin kunkin tavoitteen asteikosta katsotaan toteutuneet lukuarvot. Nämä toteutuneet lukuarvot lasketaan yhteen ja katsotaan T-lukuarvotaulukosta (kuva 2) tavoitteiden

määrän mukainen T-lukuarvo. Taulukko mahdollistaa enintään kahdeksan tavoitteen lukuarvon katsomisen.

T-lukuarvotaulukko (T-score)

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

KUVA 2. T-lukuarvotaulukko (T-score) (Gordon ym. 1999).

T-lukuarvo on aina 50, jos tavoitteet on keskimäärin saavutettu. Kun T-lukuarvo jää alle 50, tavoitteita ei ole keskimäärin saavutettu, ne on laadittu liian vaikeiksi saavuttaa tai suunnitellut toimenpiteet eivät ole toteutuneet. T-lukuarvon ollessa suurempi kuin 50, tavoitteet on saavutettu keskimääräistä paremmin, ne on laadittu liian helpoiksi saavuttaa tai toimenpiteiden toteutuminen on onnistunut odotettua paremmin. T-lukuarvo tekee ryhmätason analyysit

mahdolliseksi, ja yksittäisten henkilöiden tavoitteiden vaihtelevat määrät ovat hallittavissa tilastollisessa analyysissä. Ryhmätason analyysillä voidaan verrata tavoitteiden toteutumista eri henkilöillä ja pohtia mahdollisia syy-seuraus – suhteita (Kiresuk & Sherman 1968).

3.3 GAS ja ICF-luokitus

ICF-luokitus (International Classification of Functioning, Disability and Health) on maailman terveysjärjestö WHO:n (World Health Organization) vuonna 2001 julkistettu toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus, joka täydentää WHO:n laajempaa kansainvälistä ICD -tautiluokitusta (McDougall & Wright 2009). ICF-luokitus on suomennettu vuonna 2004 Stakesin toimesta (ICF: Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus 2004). ICF-luokitukseen perustuva luokitus ICF-CY (International Classification of Functioning, Disability and Health- Child and Youth) perustettiin vuonna 2007 ja se on suunniteltu erityisesti lapsille ja nuorille (McDougall & Wright 2009).

ICF-luokitusta voidaan käyttää GAS-menetelmän tukena. ICF tarjoaa asiakkaan tilanteen laajasti huomioivan rakenteen ja hyvää kuntoutuskäytäntöä tukevan, konkreettisen viitekehyksen (Paltamaa ym. 2011, 35). Koska GAS-menetelmä perustuu yksilöllisiin tavoitteisiin, se voi mitata sekä fyysistä ja psyykkistä että sosiaalista ja kognitiivista toimintakykyä tai työkykyä. Tästä johtuen asiakkaan yksilölliset tavoitteet voivat olla millä tahansa ICF-luokituksen alueella (Krasny-Pacini ym. 2013).

3.4 GASin käyttö eri kuntoutusmuodoissa

GAS-menetelmää on käytetty alkuperäisenä tai sovellettuna versiona eri kuntoutusmuodoissa. Sovelletut versiot on kehitetty lisäämään GASin käyttökelpoisuutta ja käytettävyyttä eri tarkoituksissa ja erilaisilla kohderyhmillä (Donnelly & Carswell 2002). Sovellettua versiota ovat käyttäneet muun muassa Steenbeek ym. (2010) ja Ruble ym. (2012). Steenbeekin ym. (2010) havainnointitutkimuksessa käytettiin 6- portaista asteikkoa, jossa -2 tarkoitti ”ei muutosta lähtötilanteeseen” ja tämän lisäksi käytettiin astetta -3, joka tarkoitti ”tilanteen selkeää heiken-

tymistä/pahentumista lähtötasoon nähden”. Ruble ym. (2012) käyttivät tutkimuksessaan sovellettua GASia, jossa -2 tarkoitti ”lapsen nykyistä suorituskyvyn tasoa” ja -1 ”edistystä”.

Kuntoutusta koskevassa kirjallisuudessa GAS on kuvattu ”menetelmäksi, jonka tarkoituksena on seurata asiakkaan edistymistä tavoitteissaan ja tarjota tietoa kuntoutusohjelman vaikuttavuudesta” (Ottenbacher & Cusick 1993). GASia voidaan käyttää sekä mittarina mittaamaan konkreettisesti tavoitteiden toteutumista että terapeuttisena tekniikkana lisäämään asiakkaan tietoisuutta suorituskyvystään suhteessa asetettuihin tavoitteisiin (Gauggel 2011). Tam ym. (2008) ovat todenneet Flemingeriin ja Powellin (1999) viitaten, että yksilöllisten mittareiden ja menetelmien käytöllä on merkittävä osa näyttöön perustuvassa kuntoutuksessa, sillä ne mittaavat tuloksia, jotka ovat tärkeitä ja merkityksellisiä palveluntuottajien lisäksi asiakkaille itselleen.

Alkuperäisessä tarkoituksessaan mielenterveyskuntoutujilla GASia ovat käyttäneet muun muassa Cline ym. (1973) ja Lindström ym. (2012) tutkimuksissa, joissa tarkasteltiin mielenterveyshäiriötä sairastavien asiakkaiden kuntoutuksen tuloksellisuutta. Perhekuntoutuksessa GASia ovat käyttäneet muun muassa Woodward ym. (1978). Lääkinnällisessä kuntoutuksessa GASia on käytetty useiden sairausryhmien kuntoutuksen tutkimuksissa. Rushton ja Miller (2002) tutkivat GASin avulla amputaatiopotilaiden kuntoutuksen tuloksellisuutta. Lisäksi GASia on käytetty kroonisten tuki- ja liikuntaelimistön kipupotilaiden (Fisher & Hardie 2002; Fisher 2008), MS-tautipotilaiden (Khan ym. 2008), fibromyalgiapotilaiden (Becker ym. 2009) ja artriittipotilaiden (Mendelson ym. 2011) kuntoutuksen tavoitteiden arvioinnissa sekä useissa aivovammojen ja aivoverenkiertohäiriöiden kuntoutuksen tutkimuksissa (mm. Malec 2001; Trombly ym. 2002; Bouwens ym. 2009; Rasquin ym. 2010).

Lasten ja nuorten kuntoutuksessa GASia on käytetty muun muassa autististen lasten (Dunn ym. 2012), CP-vammaisten lasten (mm. Russo ym. 2007; Wallen ym. 2007; Olesch ym. 2009; Sorsdahl ym. 2010; Hoare ym. 2013; Williams ym. 2013) sekä Downin syndroomaa (LaForme Fiss ym. 2009) ja sensorisen integraation häiriötä sairastavien lasten (Mailloux ym. 2007) kuntoutuksen tuloksellisuuden arvioinnissa. Murphy ym. (2008) käyttivät GASia tutkimuksessaan, jossa tarkasteltiin ratsastusterapian vaikutuksia lapsilla, joilla oli erilaisia motorisen kehityksen häiriöitä tai fyysisiä toimintarajoitteita.

Ammatillisessa kuntoutuksessa GASista löytyy vähemmän tutkimustietoa. Suomessa GASin käyttöä ammatillisessa kuntoutuksessa on tutkittu Aslak-kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämissankkeessa (Ylisassi 2011 ja 2012). Verve Consultingin, Kelan ja Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen (2011) tutkimuksen mukaan GASia käytetään ammatillisessa kuntoutuksessa Suomessa.

nisteriön yhteisen hankkeen tavoitteena oli selvittää, millaisia muutoksia GASin käyttöönotaminen edellyttää kuntoutuksen nykyisissä tavoitteen asettamisen käytännöissä, miten GAS soveltuu otettavaksi käyttöön ammatillisessa kuntoutuksessa ja miten ammatillisia tavoitteita kyetään asettamaan ja arvioimaan menetelmän avulla. Ylisassin (2012) raportin mukaan GAS-menetelmä soveltuu ammatilliseen kuntoutukseen. Kuntoutustyöntekijät kokivat GASin käytön tuovan yksilöllistä asiakasnäkökulmaa tavoitteiden laatimiseen. Asiakkaiden näkemykset tavoitteista itselleen tärkeinä tukivat myös GASin käyttökelpoisuutta. GASin tuomien mahdollisuuksien ohella hanke kuitenkin osoitti sen, että GASin käyttöönotto tuo mukanaan myös haasteita ja muutosvaatimuksia koko kuntoutusprosessille.

3.5 GASin psykometriset ominaisuudet

Kuntoutuksessa käytetään paljon erilaisia mittareita ja menetelmiä, joiden tarkoituksena on tuottaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Mittareita käytetään saamaan määrällinen tieto tai määrälliseen muotoon muutettava sanallinen tieto tutkittavasta asiasta. Mittareita ovat esimerkiksi erilaiset havainnointi-, haastattelu- ja kyselylomakkeet (Metsämuuronen 2005). Mittarin käyttöönotto edellyttää paneutumista kyseisen mittarin käyttöön sekä huolellista perehtymistä mitaustulosten tulkintaan. Ennen mittarin käyttöönottamista tulisi aina varmistaa, että mittari on tutkimuksissa todettu luotettavaksi menetelmäksi. Jotta mittari on käyttökelpoinen, sen käyttö ei saisi myöskään viedä kohtuuttomasti aikaa ja mittaukset tulisi olla suhteellisen helposti toteutettavissa (Mokkink ym. 2010).

Mittarin psykometrisilla ominaisuuksilla tarkoitetaan mittarin tai menetelmän luotettavuuteen liittyviä tekijöitä, joita ovat pätevyys, toistettavuus ja käyttökelpoisuus (Mokkink ym. 2010). GAS-menetelmän psykometrisiä ominaisuuksia on tutkittu maailmanlaajuisesti useiden vuosien ajan. Menetelmän eri ominaisuuksista on tutkittu pätevyyttä (mm. Palisano ym. 1993; Joyce ym. 1994; Stolee ym. 1999; Shefler ym. 2001; Law ym. 2004; Mannion ym. 2010; Steenbeek ym. 2011), toistettavuutta (mm. Goodyear & Bitter 1974; Kaplan & Smith 1977; Woodward ym. 1978; Palisano ym. 1992; Palisano 1993; Joyce ym. 1994; Stolee 1999; Rushton & Miller 2002; Law ym. 2004; Steenbeek ym. 2010; Ruble ym. 2012), käyttökelpoisuutta (mm. Woodward ym. 1978; King ym. 1999; Malec ym. 1999; Ekström Ahl ym. 2005; Steenbeek ym. 2008; Brock ym. 2009; Doig ym. 2010; Turner-Stokes ym. 2013) ja muutosherkkyttä (mm. Gordon ym. 1999; Stolee ym. 1999; Rushton & Miller 2002; Rockwood ym.

2003; Cusick ym. 2006; Khan ym. 2008; Mannion ym. 2010; Stolee ym. 2012), joka kuuluu osana pätevyYTEEN. Muutosherkkyyden lisäksi pätevyYDEN osa-alueista on tutkittu sisältövaliditeettia ja rakennevaliditeettia. Ennustevaliditeetista on saatavilla toistaiseksi hyvin vähän tutkimustietoa. Toistettavuutta on tutkittu sekä arvioitsijoiden välisellä yhtäpitävyydellä että tulosten yhtäpitävyydellä saman arvioitsijan arvioimana.

3.5.1 Pätevyys

PätevyYdellä eli validiteetilla tarkoitetaan sitä, mittaako mittari juuri sitä tutkittavan ilmiön ominaisuutta, mitä sen on tarkoitus mitata (Vehkalahti 2008, 41). GASin yksilöllisen luonteen vuoksi sen pätevyYTEEN vaikuttaa se, miten GAS on laadittu ja pystyykö laatija ennakoimaan riittävästi asiakkaan mahdollisuuksia saavuttaa tavoitteita (Krasny-Pacini ym. 2013). Jos esimerkiksi tavoitteena on painon pudottaminen, on tunnistettava ne tavoitteen kannalta merkittävät muutokset, jotka pitäisi tapahtua, jotta paino putoaisi. Lisäksi on valittava selkeä indikaattori, joka kuvaa kyseistä tavoitetta ja laadittava asteikko niin, että tavoite on mahdollista saavuttaa järkevässä aikataulussa (Autti-Rämö ym. 2010).

GASin pätevyYttä tavoitteen laatimisen ja arvioimisen menetelmänä on tutkittu lukuisissa tutkimuksissa. Hurn ym. (2006) kirjallisuuskatsauksessa oli mukana alkuperäistutkimuksia eri kuntoutuksen aloilta mukaan lukien avo- ja laituskuntoutuksen. Katsauksessa GASilla todettiin olevan vahva näytönaste pätevyYdestä työikäisten ja ikääntyneiden kuntoutuksessa. Myös Vun ja Lawn (2012) katsauksessa GASin osoitettiin olevan pätevä menetelmä tavoitteen laatimiseen ja arviointiin useissa eri ikäryhmissä ja kuntoutusmuodoissa.

PätevyYden osa-alueista on tutkittu sisältövaliditeettia, rakennevaliditeettia sekä muutosherkkyyttä. Tutkimustietoa GASin ennustevaliditeetista on toistaiseksi vähän saatavilla. Goodyearin ja Bitterin (1974) tutkimus antoi kuitenkin myönteisiä tuloksia GASin kyvyssä ennustaa jokin tuleva tapahtuma sairauden kulussa. Hurnin ym. (2006) katsauksessa todettiin Malecin ym. (1991) tutkimuksen antavan lupaavia tuloksia ennustevaliditeetissa. Malec ym. (1991) tutkivat ennustevaliditeettia vertaamalla niiden henkilöiden T-lukuarvoja, jotka olivat saavuttaneet parhaimmat työtulokset kuntoutusjakson jälkeen. T-lukuarvot olivat suuremmat niillä, jotka olivat saavuttaneet parhaimmat työtulokset. Tulos antaa viitteitä siitä, että GASin ennustevaliditeetti on hyvä.

GASin sisältövaliditeettia ovat tutkineet muun muassa Palisano ym. (1993), Shefler ym. (2001), Law ym. (2004) sekä Mannion ym. (2010). Tutkimuksissa on todettu GASin olevan pätevä menetelmä arvioimaan kuntoutuksen tavoitteiden toteutumista lapsilla, joilla on motorisen kehityksen viivästymä, mielenterveyspotilailla, CP-vammaisilla lapsilla ja kroonista alaselkäkipua sairastavilla aikuisilla.

Useat tutkimukset ovat osoittaneet GASin korreloivan muiden mittareiden kanssa eli GAS antaa yhtäpitäviä tuloksia muiden samaa ilmiötä mittaavien mittareiden kanssa. Korrelaation on havaittu olevan vahva OARS IADL-mittarin (Older Americans Resource Scale for Instrumental Activities of Daily Living) ja aikuisten itsenäistä toimintakykyä päivittäisissä perustoimissa mittaavan Barthelin indeksin kanssa (Stolee ym. 1999). Vahva korrelaatio havaittiin myös Joycen ym. (1994) aivovammakuntoutuksen tutkimuksessa, jossa verrattiin GASin ja GCI-mittarin (Global Clinical Impression) tulosten yhtäpitävyyttä. Tavoitteet liittyivät päivittäisistä toimista selviytymiseen.

Keskinkertainen yhtäpitävyys GASilla on havaittu olevan PEDIn (Pediatric Evaluation of Disability Inventory) kanssa, kun tavoitteet liittyivät toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen lasten ja nuorten version (ICF-CY) suoritukset ja osallistuminen osa-alueeseen. Keskinertaisesti GAS korreloi myös LCI-mittarin (Locomotor Capabilities Index), PDMS-GM:n (Peabody Developmental Motor Scale- Gross Motor Scale), Health-Sickness Rating Scalen, Brief Symptom Inventoryn ja Target Complaints Scalen kanssa (Palisano ym. 1992; Shefler ym. 2001; Rushton & Miller 2002; Steenbeek ym. 2011). Gordonin ym. (1999) ja Cusickin ym. (2006) tutkimuksissa ei havaittu korrelaatiota GASin ja muiden mittareiden välillä. Heikko korrelaatio havaittiin GASin hienomotoriikkaan liittyvien tavoitteiden ja PDMS-FM:n (Peabody Developmental Motor Scale- Fine Motor Scale) välillä (Palisano ym. 1992).

Muutosherkkyys. Muutosherkkyys on osa pätevyyttä ja sillä tarkoitetaan mittarin kykyä havaita tarkasteltavassa ominaisuudessa ajassa tapahtuvia muutoksia. GASin yksilöllisen luonteen vuoksi sen on todettu havaitsevan pienimmänkin muutoksen asiakkaan toimintakyvyssä (Vu & Law 2012). GASin on todettu olevan herkempi menetelmä muutoksen mittaamiselle kuin esimerkiksi Barthelin indeksi tai FIM (Functional Independence Measure) (Krasny-Pacini ym. 2013).

GASin muutosherkkyyttä ovat tutkineet muun muassa Gordon ym. (1999), Stolee ym. (1999), Rushton ja Miller (2002), Rockwood ym. (2003), Cusick ym. (2006), Khan ym. (2008), Man-

nion ym. (2010) ja Stolee ym. (2012). Tutkimuksissa GASilla todettiin olevan hyvä/erinomainen kyky havaita ajassa tapahtuva muutos tarkasteltavassa ominaisuudessa. GAS sopii muutoksen mittaamiseen eri asiakasryhmillä (mm. alaraaja-amputoidut sairaalapotilaat, aikuiset kroonista alaselkikipua ja MS-tautia sairastavat henkilöt).

