

**SENIORIKUNTOUTUJAN OSALLISUUS TAVOITTEEN
ASETTAMISPROSESSISSA**
Asiantuntijan näkökulma

Virve Rinne

Gerontologian ja kansanterveyden
pro gradu -tutkielma
Liikuntatieteellinen tiedekunta
Jyväskylän yliopisto
Kevät 2017

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	1
2	KUNTOUTUS.....	3
2.1	Kuntoutusprosessi.....	3
2.2	Kuntoutuskäsitteen muuttuminen ajan myötä.....	5
2.3	Asiantuntijakeskeisestä kuntoutujakeskeiseen toimintaan.....	8
3	ASIAKASLÄHTÖISYYS JA OSALLISUUS KUNTOUTUKSESSA.....	11
3.1	Kuntoutuksen asiakaslähtöisyys.....	11
3.2	Kuntoutujan osallisuus.....	12
4	KEINOJA KUNTOUTUJAN OSALLISUUDEN LISÄÄMISEEN TAVOITTEEN ASETTAMISESSA.....	15
4.1	GAS- menetelmä.....	15
4.2	SMART-periaate.....	16
4.3	Tutkimuksia osallisuudesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä.....	17
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ.....	19
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	20
6.1	Tutkimuksen tausta.....	20
6.2	Aineisto ja osallistujat.....	21
6.3	Tutkimusote.....	22
6.4	Aineiston analyysi.....	23
7	TULOKSET.....	25
8	POHDINTA.....	29
	LÄHTEET.....	35
	LIITTEET	

TIIVISTELMÄ

Rinne, V. 2017. Seniorikuntoutujan osallisuus tavoitteen asettamisprosessissa. Asiantuntijan näkökulma. Liikuntatieteellinen tiedekunta, Jyväskylän yliopisto, gerontologian ja kansanterveyden pro gradu –tutkielma, 43 s., 2 liitettä.

Kuntoutuksessa on perinteisesti painottunut asiantuntijalähtöinen toimintatapa, jossa kuntoutustavoitteet on asettanut asiantuntija. Nykyisin kuntoutujan omaa osallisuutta on alettu painottaa osana asiakaslähtöistä työtapaa. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, millaisia näkökulmia asiantuntijoilla on kuntoutujan osallistumiseen tavoitteen asettamisprosessissa.

Tutkimuksen aineisto koostuu kolmestatoista ryhmähaastattelusta, joissa kussakin haastateltiin kolmea kuntoutukseen osallistuvaa asiantuntijaa vaativan kuntoutuksen osastolta. Aineisto analysoitiin fenomenografista lähestymistapaa hyödyntäen. Analyysin tuloksena muodostui kuvauskategorioita, jotka kuvaavat asiantuntijoiden näkökulmia kuntoutujan osallistumiseen tavoitteen asettamisprosessissa.

Aineistosta löydettiin neljä erilaista kuvauskategoriaa: saneleva, ehdottava, tukea antava ja mukaan ottava. Näissä kuntoutujan osallisuuden tason nähdään kasvavan hierarkkisesti. Ensimmäinen kategoria, saneleva, korosti asiantuntijan roolia asiantuntijan päättäessä tavoitteen, kuntoutujan jäädessä vaille osallisuutta ja päätösvaltaa. Näkökulma ensimmäisessä kategoriassa oli kaikkein kapein. Toinen kategoria, ehdottava, painotti myös asiantuntijan roolia. Kuntoutuja sai valita annetuista vaihtoehdoista, jolloin kuntoutujan osallisuus oli niukkaa. Kolmas kategoria, tukea antava, voitiin nähdä kuntoutujakeskeisenä toimintana. Asiantuntijat rohkaisivat kuntoutujaa antamaan tavoitevaihtoehtoja ja päättämään niistä sallivassa ja arvostavassa ilmapiirissä. Neljäs kategoria, mukaan ottava, näyttäytyi kuntoutujan osallisuuden osalta selkeänä ja painottui kuntoutujan ja asiantuntijan yhteiseen päätöksentekoon, jossa kuntoutujalta nousseista tavoitevaihtoehdoista muotoiltiin yhteinen tavoite. Näkökulma neljännessä kategoriassa oli kaikkein laajin. Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että asiantuntijoiden näkökulma vaikuttaa kuntoutujan osallisuuden ilmenemiseen tavoitteenasettamisprosessissa.

Avainsanat: osallisuus, tavoitteen asettaminen, kuntoutus, asiakaslähtöisyys, fenomenografia

ABSTRACT

Rinne, V. 2017. Senior rehabilitee's participation in goal setting process. Expert perspective. Faculty of Sport and Health Sciences, University of Jyväskylä, Master's thesis, 43 pp., 2 appendices.

Rehabilitation has traditionally focused on expert-driven approach where goals are set by the professional. To date, participation of a rehabilitee has begun to be emphasized more. The aim of this study is to describe different types of approaches professionals have in rehabilitee's participation in goal setting process.

The research material consisted of thirteen group-interviews of professionals based on goal setting discussion between the professionals and rehabilitees. The data was analyzed using phenomenographical approach describing categories that express professionals approaches of the participation of a rehabilitee.

There was found four different approaches that professionals expressed: authoritative, proposing, supporting and inclusive. Participation of a rehabilitee was seen to increase hierarchically in each of the aforementioned category. Authoritative – approach emphasized the role of the professionals, who decided the goal and participation of a rehabilitee and decision-making stayed poor. Proposing –approach also emphasized the role of the professionals. The rehabilitee could choose from given options but the professional lead the process. The atmosphere was approbative and there was no underestimation. The participation of a rehabilitee was meager. Supporting –approach could be seen as patient-centered activity. The professionals encouraged the rehabilitee to give goal options and to choose from them. There was permissive and appreciative atmosphere in the discussion. Participation of a rehabilitee appeared to be clear and strong in inclusive –approach. The focus was on the collaborative decision-making between the professional and a rehabilitee where the purpose was to achieve a shared goal. Based on the results it can be concluded that the professionals approach seemed to have an effect on the expression of participation of a rehabilitee in the goal setting process.

Keywords: participation, goal setting, rehabilitation, phenomenography

1 JOHDANTO

”Kerttu saa aivoinfarktin ja akuutin vaiheen jälkeen hänet siirretään kuntoutusosastolle. Osastolla Kerttu osallistuu yhdessä moniammatillisen tiimin kanssa tavoitekeskusteluun, jossa asetetaan tavoitteet Kertun kuntoutumiselle. Hän on itse pohtinut tavoitteita etukäteen ja päättää tavoitteen yhdessä tiimin kanssa omien valintojensa pohjalta. Hän on tasavertainen tiimin jäsen, häntä kuunnellaan ja arvostetaan”. Näinhän sen pitäisi suunnilleen mennä, mutta meneekö se?

Perinteisesti kuntoutuksessa on painottunut asiantuntijalähtöinen toimintatapa, jossa tavoitteet asettaa asiantuntija. Viime vuosina on alettu painottaa kuntoutujan omaa osallisuutta, joka korostaa kuntoutujan aktiivista roolia ja vaikutusmahdollisuuksia (Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma 2004). Tällöin asiantuntijan nähdään olevan enemmänkin yhteistyökumppani, tarjoten tietoa ja mahdollisuuksia. Vuorovaikutussuhde nähdään tasa-arvoisena ja molempien aktiivinen panos on edellytys tulosten saavuttamiselle (Järvikoski & Härkäpää 2011, 189). Onnistuneen kuntoutuksen peruselementtinä voidaan nähdä kuntoutujalähtöinen toimintatapa (Wain ym. 2008, Plewnia ym. 2016).