3.5.2 Toistettavuus

Mittarin toistettavuus kertoo sen, kuinka johdonmukaisesti mittari toimii, ja kuinka vähän mittausvirhettä (systemaattiset ja satunnaiset virheet) siihen sisältyy (Vehkalahti 2008, 41–42). Toistettavuutta tutkitaan toistomittausten yhtäpitävyydellä ja eri mittaajien välisenä toistettavuutena. Hyvä toistettavuus saman arvioitsijan toteuttamana edellyttää, että arvioitsija arvioi tavoitteiden toteutumisen samalla tavalla kahdella tai useammalla kerralla. Arvioitsijoiden välinen toistettavuus taas edellyttää, että eri arvioitsijat arvioivat asiakkaan tavoitteiden toteutumisen samalla tavalla toisistaan riippumatta (Metsämuuronen 2009, 76). Toistettavuutta voidaan tutkia muun muassa Intraclass Correlation Coefficient (ICC)- ja Cohenin kappa (k)- menetelmillä. ICC:n ollessa >0.9 ja Cohenin kappan 0.60 – 1.00 , tulosta voidaan pitää erinomaisena.

Toistettavuuden osa-alueista on tutkittu erityisesti arvioitsijoiden välistä toistettavuutta. GASin toistettavuuden on todettu olevan hyvä/erinomainen (ICC 0.87 – 0.96 , $k=0.64$ – 0.82) (Goodyear & Bitter 1974; Kaplan & Smith 1977; Woodward ym. 1978; Palisano ym. 1992; Palisano 1993; Joyce ym. 1994; Stolee 1999; Law ym. 2004; Steenbeek ym. 2010). Keskinertainen toistettavuus (ICC 0.67 , 0.72) arvioitsijoiden välillä havaittiin Rushtonin ja Millerin (2002) ja Rublen ym. (2012) tutkimuksissa. Law ym. (2004) tutkivat tulosten yhtäpitävyyttä saman arvioitsijan toteuttamana, jossa he saivat erinomaisen toistettavuus tuloksen (ICC 0.96).

3.5.3 Käyttökelpoisuus

Mittarin käyttökelpoisuus ja kliininen käytettävyys mittaamisen yhteydessä käytettyinä kuvaavat sitä, onko mittari merkityksellinen kyseisessä käyttötarkoituksessa ja käyttökelpoinen

rutiinikäyttöön. Mittarin tulisi olla hyväksyttävä ja käyttökelpoinen sekä asiakkaan että mitaajan näkökulmasta (Metsämuuronen 2009, 67–79). GAS-menetelmä on geneerinen, kokonaisvaltainen menetelmä, jota ei ole tarkoitettu minkään tietyn sairausryhmän arvioimiseen. GASin on todettu olevan käyttökelpoinen, pätevä ja toistettavissa oleva menetelmä tavoitteiden arvioimiseen useilla sairausryhmillä ja eri ikäluokissa (Malec ym. 1999). GASin ominaisuuksia on tutkittu sekä sairaala että avokuntoutuspotilailla. GASin suurimpia hyötyjä on se, että se on lähtökohdaltaan yksilöllinen ja asiakaslähtöinen menetelmä (Woodward ym. 1978).

Asiakkaan ollessa itse asettamassa tavoitteitaan, hänen motivaatio on yleensä korkealla, jolloin myös mahdollisuudet tavoitteen saavuttamiseen kasvavat (Hale 2010; Krasny-Pacini ym. 2013). Doig ym. (2010) havaitsivat tutkimuksessaan, että ne asiakkaat, jotka asettivat itse tavoitteensa, tekivät enemmän töitä niiden eteen ja saavuttivat ne todennäköisemmin kuin asiakkaat, jotka eivät itse asettaneet tavoitteitaan. Aivohalvauskuntoutuksen tutkimuksessa on havaittu tavoitteiden saavuttamisen olevan yhteydessä pienempään masennusriskiin ja parantuneeseen itseluottamukseen (Brock ym. 2009). Kingin ym. (1999) mukaan tarkkojen tavoitteiden määrittely saattaa kasvattaa lasten motivaatiota sekä kehittää heidän kapasiteettiaan oppia uusia asioita. Näin ollen lapsesta voi tulla aktiivinen ongelmanratkaisija passiivisen vastaanottajan sijaan (Ekström Ahl ym. 2005).

GASin käyttöön liittyy kuitenkin useita asioita, jotka täytyy huomioida ennen menetelmän käyttöönottamista. On mietittävä kuka vastaa tavoitteiden asettelusta ja seuraa niiden saavuttamista, kuinka tavoitteiden saavuttaminen pisteytetään ja kuinka tavoitteet luodaan tarkoituksenmukaisesti niin, että ne ovat asiakkaan kannalta järkeviä (Cardillo 1994, 39–60). Tutkijat ovat yksimielisiä siitä, että menetelmä edellyttää koulutusta ja käytännön harjoittelua ennen kuin sitä voidaan suositella käytettäväksi (King ym. 1999; Steenbeek ym. 2008; Turner-Stokes ym. 2013). Tavoitteiden asettaminen edellyttää, että kuntoutuksen ammattilainen on työskennellyt kyseisellä toiminta-alalla riittävän pitkään, jotta hän kykenee tunnistamaan asiakkaan muutosmahdollisuudet ja laatimaan SMART-tavoitteen yhdessä asiakkaan kanssa (Autti-Rämö ym. 2010; Steenbeek ym. 2011).

Tyypilliset virheet GASin käytössä liittyvät asteikon laatimiseen. Asteikon tulee olla yksiselitteinen ja riittävän tarkasti määriteltä ja sen laatimisessa tulee käyttää sellaista kieltä, jota sekä asiakas että kuntoutuksen toteuttajat tuntevat. Indikaattorin täytyy kuvata asetettua tavoittealuetta, eikä indikaattorin asteikossa saa määrittää kolmannen osapuolen toimintaa, johon asiakas tai kuntoutuksen ammattilainen eivät itse voi vaikuttaa. (King ym. 1999; Autti-Rämö

ym. 2010). Indikaattorin määrittely voi olla hankalaa erityisesti, jos asiakkaalla on jokin kommunikaatiota häiritsevä sairaus kuten afasia tai hänen on muuten vaikea osallistua tavoitteen asettamiseen (Hale 2010; Ertzgaard ym. 2011).

GAS-asteikon laatiminen on usein työläis ja eniten aikaa vievä vaihe. Tutkimusten mukaan asteikon laatimiseen kuluu aikaa 15 minuutista yhteen tuntiin riippuen muun muassa kuntoutuksen ammattilaisen kokemuksesta GASin käytössä, tavoitteiden kokonaismäärästä sekä asiakkaan kyvystä tunnistaa itselleen tärkeitä tavoitteita (Joyce ym. 1994; Rushton ja Miller 2002; Cusick ym. 2006; Steenbeek ym. 2008; Stolee ym. 2012). Arviointiin ja pisteytykseen kuluva aika riippuu muun muassa tavoitteiden määrästä. Cusick ym. (2006) raportoivat arvioinnin ja pisteytyksen vievän aikaa noin 7–12 minuuttia kun tavoitteita on 3–5. Vuonna 2011 Kelan palveluntuottajat arvioivat tavoitteiden laatimiseen kuluvan tunnin ja arviointiin noin 45 minuuttia asiakasta kohden. Työntekijän kokemuksen ja harjoittelun myötä asteikon laatiminen kuitenkin nopeutuu.

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

GAS-menetelmästä on saatavilla paljon kansainvälistä tutkimustietoa, mutta tutkimukset ovat pääasiassa käsitelleet GASia mittarina eri sairausryhmissä tai selvittäneet GASin validiteettia ja reliabiliteettia. Näiden lisäksi on tärkeää selvittää mittaria käyttävien ammattilaisten käyttökokemuksia (Stevens ym. 2013). Suomessa GASia on tutkittu muun muassa ammatillisessa kuntoutuksessa Aslak-kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeessa (Ylisassi 2011, 2012). Muun muassa Toivonen (2009) ja Oksanen ja Seppäläinen (2011) ovat tehneet laadulliset opinnäytetyöt GASin käyttöönoton kehittämisestä ja käyttökokemuksista. Kelan julkaisusarjassa on julkaistu kaksi tutkimusta (Salminen 2013), joissa GASia on käytetty kuntoutuksen tavoitteiden asettamisessa ja arvioinnissa.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli saada tietoa fysio- ja toimintaterapeuttien käyttökokemuksista GAS-menetelmästä. Tarkoituksena oli lisäksi selvittää, mitä hyötyjä ja haasteita GASin käyttöön liittyy.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitkä ovat fysio- ja toimintaterapeuttien käyttökokemukset GAS-menetelmästä?
2. Mitkä ovat GASin suurimmat hyödyt ja haasteet fysio- ja toimintaterapeuttien näkökulmasta?

5 TUTKIMUSMENETELMÄT

Tämä tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena. Aineiston analyysissä käytettiin pääasiassa kvantitatiivisia eli määrällisiä menetelmiä. Kyselytutkimus valittiin menetelmäksi, koska sen avulla voidaan kerätä ja tarkastella tietoa muun muassa ihmisten toiminnasta, mielipiteistä, asenteista ja arvoista, ja se voidaan kohdistaa suureenkin joukkoon ihmisiä (Vehkalahti 2008, 11–12). Kyselytutkimus on myös nopeampi suorittaa kuin esimerkiksi henkilökohtaiset haastattelut. Tässä tutkimuksessa tavoitteena oli saada mahdollisimman paljon vastauksia rajatussa aikataulussa, minkä vuoksi päädyttiin tekemään kyselytutkimus. Kysely suunnattiin aluksi vain HUS:n fysio- ja toimintaterapeuteille, mutta tutkimusjoukon jäädessä liian pieneksi, laajennettiin kysely myös muille Suomessa toimiville fysio- ja toimintaterapeuteille.

Ennen tutkimussuunnitelman laatimista selvitettiin sähköpostitse, missä HUS:n yksiköissä GAS on käytössä. Tutkimusjoukon selvittämisen jälkeen tutkimukselle haettiin tutkimuslupa (liite 1), joka saatiin 12.12.2013. Eettisen toimikunnan lupaa ei tarvittu. Tutkimusluvan saamisen jälkeen kysely lähetettiin HUS:n tutkimuksesta vastaavan henkilön toimesta sähköisesti 13.12 osastonhoitajille, joiden yksiköissä selvityksen perusteella käytetään GASia. Vastausaika annettiin 31.12.2013 asti, jonka jälkeen vastausaika jatkettiin vielä 17.1.2014 saakka. Tutkimusjoukon jäätyä edelleen pieneksi, selvitettiin tammikuussa 2014 sähköpostitse muita fysio- ja toimintaterapeutteja, jotka käyttävät GASia työssään. Tiedustelu laitettiin Kuntoutus Ortonin jaksokuntoutuksen vastaavalle, Suomen Fysioterapia- ja kuntoutusyrietykset FYSI ry:lle ja Oulun ammattikorkeakoulun yliopettajalle, mitä kautta saatiin lisää vastaajia kyselyyn. Erillistä tutkimuslupaa ei tarvinnut enää hakea. Tutkijan tiedossa ei ole, kuinka monelle linkki kyselyyn on kaiken kaikkiaan lähtenyt, joten vastausprosenttia ei näin ollen ole voitu laskea.

5.1 Aineiston keruu

Kyselylomake saatekirjeineen (liite 2) suunniteltiin ja toteutettiin tutkijan toimesta syksyn 2013 aikana. Toteutuksessa käytettiin SPSS Mrinterview -ohjelmaa. Kysely laadittiin GASia koskevassa kirjallisuudessa esille nousseiden asioiden pohjalta. Kyselyn alussa oli saatekirje tutkittaville, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet. Taustatietoina selvitettiin su-

kupuoli, ikä, ammatti, työskentelykaupunki, työkokemus vuosina sekä asiakkaiden ikä- ja sairausryhmä. Lisäksi selvitettiin, onko tutkittava käynyt GAS-koulutuksen, ja jos on, missä kaupungissa.

Kyselylomake koostui 38 kohdasta, jotka muodostuivat pääasiassa Likert-asteikollisista väittämistä ja avoimista kysymyksistä. Likertin asteikon vastausvaihtoehdot olivat täysin samaa mieltä, osittain samaa mieltä, ei osaa sanoa (ei samaa eikä eri mieltä), osittain eri mieltä ja täysin eri mieltä. Kyselyn alussa taustatietojen jälkeen selvitettiin GAS-koulutukseen liittyviä asioita (kysymykset 2–6), joihin vastasivat ainoastaan ne, jotka olivat saaneet GAS-koulutusta ennen menetelmän käyttöön ottoa. Muut kyselyn osiot käsittelivät tutkittavien koettua osaamista (8–12), GASin soveltuvuutta kuntoutuksen tavoitteiden asettamiseen ja arviointiin (13–20), GAS-tavoitteiden laatimista (21–28) ja GASin asiakaslähtöisyyttä tutkittavien näkökulmasta (29–35). Kyselylomakkeen lopussa oli avoimet kysymykset (36–38), joissa selvitettiin GASin hyötyjä ja haasteita sekä annettiin tutkittaville mahdollisuus vapaaseen kommentointiin. Ennen kyselyn lähettämistä tutkittaville, pyydettiin kyselyn rakenteeseen ja sisältöön liittyviä kommentteja graduohjaajilta sekä liikuntalääketieteen pro gradu- seminaariryhmän opiskelijoilta. Lisäksi testikyselylomakkeen täytti yksi tutkijan fysioterapeuttikollega. Kommenttien perusteella kysely viimeisteltiin lopulliseen muotoonsa.

5.2 Tilastollinen analyysi

Tilastollinen analyysi suoritettiin IBM SPSS Statistics 20 -ohjelmiston avulla. Pääasiassa luokittelu- ja järjestysasteikollisten muuttujien määrittämiseen käytettiin kuvailevia tietoja (keski- ja hajontaluvut, vaihteluväli, prosenttijakaumat). Merkkietomuuttujista työskentelykaupunki, koulutuskaupunki ja asiakkaiden yleisimmät sairaudet koodattiin numeerisiksi muuttujiksi automatic recode -toiminnon avulla, jonka jälkeen muuttujat jaoteltiin ryhmiin (Etelä-Suomi ja Pohjois-Suomi, neurologiset ja tuki- ja liikuntaelimestön sairaudet). Näin tehtiin, jotta saatiin selville, onko vastauksissa alueellisia eroavaisuuksia tai eroja asiakkaiden sairausryhmien välillä.

Summamuuttujia muodostettiin neljä, joita olivat fysio- ja toimintaterapeuttien koettu osaaminen, GASin soveltuvuus kuntoutuksen tavoitteiden asettamiseen ja arviointiin, GAS-tavoitteiden laatiminen, sekä asiakaslähtöisyys fysio- ja toimintaterapeuttien näkökulmasta.

Summamuuttujia käytetään tutkimusaineiston tiivistämiseksi laskemalla yhteen erillisten, samaa ilmiötä mittaavien muuttujien arvot (Karhunen ym. 2010, 57). Summamuuttujia muodostaessa on huomioitava, että yhdistettävien muuttujien koodaus on samansuuntainen. Tässä tutkimuksessa Likert-asteikolliset muuttujat käännettiin muuttujaa ”GAS-tavoitteet jäävät irrallisiksi työstäni” lukuun ottamatta siten, että 1=täysin eri mieltä ja 5=täysin samaa mieltä. Kääntäminen tehtiin, jotta muuttujien keskiarvot kuvastaisivat johdonmukaisemmin väitteen toteutumista siten, että mitä korkeampi arvo, sitä paremmaksi koetaan osaaminen, soveltuvuus, tavoitteiden laatiminen ja asiakaslähtöisyys.

Summamuuttujille laskettiin Cronbachin alfa-arvot mittaamaan muuttujien yhdenmukaisuutta eli konsistenssia. Cronbachin alfan laskeminen perustuu kyselylomakkeen väittämien välisiin korrelaatioihin ja väittämien määriin. Korkeat korrelaatiot ja väittäminen suuri lukumäärä nostavat alfa-kertoimen arvoa. Kertoimen ollessa 0.80–1.0 väittäminen lineaarinen yhteys on erittäin korkea ja välillä 0.60–0.80 korkea. Alfa jäädessä alle 0.60 väittäminen yhdenmukaisuutta ei yleensä pidetä riittävän hyvänä. Alfa arvoa voidaan parantaa poistamalla sellaisia väittämiä, jotka eivät sisällöllisesti ole riittävän samankaltaisia muiden väittämien kanssa (Metsämuuronen 2009, 77–79).

Cronbachin alfa-kertoimen lisäksi laskettiin muuttujien väliset korrelaatiot ja korrelaatiot summamuuttujaan Spearmanin korrelaatiokertoimen avulla. Korrelaatiot kertovat muuttujien yhdenmukaisuudesta ja sisällöllisestä samankaltaisuudesta. Korrelaatio voi vaihdella -1 ja 1 välillä siten, että 1 kuvastaa täydellistä positiivista korrelaatiota, -1 täydellistä negatiivista korrelaatiota ja 0 ei korrelaatiota lainkaan. Korrelaation ollessa voimakasta, voidaan toisen muuttujan arvoista päätellä toisen muuttujan arvot (Karhunen ym. 2011, 88–89).

Aineistossa esiintyvien ryhmien välisten keskiarvojen erojen tarkasteluun käytettiin parametritonta Mann-Whitneyn U-testiä. Parametrittomia testejä käytetään aineiston ollessa vinosti jakautunut tai hyvin pieni. Myös järjestysasteikon muuttujat edellyttävät parametrittomien testien käyttöä (Karhunen ym. 2011, 80). Tilastollisen merkitsevyyden rajana pidettiin $p < .05$. Avoimet kysymykset käsiteltiin laadullisesti.

6 TULOKSET

6.1 Aineiston kuvaus

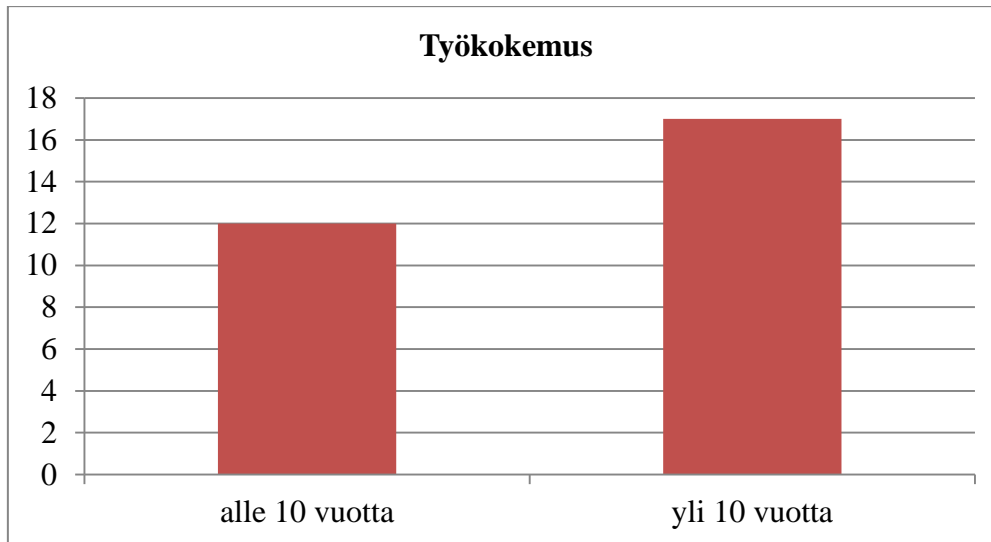
Tutkittavat (n=29) edustivat kahta eri ammattiryhmää, jotka olivat fysioterapeutit ja toimintaterapeutit. Selvä enemmistö tutkittavista oli naisia (n=25). Tutkittavien ammatti- ja ikäjakouma on kuvattu taulukossa 1 ja jakauma työskentelyalueittain taulukossa 2. Tutkittavien työkokemus on kuvattu kuvassa 3.

TAULUKKO 1. Tutkittavien ammatti- ja ikäjakauma.

	n	Keski-ikä, vaihteluväli, keskihajonta
Fysioterapeutti	17	42,5 v. (25–59), 11,63
Toimintaterapeutti	12	42,7 v. (27–56), 8,32
Yhteensä	29	42,6 v. (25–59), 10,22

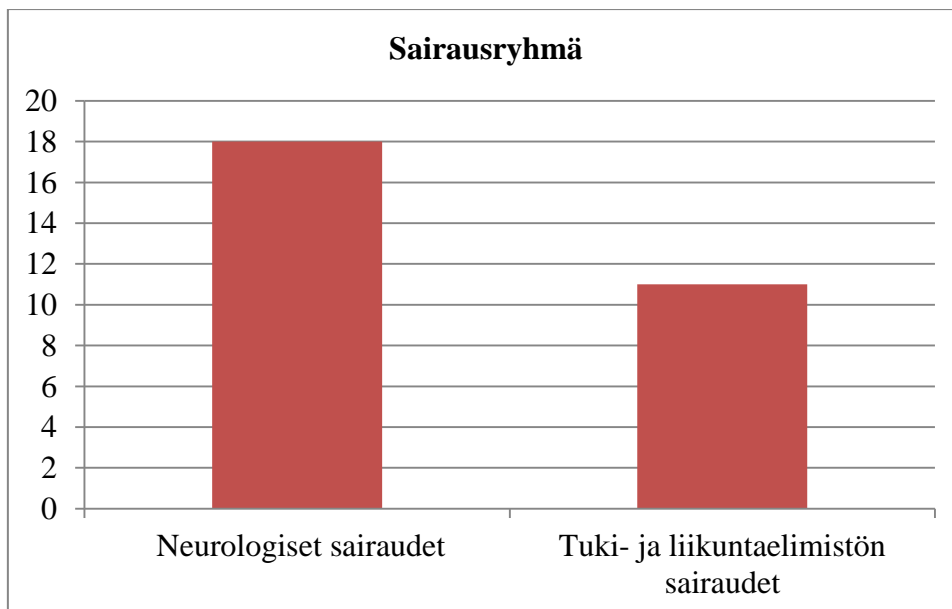
TAULUKKO 2. Tutkittavien jakauma työskentelyalueittain.

	n	(%)
Etelä-Suomi	17	(59)
Pohjois-Suomi	12	(41)
Yhteensä	29	(100)



KUVA 3. Tutkittavien työkokemus. Pystyakselilla oleva luku kuvaa tutkittavien lukumäärää.

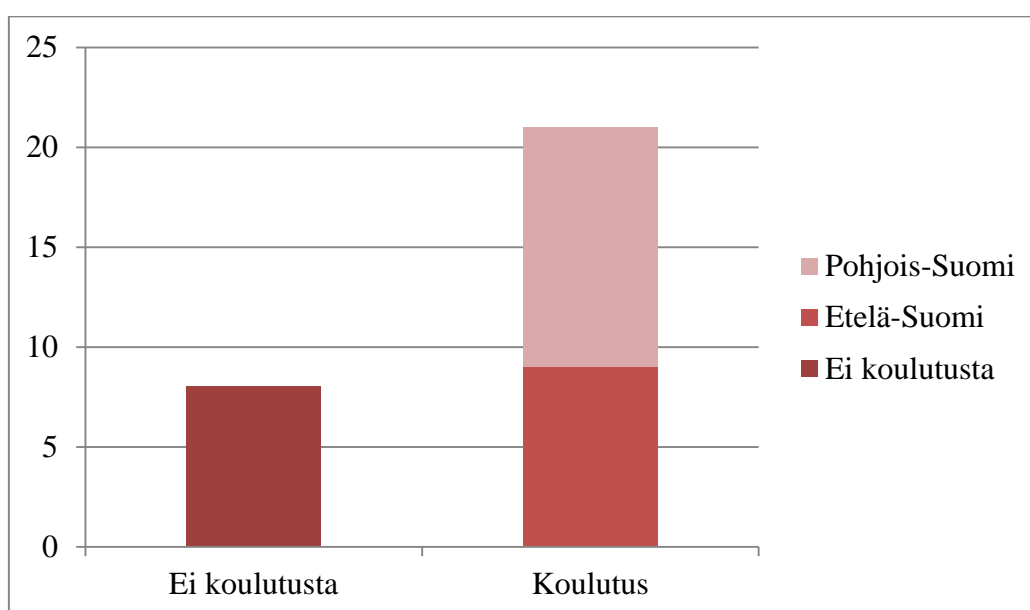
Tutkittavilta selvitettiin asiakkaiden, joille GAS-tavoitteita laaditaan, ikäryhmä (lapset ja nuoret, työkäiset, ikääntyneet). Tutkittavista 18 (62 %) vastasi asiakkaidensa edustavan yhtä ikäryhmää. 11 tutkittavan (38 %) asiakkaat olivat kahden tai kolmen eri ikäryhmän edustajia. Ikäryhmän lisäksi selvitettiin asiakkaiden yleisimmät sairaudet, jotka luokiteltiin neurologisiin ja tuki- ja liikuntaelimestön sairauksiin (kuva 4).



KUVA 4. Asiakkaiden jakauma sairausryhmän mukaan. Vaaka-akselilla on kuvattu asiakkaiden sairausryhmät. Pystyakselilla oleva luku kuvaa tutkittavien lukumäärää eli kuinka moni tutkittava vastasi asiakkaiden yleisimmiksi sairauksiksi neurologiset sairaudet ja kuinka moni tuki- ja liikuntaelimestön sairaudet.

6.2 GASin käyttökoulutus

Koulutuksen GASin käyttöön oli käynyt 72 % tutkittavista, joista 43 % Etelä-Suomessa ja 57 % Pohjois-Suomessa (kuva 5). Yhtä tutkittavaa lukuun ottamatta kaikki Etelä-Suomessa työskentelevät olivat myös käyneet koulutuksen Etelä-Suomessa ja Pohjois-Suomessa työskentelevät Pohjois-Suomessa. Kaikki, jotka eivät olleet käyneet koulutusta, ilmoittivat työskentelypaikakseen Etelä-Suomen. Koulutuksen pituus erosi Etelä-Suomen ja Pohjois-Suomen välillä tilastollisesti merkitsevästi ($p=.00$). Koulutuksen pituus ja pituuden vaihtelu koulutuspaikan mukaan on esitetty taulukossa 3.



KUVA 5. Tutkittavien jakauma koulutuksen ja koulutuspaikan mukaan.

TAULUKKO 3. Koulutuksen pituus tunteina ja pituuden vaihtelu koulutuspaikan mukaan.

Koulutuspaikka	n	Keskiarvo (tunteina), vaihteluväli, keskihajonta
Etelä-Suomi	9	6,5 (1–30), 10,01
Pohjois-Suomi	12	31 (16–81), 23,18
Yhteensä	21	21 (1–81), 22,25

Tutkittavista kaikki olivat täysin samaa mieltä tai osittain samaa mieltä väittämien ”koulutus oli mielestäni hyödyllinen” ja ”koulutus oli mielestäni välttämätön ennen menetelmän käyttöön ottoa”. Yksikään tutkittavista ei vastannut olevansa osittain tai täysin eri mieltä edellä mainittuihin väittämiin. Koulutuksen käyneistä suurin osa (71 %) koki, että GASista on saatavilla riittävästi tietoa ja materiaalia käytön tueksi. Heistä, jotka eivät olleet käyneet koulutusta, kaikki olivat osittain tai täysin samaa mieltä tästä väittämästä.

6.3 Koettu osaaminen

Koettua osaamista selvitettiin viidellä väittämällä (8–12). Taulukossa 4 on esitetty viisi koettua osaamista mittaavaa muuttujaa ja alimpana summamuuttujan alfa-kerroin, kun kaikki väittämät ovat mukana. Osaamisen alfa-kerroin on erittäin korkea (.80), mikä tarkoittaa sitä, että sisäinen konsistenssi on korkea eli väittämät ovat keskenään hyvin yhdenmukaisia. Mikäli muuttuja 9 poistettaisiin, nousisi alfan arvo .83. Muuttuja päätettiin olla poistamatta, koska alfan arvo oli joka tapauksessa erittäin korkea. Minkään muun muuttujan poistaminen ei nostaisi alfan arvoa.

TAULUKKO 4. Osaamista mittaavien muuttujien sisäinen yhdenmukaisuus, Cronbachin alfa-kertoimet.

Osio	Alfa, jos osio poistetaan
8. Tunnen GASin periaatteet ja osaan tulkita GAS-tuloksia	.77
9. Osaan laatia GAS-tavoitteet, tarkistaa niitä sekä arvioida niiden saavuttamista	.83
10. Minulla on valmiudet perustella ja ohjata menetelmän käyttöä muille	.71
11. Minulla on valmiudet soveltaa GASia eri käyttömahdollisuuksiin	.74
12. Olen kokonaisuudessaan tyytyväinen omaan osaamiseeni GAS-menetelmän käytössä	.72
Alfa (n=29)	.80

Osaamista mittaavien muuttujien välisten korrelaatiokertoimien vaihteluväli on $r=.214-.669$, mikä kuvastaa keskimäärin muuttujien välistä kohtalaista positiivista korrelaatiota. Korkein korrelaatio oli väittämien 10 ja 12 välillä. Vastaavasti vähiten korreloivat keskenään väittämät 9 ja 11. Yksittäisten muuttujien korrelaatiot osaaminen-summamuuttujaan olivat korkeita, vaihdellen välillä $r=.570-.871$ ($p<.05$). Korrelaatiomatriisi on kuvattu tutkimuksen lopussa (liite 3).

Enemmistö tutkittavista (93 %) koki tuntevansa GAS-periaatteet ja osaavansa tulkita tuloksia erittäin tai melko hyvin. Myös väittämästä ”osaan laatia GAS-tavoitteet, tarkistaa niitä sekä arvioida niiden saavuttamista” suurin osa (93 %) oli täysin tai osittain samaa mieltä. Tutkittavista 72 % vastasi olevansa täysin tai osittain samaa mieltä väittämästä ”minulla on valmiudet perustella ja ohjata menetelmän käyttöä muille”. Osaaminen soveltaa menetelmää eri käyttömahdollisuuksiin koettiin keskimäärin melko hyväksi, mutta toisaalta ”ei osaa sanoa”- vastauksia oli myös useita (28 %). Tyytyväisyys kokonaisuudessaan omaan osaamiseen jakautui siten että, osittain samaa mieltä olivat 52 % ja osittain eri mieltä 35 % tutkittavista. Väittämien keskiarvot on kuvattu työn lopussa liitteessä 4. Koetussa osaamisessa ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja muuttujien ammatti, työkokemus, työskentelypaikka ja asiakkaiden ikä- ja sairausryhmä välillä. Tilastollisesti merkitseviä eroja ei ollut myöskään koulutuksen käyneiden ja ei koulutuksen käyneiden välillä.

6.4 GASin soveltuvuus kuntoutuksen tavoitteiden asettamiseen ja arviointiin

Taulukossa 5 on esitetty kahdeksan GASin soveltuvuutta kuntoutuksen tavoitteiden asettamiseen ja arviointiin mittaavaa muuttujaa ja summamuuttujan alfa-kerroin kaikkien väittämien ollessa mukana. Soveltuvuuden alfa-kerroin on erittäin korkea (.87), eikä yhdenkään muuttujan poistaminen nostaisi alfan arvoa.

TAULUKKO 5. Soveltuvuutta mittaavien muuttujien sisäinen yhdenmukaisuus, Cronbachin alfa-kertoimet.

Osio	Alfa, jos osio poistetaan
13. GAS-menetelmä soveltuu hyvin (fysioterapi- an/toimintaterapian) tavoitteiden asettamiseen ja arviointiin	.87
14. GAS-menetelmän käyttö tukee kuntoutuksen tavoitteellisuutta	.84
15. Kuntoutuksen suunnittelu on helpompaa GASin avulla	.84
16. Kuntoutuksen laatu kasvaa GAS-menetelmää käyttämällä	.84
17. GASin avulla saadaan tietoa kuntoutuksen vaikuttavuudesta	.87
18. GAS lisää tavoitteiden konkreettisuutta	.85
19. GAS-tavoitteet ohjaavat työtäni	.87
20. GAS-tavoitteet jäävät irrallisiksi työstäni	.87
Alfa (n=29)	.87

Soveltuvuutta mittaavien muuttujien välisten korrelaatiokertoimien vaihteluväli on $r=.149-.819$. Korkein positiivinen korrelaatio oli väittämien 15 ja 16 välillä ja matalin väittämien 13 ja 20 välillä. Yksittäisten muuttujien korrelaatiot soveltuvuus-summamuuuttujaan vaihtelivat välillä $r=.519-.839$ ($p<.05$) (liite 3).

Tutkittavista 93 % oli osittain tai täysin samaa mieltä siitä, että GAS-menetelmän käyttö tukee kuntoutuksen tavoitteellisuutta. Tavoitteiden konkreettisuuden lisääntymistä ja kuntoutuksen suunnittelun helpottumista koskevista väittämistä oltiin keskimäärin täysin tai osittain samaa mieltä. Tutkittavista 86 % ilmoitti tavoitteiden konkreettisuuden lisääntyvän ja 79 % kuntoutuksen suunnittelun helpottuvan GASia käyttämällä. Tutkittavista 62 % vastasi olevansa täysin tai osittain samaa mieltä väittämästä ”kuntoutuksen laatu kasvaa GAS-menetelmää käyttämällä”.

GASin soveltuvuus fysio- ja toimintaterapian tavoitteiden asettamiseen ja arviointiin koettiin melko hyväksi. Täysin tai osittain samaa mieltä tästä väittämästä oli 72 % tutkittavista. Väittämistä ”GASin avulla saadaan tietoa kuntoutuksen vaikuttavuudesta” enemmistö (62 %) oli keskimäärin täysin tai osittain samaa mieltä. Väittämään ”GAS-tavoitteet ohjaavat työtäni” 66 % tutkittavista vastasi olevansa täysin tai osittain samaa mieltä. ”GAS-tavoitteet jäävät irrallisiksi työstäni”- vastaukset jakautuivat pääasiassa tasaisesti osittain samaa mieltä (35 % tutkittavista) ja osittain eri mieltä (35 % tutkittavista) olevien välille. Täysin eri mieltä väittämästä

olivat 14 % tutkittavista (liite 4). Soveltuvuudessa ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja eri ryhmien (ammatti, työkokemus, työskentelypaikka, asiakkaiden ikä- ja sairausryhmä, koulu- tus) välillä.

6.5 GAS-tavoitteiden laatiminen

Taulukossa 6 on esitetty viisi GAS-tavoitteiden laatimista mittaavaa muuttujaa ja summa- muuttujan alfa-kerroin. Laatimisen alfa-kerroin on korkea (.72). Jos muuttuja 26 poistettaisiin, nousisi alfan arvo .73. Muuttuja päätettiin olla poistamatta, koska ero oli hyvin pieni, ja alfan arvo oli korkea huolimatta muuttujasta 26.

TAULUKKO 6. GAS-tavoitteiden laatimista mittaavien muuttujien sisäinen yhdenmukaisuus, Cronbachin alfa-kertoimet.

Osio	Alfa, jos osio poistetaan
22. Käyttämäni GAS-lomake on helposti ymmärrettävä	.70
23. Lomakkeen täyttäminen on ohjeistettu selkeästi	.64
24. Lomakkeen täyttäminen sujuu nopeasti	.63
25. GAS-asteikon laatiminen on helppoa	.65
26. T-lukuarvotaulukon tulkitseminen on helppoa	.73
Alfa (n=29)	.72

Tavoitteiden laatimista mittaavien muuttujien välisten korrelaatiokertoimien vaihteluväli on $r=.042-.791$. Korkein korrelaatio oli väittämien 24 ja 25 välillä ja matalin väittämien 22 ja 25 välillä. Yksittäisten muuttujien korrelaatiot laatiminen-summamuuttujaan olivat korkeita vaihdellen välillä $r=.535-.796$ ($p<.05$) (liite 3).