Tutkimuksien mukaan asiantuntijoiden voi olla kuitenkin vaikea tunnistaa kuntoutujan fyysisiä ja psyykkisiä tarpeita (Lui & MacKenzie 1999) ja näkemys tavoitteista voi poiketa suuresti kuntoutujan näkemyksestä (Sugavanam ym. 2013, Brown ym. 2014). Lisäksi esimerkiksi kuntoutujan ja asiantuntijan välinen kommunikaatio voidaan nähdä haasteellisena tavoitteen asettamisessa (Sugavanam ym. 2013, Lloyd ym. 2014) ja sitä kehittämällä voidaankin välttää ongelmia (Leach ym. 2010, Winstein ym. 2016).

Tutkielman tarkoituksena on tuottaa asiantuntijoita hyödyttävää tietoa, jonka avulla he pystyvät kehittämään työskentelytapojaan entistä enemmän kuntoutujaa osallistavampaan suuntaan. Kela rahoitti vuosina 2015 ja 2016 tutkimusta, jossa tarkasteltiin mm. kuntoutujan osallistamista kuntoutustavoitteiden asettamiseen. Tutkielman aineisto kerättiin tuolloin Keski-Suomen keskussairaalan vaativan kuntoutuksen osastolla, jossa haastateltiin asiantuntijoita ryhmähaastatteluin.

Tässä tutkielmassa käytän termiä kuntoutuja, joka kattaa eri sairausryhmien kuntoutujat. Pääosin kuntoutujat ovat neurologisia kuntoutujia, eli aivohalvauspotilaita. Tutkimusaineiston kuntoutujien keski-ikä oli 66 vuotta, minkä vuoksi käytän otsikossa termiä seniorikuntoutuja. Asiantuntija- termi sisältää eri työntekijäryhmät, jotka osallistuvat kuntoutukseen. Näitä ovat fysioterapeutit, toimintaterapeutit ja sairaanhoitajat. Muut työntekijäryhmät mainitaan tutkielmassa erikseen.

2 KUNTOUTUS

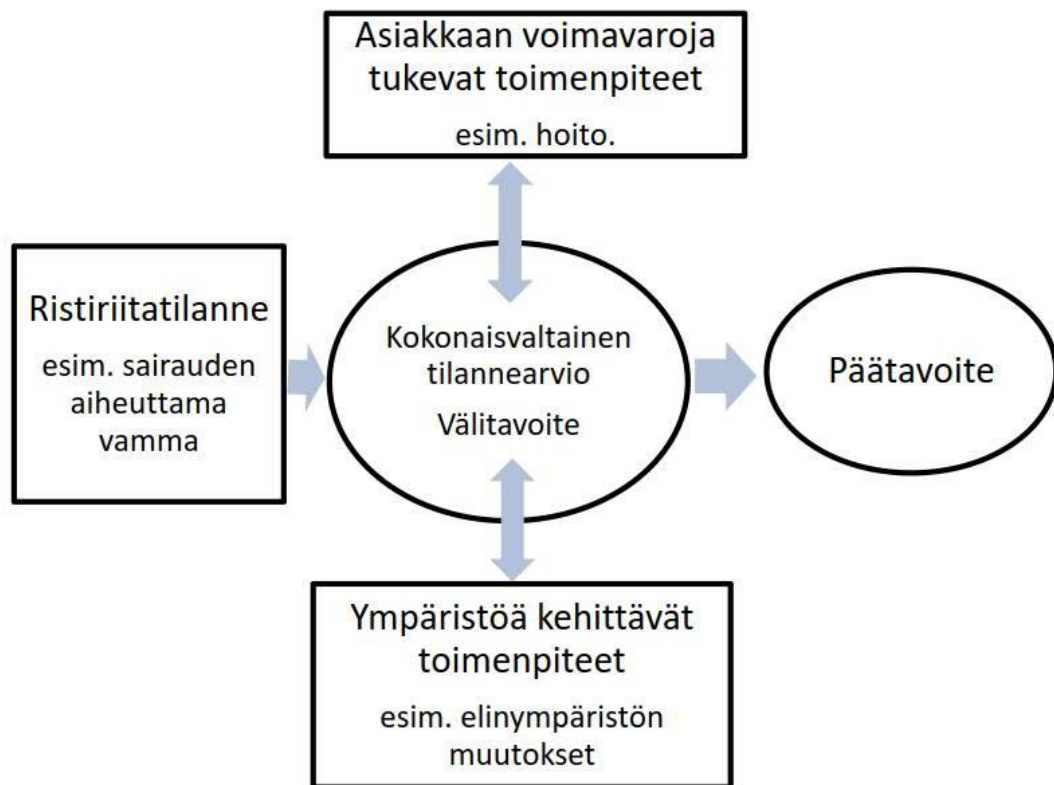
2.1 Kuntoutusprosessi

Kuntoutus voidaan nähdä toimenpiteiden prosessina, jossa edetään suunnitteluvaiheen, toteutuksen ja jatkuvan seurannan kautta tavoiteltua tilaa kohti (Kuntoutusselonteko 2002, Stucki ym. 2007, Järvikoski & Härkäpää 2011, 190). Sen avulla pyritään ehkäisemään, korjaamaan ja kompensoimaan haittoja, tukemaan selviytymistä ja hyvinvointia arkielämässä ja elämän eri siirtymävaiheissa erilaisissa ympäristöissä (World Health Organization and World Bank 2011). Kuntoutus voidaan nähdä opetuksellisena ja ongelmanratkaisuja sisältävänä prosessina, minkä tarkoituksena on optimoida kuntoutujan hyvinvointia ja vähentää esimerkiksi läheisten stressiä (Wade 2005) ja masennusta (Graven ym. 2011). Moniammatillisuus on kuntoutukselle ominainen piirre (Järvikoski 2013, 53) ja se näyttäisi ohjaavan parhaimmillaan hyviin kuntoutustuloksiin (Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma 2004, Routasalo ym. 2004). Yksittäisen ammattiryhmän osallistuminen kuntoutukseen saattaa jäädä kuitenkin rajalliseksi (Clarke 2013, McKillop ym. 2015) ja epäselväksi (Portillo & Cowley 2010, Kerr 2012). Kuntoutuksen asiantuntijoiden koulutustason nähdään vaikuttavan kuntoutuksen tasoon ja tehokkuuteen (Frain ym. 2006), mutta kuntoutustulokset kotona tai sairaalaympäristössä toteutettuna eivät eroa toisistaan merkittävästi (Doig ym. 2010).

Järvikosken & Härkäpään (2011) mukaan **Kuntoutusprosessia** voidaan kuvata esimerkiksi prosessimallin (kuva 1) avulla. Myös Wade (2005) esittää samankaltaisen prosessimallin. Lähtökohtana kuntoutusprosessissa nähdään **ristiriitatilanne**, johon tarvitaan muutosta. **Tilannearvion** avulla selvitetään yhdessä asiakkaan kanssa ongelmia, niiden syitä, kuntoutujan elämäntavoitteita ja päämääriä, joita asiakas toivoo saavuttavansa kuntoutuksen avulla. Yhteinen pohdiskelu rakentaa perustan tavoitteiden asettamiselle kuntoutusprosessiin (Järvikoski & Härkäpää 2011). Tärkeää on myös omaisten mukaan ottaminen koko kuntoutusprosessiin, jolloin he voivat esimerkiksi paremmin valmistautua mahdolliseen omaishoitajan rooliin kotioloissa (Young ym. 2014). Omaiset kokevatkin tarvitsevansa lisää tietoa ja mahdollisuuksia osallistua tavoitteiden asettamiseen (Almborg ym. 2009).

Kuntoutukseen tarvitaan pysyvä koordinoitu moniammatillinen tiimi, johon kuuluu ammattilaisten ja kuntoutujan lisäksi myös omaisia (Winstein ym. 2016). Tukea antavan tiimin toiminta koetaan tärkeäksi tekijäksi kuntoutuksen etenemisessä (Silva Jesus & Hoenig 2015). Motivaation ja sitoutumisen kannalta tilannearvio on tärkeää ja sen avulla taataan myös kuntoutusprosessin eteneminen. Esimerkiksi yksilöllisesti räätälöidyn valvotun harjoittelun nähdään parantavan kuntoutujan osallisuutta kuntoutusprosessiinsa ja kohentavan toimintakykyä (Morris ym. 2014) erityisesti harjoittelun ollessa määrällisesti suurta (Lohse ym. 2014). Kuntoutujan ja omaisten koetaan arvostavan asiantuntijoiden kykyä toimia yhteisenä kumppanina kuntoutuksessa, mikä edistää motivaatiota tavoitteiden saavuttamiseen (Tyrrell ym. 2012), samalla tavoin, kuin asiantuntijan saatavilla olo koko kuntoutusprosessin aikana (Playford ym. 2009). Voimavarana kuntoutuksessa voidaan nähdä myös kuntoutujan oma minäpystyvyys ja usko itseensä, mutta myös uskonnollisuus (Omu & Reynolds 2014). Kuitenkin motivaation tiedetään olevan yksi ratkaisevista tekijöistä kuntoutustavoitteiden saavuttamisessa (Maclean ym. 2002).

Kuntoutusprosessissa saattaa korostua esimerkiksi uusien voimavarojen etsiminen tai ympäristön mahdollisuuksien pohtiminen nimenomaan tavoitteisiin pääsemisen näkökulmasta. Kuntoutuksen **perustavoite** sovitaan ensin, minkä jälkeen määritellään **välitavoite**, joka on mahdollista saavuttaa nopeasti (Wade 2005). Tavoitteiden tulisi olla riittävän tarkkoja ja kunnianhimoisia, mutta saavutettavia (Playford ym. 2009). Tärkeää on samalla määritellä toimenpiteet, joilla välitavoitteeseen pyritään. Prosessin alussa on tärkeää synnyttää asiakkaalle tunne siitä, että onnistuminen on mahdollista ja asiat pääsevät etenemään (Wade 2005, Järvikoski & Härkäpää 2011, 192-193). Waden (2005) mukaan kuntoutuksen tavoitteilla pyritään tehostamaan kuntoutujan sosiaalista osallistumista, maksimoimaan kuntoutujan hyvinvointi ja vähentämään omaisten stressiä. Kuntoutussuunnitelman tekeminen voi jäädä helposti myös puutteelliseksi sisällön (Jeglinsky ym. 2014) ja tavoitteiden asettamisen osalta (Scobbie ym. 2015). Lisäksi kuntoutumisodotukset kuntoutujan ja asiantuntijoiden välillä voivat erota huomattavasti toisistaan (Harvey ym. 2012).



KUVA 1. Kuntoutuksen prosessimalli Järviskoskea & Härkäpäätä (2011) mukailleen.

2.2 Kuntoutuskäsitteen muuttuminen ajan myötä

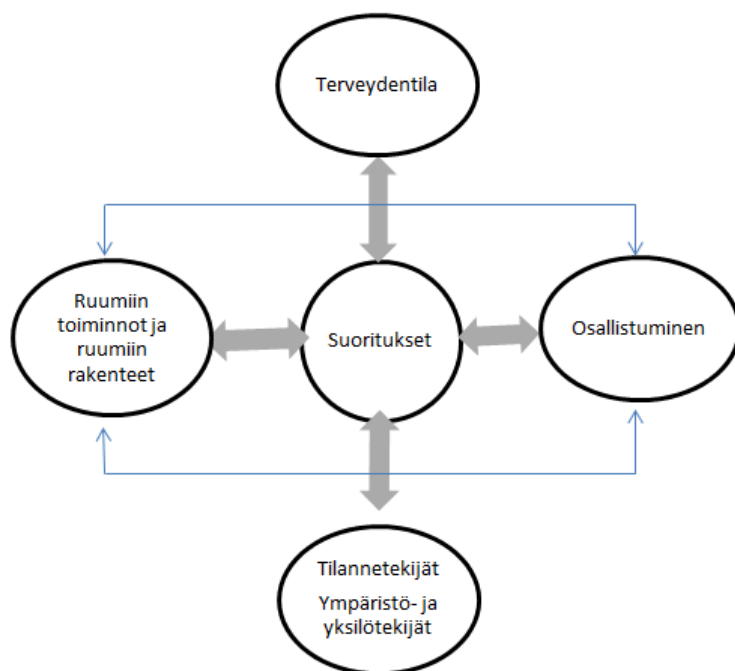
Järviskosken & Härkäpään (2008) mukaan yhteiskunnassa tapahtuvat yleiset muutokset ja eri tieteenalojen kehittyminen vaikuttavat kuntoutuskäsitykseen. Tämän johdosta kuntoutus on ymmärretty eri aikoina eri tavoin. Yksilön hyvä (Wade 2005) ja yhteiskunnan hyöty ovat yleensä olleet kuntoutuksen perusteluna. Lisäksi on korostettu ihmisen oikeutta ihmisarvoiseen elämään (Järviskoski & Härkäpää 2008, Järviskoski 2013, 7,11). Fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn kohentaminen, työhön paluun edistäminen ja työkyvyn parantaminen ovat olleet suomalaisessa kuntoutuksessa aina kiinteästi mukana (Järviskoski 2013, 11). Kuntoutujan osallisuus kuntoutusprosessissa on yksi tämän päivän ydinkysymyksistä ja se saa yhä enemmän psykososiaalisia ja sosiaalisia ulottuvuuksia (Kuntoutusselonteko 2002, Martin ym. 2015).

Kuntoutuskäsitettä on lähestytty eri aikoina eri tavoin. Toisen maailmansodan loppuessa kuntoutuksen nähtiin täydentävän ehkäisevää terveydenhuoltoa ja varsinaista sairaanhoitoa. Kuntoutus määriteltiin tällöin terveydenhuollon kolmanneksi vaiheeksi, mitä usein laiminlyötiin (Järvikoski & Härkäpää 2008). Suomessa käydyt sodat vuosina 1939- 1945 johtivat kuntoutustoiminnan tarpeen kasvuun ja nopeuttivat sen muuttumista julkisiksi palveluiksi. Erään näkemyksen mukaan kuntoutusajattelu on lähtenyt liikkeelle protestina, joka kohdistui kapeaan hoitonaikemykseen, jossa ei ollut tilaa sairastuneen sosiaaliselle todellisuudelle. Tällöin alettiin ymmärtää, että tukea tarvitaan myös kotiuduttua (Haimi & Hurme 2007, 27-28). 1918 astuivat voimaan Suomen ensimmäiset kuntoutustoimenpiteet, joita edisti 1946 säädetty invalidihuoltolaki, mitä noudatettiin tehtyine muutoksineen neljän vuosikymmenen ajan. Laki rakentui sosiaalihuollon sisään valtion rahoittamiksi palveluiksi, joiden kohderyhmä rajattiin tarkkaan (Haimi & Hurme 2007, 27-28).

Ensisijaisesti kuntoutuksen tehtävät olivat jälkihoidollisia. Maailman terveysjärjestö WHO määritteli vuonna 1969 kuntoutuksen kokonaisuudeksi, jolla yksilön toimintakykyä pyritään kohentamaan mahdollisimman hyvälle tasolle. Tällä tarkoitetaan lääkinnällisten, sosiaalisten, kasvatuksellisten ja ammatillisten toimenpiteiden koordinoitua kokonaisuutta. Vuonna 1981 Maailman terveysjärjestön määritelmä (World Health Organization 1983) kuntoutuksen tavoitteeksi oli sosiaalinen integraatio, ei vain toimintakyvyn ja psyykkisen kunnan kehittyminen. Kuntoutuksen perimmäiseksi tavoitteeksi määriteltiin vuonna 1993 Yhdistyneiden kansakuntien yleiskokouksen päätösasiakirjassa mahdollisimman itsenäinen elämä (Järvikoski & Härkäpää 2008) ja samankaltaiset mahdollisuudet kaikille rajoitteista huolimatta (United Nations 2016). Vuoden 1991 kuntoutuslainsäädännön mukaan kuntoutus perustuu todettuun oireeseen, sairauteen, vajaakuntoisuuteen tai vammaan, mutta vähitellen perusteiksi on alettu katsoa myös työkyvyn heikkeneminen ja vakavan sosiaalisen syrjäytymisen uhka (Kuntoutusselonteko 2002).