GAS-lomakkeen ymmärrettävyys koettiin melko hyväksi. Tutkittavista 79 % ilmoitti olevansa väittämästä täysin tai osittain samaa mieltä. Heistä 66 % ilmoitti lomakkeen täyttämisen olevan selkeästi ohjeistettu. GAS-asteikon laatimisen helppoutta koskevassa väittämässä suurin

osa (67 %) vastasi olevansa osittain tai täysin eri mieltä. Myös T-lukuarvotaulukon tulkinta koettiin pääosin haasteelliseksi. Tutkittavista ainoastaan 24 % ilmoitti olevansa täysin tai osittain samaa mieltä väittämästä ”T-lukuarvotaulukon tulkitseminen on helppoa”. Lomakkeen täyttämisen nopeutta kartoittava väittämä jakoi mielipiteet lähes tasan osittain samaa ja osittain eri mieltä olevien kesken. Yksikään tutkittavista ei vastannut olevansa täysin samaa mieltä väittämästä. Eri ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja laatiminen-summamuuttujassa. Taulukossa 7 on kuvattu yhden asiakkaan tavoitteiden laatimiseen ja arviointiin käytetty aika työkokemuksen perusteella.

TAULUKKO 7. Yhden asiakkaan tavoitteiden laatimiseen ja arviointiin käytetty aika (minuutteina) työkokemuksen perusteella.

n=29	Työkokemus 0-10 vuotta n=12	Työkokemus yli 10 vuotta n=17
Laatiminen		
Keskiarvo	48 min	58 min
Vaihteluväli	(30–90)	(30–90)
Keskihajonta	17,90	19,36
Luottamusväli	(36,13–58,87)	(42,28–68,19)
Arviointi		
Keskiarvo	22 min	49 min
Vaihteluväli	(3-60)	(10–120)
Keskihajonta	16,64	31,32
Luottamusväli	(11,35–32,49)	(33,31–65,51)

Taulukosta nähdään, että tutkittavat, joilla oli yli 10 vuoden työkokemus, käyttivät keskimäärin enemmän aikaa sekä tavoitteiden laatimiseen että arvioimiseen verrattuna heihin, joilla työkokemusta oli alle 10 vuotta. Alueellista eroa oli siten, että Pohjois-Suomessa työskentelevät käyttivät enemmän aikaa laatimiseen verrattuna Etelä-Suomessa työskenteleviin ($p=.01$). Asiakkaiden sairausryhmissä oli eroavaisuuksia niin, että neurologisten asiakkaiden GASien laatimiseen käytettiin keskimäärin enemmän aikaa kuin asiakkaiden, joilla oli tuki- ja liikuntaelimestön sairauksia ($p=.04$). Myös arvioimiseen käytettiin enemmän aikaa neurologisilla asiakkailla. Ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p=.03$). Fysio- ja toimintaterapeuttien välillä ei

ollut tilastollisesti merkitsevää eroa GASien laatimiseen ja arviointiin käytetyssä ajassa. Eroa ei ollut myöskään koulutuksen käyneiden ja koulutuksen käymättömien välillä.

6.6 GASin asiakaslähtöisyys fysio- ja toimintaterapeuttien näkökulmasta

Taulukossa 8 on esitetty seitsemän GASin asiakaslähtöisyyttä mittaavaa muuttujaa ja summamuuttujan alfa-kerroin. Asiakaslähtöisyyden alfa-kerroin on korkea (.69). Jos muuttuja 31 poistettaisiin, nousisi alfan arvo .75 ja muuttujan 30 poistaminen nostaisi alfan .73. Muuttujat päätettiin olla poistamatta, koska mittari haluttiin pitää riittävän kattavana, ja toisaalta väittämät eivät ole monitulkintaisia, ja alfa on joka tapauksessa korkea. Monitulkintaiset väittämät suositellaan jätettäväksi pois summamuuttujista (Metsämuuronen 2009, 78–79).

TAULUKKO 8. Asiakaslähtöisyyttä mittaavien muuttujien sisäinen yhdenmukaisuus, Cronbachin alfa-kertoimet.

Osio	Alfa, jos osio poistetaan
29. Koen GASin olevan mielekäs menetelmä kuntoutujalle itselleen	.61
30. Kuntoutuja/omainen osallistuu tasapuolisesti tavoitteiden asettamiseen yhdessä ammattilaisen kanssa	.73
31. Kuntoutuja/omainen on motivoituneempi kuntoutukseen hänen ollessa itse mukana asettamassa tavoitteitaan	.75
32. Kuntoutuja/omainen sitoutuu paremmin kuntoutukseen GASia käytettäessä	.64
33. Kuntoutujan/omaisen päätösvalta kuntoutukseen kasvaa GASia käytettäessä	.58
34. GASin käyttäminen parantaa ja selkeyttää kuntoutujan/omaisen ja ammattilaisen yhteistyötä	.60
35. GASin käyttäminen parantaa moniammatillista yhteistyötä	.61
Alfa (n=29)	.69

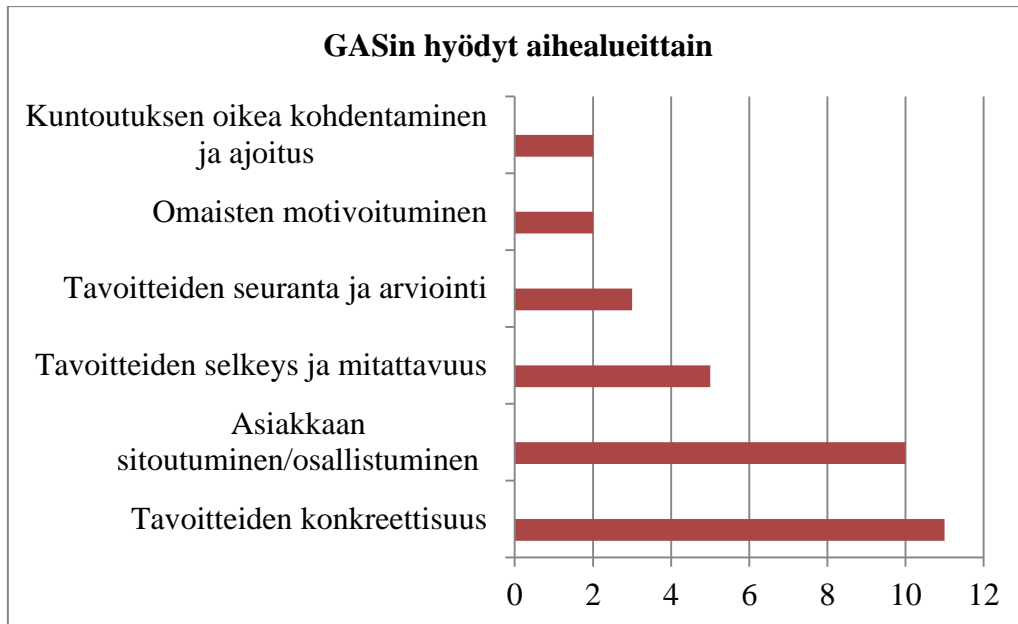
Asiakaslähtöisyyttä mittaavien muuttujien välisten korrelaatiokertoimien vaihteluväli on $r=-.142-.621$. Suurin positiivinen korrelaatio oli väittämien 29 ja 34 välillä. Väittäminen 30 korreloi

negatiivisesti väittämien 29, 31, 34 ja 35 kanssa. Väittämä 31 korreloi negatiivisesti väittämi- en 29, 30, 34 ja 35 kanssa. Yksittäisten muuttujien korrelaatiot asiakaslähtöisyys- summamuuttujaan vaihtelivat välillä $r=.113-.797$. Väittämät 29 ja 32–35 korreloivat summa- muuttujaan tilastollisesti merkitsevästi ($p<.05$). Väittämien 30 ja 31 kohdalla tilastollista mer- kitsevyyttä ei ollut ($p>.05$) (liite 3).

Tutkittavista 76 % koki GASin olevan mielekäs menetelmä kuntoutujalle itselleen. Väittä- mäst^ä ”kuntoutuja/omainen osallistuu tasapuolisesti tavoitteiden asettamiseen yhdessä am- mattilaisen kanssa” 79 % vastasi olevansa täysin tai osittain samaa mieltä. Tutkittavista 90 % olivat osittain tai täysin samaa mieltä siitä, että kuntoutuja/omainen on motivoituneempi kun- toutukseen hänen ollessa itse mukana asettamassa tavoitteitaan. Yksikään tutkittavista ei ollut osittain tai täysin eri mieltä väittämästä. Täysin tai osittain samaa mieltä tutkittavat olivat myös siitä, että kuntoutuja/omainen sitoutuu paremmin kuntoutukseen GASia käytettäessä (69 %) GASin käyttäminen parantaa ja selkeyttää kuntoutujan/omaisen ja ammattilaisen yhteis- työtä (69 %). Hieman yli puolet (55 %) oli täysin tai osittain samaa mieltä väittämästä ”kun- toutujan/omaisen päätösvalta kuntoutukseen kasvaa GASia käytettäessä”. Tutkittavista 72 % vastasi GASin käyttämisen parantavan moniammatillista yhteistyötä. Eri ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja asiakaslähtöisyyttä mittaavissa väittämissä.

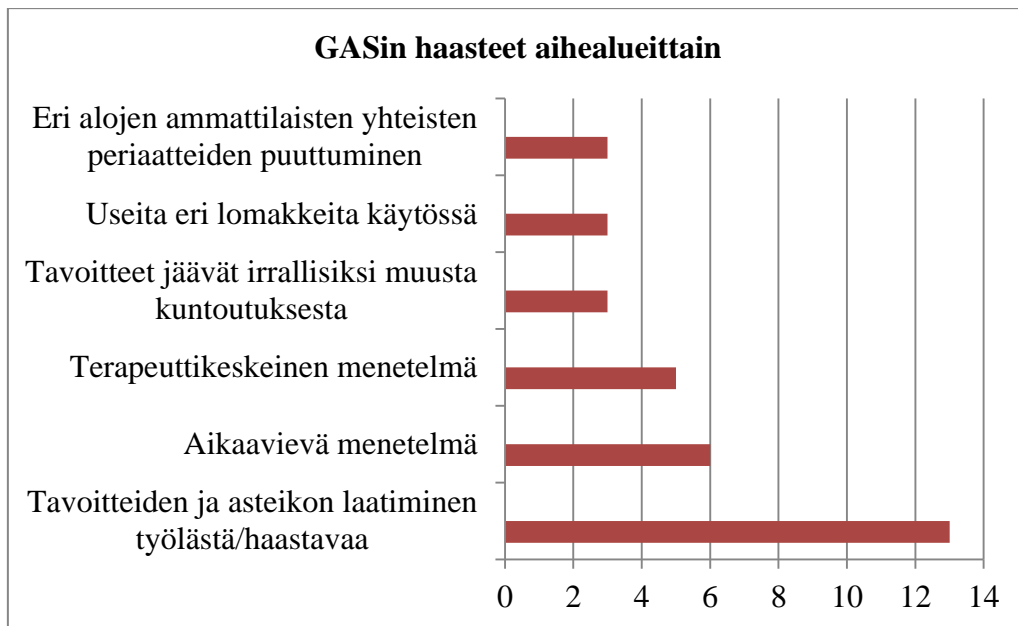
6.7 GASin hyödyt ja haasteet

GASin hyötyjä ja haasteita selvitettiin väittämien lisäksi avoimilla kysymyksillä. Kysymyk- seen GASin suurimmista hyödyistä vastasi 24 tutkittavaa (83 %) ja kysymykseen GASin haasteista 26 tutkittavaa (90 %). Kysymykseen, jossa sai antaa vapaasti kommentteja GASiin liittyen vastasi 16 tutkittavaa (55 %). Vastauksissa nousi esille muutamia asioita, jotka tois- tuivat useissa vastauksissa. GASin suurimmat hyödyt on koottu kuvaan 6 ja haasteet kuvaan 7.



KUVA 6. GASin suurimmat hyödyt aihealueittain. Vaaka-akselilla oleva luku kertoo, kuinka moni tutkittava on nostanut vastauksessaan esille kyseisen asian.

Taulukosta nähdään, että kaksi selkeästi eniten kommentteja kerännyttä aihealuetta GASin hyödyistä olivat tavoitteiden konkreettisuus ja asiakkaan sitoutuminen/osallistuminen kuntoutukseen. Myös tavoitteiden arviointi ja seuranta ja tavoitteiden selkeys ja mitattavuus nousivat esille useassa vastauksessa. Asiakkaan itsensä lisäksi omaisten motivoituminen kuntoutusprosessiin koettiin yhtenä GASin hyötynä. Se, että lapsen vanhemmat ymmärtävät, että kaikki vastuu kuntoutuksesta ei ole ammattilaisilla, nostettiin esille yhdessä vastauksessa. Kuntoutuksen kohdentaminen oikein sekä ajoitus koettiin helpommaksi GASia käytettäessä. Yksittäisissä vastauksissa nostettiin lisäksi esille tavoitteiden yksilöllisyys ja se, että ne voidaan saavuttaa pienillä askelilla. Tavoitteista on helppo lähteä liikkeelle, ne toimivat keskustelun kehyksenä ja ne on helppo tiedottaa eteenpäin asiakkaan sidosryhmille, jota kautta ne nivoutuvat paremmin asiakkaan arkeen.



KUVA 7. GASin suurimmat haasteet aihealueittain. Vaaka-akselilla oleva luku kertoo, kuinka moni tutkittava on nostanut vastauksessaan esille kyseisen asian.

GASin haasteita selvittävässä kysymyksessä nousi esille kaksi asiaa, jotka ovat samansuuntaisia taulukon 6 väittämien keskiarvojen kanssa. GAS on aikaa vievä menetelmä ja tavoitteiden ja asteikkojen laatiminen koetaan työlääksi. Miten saada tavoitteista järkeviä niin, että ne vastaavat asiakkaan omia toiveita ja ovat samalla kuitenkin realistisia? Esimerkiksi masennusta sairastavan asiakkaan voi olla vaikea asettaa realistisia tavoitteita, jotka ovat mahdollisia saavuttaa tietyn ajan kuluessa. Asiakkaat eivät myöskään aina ymmärrä GAS-asteikkoa ja T-lukuarvotaulukkoa, mikä hankaloittaa tavoitteiden laatimista. Tavoitteiden laatiminen koetaan erityisen työlääksi, jos asiakkaalla on esimerkiksi jokin kommunikaatiota haittaava sairaus.

Tavoitteiden laatimisen hankaluutena koetaan myös se, että ne eivät välttämättä mittaa kuntoutuksen tuloksellisuutta ja tulokset voivat riippua monesta eri tekijästä. Viisi tutkittavaa koki GASin olevan liian menetelmä- ja terapeuttikeskeinen, ja asiakkaan ääni on ajoittain vaikea saada esille. Vastaajista kolme mainitsi, että tavoitteet jäävät helposti irrallisiksi muusta kuntoutusprosessista.

GAS-lomakkeen täyttämiseen liittyvät ongelmat tuotiin esille useissa vastauksissa. Koska käytössä on monia erilaisia lomakkeita, yhdenmukaisuus jää puuttumaan. Lomake ei ole välttämättä kaikille yhteistyötahoille tuttu, tai he ovat käyttäneet eri versiota lomakkeesta. Lomakkeessa ei myöskään ole kohtaa tavoitteiden saavuttamisen keinoille, mikä koettiin haastetta lisäävänä tekijänä. Haasteissa tuotiin esille myös moniammatillisuuteen ja yhteistyöhön

liittyviä tekijöitä. Mikäli työntekijöiltä puuttuvat yhteiset periaatteet, seurauksena on se, että kaikki tekevät omalla tavallaan ja GASin käyttö kuntoutusprosessissa hankaloituu. Tasa-arvoisen ilmapiirin luominen voi olla haasteellista, samoin kuin lasten vanhempien kiire arjessa, jolloin yhteistyö ei nouse toivotulle tasolle. Yksittäisissä vastauksissa GASin haasteina mainittiin myös vaikeaselkoisuus ja suppeus.

6.8 Muut kommentit

Viimeisessä kysymyksessä, jossa tutkittavat saivat vapaasti kommentoida GASia, nousi esille sekä hyötyjä että haasteita. Kolmessa vastauksessa nostettiin esille GASin olevan hyödyllinen menetelmä, mutta se vaatii paljon ammattitaitoa ja osaamista. Vastauksissa tuotiin esille toive jatkokoulutukseen esimerkiksi vuoden kuluttua ensimmäisestä koulutuksesta, jolloin GASia olisi ehtinyt käyttää ja kysymyksiä olisi herännyt. Jatkokoulutuksen myötä voitaisiin korjata terapeutin mahdollisia väärinkäsityksiä ja miettiä yhdessä GASin ongelmakohtia. Yhdessä vastauksessa toivottiin perusteellisempaa ja laajempaa, Kelan toteuttamaa, koulutusta. Kelalta toivottiin GASin hallitsemisen vaatimista ja seuranta kaikkilta sitä käyttäviltä ammattilaisilta, jotta menetelmä olisi luotettava, ja sitä käytettäisiin yhdenmukaisesti.

Kolmessa vastauksessa nostettiin esille GASin olevan arvokas lisä muiden menetelmien ja mittareiden joukkoon. Sen avulla voidaan tarkentaa kuntoutuksen tavoitteita, ja se lisää ymmärrystä ja asiakkaan oikeuksia. Toisaalta menetelmä vaatii paljon resursointia ja aikaa.

7 POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli saada tietoa fysio- ja toimintaterapeuttien käyttökokeuksista Goal attainment scaling (GAS)-menetelmästä. Lisäksi haluttiin selvittää mitä hyötyjä ja haasteita menetelmän käyttöön liittyy. Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena.

7.1 Tutkimuksen tulosten tarkastelu

GASin käyttökoulutus. Koulutuksen merkitys GASin käyttöönotossa on nostettu aikaisemmissa tutkimuksissa selvästi esille. Tutkijat ovat olleet yksimielisiä siitä, että menetelmä edellyttää koulutusta ja käytännön harjoittelua ennen kuin sitä suositellaan käytettäväksi (King ym. 1999; Steenbeek ym. 2008; Turner-Stokes ym. 2013). Tässä tutkimuksessa 21 tutkittavaa oli käynyt koulutuksen ennen menetelmän käyttöön ottoa. Kaikki, jotka eivät olleet käyneet koulutusta, ilmoittivat työskentelypaikakseen Etelä-Suomen.

Koulutuksen pituus erosi Etelä-Suomen ja Pohjois-Suomen välillä tilastollisesti merkitsevästi. Vaihteluväliä tarkasteltaessa voidaan kuitenkin todeta, että todennäköisesti ero ei todellisuudessa ole näin merkittävä. Etelä-Suomessa koulutuksen käyneistä yksi vastaaja ilmoitti koulutuksen pituudeksi 81 tuntia, joka nostaa keskiarvoa tässä ryhmässä huomattavasti. Toisaalta Pohjois-Suomessa koulutuksen käyneissä yksi vastasi koulutuksen pituudeksi yhden tunnin, joka vastaavasti laskee ryhmän keskiarvoa. Kysymyksessä ei tarkemmin määritely koulutuksen sisältöä tai laatua, mikä on siinä mielessä ongelma, että koulutuksen voi ajatella eri tavoilla. Joku voi laskea koulutukseksi talon sisäisen lyhyen perehdytyksen, kun taas toinen ei välttämättä miellä tätä varsinaiseksi koulutukseksi. Yksi tekijä, joka myös voi aiheuttaa vääristymää tulokseen, ovat muistivirheet. Mikäli on kulunut paljon aikaa siitä, kun tutkittava on käynyt koulutuksen, ei hän välttämättä muista koulutuksen tarkkaa pituutta. Edellä mainittujen tekijöiden vuoksi ero koulutuksen pituudessa Etelä-Suomen ja Pohjois-Suomen välillä ei todennäköisesti ole näin merkittävä.

Kokonaisuudessaan koulutuksen keskiarvopituus oli noin 21 tuntia. Kiresukin ym. (1994) ja Kingin ym. (1999) mukaan tarvitaan noin 12 tuntia koulutusta ennen kuin GASia suositellaan käytettäväksi. Tähän perustuen vaikuttaa siltä, että GAS-koulutuksen pituus on riittävä, mutta edellä olevaan kappaleeseen viitaten on kuitenkin huomioitava suuretkin vaihtelut koulutuksi-

en pituuksissa. Mielenkiintoista oli se, että kaikki, jotka eivät olleet käyneet koulutusta, olivat Etelä-Suomesta. Voidaan miettiä, johtuuko tämä vain sattumasta, vai onko niin, että Pohjois-Suomessa GAS-koulutuksen käyminen on yleisempää ennen menetelmän käyttöön ottoa. Joka tapauksessa GAS-koulutuksen yhdenmukaistaminen olisi tarpeellista, jotta kaikilla olisi tasarvoiset lähtökohdat ja valmiudet aloittaa GASin käyttäminen.

Koulutuksen hyödyistä kysyttäessä, enemmistö tutkittavista koki koulutuksen hyödylliseksi ja välttämättömäksi ennen menetelmän käyttöön ottoa, mikä tukee aikaisempia tutkimustuloksia (mm. King ym. 1999). Koulutuksen käyneistä suurin osa oli sitä mieltä, että GASista on riittävästi tietoa ja materiaalia saatavilla. Tutkittavista, jotka eivät olleet käyneet koulutusta, kaikki olivat osittain tai täysin samaa mieltä tästä väittämästä. Tämä saattaa johtua siitä, että henkilöt, jotka eivät olleet käyneet koulutusta, ovat joutuneet etsimään materiaalia ja tietoa GASista enemmän kuin koulutuksen käyneet henkilöt.

Koettu osaaminen. Suurin osa tutkittavista koki tuntevansa GASin periaatteet ja osaavansa tulkita tuloksia. Enemmistö oli myös sitä mieltä, että osaa laatia GAS-tavoitteet sekä tarkastaa ja arvioida niitä. Toisaalta avoimissa kysymyksissä tavoitteiden laatiminen koettiin yhdeksi haastavimmaksi alueeksi GASin käytössä. Yksi selittävä tekijä voi olla se, että tiedetään teoriassa, kuinka GAS-tavoitteet laaditaan, mutta käytännössä se voi olla huomattavasti haastavampaa, etenkin jos asiakkaalla on sairaus, joka hankaloittaa asiakkaan ja terapeutin välistä kommunikaatiota. Tavoitteiden laatiminen on myös haastavampaa, jos asiakkaalla on monta ongelmaa yhtä aikaa tai jos asiakas ja terapeutti eivät pääse yhteisymmärrykseen tavoitteesta ja sen realistisuudesta. Esimerkiksi masentuneella asiakkaalla saattaa olla epärealistiset tavoitteet, joiden toteutuminen ennalta päätetyssä aikataulussa voi olla mahdotonta.

Tutkittavat kokivat melko hyvin osaavansa soveltaa menetelmää eri käyttömahdollisuuksiin, mutta ”ei osaa sanoa”- vastauksia oli myös useita (28 %). Myös tämän väittämän korrelaatiot muihin väittämiin olivat keskimäärin melko matalia. ”Ei osaa sanoa”- vastausten runsas määrä saattaa johtua siitä, että tutkittavat eivät ole käyttäneet menetelmää muihin käyttötarkoituksiin, jolloin he eivät ole osanneet vastata kysymykseen. Väittäminen saattoi olla myös hieman monitulkintainen, sillä tutkittavat voivat ymmärtää sen eri tavoilla. Tämän väittämän kohdalla olisi pitänyt tarkemmin selventää mitä ”eri käyttömahdollisuuksiin” tarkoittaa tai antaa tutkittaville havainnollistavia esimerkkejä.

Koetussa osaamisessa ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja ammatin, työskentelykaupungin ja asiakkaiden ikä- ja sairausryhmän välillä. Myöskään työkokemuksella tai koulutuksella ei ollut vaikutusta koettuun osaamiseen, mitä voidaan pitää melko yllättävänä tuloksena. Yksi selittävä tekijä tähän voi olla se, että GAS ei ole ollut Suomessa aktiivisessa käytössä kovin pitkään, jolloin se on tullut käyttöön sekä yli 10 vuotta työskennelleille että alle 10 vuotta työskennelleille suhteellisen samaan aikaan. Mikäli GASia olisi käytetty pidemmän aikaa, se todennäköisesti näkyisi siten, että yli 10 vuoden työkokemuksella myös koettu osaaminen olisi suurempi.

GASin soveltuvuus kuntoutuksen tavoitteiden asettamiseen ja arviointiin. Soveltuvuutta koskevien väittämien tulokset olivat samansuuntaisia aikaisemman tutkimustiedon kanssa, joissa GASin on todettu soveltuvan muun muassa työikäisten ja ikääntyneiden neurologisen kuntoutuksen (Hurn ym. 2006) ja pediatrian kuntoutuksen (King ym. 1999) tavoitteiden asettamiseen ja arviointiin. Kaikista GASin soveltuvuutta koskevista väittämistä tutkittavat olivat keskimäärin hyvin yksimielisiä ja vastaukset jakautuivat pääasiassa täysin samaa mieltä ja osittain samaa mieltä olevien välille. ”GAS-tavoitteet jäävät irrallisiksi työstäni” oli ainoa väittämä, jossa vastaukset jakautuivat melko tasaisesti osittain samaa mieltä ja osittain eri mieltä olevien välille. Suurin osa tutkittavista ilmoitti GASin lisäävän tavoitteiden konkreettisuutta ja tämä tuli esille myös avoimissa kysymyksissä.

GASin soveltuvuutta koskevissa väittämässä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja eri ryhmien välillä, mikä viittaa siihen, että GASin koetaan soveltuvan fysio- ja toimintaterapian menetelmäksi riippumatta ammatista, työkokemuksesta, työskentelypaikasta tai siitä, onko käynyt GAS-koulutuksen. Myöskään asiakkaan sairausryhmällä, tai sillä, työskenteleekö tutkittava yhden vai useamman ikäryhmän kanssa, ei ollut merkitystä, mikä tukee aikaisempaa tutkimustietoa, joissa GASin on todettu sopivan eri ikä- ja sairausryhmille (Malec ym. 1999).

GAS-tavoitteiden laatiminen. Useissa aikaisemmissa tutkimuksissa GAS-asteikon laatiminen on todettu työläimmäksi ja eniten aikaa vieväksi vaiheeksi (mm. King ym. 1999). Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat samaa. Vastaajista enemmistö ilmoitti GAS-asteikon laatimisen ja T-lukuarvotaulukon tulkinnan olevan vaikeaa. Lomakkeen täyttämisen nopeutta kartoittava kysymys jakoi mielipiteet lähes tasan ”osittain samaa mieltä” ja ”osittain eri mieltä” olevien kesken. Tässä tulee kuitenkin huomioida tavoitteiden määrä. Jos asiakkaalla on vain yksi tavoite, sujuu lomakkeen täyttäminen luonnollisesti nopeammin, kuin jos asiakkaalla on useita

tavoitteita kirjattavana. Tutkittavat kokivat GAS-lomakkeen olevan keskimäärin hyvin ymmärrettävissä ja enemmistö koki myös ohjeistuksen olevan selkeä.

Asiakkaiden sairausryhmissä oli eroavaisuuksia niin, että neurologisten asiakkaiden GASien laatimiseen ja arviointiin käytettiin keskimäärin enemmän aikaa kuin asiakkaiden, joilla oli tuki- ja liikuntaelämistön sairauksia. Tulos voi johtua siitä, että neurologisilla asiakkailla on enemmän erilaisia hahmottamiseen, keskittymiseen ja muistiin liittyviä häiriöitä (Ertzgaard ym. 2011), jolloin tavoitteiden laatimiseen ja arvioimiseen menee luonnollisesti enemmän aikaa.

Tulosten mukaan Pohjois-Suomessa työskentelevät käyttivät enemmän aikaa GASien laatimiseen verrattuna Etelä-Suomessa työskenteleviin ($p=0.01$). Arviointiin käytetyssä ajassa ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa. Ero GASien laatimiseen käytetyssä ajassa voi johtua siitä, että Etelä-Suomessa asiakkaita on enemmän, jolloin aikaa yhden asiakkaan tavoitteiden laatimiseen jää vähemmän. Tuloksista ei noussut esille yhtä selvästi muista poikkeavaa havaintoa, joka olisi nostanut tai laskenut toisen ryhmän keskiarvoa huomattavasti, joten se ei selitä tulosta.

Tulosten mukaan ne tutkittavat, joilla oli yli 10 vuoden työkokemus, käyttivät keskimäärin enemmän aikaa sekä tavoitteiden laatimiseen että arvioimiseen verrattuna heihin, joilla työkokemusta oli alle 10 vuotta. Tulos on epä johdonmukainen, sillä työkokemuksen ajattelisi olevan tekijä, joka nopeuttaa tavoitteiden laatimista ja arviointia. Toisaalta tuloksen voi tulkita myös siten, pidempi kokemus lisää ymmärrystä menetelmään, jolloin tavoitteiden laatimiseen ja arvioimiseen käytetään enemmän aikaa. Tuloksia tarkasteltaessa on kuitenkin huomioitava mahdolliset väärinymmärrykset. Osa tutkittavista on voinut vastata sen ajan, joka hänellä kokonaisuudessaan on varattuna yhdelle asiakkaalle (vastaanottoaika). Tämä näkyy vaihteluväleissä siten, että yksi tutkittava on vastannut yhden asiakkaan tavoitteiden arvioimiseen kuluvaan 120 minuuttia. Cusickin ym. (2006) mukaan 3-5 tavoitteen arvioimiseen menee noin 7-12 minuuttia, ja Kelan palveluntuottajat arvioivat yhden asiakkaan tavoitteiden arvioimiseen kuluvaan noin 45 minuuttia. On epätodennäköistä, että yhden asiakkaan tavoitteiden arvioimiseen kuluisi 120 minuuttia.

Toinen asia, mikä saattaa johtaa virheellisiin tuloksiin, on näppäilyvirhe. On hyvin mahdollista, että tutkittavat näppäilevät epähuomiossa virheellisen luvun sille varattuun tilaan. GASin laatimiseen ja arvioimiseen käytettyä aikaa selvittävä kysymys muodostui haasteelliseksi

myös siinä mielessä, että siinä ei eritelty tavoitteiden määrää. Laatumiseen ja arviointiin kuuluu todennäköisesti hyvin eri aika riippuen onko tavoitteita esimerkiksi yksi vai kolme.

GASin asiakaslähtöisyys fysio- ja toimintaterapeuttien näkökulmasta. GAS on yksilöllinen menetelmä ja sen vahvuudeksi nostetaan usein asiakaslähtöisyys. Tutkimustulokset puoltavat tätä näkemystä, sillä suurin osa tutkittavista vastasi asiakaslähtöisyyttä koskeviin väittämiin olevansa täysin tai osittain samaa mieltä. Ainoastaan kuntoutujan/omaisen päätösvallan kasvun GASin myötä ei koettu olevan niin suurta. Vain hieman yli puolet tutkittavista vastasi olevansa täysin tai osittain samaa mieltä. Tulos voi johtua siitä, että ammattilaisen nähdään edelleen asiantuntijana tekevän lopulliset päätökset, vaikka asiakkaalla onkin aktiivinen rooli omassa kuntoutusprosessissaan.

Tutkittavat, jotka vastasivat GASin olevan mielekäs menetelmä kuntoutujalle itselleen, vastasivat myös GASin parantavan ja selkiyttävän kuntoutujan/omaisen ja ammattilaisen yhteistyötä. Tulos viittaa asiakkaan ja terapeutin välisen yhteistyön merkitykseen; kun yhteistyö toimii ja asiakas on mukana tekemässä päätöksiä, kokee asiakas menetelmän olevan mielekkäämpi kuin jos hän ei osallistuisi aktiivisesti päätöksentekoon. GASin haasteita selvittävän kysymyksen vastauksissa tuotiin esille se, että asiakkaat eivät aina ymmärrä GAS-asteikkoa ja T-lukuarvotaulukkoa, mikä hankaloittaa tavoitteiden laatimista. Ennen tavoitteiden laatimista ammattilaisen tulisikin varmistaa, että asiakas ymmärtää GASin ja tavoitteiden laatimisen prosessin kokonaisuudessaan.

Reilu enemmistö tutkittavista oli sitä mieltä, että moniammatillinen yhteistyö lisääntyy GASin myötä. Avoimissa vastauksissa toisaalta tuotiin esille eri alojen ammattilaisten yhteisten periaatteiden puuttuminen. GASia käytettäessä moniammatillisuus lisääntyy ja korostuu, mutta siitä huolimatta kaikilla ei välttämättä ole yhteiset periaatteet ja käytännöt. Omien totuttujen käytäntöjen muuttaminen ei ole välttämättä helppoa. Se, että kaikki GASia käyttävät ammattilaiset toimisivat työyhteisössään samoilla periaatteilla, voi viedä paljon aikaa.

Eri ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja asiakaslähtöisyyttä mittaavissa väittämissä. Tätä voidaan pitää positiivisena asiana, sillä se kuvastaa sitä, että GAS koetaan asiakaslähtöisyyttä lisääväksi menetelmäksi ammatista, työkokemuksesta, työskentelypaikasta, GAS-koulutuksesta ja asiakkaan ikä- ja sairausryhmästä riippumatta.

7.2 Tutkimuksen vahvuudet ja haasteet

Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena, sillä tarkoituksena oli saada mahdollisimman paljon vastauksia rajatussa aikataulussa. Tutkittavat saivat linkin kyselylomakkeeseen ja joko vastasivat, tai jättivät vastaamatta kyselyyn. Vastaukset tulivat anonyymisti, jolloin ketään yksittäistä henkilöä ei voitu tunnistaa. Kyselytutkimuksella on lukuisia hyviä puolia, mutta myös haasteita. Huonona puolena kyselylomakkeessa voidaan nähdä se, että ei voida varmasti tietää, ovatko vastaajat vastanneet huolellisesti ja rehellisesti väittämiin. Vastaajat voivat ymmärtää kysymykset väärin tai kysymykset voivat olla monitulkintaisia (Hirsjärvi ym. 2004, 184). Vehkalahten (2008, 12) mukaan kyselylomakkeeseen liittyy muun muassa seuraavia epävarmuuksia: edustivatko kyselyyn osallistuneet tutkimuksen perusjoukkoa, saatiinko riittävästi vastauksia, vastattiinko kysymyksiin kattavasti, oliko kyselyn ajankohta hyvä ja mittasivatko kysymykset tutkittavia asioita.

Kyselytutkimuksen hyvinä puolina ovat muun muassa se, että sen avulla voidaan kysyä asenteita ja mielipiteitä helposti ja tutkimukseen on mahdollista saada paljon vastaajia (Vehkalahti 2008). Toisaalta kyselytutkimuksessa myös vastaamattomuus saattaa olla suuri, mikä oli alussa ongelma myös tässä tutkimuksessa. Alun perin kysely oli tarkoitus kohdentaa vain HUS:n fysio- ja toimintaterapeutteihin, mutta vastaajajoukon jäädessä liian pieneksi, otettiin mukaan myös muita Suomessa työskenteleviä fysio- ja toimintaterapeutteja. Jälkeenpäin tämä osoitautui hyväksi valinnaksi myös siinä mielessä, että näin aiheeseen saatiin laajempi näkemys ja selvitettyä, onko GASin käytössä alueellisia eroja.