Kuntoutuskäsitys on muuttunut haittoja korjaavasta toiminnasta ehkäisevään ja toimintakykyä tukevaan toimintaan. Maailman terveysjärjestön uusi **ICF** (International Classification of Functioning, Disability and Health) –**luokitus** vuodelta 2001 (World Health Organization 2016) pyrkii kuvaamaan ihmisen selviytymistä jokapäiväisen elämän vaatimuksissa, eikä pelkästään kuvaamaan rajoitteita. ICF- luokituksessa (kuva 2) toimintakykyä ja rajoitteita tarkastellaan ihmisen terveydentilan ja tilannetekijöiden vuorovaikutuksen tuloksena.

Tilannetekijöinä nähdään ympäristötekijät ja ihmisen yksilölliset ominaisuudet. ICF-luokituksessa **toimintakyvyntasoja** ovat mm. kehon toiminnot, suoritukset ja osallistuminen arkielämän toimintaan. **Ruumiin ja kehon toiminnoilla** tarkoitetaan elinjärjestelmän fysiologisia ja psyykkisiä toimintoja ja **ruumiin rakenteilla** tarkoitetaan anatomisia osia, kuten esimerkiksi elimiä ja raajoja. **Suorituksilla** tarkoitetaan yksilön toteuttamia tehtäviä. **Yksilön osallisuutta** erilaisiin elämän tilanteisiin kuvataan osallistumisella (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus 2004, Stucki ym. 2007, Järvikoski & Härkäpää 2008, Kostanjsek 2009, Järvikoski & Härkäpää 2011, 96-97, Järvikoski 2013, 28-29).



KUVA 2. ICF- luokituksen eri osa-alueiden vuorovaikutussuhteet mukaillen Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus 2004 julkaisemaa ICF Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus- julkaisua.

Järvikosken ja Härkäpään (2011) mukaan keskeinen piirre ICF- luokituksessa on vuorovaikutuksellisuus, mikä tarkoittaa sitä, että suoritukseen ja osallistumiseen vaikuttaa ihmisen terveydentila, mutta toisaalta terveydentilaan vaikuttaa ihmisen toiminta. Luokituksessa osatekijöiden suhteet ovat dynaamisia, missä yhden osatekijän muutos tarkoittaa yleensä muutosta muissakin osatekijöissä. ICF- luokitusta voidaan käyttää apuna kuntoutujan elämäntilanteen ja toimintaympäristön analysoinnissa. Sen pohjalta voidaan

jäsentää yhteistyön kohteita ja työnjaon perusteita (Kostanjsek 2009, Järvikoski & Härkäpää 2011, 98-99, World Health Organization 2016).

2.3 Asiantuntijakeskeisestä kuntoutujakeskeiseen toimintaan

Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelman (2004) mukaan kuntoutus on perinteisesti perustunut asiantuntijalähtöiseen toimintatapaan, jossa asiantuntija asettaa kuntoutustavoitteet. Viime vuosina on kuntoutusretoriikassa painotettu kuntoutusprosessin suunnittelussa ja toteutuksessa kuntoutujan omaa osallisuutta. Se korostaa kuntoutujan aktiivista roolia, vaikutusmahdollisuuksia ja myös ihmisen ja ympäristön suhdetta kuntoutustoiminnan lähtökohtana (Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma 2004). Kuntoutuskäsityksen muuttuminen tarkoittaa tasa-arvoisempaan suuntaan menemistä, jossa valtaa ja vastuuta jaetaan kuntoutujan ja asiantuntijan välillä. Uuden toimintatavan toteuttamiseen voidaan nähdä vaikuttavan esimerkiksi henkilökunnan asenteet, työtaakka ja rutiinit (White ym. 2014).

Järvikosken & Härkäpään (2011, 189-190) mukaan **asiantuntijakeskeisessä** toimintatavassa lähdetään siitä, että kuntoutumista pystytään edistämään parhaiten hankkimalla puolueetonta tietoa ongelmista ja tilanteesta, joiden perusteella toimenpiteet suunnitellaan. Asiantuntija valitsee tutkittavat asiat, joiden perusteella hän määrittelee kuntoutujan fyysisen tilan, tavoitteet ja motivaation. Vajaakuntoisuuden syyt tulkitaan tällöin usein asiakkaasta johtuviksi ja ympäristön merkitys jää usein havaitsematta. Toimenpiteet asiantuntijakeskeisessä mallissa perustuvat usein asiantuntijan päätöksiin, mikä johtaa helposti opittuun avuttomuuden kehään, jossa vähäisetkin ongelmat tuntuvat vaativan asiantuntijan apua. Kuntoutujan omia toiveita ja käsityksiä ei nähdä merkityksellisinä (Järvikoski & Härkäpää 2011, 189-190). Mönkkönen (2002) puhuu väitöskirjassaan erilaisista vuorovaikutusorientaatioista, joista yksi on asiantuntijakeskeinen. Hän näkee asiantuntijakeskeisyydessä asiantuntijan näkevän, määrittävän ja tulkitsevan yksilön toimintaa ja jossa nimenomaan asiantuntijan tulkinnat hallitsevat vuorovaikutusta.

Kuntoutujalähtöisessä toimintatavassa kuntoutuja nähdään keskiössä aktiivisena toimijana (Cott 2004) ja se on peruselementti onnistuneeseen kuntoutukseen ja tyytyväisyyteen (Wain ym. 2008, Plewnia ym. 2016). Lähtökohtana on se, että kuntoutusprosessin aikana asiakas

organisoi elämäänsä erilaisten henkilökohtaisten pyrkimystensä pohjalta. Kuntoutuja nähdään tavoitteellisena omia pyrkimyksiään toteuttavana toimijana, jonka rooli kuntoutusprosessissa on aktiivinen ja hänellä on oikeus olla mukana suunnittelussa ja päätöksenteossa (Cott 2004). Kuntoutustyöntekijä nähdään olevan asiakkaan yhteistyökumppani, joka tarjoaa tietoja ja mahdollisuuksia. Tiedot lisäävät asiakkaan tilannekompetensseja päätöksenteossa. Vuorovaikutussuhde asiakkaan ja kuntoutustyöntekijän välillä on tasa-arvoinen. Aktiivinen panos kummaltakin osa-puolelta on edellytyksenä tulosten saavuttamiselle (Järvikoski & Härkäpää 2011, 189). Järvikosken & Härkäpään (2011) mukaan kuntoutujalähtöisessä toimintatavassa keskitytään asiakkaan selviytymiseen myös omassa toimintaympäristössään. Kuntoutujalähtöisessä toimintatavassa tuetaan asiakkaan päätösvaltaa, mikä lisää hänen ymmärtämystään omasta tilanteestaan ja tilanteeseen vaikuttavista tekijöistä (Järvikoski & Härkäpää 2011, 189-190).

Hyvän kuntoutuskäytännön toteutumisen seurantaan on kehitetty arviointimenetelmiä, joissa arviointi tapahtuu kuntoutujan osallisuuden näkökulmasta (Bouffouly ym. 2008, Rettke ym. 2015). Eri arviointimenetelmien analyysi kuitenkin osoittaa, ettei yhdessäkään menetelmässä ole kattavasti otettu huomioon osatekijöitä, joiden on havaittu olevan oleellisia asiakaslähtöisen kuntoutusprosessin onnistumisessa (Jeglinsky ym. 2013). Kuntoutujalähtöisen toimintatavan puuttuminen näkyy usein tyytymättömyytenä saatuun hoitoon (Wain ym. 2008). Esimerkiksi aivoverenkiertohäiriöissä hoitoketju akuuttihoidosta kotiin tai laitokseen vaatii pitkän kuntoutuksen. Aivohalvauksen saaneiden kuntoutujien kokemuksia sairaalajakson kuntoutuksesta on tutkittu ja sairaalajakson hoitoon oltiin pääsääntöisesti tyytyväisiä (Tholin & Forsberg 2014), mutta negatiivisiksi tekijöiksi koettiin esimerkiksi turhautuminen ja tylsistyminen (Luker ym. 2015). Erityisesti iäkkäille kuntoutujille suunnitellulla sairaalavaiheen kuntoutuksella nähdään olevan potentiaalia kohentamaan toimintakykyä (Bachmann ym. 2010), joskin kuntoutujan kognition tila vaikuttaa toipumiseen (Seematter-Bagnoud ym. 2013). Kuntoutuksen koetaan parantuvan panostamalla kuntoutujakeskeiseen toimintaan (Tholin & Forsberg 2014) ja tehostamalla kommunikaatiota (Venetis ym. 2009) sekä tiedonsaantia kuntoutujien ja asiantuntijoiden välillä (Luker ym. 2015), koska kommunikaation saatetaan nähdä olevan myös puutteellista (Tyson & Turner, 1999, Portillo & Cowley 2010). Ajan puute, hoitajan roolin epäselvyys (Portillo & Cowley 2010), asiantuntijoiden arvostuksen puute ja potilaiden halu osallistua

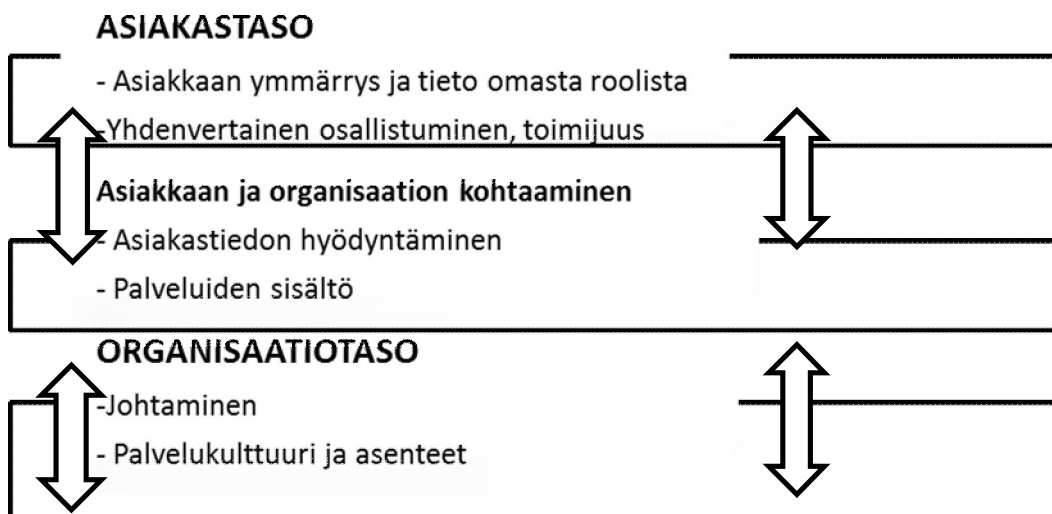
enemmän päätöksentekoprosessiin (Körner ym. 2013) nähdään myös vaikuttavan kokonaisvaltaiseen hoitoon osastolla.

3 ASIAKASLÄHTÖISYYS JA OSALLISUUS KUNTOUTUKSESSA

3.1 Kuntoutuksen asiakaslähtöisyys

Asiakaslähtöisessä kuntoutuksessa kuntoutuja on keskiössä aktiivisena toimijana ja hänellä on oikeus olla mukana suunnittelussa ja päätöksenteossa (Cott 2004). Kuntoutujan tavoitteista lähtevien vaihtoehtojen pohjalta tehdään suunnitelmia kuntoutusta varten (Cott 2004, Järvikoski 2013, 41). Tavoitteen asettamisessa asiakaslähtöisyydellä nähdään olevan positiivisia vaikutuksia kuntoutustuloksiin (Gardner ym. 2016).

Virtasen ym. (2011) mukaan asiakaslähtöisyyttä voidaan kehittää kuudella eri osa-alueella (kuva 3), **1. Asiakkaan palveluymmärryksen rakentaminen** tiedon avulla. Tietoa tulee saada esimerkiksi oikeuksista, velvollisuuksista ja roolista palvelutapahtuman eri osissa (Rouvinen-Wilenius ym. 2011). Tieto muokkaa asiakkaan asenteita ja aktivoi osallistumaan. Lisäksi kommunikaatiolla on keskeinen merkitys asiakaslähtöisyydessä (Venetis ym. 2009, Winstein ym. 2016) ja siinä tulee ottaa huomioon asiakkaan olemassa oleva tietotaso (Jucks ym. 2012) **2. Asiakkaan osallistumismahdollisuuksien lisääminen**. Asiakas ei ole tapahtumassa palvelun kohde vaan toimija. Asiakkaalle luodaan mahdollisuus tehdä valintoja ja samalla lisätään molemminpuolista ymmärrystä tapahtuman vuorovaikutuksellisuudesta (Rouvinen-Wilenius ym. 2011). **3. Asiakkaan äänen kuuleminen palveluiden kehittämisessä** (Rouvinen-Wilenius ym. 2011). **4. Asiakasymmärryksen syventämien** asiakastietojen avulla, mikä on välttämätöntä palveluiden kehittämiselle asiakaslähtöisemmäksi. **5. Palvelua tuottavan organisaation asenteiden ja palvelukulttuurin muuttaminen** asennemuutoksen esteiden tunnistamisen ja asennemuutoksen panostamisen avulla. **6. Johtamisen** avulla voidaan muuttaa organisaation toimintatapoja ja asenteita merkittävästi, kun asiakkuusajattelu tuodaan eri tasoille ja tuetaan sen kehittämistä (Edvardsson ym. 2011, Virtanen ym. 2011, 22-23). Lisäksi asiantuntijoiden yhteiset keskustelut potilaista kehittävät ja vahvistavat asiakaslähtöisyyttä osastolla esimerkiksi rakentamalla toisia työntekijöitä tukevaa ilmapiiriä ja parempaa ymmärrystä työrooleista (Bennett ym. 2015). Asiakaslähtöisesti työtä tekevien voidaan nähdä olevan tyytyväisempiä työhönsä (Edvardsson ym. 2011, Richardson ym. 2016).



KUVA 3. Asiakaslähtöisen toiminnan kehittämisen osa-alueet mukailtuna (Virtanen ym. 2011, 23).

3.2 Kuntoutujan osallisuus

Osallisuus voi olla omakohtainen voimaannuttava kokemus, mikä ilmenee parhaiten, kun yksilön koetaan kuuluvan johonkin yhteisöön, missä tulee kuulluksi. Jäsenet ovat tällöin tasavertaisia ja toimivat toisiaan kuunnellen, kunnioittaen ja luottaen. Osallisuuden kokemuksessa voi vaikuttaa itseään ja ympäristöään koskeviin asioihin toimimalla aktiivisesti ja sitoutuneesti, kun tietoisuus ja kokemus muutoksen mahdollisuudesta herää (Rouvinen-Wilenius ym. 2011).