Kyselyn vastausaikaa annettiin aluksi hieman alle kolme viikkoa, mutta ajankohta osui joulukuun loppuun, jolloin osa mahdollisista vastaajista saattoi olla lomalla. Vastausaikaa jatkettiin vielä kaksi kertaa, jotta vastauksia saatiin riittävästi. 7.2.2014 mennessä vastaajia oli 29, johon oltiin tyytyväisiä tilastollisen analyysin tekemistä ajatellen. Tutkijan tiedossa ei ole, kuinka monelle kyselylinkki on kaiken kaikkiaan lähtenyt, joten tutkimuksen vastausprosenttia ei ole voitu laskea. Joka tapauksessa voidaan olettaa, että linkin sai suuri määrä fysio- ja toimintaterapeutteja, joten todennäköisesti vastausprosentti jäi suhteellisen pieneksi. Pieni vastausprosentti saattaa johtua muun muassa kiireestä tai yksinkertaisesti kyselyn huonosta ajoituksesta. Jyrinkin (1976) mielestä vastaamattomuus ei ole satunnaista, vaan usein vastauksen antaneet henkilöt ovat joltakin ominaisuudeltaan erilaisia kuin vastaamatta jättäneet (Jyrinki 1976, 27). Tässä tutkimuksessa vastauksen antaneet saattoivat olla erityisen kiinnostuneita

GASista ja sen kehittämistä. Toisaalta vastaamatta jättäneet saattoivat kokea, että he eivät kuitenkaan pysty vaikuttamaan GASin kehittämiseen vastaamalla kyselyyn. On myös mahdollista, että osa henkilöistä, joiden on oletettu käyttävän GASia, ja joille linkki kyselyyn on lähtenyt, eivät todellisuudessa olleet käyttäneet menetelmää ja jättäneet sen vuoksi vastaamatta.

Tutkimustulosten käyttökelpoisuutta lisäävät käytetyn mittarin validiteetti ja reliabiliteetti. Validiteetilla tarkoitetaan mittarin kykyä mitata sitä, mitä sen on tarkoitus mitata. Jotta mittari olisi validi, tulee sen kohderyhmän ja sisällön olla oikeita (Vehkalahti 2008, 40–42). Tämän tutkimuksen kyselylomakkeen sisältö pyrittiin miettimään huolella aikaisempaan tutkimustietoon perustuen. Haastetta lomakkeen tekemiseen toi se, että aiheesta ei ole aikaisemmin tehty kyselytutkimusta, joten minkäänlaista valmista pohjaa, jota olisi voinut käyttää suunnittelun apuna, ei ollut käytettävissä. Suurin osa kysymyksistä oli strukturoituja, mutta myös avoimia kysymyksiä haluttiin sisällyttää lomakkeeseen, jotta saataisiin syvennettyä väittämistä saatuja vastauksia, ja toisaalta myös haluttiin antaa vastaajille mahdollisuus kommentoida GASin hyötyjä ja haasteita vapaasti. Avoimissa kysymyksissä vastausprosentti saattaa jäädä pieneksi ja niiden käsittely on melko työlästä. Riskinä on myös, että tutkija ei saa vastauksista haluaansa informaatiota (Vehkalahti 2008, 24–26). Tässä tutkimuksessa kuitenkin oletettiin vastaajien olevan aktiivisia kommentoinnissa, ja avointen kysymysten vastausprosentti olikin erittäin korkea. Kyselylomakkeen luki ennen käyttöönottoa graduseminaarien muut osallistujat sekä yksi tutkijan fysioterapeuttikollega. Lisäksi kysely oli gradun ohjaajien kommentoitavana. Tällä tavoin pyrittiin lisäämään kyselylomakkeen sisällöllistä validiteettia.

Mittarin toistettavuus kertoo sen, kuinka johdonmukaisesti mittari toimii, toisin sanoen kuinka vähän systemaattisia ja satunnaisia virheitä siihen sisältyy (Vehkalahti 2008, 41–42). Reliabiliteetissa voidaan erottaa kaksi osatekijää, jotka ovat stabiliteetti ja konsistenssi. Stabiliteetti tarkoittaa mittarin pysyvyyttä ajassa ja konsistenssi mittarin yhdenmukaisuutta. Tutkimuksessa väittämien konsistenssia mitattiin Cronbachin alfa- kertoimella. Kaikkien osioiden alfat olivat korkeita tai erittäin korkeita, jolloin mittarin konsistenssia voidaan pitää hyvänä. Tutkimuksen reliabiliteettia yritettiin parantaa myös minimoimalla tutkijan huolimattomuusvirheet. Mrinterview- ohjelma siirsi vastausdatan suoraan SPSS- ohjelmaan, jolloin tutkijan huolimattomuusvirheet tässä kohden pystyttiin eliminoimaan. Muuttujien uudelleen koodaamisessa ja aineiston käsittelyssä pyrittiin olemaan huolellinen ja välttämään näppäilyvirheitä. Lisäksi ennen aineiston muokkaamista otettiin alkuperäisestä aineistosta kopio. Näin ollen, mikäli virheitä olisi tapahtunut, olisi alkuperäinen aineisto ollut tallella.

7.3 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Tutkimuksen tulokset antavat tärkeää tietoa GAS-menetelmän käyttökokemuksista fysio- ja toimintaterapeuttien näkökulmasta. Tulokset ovat suuntaa antavia, eikä niitä voida pienehkön vastaajajoukon vuoksi yleistää koskemaan kaikkia GASia käyttäviä fysio- ja toimintaterapeutteja. Toisaalta tutkimustulokset ovat hyvin samansuuntaisia aikaisemman tutkimustiedon kanssa ja näin ollen vahvistavat jo aiemmin vallalla olleita näkemyksiä GASin hyvistä, ja vielä kehittämistä vaativista puolista. GASin käyttö tulee tulevaisuudessa edelleen lisääntymään, joten tutkimustietoa käyttökokemuksista tarvitaan lisää.

Johtopäätöksenä voidaan todeta GASin soveltuvan fysio- ja toimintaterapian menetelmäksi tuomaan kuntoutukselle konkreettisia ja helposti arvioitavia tavoitteita sekä parantamaan asiakkaan asemaa omassa kuntoutusprosessissa. Tutkimustuloksissa oli erittäin vähän eroja eri ryhmien välillä, mikä osoittaa tutkittavien olevan suhteellisen yksimielisiä GASin hyvistä ja haasteellisista puolista. Sekä tämän tutkimuksen tulosten että aikaisemman tutkimustiedon perusteella GAS-asteikon ja tavoitteiden laatiminen koetaan haastavaksi ja aikaa vieväksi. Aika, joka kokonaisuudessaan kuluu GASin käyttämiseen, oli useiden tutkittavien mukaan liiallinen. GASin suuri etu on sen yksilöllisyys ja asiakaslähtöisyys, mutta tämä saattaa näkyä juuri ajankäytössä. Kun tavoitteet asetetaan yksilöllisesti jokaiselle asiakkaalle, kuluu aikaa väistämättä enemmän kuin menetelmissä, jotka sopivat sellaisenaan lähes kaikille.

Jatkossa olisi mielenkiintoista laajentaa kysely koskemaan isompaa joukkoa, jotta tuloksia voitaisiin paremmin yleistää. Tässä tutkimuksessa kohdejoukkona olivat fysio- ja toimintaterapeutit, joten olisi kiinnostavaa tietää myös muiden GASia käyttävien ammattiryhmien käyttökokemuksia. Samantyylinen kysely olisi helppo kohdentaa esimerkiksi tutkittaviin, joilla on vain tietyn sairausryhmän asiakkaita, mikäli oltaisiin kiinnostuneita GASin soveltuvuudesta jonkin tietyn tarkkaan rajatun sairausryhmän kuntoutukseen. Tutkimuksessa nousi esille GAS-koulutukseen liittyviä ryhmien välisiä eroja sekä haasteita, joten pelkästään koulutukseen keskittyvä tutkimus olisi varmasti tarpeellinen. Mahdollisten muiden potentiaalisten muuttujien tarkastelu voisi sekin tuoda lisää näkemystä aiheeseen.

Kyselylomaketta voisi kehittää sellaisten väittämien kohdalla, jotka tässä tutkimuksessa osoitautuivat ongelmallisiksi. Kyselylomakkeen suunnittelu on aikaa vievä ja haastava prosessi. Kun kysely on laitettu eteenpäin tutkittaville, siihen ei voi enää tehdä muutoksia (Vehkalahti

2008, 20). Mahdolliset ongelmakohdat tulevat siis esille usein vasta aineistonanalysointivaiheessa. Kyselyä voisi myös syventää haastatteluilla kvantitatiivisen tiedon tueksi. Muutamien ammattilaisten haastattelut kyselyn lisänä voisivat tuoda entistä laajempaa tietoa GASin käyttökokemuksista. Tämän tutkimuksen lisäksi myös aikaisemmat GASin käyttökokemuksia tutkineet opinnäytetyöt ovat kohdentuneet GASia käyttäviin ammattilaisiin. Olisi mielenkiintoista saada myös asiakkaiden/omaisten näkökulma esille kohdentamalla kysely tai haastattelu heille ja selvittämällä heidän käyttökokemuksiaan menetelmästä. Tämä tutkimus ei vaatinut eettisen toimikunnan lupaa, mutta asiakkaisiin kohdistuva tutkimus todennäköisesti vaatisi luvan, etenkin jos kyseessä olisi haastattelututkimus. Tutkimuksessa on aina noudatettava erityistä huolellisuutta kun käsitellään henkilön terveydentilaa, sairautta tai muita arkaluonteisia tietoja. Asiakkaaseen kohdistuvassa tutkimuksessa olisi myös varmistettava, että asiakas tuntee GAS-menetelmän ja on käyttänyt sitä yhdessä ammattilaisen kanssa riittävästi, jotta hän kykenisi luotettavasti kertomaan käyttökokemuksiaan.

Mittareiden edelleen kehittäminen on aikaa vievä prosessi ja vaatii paljon resursointia. GASin käyttö kuitenkin laajenee jatkuvasti ja esimerkiksi Kela tulee tulevaisuudessa vaatimaan sen käyttöä laitosten kuntoutuksen lisäksi myös avoterapioissa (Tiedote Kelan vaikeavammaisten avoterapiapalveluntuottajille... 2012). Jotta menetelmä olisi mahdollisimman käyttäjäystävällinen, tulisi sitä kehittää edelleen paremmin käytännön työhön sopivaksi. GASin psykometrisista ominaisuuksista löytyy runsaasti kansainvälistä tutkimustietoa, mutta esimerkiksi ennustevaliditeettia ja toistettavuusominaisuuksia voisi tutkia lisää menetelmän luotettavuuden lisäämiseksi.

Sekä aikaisempien tutkimusten että tämän tutkimuksen tulosten perusteella GAS-asteikon laatiminen ja siihen liittyvät vaiheet ovat työläs ja haastava prosessi. Voidaan miettiä, olisiko esimerkiksi asteikon laatimista ja T-lukuarvotaulukkoa mahdollista kehittää hieman käyttäjäystävällisempään suuntaan sekä asiakkaan että ammattilaisen kannalta. Mikäli asteikko halutaan pitää entisellään, tulisi GAS-koulutuksessa kiinnittää enemmän huomiota asteikon laatimisen opettamiseen ja käytännön harjoitteluun. GAS-koulutuksen kehittäminen ja yhdenmukaistaminen olisi muiltakin osin tarpeellista. Kuten tutkittavien vastauksissakin tuotiin esille, olisi syventävä koulutus tarpeellinen esimerkiksi vuoden kuluttua ensimmäisestä koulutuksesta. Kysymykset ja ongelmat heräävät usein vasta siinä vaiheessa kun menetelmää käytetään, jolloin tietyn ajan päästä toteutuva jatkokoulutus sitä haluaville olisi erittäin tarpeellinen. Myös sosiaalista mediaa voisi tulevaisuudessa hyödyntää paremmin. Kelan internetsivuilla löytyy perustietoa GASista, mutta koulutusta voisi olla saatavilla sähköisessä muodossa esi-

merkiksi videoina. Lisäksi erilaiset tietopankit, jotka olisivat löydettävissä internetistä, voisivat olla avuksi käyttäjille. Vertaistukitoimintaa voisi kehittää, jolloin käyttäjät voisivat yhdessä pohtia GASin käyttöön liittyviä haasteita ja mahdollisia ongelmatilanteita.

LÄHTEET

- Ammatillinen kuntoutus 2012. Kansaneläkelaitos. Viitattu 10.10.2013.
http://www.kela.fi/documents/10180/12149/ammattillinen_kuntoutus_20120925.pdf
- Alaranta, H., Holma, T. & Lindberg, H. 2001. Laadun arviointi ja hyvä kuntoutuskäytäntö. Teoksessa Kallanranta T, Rissanen P & Vilkkumaa I (toim.). Kuntoutus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 558-563.
- Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta 28.6.1991/1015.
- Atwal, A. & Caldwell, K. 2005. Do all health and social care professionals interact equally: a study of interactions in multidisciplinary teams in the United Kingdom. *Scand J Caring Sci* 19, 268-273.
- Autti-Rämö, I., Vainiemi K., Sukula S. & Louhenperä, A. 2010. GAS-menetelmä. Käsikirja, versio 2.
- Baker, S.M., Marshak, H. H., Rice, G. T. & Zimmerman, G. J. 2001. Patient participation in physical therapy goal setting. *Phys Ther* 81 (5), 1118-1126.
- Becker, H., Stuifbergen, A., Taxis, C., Beal, C. C. & Pierini, D. M. 2009. The use of goal attainment scaling for facilitate and assess individualized change in a wellness intervention for women with fibromyalgia syndrome. *J Holist Nurs* 27 (4), 232-240.
- Bouwens, S., van Heugten, C. M & Verhey, F. R. J. 2009. The practical use of goal attainment scaling for people with acquired brain injury who receives cognitive rehabilitation. *Clin Rehabil* 23, 310-320.
- Bovend'Eerd, T. J. H., Botell, R. E & Wade, D. T. 2009. Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide. *Clin Rehabil* 23, 352-361.
- Brock, K., Black, S., Cotton, S., Kennedy, G., Wilson, S & Sutton, E. 2009. Goal achievement in the six months after inpatient rehabilitation for stroke. *Disabil Rehabil* 31 (11), 880-886.
- Cardillo, J. E. Goal setting, follow-up and goal monitoring. 1994. Teoksessa Kiresuk T. J, Smith A, Cardillo J. E (toim). Goal attainment scaling: applications, theory and measurement. Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates 39-60.
- Cline, D. W., Rouzer, D. L & Bransford, D. 1973. Goal attainment scaling as a method for evaluating mental health programs. *Am J Psychiatry* 130 (1), 105-108.

- Cusick, A., McIntyre, S., Novak, I., Lannin, N. & Lowe, K. 2006. *Pediatric Rehabilitation* 9 (2), 149-157.
- Doig, E., Fleming, J., Kuipers, P., Cornwell, P & Khan, A. 2010. Goal-directed outpatient rehabilitation following TBI: a pilot study of programme effectiveness and comparison of outcomes in home and day hospital settings. *Brain Injury* 25 (11), 1114-1125.
- Donnelly, C & Carswell, A. 2002. Individualized outcome measures: A review of the literature. *The Can J Occup Ther* 69 (2), 84-94.
- Dunn, W., Cox, J., Foster, L., Mische-Lawson, L. & Tanquary, J. 2012. Impact of a contextual intervention on child participation and parent competence among children with autism spectrum disorders: a pretest-posttest repeated-measures design. *Am J Occup Ther* 66, 520-528.
- Ekström Ahl, L., Johansson, E., Granat, T. & Carlberg, E. B. 2005. Functional therapy for children with cerebral palsy: an ecological approach. *Dev Med Child Neurol* 47, 613-619.
- Erikoissairaanhoidot 1.12.1989/1062.
- Ertzgaard, P., Ward, A. B, Wissel, J. & Borg, J. 2011. Practical considerations for goal attainment scaling during rehabilitation following acquired brain injury. *J Rehabil Med* 43, 8-14.
- Fisher, K. 2008. Assessing clinically meaningful change following a programme for managing chronic pain. *Clin Rehabil* 22 (3), 252-259.
- Fisher, K. & Hardie, R. J. 2002. Goal attainment scaling in evaluating a multidisciplinary pain management programme. *Clin Rehabil* 16 (8), 871-877.
- Fysioterapia ammattina. 2013. Suomen Fysioterapeutit. Viitattu 25.3.2014. https://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=64&Itemid=55
- GAS-menetelmä Kelan kuntoutuksen tavoitteiden laatimiseen ja arviointiin. 2012. Viitattu 10.10.2013. <http://www.kela.fi/gas-menetelma>.
- Gauggel, S. 2011. Goal setting as a motivational technique for neurorehabilitation. *Handbook of motivational counseling: Goal-based approaches to assessment and intervention with addiction and other problems* (2nd ed.) Wiley-Blackwell 571-589.
- Goodyear, D. L. & Bitter, J. A. 1974. Goal attainment scaling as a program evaluation measure in rehabilitation. *J Appl Rehabil Couns* 5 (1), 19-26.
- Gordon, J. E., Powell, C. & Rockwood, K. 1999. Goal attainment scaling as a measure of clinically important change in nursing-home patients. *Age Ageing* 28 (3), 275-281.