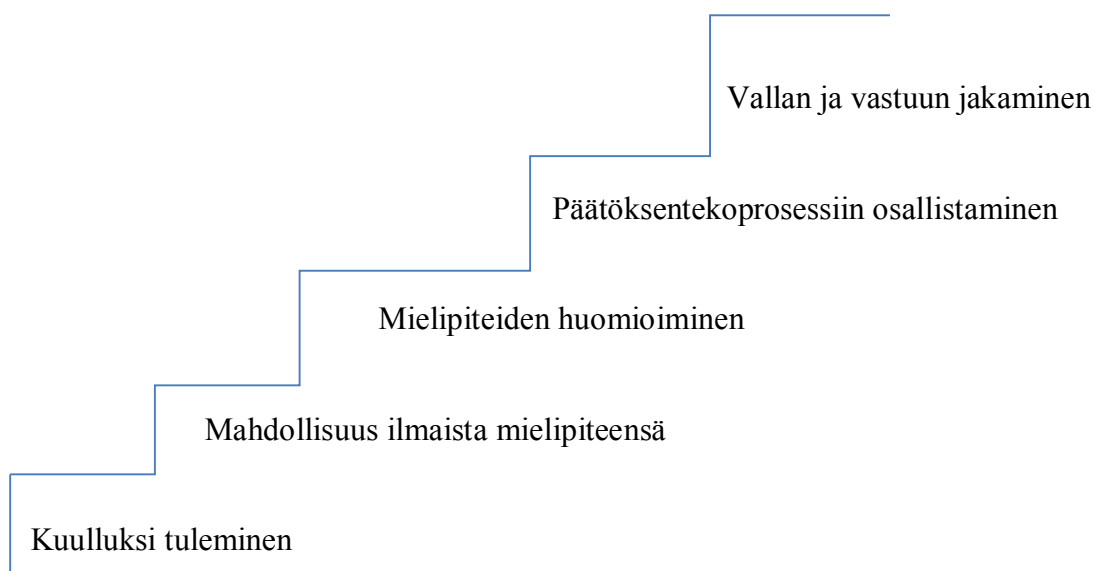
Rouvinen-Wileniuksen ja kumppaneiden (2011) mukaan osallisuus jakaantuu tieto-, suunnittelu-, toiminta- ja päätösosallisuuteen riippuen, miten yksilöllä on mahdollisuus osallistua päätöksentekoon. **Tieto-osallisuudessa** on oltava tietoa kaikista niistä asioista, jotka koskettavat esimerkiksi kuntoutujaa ja häntä koskevia palveluita. **Suunnitteluosallisuudessa** keskeistä on asioiden valmistelu, jossa esimerkiksi kuntoutuja osallistuu häntä koskevan toiminnan suunnitteluun kertoen oman mielipiteensä asioista. **Toimintaosallisuudessa** on kyse omasta toiminnasta ja konkreettisesta osallistumisesta esimerkiksi kuntoutukseen.

Päätösoosallisuus antaa kuntoutujalle mahdollisuuden osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon, mikä on osallisuuden keskeinen elementti (Rouvinen-Wilenius ym. 2011).

Osallisuuden tasoja voidaan kuvata usean mallin avulla. Osallisuuden tutkimuksessa kaikkein vaikuttavin malli on ollut Roger Hartin osallisuuden portaat (Hart 1992). Mallissa on kahdeksan tasoa, jotka kuvaavat osallisuuden toteutumisen tasoja. Kolmen alimman portaan kohdalla osallisuutta ei vielä esiinny. Näissä portaissa korostuu osallistujien näennäinen kuuleminen. Portaiden keskivaiheilla osallistujat ovat tietoisia toiminnan tarkoituksesta ja pääsevät vaikuttamaan tiettyjen raamien puitteissa. Ylimmillä portailla osallistujat ovat aloitteellisia ja tasavertaisia päätöksenteossa ja suunnittelussa. Porras portaalta osallisuus siis vahvistuu (Hart 1992, Shier 2001).

Shierin (2001) malli (kuva 4) pohjautuu Hartin malliin jaotellen osallisuuden viiteen tasoon.

1. **Huolellinen kuunteleminen** edellyttää, että esimerkiksi kuntoutujaa ollaan valmiita kuuntelemaan huolellisesti. Kuntoutujaa **2. tuetaan ilmaisemaan näkökulmaansa** avoimella ja luottamuksellisella tavalla. Kuntoutujan **3. näkökulmat otetaan huomioon** päätöksenteossa. Kuntoutuja **4. otetaan mukaan päätöksentekoprosessiin**. **5. Valta ja vastuu jaetaan päätöksenteossa** kuntoutujan ja asiantuntijan kesken.



KUVA 4. Mukaillen Shierin (2001) osallisuuden portaita.

Mallin jokainen taso on jaoteltu lisäksi eri sitoutuneisuuden asteeseen, jotka ovat välttämättömiä, jotta osallisuus toteutuisi. Nämä asteet ovat: avautuminen, mahdollistaminen ja velvoittaminen. Itse osallisuus lisääntyy tasolta toiselle alkaen kuulemisella (taso 1) ja päättyen vallan ja vastuun jakamiseen päätöksenteossa (taso 5) (Shier 2001). **Avautumisessa** ollaan esimerkiksi omalla toiminnalla valmiita lisäämään kuntoutujan osallisuutta päättämällä muuttaa toimintatapoja ja kiinnittämällä huomiota systemaattisemmin kuntoutujan aloitteisiin. **Mahdollistamisessa** kartoitetaan kohtaavatko tavoitteet käytännön, eli onko keinoja tuoda esimerkiksi kuntoutujan osallisuus näkyväksi. Tämän toteutumiseen tarvitaan mm. vaadittavat tiedot ja taidot osallisuuden lisäämiseksi. **Velvollisuus** taas saavutetaan, kun mm. toimintatavat on sisäistetty ja viety osaksi toimintakulttuuria (Shier 2001).

4 KEINOJA KUNTOUTUJAN OSALLISUUDEN LISÄÄMISEEN TAVOITTEEN ASETTAMISESSA

Kuntoutuksen perustana ja ytimenä (Playford ym. 2009) ovat hyvin laaditut tavoitteet, mitkä ohjaavat toimintaa tiettyyn suuntaan ja tuovat kuntoutuksen lähelle kuntoutujan arkea. Yhteinen tavoite selkeytyy ja sen avulla kuntoutuja tietää päämäärän, mihin pyritään (Sukula 2015).

4.1 GAS- menetelmä

Kuntoutuksen tavoitteiden laatimisen ja arvioinnin (Rannisto ym. 2015) apuvälineenä voidaan käyttää GAS- menetelmää (Goal Attainment Scaling). Menetelmä on kehitetty USA:ssa 1960-luvulla. Menetelmää voidaan käyttää sekä mittarina, että menetelmänä kuntoutujan tietoisuuden parantamiseen toimintakyvystään suhteessa asetettuihin tavoitteisiin (Laukkala ym. 2015). GAS -menetelmän avulla mahdollistetaan yksilöllisten tavoitteiden asettaminen yhteistyössä menetelmän hallitsevan asiantuntijan kanssa. GAS- menetelmä on **asiakaslähtöinen**, jossa tavoitteen tunnistaminen perustuu kuntoutujan tilanteen kokonaisvaltaiseen selvittämiseen mm. haastattelun, tutkimuksen ja kyselyiden avulla (Autti-Rämö ym. 2015, Sukula & Vainiemi 2015). Tällöin saadaan selville kuntoutuksen kannalta merkityksellisiä asioita, jotka ovat kuntoutujalle tärkeitä (Turner-Stokes ym. 2010).