- Hale, L. A. 2010. Using goal attainment scaling in physiotherapeutic home-based stroke rehabilitation. *Advances in Physiotherapy* 12, 142-149.
- Hautala, T., Hämäläinen, T., Mäkelä, L. & Rusi-Pyykönen, M. 2013. Toiminnan voimaa. Toimintaterapia käytännössä. 3. painos. Porvoo: Bookwell Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja Kirjoita. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.
- Hoare, B., Imms, C., Villanueva, E., Rawicki, H., Matyas, T. & Carey, L. 2013. Intensive therapy following upper limb botulinum toxin A injection in young children with unilateral cerebral palsy: a randomized trial. *Dev Med Child Neurol* 55 (3), 238-247.
- Hurn, J., Kneebone, I. & Cropley, M. 2006. Goal setting as an outcome measure: a systematic review. *Clin Rehabil* 20, 756-772.
- ICF: Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. 2004. Stakes. Ohjeita ja luokituksia 2004:4. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL.
- Joyce, B. M., Rockwood, K. J. & Mate-Kole, C. C. 1994. Use of goal attainment scaling in brain injury in a rehabilitation hospital. *Am J Phys Rehabil* 73, 10-14.
- Jyrinki, E. 1976. Kysely ja haastattelu tutkimuksessa. Helsinki: Oy Gaudeamus Ab.
- Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2001. Kuntoutuksen käsitteet ja kuntoutustarve – kuntoutujan, ammattihenkilön ja yhteiskunnan näkökulmat. Teoksessa Kallanranta, T., Rissanen, P. & Vilkkumaa, I. (toim.). Kuntoutus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 30.
- Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2005. Kuntoutuksen perusteet. 1-2.painos. Helsinki: WSOY.
- Kamioka, Y., Yoshino, T., Sugaya, K., Saito, H., Ohashi, Y. & Iijima, S. 2009. Goal-setting method and goal attainment measures in physical therapy for stroke patients: a systematic review. *J Phys Ther Sci* 21, 399-415.
- Kaplan, J. M. & Smith, W. G. 1977. The use of attainment scaling in the evaluation of a regional mental health program. *Community Ment Health J* 13 (2), 188-193.
- Karhunen, V., Rasi, I. & Kanninen, A. 2010. IBM SPSS Statistics Menetelmiä. Oulun yliopisto. Tietohallinto.
- Karhunen, V., Rasi, I., Lepola, E., Muhli, A., Kanninen, A. 2011. IBM SPSS Statistics Perusteet. Oulun yliopisto. Tietohallinto.
- Kela 2013. Organisaatio. Viitattu 10.10.2013. <http://www.kela.fi/organisaatio>
- Kelan avo- ja laitospuotoisen kuntoutuksen standardi. 2011. Viitattu 10.10.2013. http://www.kela.fi/documents/10180/12149/yleinen_osa.pdf

- Khan, F., Pallant, J. F. & Turner-Stokes, L. 2008. Use of goal attainment scaling in inpatient rehabilitation for persons with multiple sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil* 89 (4), 652-659.
- King, G. A, McDougall, J., Palisano, R. J, Grotzan, J. & Tucker, M. A. 1999. Goal attainment scaling: Its use in evaluating pediatric therapy programs. *Phys Occup Ther Pediatr* 19 (2), 31-52.
- Kiresuk, T. J. & Sherman, R. E. 1968. Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community mental health journal* 4 (6), 443-453.
- Kiresuk, T. J., Smith, A. & Cardillo, J. E. 1994. *Goal Attainment Scaling: Applications, Theory and Measurement*. Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates.
- Krasny-Pacini, A., Hiebel, J., Pauly, F., Godon, S. & Chevignard, M. 2013. Goal attainment scaling in rehabilitation: A literature-based update. *Ann Phys Rehabil Med* 56 (3), 212-230.
- Kuntoutusselonteko 2002.
- LaForme Fiss, A., Effgen, S., Page, J. & Shasby, S. 2009. Effect of sensorimotor groups on gross motor acquisition for young children with Down syndrome. *Pediatr Phys Ther* 21 (2), 158-166.
- Lahtela, K., Grönlund, R., Röberg, M. & Virta, L. (toim.) 2002. *Arvioita Suomalaisesta kuntoutusjärjestelmästä. Kuntoutusbarometrihankkeen ensimmäisen vaiheen havainnot*. Helsinki: Kansaneläkelaitos.
- Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 15.7.2005/566.
- Laki Kansaneläkelaitoksesta 17.8.2001/731.
- Law, L. S. H., Oi-Sheung Dai, M. & Siu, A. 2004. Applicability of goal attainment scaling in the evaluation of gross motor changes in children with cerebral palsy. *Hong Kong Physiother J* 22, 22-28.
- Lindström, M., Hariz, G.M. & Bernspång, B. 2012. Dealing with real-life challenges: outcome of a home-based occupational therapy intervention for people with severe psychiatric disability. *OTJR Occup Participation Health* 32 (2), 5-13.
- Mailloux, Z, May-Benson, T. A., Summers, C. A ym. 2007. Goal attainment scaling as a measure of meaningful outcomes for children with sensory integration disorders. *Am J Occup Ther* 61 (2), 254-259.
- Malec, J. F. 1999. Goal attainment scaling in rehabilitation. *Neuropsychological Rehabilitation* 9, 353-361.

- Malec, J. F. 2001. Impact of comprehensive day treatment on societal participation for persons with acquired brain injury. *Arch Phys Med Rehabil* 82, 885-895.
- Mannion, A., Caporaso, F., Pulkovski, N. & Sprott, H. 2010. Goal attainment scaling as a measure of treatment success after physiotherapy for chronic low back pain. *Rheumatology* 49, 1734-1738.
- McDougall, J. & Wright, V. 2009. The ICF-CY and Goal Attainment Scaling: Benefits of their combined use for pediatric practice. *Disability and Rehabilitation* 31 (16), 1362–1372.
- Mendelson, A. D., McCullough, C. & Chan, A. 2011. Integrating self-management and exercise for people living with arthritis. *Health Educ Res* 26 (1), 167-177.
- Metsämuuronen, J. 2005. Kokeellisen tutkimuksen perusteet ihmistieteissä. Helsinki: International Methelp.
- Metsämuuronen, J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Helsinki: International Methelp.
- Mokkink, L. B., Terwee, C. B., Patric, D. L., Alonso, J., Stratford, P. W., Knol, D. L., Bouter, L. M. & de Vet, H. C. W. 2010. The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: an international Delphi study. *Qual Life Res* 19:539-549.
- Murphy, D., Kahn-D'Ángelo, L. & Gleason, J. 2008. The effect of hippotherapy on functional outcomes for children with disabilities: a pilot study. *Pediatr Phys Ther* 20 (3), 264-270.
- Oksanen, E. & Seppäläinen, S. 2011. Käyttökokemukset tavoitteiden asettelusta Goal attainment scale- menetelmästä. Metropolia ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Viitattu 11.10.2013. <http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/27643/oppari%20valmis%2028.4.pdf?sequence=1>
- Olesch, C. A., Greaves, S., Imms, C., Reid, S. M. & Graham, H. K. 2009. Repeat botulinum toxin-A injections in the upper limb of children with hemiplegia: a randomized controlled trial. *Dev Med Child Neurol* 52 (1), 79-86.
- Ottenbacher, K. J. & Cusick, A. 1993. Discriminative versus evaluative assessment: some observations on goal attainment scaling. *American J Occup Ther* 47 (4), 349-354.
- Palisano, R. J. 1993. Validity of goal attainment scaling in infants with motor delays. *Phys Ther* 73, 651-658.
- Palisano, R. J., Haley, S. M. & Brown, D. A. 1992. Goal attainment scaling as a measure of change in infants with motor delays. *Phys Ther* 72, 432-437.

- Paltamaa, J., Karhula, M., Suomela-Markkanen, T. & Autti-Rämö, I. (toim.). 2011. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta – Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suosituksiin vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa.
- Puumalainen, J. & Vilkkumaa, I. 2001. Kuntoutuksen historia, nykypäivä ja tulevaisuus. Teoksessa Kallanranta, T., Rissanen, P. & Vilkkumaa, I. (toim.). Kuntoutus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 21-22.
- Rasquin, S. M. C., Bouwens, S., Dijcks, B., Winkens, I., Bakx, W. M. G. & van Heugten, C. M. 2010. Effectiveness of a low intensity outpatient cognitive rehabilitation programme for patients in the chronic phase after acquired brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation* 20 (5), 760-777.
- Rissanen, P. 2001. Hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Teoksessa Kallanranta, T., Rissanen, P. & Vilkkumaa, I. (toim.). Kuntoutus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 503.
- Ruble, L., McGrew, J. H. & Toland, M. D. 2012. Goal attainment scaling as an outcome measure in randomized controlled trials of psychosocial interventions in autism. *J Autism Dev Disord* 42, 1974-1983.
- Rushton, P. W. & Miller, W. C. 2002. Goal attainment scaling in the rehabilitation of patients with lower-extremity amputations: a pilot study. *Arch Phys Med Rehabil* 83 (6), 771-775.
- Russo, R. N., Crotty, M., Miller, M. D., Murchland, S., Flett, P. & Haan, E. 2007. Upper-limb botulinum toxin A injection and occupational therapy in children with hemiplegic cerebral palsy identified from a population register: a single-blind, randomized, controlled trial. *Pediatrics* 119 (5), e1149-58.
- Salminen, A. L. 2013. Kuntoutus näkövammaisen nuoren itsenäistymisen tukena. Kelan tutkimusosasto. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 82/2013.
- Salminen, A. L. 2013. MS- kuntoutujien ryhmämuotoinen moniammatillinen avokuntoutus. Kelan tutkimusosasto. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita.
- Shefler, G., Canetti, L. & Wiseman, H. 2001. Psychometric properties of Goal Attainment Scaling in the assessment of Mann's Time-Limited Psychotherapy. *J Clin Psychol* 57 (7), 971-979.
- Sorsdahl, A. B., Moe-Nilssen, R., Kaale, H. K., Rieber, J. & Strand, L. I. 2010. Change in basic motor abilities, quality of movement and everyday activities following intensive, goal-directed, activity-focused physiotherapy in a group setting for children with cerebral palsy. *BMC Pediatr* 10 (26), 1-11.


- Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Kuntoutuksella parannetaan toimintakykyä. Viitattu 23.10.2013. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/kuntoutus.
- Steenbeek, D., Ketelaar, M., Galama, K. & Gorter, J. W. 2008. Goal attainment scaling in paediatric rehabilitation: a report on the clinical training of an interdisciplinary team. *Child: Care, Health and Development* 34 (4), 521-529.
- Steenbeek, D., Ketelaar, M., Lindeman, E., Galama, K. & Gorter, J. W. 2010. Interrater reliability of goal attainment scaling in rehabilitation of children with cerebral palsy. *Arch Phys Med Rehabil* 91, 429-435.
- Steenbeek, D., Gorter, J. W., Ketelaar, M., Galama, K. & Lindeman, E. 2011. Responsiveness of goal attainment scaling in comparison to two standardized measures in outcome evaluation of children with cerebral palsy. *Clin Rehabil* 25, 1128-1139.
- Stevens, A., Beurskens, A., Köke, A. & van der Weijden, T. 2013. The use of patient-specific measurement instruments in the process of goal-setting: a systematic review of available instruments and their feasibility. *Clin Rehabil* 27(11):1005-1019.
- Stolee, P., Stadnyk, K., Myers, A. M. & Rockwood, K. 1999. An individualized approach to outcome measurement in geriatric rehabilitation. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 54A(12), 641-647.
- Talo, S., Wikström, J. & Metteri, A. 2001. Kuntoutuminen monitieteisenä -ja tasoisena prosessina. Teoksessa Kallanranta T, Rissanen P & Vilkkumaa I (toim.). Kuntoutus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 61-65.
- Talvitie, U., Karppi, S-L. & Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Tam, C., Teachman, G. & Wright, V. 2008. Paediatric application of individualized client-centred outcome measures: a literature review. *The British Journal of Occupational Therapy* 71 (7), 286-306.
- Terveystieteiden tutkimuskeskus 30.12.2010/1326.
- Tiedote Kelan vaikeavammaisten avoterapiapalveluntuottajille GAS-menetelmän käytöstä. Tiedote1/12.Viitattu10.10.2013. http://www.kela.fi/documents/10180/12149/tiedote_01_2012_gas_menetelma.pdf
- Toimintaterapia. 2012. Suomen Toimintaterapeuttiliitto Ry. Viitattu 25.3.2014. <http://www.toimintaterapeuttiliitto.fi/toimintaterapia.html>
- Toivonen, S. 2009. Goal attainment scaling- menetelmän käyttöönoton kehittäminen. Turun ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Viitattu 11.10.2013. https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/12696/Toivonen_Sanna.pdf?sequence=1

- Trombly, C. A., Radomski, M., Trexel, S. & Burnett-Smith, S. E. 2002. Occupational therapy and achievement of self-identified goals by adults with acquired brain injury: phase II. *Am J Occup Ther* 56, 489-498.
- Turner-Stokes, L., Fheodoroff, K., Jacinto, J., Maisonoble, P. & Zakine, B. 2013. Upper limb inter-national spasticity study: rationale and protocol for a large, international, multi-centre prospective cohort study investigating management and goal attainment following treatment with botulinum toxin A in real-life clinical practice. *BMJ Open* 3:e002230. doi:10.1136/bmjopen-2012-002230.
- Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi.
- Vu, M. & Law, A.V. 2012. Goal-attainment scaling: a review and applications to pharmacy practice. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 8, 102-121.
- Wallen, M., O'Flaherty, J. & Waugh, M. C. A. 2007. Functional outcomes of intramuscular botulinum toxin type A occupational therapy in the upper limbs of children with cerebral palsy: a randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil* 88 (1), 1-10.
- Williams, S., Elliott, C., Valentine, J., Gubbay, A., Shipman, P. & Reid, S. 2013. Combining strength training and botulinum neurotoxin intervention in children with cerebral palsy: the impact on muscle morphology and strength. *Disabil Rehabil* 35 (7), 596-605.
- Woodward, C. A., Santa-Barbara, J., Levin, S. & Epstein, N. B. 1978. The role of goal attainment scaling in evaluating family therapy outcome. *Amer J Orthopsychiat* 48 (3), 464-476.
- Ylisassi, H. 2011. GAS:n (goal attainment scaling) käyttö ammatillisessa (työhön liittyvässä) kuntoutuksessa. Tutkimus- ja kehittämishanke Aslak-kuntoutuksessa. Loppuraportti. Viitattu 14.10.2013. [http://www.kela.fi/documents/10180/12149/verve-
loppuraportti_12.4.2011.pdf](http://www.kela.fi/documents/10180/12149/verve-
loppuraportti_12.4.2011.pdf)
- Ylisassi, H. 2012. GAS:n (goal attainment scaling) käyttö ammatillisessa (työhön liittyvässä) kuntoutuksessa. Tutkimus- ja kehittämishanke Aslak-kuntoutuksessa. Hankkeen jatko-osa 2011-2012. Hankeraportti. Viitattu 14.10.2013. http://www.kela.fi/documents/10180/12149/gas_kokeiluhanke_jatkoraportti_hy_29.3.pdf

HELSINGIN JA UUDENMAAN
SAIRAANHOITOPUORI
Yhtymähallinto

TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN 1 (2)

§ 9
09.12.2013

Hakijat	Kliininen asiantuntija, TtM Anna-Maija Jäppinen Fysioterapeutti, TtM-opiskelija Jenni Tuomi
Esittelijä	Kehittämispäällikkö Riitta Meretoja
Asia	LUVAN MYÖNTÄMINEN "FYSIO- JA TOIMINTATERAPEUTTIIEN KÄYTTÖKOKEMUKSET GAS-MENETELMÄSTÄ" -KYSELYTUTKIMUKSEN SUORITTAMISEEN
Perustelut, tutkimuksen tarkoitus ja menettelyt	<p>Kyselytutkimus tehdään terveystieteiden maisteritutkintoon liittyvänä opinnäytteenä Jyväskylän yliopistoon. Tarkoituksena on tuottaa tietoa GAS-menetelmän käyttökokeuksista HUS:ssa. Opinnäytetyön tekijänä toimii opiskelija Jenni Tuomi ja opinnäytetyötä ohjaavat dosentti Ina Tarkka ja kehittämispäällikkö Seija Sukula. Tutkimuksesta vastaavana henkilönä HUS:ssa toimii kliininen asiantuntija Anna-Maija Jäppinen.</p> <p>Tutkimuksen otos kohdistuu HYKS-sairaanhoidon alueen Operatiivisen ja Nais- ja lastentautien sekä Hyvinkään sairaanhoidon alueen tuloyksikköjen fysio- ja toimintaterapeutteihin (n=25). Tutkimuksen tekijät toimittavat kyselyyn liittyvän saatekirjeen ja linkin vastata sähköiseen kyselyyn tutkimuksen yhdyshenkilöinä toimiville osastonhoitajille, jotka toimittavat ne tutkimuksen kohdejoukko. Henkilökunnan vapaaehtoinen osallistuminen tutkimukseen toteutuu, kun he päättävät osallistua tai olla osallistumatta kyselytutkimukseen. Tutkimus käsittelee vastaukset anonymieinä eikä tarvitse henkilörekisteriä.</p> <p>Tutkimus ei aiheuta haastattelun ohella suoritteita eikä merkityksellisiä kuluja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoidon alueelle, koska tutkimus suoritetaan opiskelijan ja Jyväskylän yliopiston resurssein. Sen vuoksi tutkimukselle ei esitetä lupahakemuksen yhteydessä erillistä budjettia.</p>
Muut ehdot	Olen tutustunut tutkimussuunnitelmaan ja tutkimuksen toteutustapaan. Tutkijat ovat esittäneet tutkimussuunnitelman ja tiedot tutkimuksen kulusta. Pidän tutkimuksen suorittamista perusteltuna.
Päätös	<p>Edellä olevan mukaan päätän, että opiskelija Jenni Tuomelle myönnetään lupa edellä perustellun mukaisesti ottaa yhteys HUS:n henkilökuntaan ja suorittaa kyselytutkimus.</p> <p>Tutkimuslupa on voimassa vuoden 2014 loppuun saakka Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoidon alueella. Tutkimusluvan saajaa pyydetään toimittamaan tutkimusraportti tutkimusluvan myöntäjälle.</p>
Sovelletut oikeusohjeet	HUS, yleiskirjeet 22/2000 ja 4/2002
Päätösvallan peruste	HUS, johtajayliäkäärin ohje 1/2010
Lisätietojen antajat	<p>Kehittämispäällikkö Riitta Meretoja, riitta.meretoja@hus.fi, p. (09) 471 73902 Johdon assistentti Lauri Ihari, lauri.ihari@hus.fi, p. (09) 471 71209</p> <p> Lasse Viinikka HUS-kuntayhtymän tutkimusjohtaja</p>

Kysely fysio- ja toimintaterapeuteille GAS-menetelmän käyttökokemuksista

Hyvä GAS-menetelmän käyttäjä,

Tämän kyselyn tarkoituksena on selvittää fysio- ja toimintaterapeuttien käyttökokemuksia GAS-menetelmästä. Tavoitteena on saada tietoa GAS-menetelmän toimivuudesta sekä mahdollisista haasteista, joita menetelmän käyttöön liittyy. Tulokset antavat tärkeää tietoa menetelmän käyttökelpoisuudesta ja kehittämisasiheista fysio- ja toimintaterapiassa. Vastaamalla voit vaikuttaa siihen, miten GAS-menetelmää ja sen koulutusta kehitetään. Kyselyn tulokset raportoidaan liikuntalääketieteen pro gradu- työssä, joka valmistuu kevään 2014 aikana. Kyselytutkimus tehdään yhteistyössä Kansaneläkelaitoksen kanssa. Kysely on täysin luottamuksellinen ja siihen vastataan anonymisti. Kyselyn taustatiedot kerätään aineiston tilastollista käsittelyä varten. Yksittäisen henkilön vastauksia ei voida erottaa tuloksista.