Tavoitteille asetetaan realistinen aikataulu ja lisäksi määritellään muutoksen indikaattori viisiportaista asteikkoa (kuva 5) hyväksi käyttäen (Autti-Rämö ym. Turner-Stokes 2009). Ensimmäiseksi määritellään tavoitetaso (GAS-asteikon 0-taso), joka kuntoutujan on realistista saavuttaa. Tämän jälkeen määritellään asteikolla +1 ja -1-tasot, joilla kuvataan tasoja, mitkä ovat jonkin verran korkeammalla ja matalammalla, kuin tavoitetaso. +2 ja -2-tasot määritellään seuraavaksi. Näistä +2-taso tarkoittaa, että optimaalisissa olosuhteissa asetettu tavoite on saavutettavissa. -2-tasolla kuntoutuja ei ole edennyt kuntoutuksen tavoitetason mukaan siten, että sillä olisi merkitystä hänen toiminnalleen. Toisin sanoen tilanne on pysynyt ennallaan tai huonontunut (Autti-Rämö ym. 2015). Kuntoutuksen toteuttajilta edellytetään hyvää ammattitaitoa eri kuntoutusmuotojen toteuttamisesta, mikä on kuntoutuksen

tavoitteiden tarkan tunnistamisen ja määrittämisen edellytys (Autti-Rämö ym. 2015, Kela 2016). Tavoitteiden saavuttamiseen vaikuttaa merkittävästi se, että tavoitteista on sovittu yhdessä kuntoutujan ja hänen läheistensä kanssa ennen kuntoutuksen aloittamista. Keskeistä on, että osapuolilla on realistiset odotukset tavoitteiden saavuttamisesta (Sukula & Vainiemi 2015).

<p>-2 Selvästi odotettua matalampi/ Muutoksella ei toiminnalle merkitystä, tilanne ennallaan</p> <p>-1 Jonkin verran odotettua matalampi/ Lopputulos odotettua vähäisempi, mutta oikeansuuntainen</p> <p>0 Tavoitetaso / realistinen saavuttaa</p> <p>+1 Jonkin verran odotettua korkeampi/ Tavoite realistinen. Lopputulos enemmän kuin odotettiin</p> <p>+2 Selvästi odotettua korkeampi/ Saavutettavissa optimaalisissa olosuhteissa.</p>
--

KUVA 5. GAS- asteikko ja muutoksen kuvaaminen (Autti-Rämö ym. 2015, 8).

4.2 SMART-periaate

Tavoitteen nimeämisessä ja tavoitteen tarkemmassa määrittämisessä voidaan käyttää tukena ns. SMART- periaatetta (Bovend'Eerd ym. 2009). Lyhenne tulee englanninkielisten sanojen ensimmäisistä kirjaimista: Specific (yksilöllinen), Measurable (mitattavissa), Achievable (saavutettavissa), Realistic (merkityksellinen, realistinen) ja Timed (mahdollinen aikatauluttaa) (Autti-Rämö ym. 2015). Tavoite muotoillaan toisin sanoen niin, että se on yksilöity, mitattavissa, saavutettavissa, realistinen, merkityksellinen ja mahdollista aikatauluttaa (Bovend'Eerd ym. 2009). SMART-periaatetta käytetään usein GAS-menetelmän kanssa (Bovend'Eerd ym. 2009).

4.3 Tutkimuksia osallisuudesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä

Asiantuntijoiden näkökulmasta tavoitteen asettamisessa voidaan nähdä viisi eri teemaa: tavoitteen asettamisen työkalut, tavoitteen asettamisen esteet (mm. ajanpuute, kokemuksen puute) (Lloyd ym. 2014), asiantuntijan rooli, kuntoutujan yksilölliset erot (mm. persoonallisuus ja sairaudet) (Lloyd ym. 2014) ja tavoitteiden luonne (Van De Weyer ym. 2010). Kuntoutujan kanssa tehtyyn yhteistyöhön vaikuttavat lisäksi esimerkiksi tasapainon löytäminen erilaisten odotusten ja työpaikan kulttuurin kanssa (Lloyd ym. 2014). Asiantuntijat eivät aina kuitenkaan kykene tunnistamaan kuntoutujan fyysisiä ja psyykkisiä tarpeita toipumisessa, vaikka heidän roolinsa kuntoutumisessa on tärkeä (Lui & MacKenzie 1999). Kuntoutujan oma näkemys tavoitteista voi lisäksi poiketa huomattavasti asiantuntijan näkemyksestä (Sugavanam ym. 2013, Brown ym. 2014).

Parempiin kuntoutustuloksiin voidaan päästä voimaannuttamalla kuntoutujaa (Kåringen ym. 2011) ottamaan aktiivisempaa roolia prosessissa (Tripicchio ym. 2009) ja vahvistamalla uskoa omiin mahdollisuuksiinsa tukemalla omatoimisuutta ja elämönhallinnan tunnetta (Rouvinen-Wilenius ym. 2011). Suoritusta parantavat hyvin asetetut tavoitteet, joiden tulee olla kullekin yksilölle riittävän haastavia ja spesifisiä, jotta ne ohjaavat kuntoutusta tiettyyn suuntaan. Tällöin tarkkaavaisuus kohdistuu tiettyyn tehtävään. Liian vaikeiden tavoitteiden nähdään vievän energiaa, jolloin tarvitaan tavoitteiden säätämistä motivaation säilymiselle (Tuulio-Henriksson & Härkäpää 2015). Kuntoutujan motivaation merkityksen nähdään vaikuttavan esimerkiksi siihen, mihin toiminta suunnataan ja kuinka sinnikkäästi toimintaa jatketaan. Motivaatio voi lisääntyä, vähentyä tai muuttua suuntaa kuntoutusprosessin aikana. Tärkeää on pitää huolta kuntoutusmotivaatiosta koko kuntoutusprosessin ajan esimerkiksi asiantuntija-palautteen avulla (Stanton ym. 2015).

Kuntoutusprosessin, aikaisemman kokemuksen (Hellman ym. 2013) ja esimerkiksi sairauden rajoitteiden nähdään vaikuttavan kuntoutujan näkökulmasta tavoitteen asettamiseen (Holliday ym. 2006). Kuntoutujat tunnistavat tavoitteen asettamisen hyödyt, mutta esimerkiksi molemminpuolista koulutusta tarvitaan, jotta tavoitteen asettaminen voidaan yhdistää paremmin hoitoon (Schulman-Green ym. 2006). Kuntoutusprosessissa kuntoutujalla nähdään olevan tarve tulla kohdelluksi yksilöinä (Lui & MacKenzie 1999) ja yksilöllisyyden ja

osallistumisen merkitys korostuukin juuri prosessin tässä vaiheessa (Lloyd ym. 2014, Zimmermann ym. 2014).

Kommunikaatio ja yhteistyö eri tahojen kesken nähdään tärkeänä (Phillips ym. 2013, Winstein ym. 2016), mutta haasteellisena osana tavoitteen asettamisessa (Sugavanam ym. 2013, Lloyd ym. 2014). Kuntoutujan ja asiantuntijan välistä kommunikaatiota kehittämällä voidaan välttää ongelmia kuntoutusprosessissa (Leach ym. 2010, Winstein ym. 2016), jolloin kuntoutujan kokemukset sairaudesta ja tavoitteista saadaan paremmin esille (Brown ym. 2014, Burton ym. 2015). Lisäksi kuntoutujalla ja omaisilla (Almborg ym. 2009) nähdään olevan tiedontarve koskien sairautta, kuntoutusta ja toipumista (Lui & MacKenzie 1999). Kuntoutujan osallisuutta tavoitteen asettamiseen voidaan parantaa lisäämällä sekä asiantuntijan (Baker ym. 2001), että kuntoutujan ja hänen perheensä tietoisuutta sairaudesta ja hoidosta (Holliday ym. 2006, Leach ym. 2010, Sugavanam ym. 2013). Erityisesti aivohalvauksesta saattaa aiheutua erilaisia lyhytaikaisia tai pitkäaikaisia rajoitteita jokapäiväiseen elämään, joihin kuntoutujan ja hänen perheensä tulisi pystyä varautumaan (Almborg ym. 2009, Morone ym. 2015), koska aivohalvauksen tiedetään vaikuttavan voimakkaasti halvauksen jälkeiseen elämään (Taule & Råheim 2014).