Toivomme, että täytät oheisen kyselylomakkeen huolellisesti. Vastausohjeet on kerrottu kyselylomakkeessa. Jokainen vastaus on erittäin tärkeä tutkimuksen onnistumiseksi. Mikäli haluat lisätietoja, vastaamme mielellämme (yhteystiedot alla).

Pyydämme sinua vastaamaan kyselyyn 7.2.2014 mennessä.

Yhteistyöstä etukäteen kiittäen!

Jenni Tuomi
Liikuntalääketieteen opiskelija
Jyväskylän yliopisto
Terveystieteiden laitos
Puh. 044 3248695
jenni.k.tuomi@student.jyu.fi

Seija Sukula
Kehittämispäällikkö
Kela
Terveysosasto/Kuntoutusryhmä
PL 78, 00381 Helsinki
Puh. 020 6342747, 050 5959496
seija.sukula@kela.fi

Taustatiedot:

Sukupuoli:

- Nainen
- Mies

Ikä (vuosina):

Ammatti:

- Fysioterapeutti
- Toimintaterapeutti

Missä kaupungissa työskentelet?

Työkokemus:

- 0-5 vuotta
- 6-10 vuotta
- yli 10 vuotta

Työskentelen seuraavien ikäryhmien kanssa (voit rastittaa useamman vaihtoehdon):

- Lapset ja nuoret
- Työikäiset
- Ikääntyneet

Mitkä ovat kuntoutujien (joille GASEja laaditaan) yleisimmät sairaudet? (voit kirjoittaa 1–3 yleisintä sairautta)

Seuraavassa on lueteltu väittämiä GAS-menetelmään liittyen. Rastita väittämistä kohta, joka kuvaa parhaiten omaa näkemystäsi. Valitse vain yksi vaihtoehto. Vastaa omin sanoin kohtiin, joissa ei ole valmiita vastausvaihtoehtoja.

1. Olen saanut koulutuksen GAS-menetelmän käyttöön (jos vastauksesi on "ei", voit siirtyä kysymykseen 7)

- Kyllä
- Ei

2. Missä kaupungissa sait GAS-koulutuksen?

3. Mikä oli koulutuksen pituus? (vastaa tunteina)

4. Koulutus oli mielestäni hyödyllinen?

Täysin samaa mieltä

Osittain samaa mieltä

Ei osaa sanoa (ei samaa eikä eri mieltä)

Osittain eri mieltä

Täysin eri mieltä

No Answer

5. Jos vastasit edelliseen kohtaan "osittain eri mieltä" tai "täysin eri mieltä", miksi koulutus ei ollut mielestäsi hyödyllinen?

6. Koulutus on mielestäni välttämätön ennen menetelmän käyttöön ottoa

Täysin samaa mieltä
Osittain samaa mieltä
Ei osaa sanoa (ei samaa eikä eri mieltä)
Osittain eri mieltä
Täysin eri mieltä
No Answer

7. GASista on saatavilla riittävästi tietoa ja materiaalia käytön tueksi

Täysin samaa mieltä
Osittain samaa mieltä
Ei osaa sanoa (ei samaa eikä eri mieltä)
Osittain eri mieltä
Täysin eri mieltä

8. Tunnen GASin periaatteet ja osaan tulkita GAS-tuloksia

Täysin samaa mieltä
Osittain samaa mieltä
Ei osaa sanoa (ei samaa eikä eri mieltä)
Osittain eri mieltä
Täysin eri mieltä

9. Osaan laatia GAS-tavoitteet, tarkistaa niitä sekä arvioida niiden saavuttamista

Täysin samaa mieltä
Osittain samaa mieltä
Ei osaa sanoa (ei samaa eikä eri mieltä)
Osittain eri mieltä
Täysin eri mieltä

10. Minulla on valmiudet perustella ja ohjata menetelmän käyttöä muille

Täysin samaa mieltä
Osittain samaa mieltä
Ei osaa sanoa (ei samaa eikä eri mieltä)
Osittain eri mieltä
Täysin eri mieltä

11. Minulla on valmiudet soveltaa menetelmää eri käyttömahdollisuuksiin

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Ei osaa sanoa (ei samaa eikä eri mieltä)
- Osittain eri mieltä
- Täysin eri mieltä

12. Olen kokonaisuudessaan tyytyväinen omaan osaamiseen GAS-menetelmän käytössä

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Ei osaa sanoa (ei samaa eikä eri mieltä)
- Osittain eri mieltä
- Täysin eri mieltä

13. GAS-menetelmä soveltuu hyvin (fysioterapian/toimintaterapian) tavoitteiden asettamiseen ja arviointiin

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Ei osaa sanoa (ei samaa eikä eri mieltä)
- Osittain eri mieltä
- Täysin eri mieltä

14. GAS-menetelmän käyttö tukee kuntoutuksen tavoitteellisuutta

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Ei osaa sanoa (ei samaa eikä eri mieltä)
- Osittain eri mieltä
- Täysin eri mieltä

15. Kuntoutuksen suunnittelu on helpompaa GASin avulla

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Ei osaa sanoa (ei samaa eikä eri mieltä)
- Osittain eri mieltä
- Täysin eri mieltä

16. Kuntoutuksen laatu kasvaa GAS-menetelmää käyttämällä

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Ei osaa sanoa (ei samaa eikä eri mieltä)
- Osittain eri mieltä
- Täysin eri mieltä

17. GASin avulla saadaan tietoa kuntoutuksen vaikuttavuudesta

Täysin samaa mieltä
Osittain samaa mieltä
Ei osaa sanoa (ei samaa eikä eri mieltä)
Osittain eri mieltä
Täysin eri mieltä

18. GAS lisää tavoitteiden konkreettisuutta

Täysin samaa mieltä
Osittain samaa mieltä
Ei osaa sanoa (ei samaa eikä eri mieltä)
Osittain eri mieltä
Täysin eri mieltä

19. GAS-tavoitteet ohjaavat työtäni

Täysin samaa mieltä
Osittain samaa mieltä
Ei osaa sanoa (ei samaa eikä eri mieltä)
Osittain eri mieltä
Täysin eri mieltä

20. GAS-tavoitteet jäävät irrallisiksi työstäni

Täysin samaa mieltä
Osittain samaa mieltä
Ei osaa sanoa (ei samaa eikä eri mieltä)
Osittain eri mieltä
Täysin eri mieltä

21. Käytän GASEja laatiessani

Kelan GAS-lomaketta
Sovellettua/muuta GAS-lomaketta

22. Käyttämäni GAS-lomake on helposti ymmärrettävä

Täysin samaa mieltä
Osittain samaa mieltä
Ei osaa sanoa (ei samaa eikä eri mieltä)
Osittain eri mieltä
Täysin eri mieltä

23. Lomakkeen täyttäminen on ohjeistettu selkeästi

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Ei osaa sanoa (ei samaa eikä eri mieltä)
- Osittain eri mieltä
- Täysin eri mieltä

24. Lomakkeen täyttäminen sujuu nopeasti

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Ei osaa sanoa (ei samaa eikä eri mieltä)
- Osittain eri mieltä
- Täysin eri mieltä

25. GAS-asteikon laatiminen on helppoa

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Ei osaa sanoa (ei samaa eikä eri mieltä)
- Osittain eri mieltä
- Täysin eri mieltä

26. T-lukuarvotaulukon tulkitseminen on helppoa

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Ei osaa sanoa (ei samaa eikä eri mieltä)
- Osittain eri mieltä
- Täysin eri mieltä

27. Kuinka paljon keskimäärin käytät aikaa yhden kuntoutujan tavoitteiden laatimiseen GAS-menetelmää käyttäen? (vastaa minuutteina)

28. Kuinka paljon keskimäärin käytät aikaa yhden kuntoutujan tavoitteiden arvioimiseen GAS-menetelmää käyttäen? (vastaa minuutteina)

29. Koen GASin olevan mielekäs menetelmä kuntoutujalle itselleen

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Ei osaa sanoa (ei samaa eikä eri mieltä)
- Osittain eri mieltä
- Täysin eri mieltä

30. Kuntoutuja/omaisen osallistuu tasapuolisesti tavoitteiden asettamiseen yhdessä ammattilaisen kanssa

Täysin samaa mieltä
Osittain samaa mieltä
Ei osaa sanoa (ei samaa eikä eri mieltä)
Osittain eri mieltä
Täysin eri mieltä

31. Kuntoutuja/omaisen on motivoituneempi kuntoutukseen hänen ollessa itse mukana asettamassa tavoitteitaan

Täysin samaa mieltä
Osittain samaa mieltä
Ei osaa sanoa (ei samaa eikä eri mieltä)
Osittain eri mieltä
Täysin eri mieltä

32. Kuntoutuja/omaisen sitoutuu paremmin kuntoutukseen GASia käytettäessä

Täysin samaa mieltä
Osittain samaa mieltä
Ei osaa sanoa (ei samaa eikä eri mieltä)
Osittain eri mieltä
Täysin eri mieltä

33. Kuntoutujan/omaisen päätösvalta kuntoutukseen kasvaa GASia käytettäessä

Täysin samaa mieltä
Osittain samaa mieltä
Ei osaa sanoa (ei samaa eikä eri mieltä)
Osittain eri mieltä
Täysin eri mieltä

34. GASin käyttäminen parantaa ja selkeyttää kuntoutujan/omaisen ja ammattilaisen yhteistyötä

Täysin samaa mieltä
Osittain samaa mieltä
Ei osaa sanoa (ei samaa eikä eri mieltä)
Osittain eri mieltä
Täysin eri mieltä

35. GASin käyttäminen parantaa moniammatillista yhteistyötä

Täysin samaa mieltä

Osittain samaa mieltä

Ei osaa sanoa (ei samaa eikä eri mieltä)

Osittain eri mieltä

Täysin eri mieltä

36. Mikä/mitkä asiat ovat mielestäsi GASin suurimmat hyödyt?

37. Mitkä ovat mielestäsi GASin suurimmat haasteet?

38. Mitä muuta haluat sanoa tai kommentoida GAS-menetelmään liittyen?

Osaamista mittaavien muuttujien väliset korrelaatiot ja korrelaatiot summamuuttujaan:

	8.	9.	10.	11.	12.
8. Tunnen GASin periaatteet ja osaan tulkita GAS-tuloksia	-				
9. Osaan laatia GAS-tavoitteet, tarkistaa niitä sekä arvioida niiden saavuttamista	.232	-			
10. Minulla on valmiudet perustella ja ohjata menetelmän käyttöä muille	.486**	.299	-		
11. Minulla on valmiudet soveltaa menetelmää eri käyttömahdollisuuksiin	.423*	.214	.532**	-	
12. Olen kokonaisuudessaan tyytyväinen omaan osaamiseeni GAS-menetelmän käytössä	.413*	.444*	.669**	.502**	-
Osaaminen	.570**	.591**	.716**	.711**	.871**
*)p<0.05					
**)p<0.01					

Soveltuvuutta mittaavien muuttujien väliset korrelaatiot ja korrelaatiot summamuuttujaan:

	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.
13. GAS-menetelmä soveltuu hyvin (fysioterapi-an/toimintaterapian) tavoitteiden asettamiseen ja arviointiin	-							
14. GAS-menetelmän käyttö tukee kuntoutuksen tavoitteellisuutta	.551**	-						
15. Kuntoutuksen suunnittelu on helpompaa GASin avulla	.369*	.639**	-					
16. Kuntoutuksen laatu kasvaa GAS-menetelmää käyttämällä	.441*	.701**	.819**	-				
17. GASin avulla saadaan tietoa kuntoutuksen vaikutavuudesta	.471*	.403*	.281	.351	-			
18. GAS lisää tavoitteiden konkreettisuutta	.153	.493**	.748**	.708**	.303	-		
19. GAS-tavoitteet ohjaavat työtäni	.367	.345	.367*	.328	.464*		-	
20. GAS-tavoitteet jäävät irrallisiksi työstäni	.149	.374*	.666**	.605**	.191			-
Soveltuvuus	.519**	.691**	.815**	.839**	.526*	.790**	.651**	801**

*)p<0.05

**)p<0.01

Tavoitteiden laatimista mittaavien muuttujien väliset korrelaatiot ja korrelaatiot summamuuttujaan:

	22.	23.	24.	25.	26.
22. Käyttämäni GAS-lomake on helposti ymmärrettävä	-				
23. Lomakkeen täyttäminen on ohjeistettu selkeästi	.742**	-			
24. Lomakkeen täyttäminen sujuu nopeasti	.137	.404*	-		
25. GAS-asteikon laatiminen on helppoa	.042	.323	.791**	-	
26. T-lukuarvotaulukon tulkitseminen on helppoa	.272	.157	.290	.324	-
Laatiminen	.535**	.675**	.796**	.742**	.629**

*) $p < 0.05$

**) $p < 0.01$

Asiakaslähtöisyyttä mittaavien muuttujien väliset korrelaatiot ja korrelaatiot summamuuttujaan:

	29.	30.	31.	32.	33.	34.	35.
29. Koen GASin olevan mielekäs menetelmä kuntoutujalle itselleen	-						
30. Kuntoutuja/omainen osallistuu tasapuolisesti tavoitteiden asettamiseen yhdessä ammattilaisen kanssa	-.028	-					
31. Kuntoutuja/omainen on motivoituneempi kuntoutukseen hänen ollessa itse mukana asettamassa tavoitteitaan	-.142	-.102	-				
32. Kuntoutuja/omainen sitoutuu paremmin kuntoutukseen GASia käytettäessä	.239	.190	.151	-			
33. Kuntoutujan/omaisen päätösvalta kuntoutukseen kasvaa GASia käytettäessä	.321	.226	.021	.493**	-		
34. GASin käyttäminen parantaa ja selkeyttää kuntoutujan/omaisen ja ammattilaisen yhteistyötä	.621**	-.111	-.061	.338	.439*		
35. GASin käyttäminen parantaa moniammatillista yhteistyötä	.555**	-.064	-.034	.152	.490**	.590**	
Asiakaslähtöisyys	.630**	.346	.113	.621**	.797**	.677**	.668**

*) $p < 0.05$

**) $p < 0.01$

Osaamista kuvaavien väittämien keskiarvot:

n=29	(ka)*
8. Tunnen GASin periaatteet ja osaan tulkita GAS-tuloksia	4,0
9. Osaan laatia GAS-tavoitteet, tarkistaa niitä sekä arvioida niiden saavuttamista	4,0
10. Minulla on valmiudet perustella ja ohjata menetelmän käyttöä muille	3,7
11. Minulla on valmiudet soveltaa menetelmää eri käyttömahdollisuuksiin	3,3
12. Olen kokonaisuudessaan tyytyväinen omaan osaamiseeni GAS-menetelmän käytössä	3,2
Koettu osaaminen	3,7

Soveltuvuutta kuvaavien väittämien keskiarvot:

n=29	(ka)*
13. GAS-menetelmä soveltuu hyvin (fysioterapian/toimintaterapian) tavoitteiden asettamiseen ja arviointiin	3,7
14. GAS-menetelmän käyttö tukee kuntoutuksen tavoitteellisuutta	4,3
15. Kuntoutuksen suunnittelu on helpompaa GASin avulla	3,8
16. Kuntoutuksen laatu kasvaa GAS-menetelmää käyttämällä	3,7
17. GASin avulla saadaan tietoa kuntoutuksen vaikuttavuudesta	3,6
18. GAS lisää tavoitteiden konkreettisuutta	4,1
19. GAS-tavoitteet ohjaavat työtäni	3,6
20. GAS-tavoitteet jäävät irrallisiksi työstäni	3,2
Soveltuvuus	3,8

Tavoitteiden laatimista kuvaavien väittämien keskiarvot:

n=29	(ka)*
22. Käyttämäni GAS-lomake on helposti ymmärrettävä	3,4
23. Lomakkeen täyttäminen on ohjeistettu selkeästi	3,6
24. Lomakkeen täyttäminen sujuu nopeasti	2,9
25. GAS-asteikon laatiminen on helppoa	2,4
26. T-lukuarvotaulukon tulkitseminen on helppoa	3,1
Laatiminen	3,2

Asiakaslähtöisyyttä kuvaavien väittämien keskiarvot:

n=29	(ka)*
29. Koen GASin olevan mielekäs menetelmä kuntoutujalle itselleen	3,8
30. Kuntoutuja/omaisen osallistuu tasapuolisesti tavoitteiden asettamiseen yhdessä ammattilaisen kanssa	3,8
31. Kuntoutuja/omaisen on motivoituneempi kuntoutukseen hänen ollessa itse mukana asettamassa tavoitteitaan	4,3
32. Kuntoutuja/omaisen sitoutuu paremmin kuntoutukseen GASia käytettäessä	3,7
33. Kuntoutujan/omaisen päätösvalta kuntoutukseen kasvaa GASia käytettäessä	3,5
34. GASin käyttäminen parantaa ja selkeyttää kuntoutujan/omaisen ja ammattilaisen yhteistyötä	3,7
35. GASin käyttäminen parantaa moniammatillista yhteistyötä	3,9
Asiakaslähtöisyys	3,8

*keskiarvot laskettu Likert asteikosta: 1=täysin eri mieltä, 2=osittain eri mieltä, 3=ei osaa sanoa, 4=osittain samaa mieltä, 5=täysin samaa mieltä