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa asiantuntijoita hyödyttävää tietoa, jonka avulla he pystyvät kehittämään työskentelytapojaan entistä enemmän kuntoutujaa osallistavampaan suuntaan. Tutkimuksen tarkoituksena on vastata seuraavaan tutkimuskysymykseen:

Millaisia näkökulmia asiantuntijoilla on kuntoutujan osallistumiseen tavoitteen asettamisprosessissa?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Tutkimuksen tausta

Tämä tutkimus on osa Kelan rahoittamaa vuosina 2015- 16 toteutettua tutkimusta, jossa tarkasteltiin kuntoutujan osallistamista kuntoutustavoitteiden asettamiseen ja tavoitteiden seurantaan Goal Attainment Scaling (GAS) – menetelmällä. Tutkimushankkeen tarkoituksena on ollut tuottaa ammattilaisille tietoa kuntoutujan osallistamisesta tavoitteen asettamiseen ja saavutusten arviointiin. Alun perin tutkimus toteutettiin arviointitutkimuksena kahdessa eri organisaatiossa. Tämä tutkimus koostuu Keski-Suomen keskussairaalan vaativan kuntoutuksen osaston kuntoutujista, jotka asettivat omat tavoitteensa yhdessä moniammatillisen työryhmän kanssa GAS -menetelmää käyttäen. Aluksi ammattilaiset perehdyttiin GAS –menetelmään ja osallisuuden käsitteeseen ja heidän alkutietämystään kartoitettiin kyselyn avulla. Tutkija havainnoi kuntoutujan ja työryhmän tavoitekeskustelua, minkä jälkeen tutkija haastatteli yksilöllisesti kuntoutujaa ja omaisia sekä asiantuntijoiden työryhmää ryhmähaastattelun muodossa. Tavoitteiden saavuttamista ja siihen vaikuttavia tekijöitä arvioitiin puolen vuoden kuluttua haastattelemalla kuntoutujaa, omaisia ja ammattilaisia. Ammattilaisilta kartoitettiin vielä heidän näkemyksiään GAS –menetelmän toimivuudesta.

Tämän tutkimuksen aineisto muodostuu ammattilaisista koostuvan työryhmän ryhmähaastattelun aineistosta, joka oli valmiiksi litteroitu. Työryhmän haastatteluita oli yhteensä kaksikymmentä, joista tässä tutkimuksessa analysoitiin kolmetoista. Alun perin haastatteluita oli tarkoitus analysoida systemaattisesti ensimmäiset kymmenen kappaletta, mutta analyysin luotettavuuden parantamiseksi analysoitiin vielä kolme seuraavaa haastattelua. Nämä kolme eivät enää tuottaneet tutkimuskysymyksen kannalta lisää uutta tietoa, minkä vuoksi lisäanalyysejä ei tehty.

6.2 Aineisto ja osallistujat

Tutkimuslupa haettiin Keski-Suomen sairaanhoitopiiriltä (K-S shp:n 3.10.2014). Lisäksi pyydettiin eettisen toimikunnan puoltava lausunto (K-S shp:n Dnro 3E/2014 24.6.2014). Tutkimuksessa noudatetaan Helsingin julistuksen perustetta (World Medical Association 2013). Tutkimukseen valittiin mukaanotto- ja poissulkukriteerien perusteella akuutisti sairastuneita kuntoutujia (liite 1). Lisäksi tutkittavilta pyydettiin erikseen allekirjoitettu suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Asiantuntijoita haastateltiin Keski-Suomen keskussairaalan vaativan kuntoutuksen osastolla. Osaston kuntoutujista lähes kaikki olivat neurologisia kuntoutujia, eli aivoverenkiertohäiriöistä kuntoutuvia potilaita. Lisäksi osastolla on joitakin paikkoja tuki- ja liikuntaelinongelmista kärsiville kuntoutujille ja geriatrisille potilaille. Osastolla kuntoutus tapahtuu moniammatillisessa tiimissä ja siihen kuuluvat lääkärit, sairaanhoitajat, lähihoitajat, fysioterapeutit ja mm. toimintaterapeutit.

Kelan rahoittaman hankkeen tutkija osallistui havainnoimalla kuntoutujan ja moniammatillisen työryhmän yhteisiin tavoitekeskusteluihin. Lisäksi tutkija haastatteli kuntoutujat ja heidän omaisensa yksi kerrallaan (mikäli omainen halusi osallistua tavoitekeskusteluun). Sen lisäksi tutkija toteutti asiantuntijoille ryhmähaastattelun. Ryhmähaastattelussa tutkija haastatteli teemahaastattelurungon avulla asiantuntijat, eli fysioterapeutin, toimintaterapeutin ja sairaanhoitajan, jotka osallistuivat tavoitekeskusteluun (liite 1). Haastattelussa he refleктоivat omia kokemuksiaan tavoitekeskustelun eri osa-alueista. Haastatteluihin osallistui sairaanhoitajista useimmiten työvuorossa oleva ja kuntoutujasta vastuussa oleva terapeutti. Yleisimmin yksi ammattilainen oli mukana tavoitekeskustelussa yhdestä kahteen kertaan, joku useamminkin. Toimintaterapeutteja on osastolla vain kaksi, joten he osallistuivat useampiin keskusteluihin.

Tämän tutkimuksen aineisto muodostui ammattilaisista koostuvan työryhmän ryhmähaastattelun aineistosta, joista jokaisessa ryhmähaastattelussa oli kolme asiantuntijaa.

6.3 Tutkimusote

Tässä tutkimuksessa käytettiin kvalitatiivista, eli laadullista tutkimusotetta, koska tutkimuskohteena on laadullista tutkimusta edellyttävä ilmiö. Tarkoituksena on selvittää asiantuntijoiden näkökulmia kuntoutujien osallistumiseen tavoitteen asettamisprosessissa. Laadullisella tutkimusotteella tutkittavien näkökulma tulee parhaiten esille. Tutkittavat ovat alansa asiantuntijoita ja soveltuvat kokemuksensa myötä hyvin tutkittaviksi.

Tutkimusmenetelmänä käytettiin fenomenografiaa, jossa tavoitteena on kuvata laadullisesti erilaisia tapoja kokea ilmiötä, eli ihmisten erilaisia tapoja nähdä ympäröivää maailmaa (Marton 1981, Åkerlind 2005a). Tutkimuksessa ei etsitä yksittäisiä mielipiteitä, vaan tietyn ryhmän käsitysten variaatioita kollektiivisella tasolla (Åkerlind, Bowden & Green 2005). Tapaa hyödynnettiin tässä tutkimuksessa etsien asiantuntijoiden näkökulmia etsimällä siihen liittyviä kuntoutujan osallisuutta osoittavia merkitysyksiköitä (Huusko & Paloniemi 2006) ja muodostamalla niistä kuvauskategorioita ja niiden välisiä loogisia suhteita (Marton 1981, Åkerlind 2005a, Huusko & Paloniemi 2006). Tutkimuksessa ei tarkastella, mitä yksittäinen asiantuntija sanoo, vaan siinä tarkastellaan asiantuntijoiden näkökulmia kollektiivisesti. Erilaisia näkökulmia kuvataan kuvauskategorioiden muodossa. Analysointi tapahtuu aineistolähtöisesti.

Tutkijana minulla oli ennakkokäsitykseni kuntoutuksesta, koska olen tehnyt hoitotyötä kuntouttavalla työotteella. Oletukseni kuntoutuksesta tutkimuksen alussa oli vähäisen kokemukseni pohjalta varsin asiantuntijakeskeinen. Pystyin sulkemaan omat kokemukseni kuitenkin pois ja keskittymään aineistoon. Ennen analyysiä minun oli kuitenkin tutustuttava perusteellisemmin tutkimusmenetelmään, koska se oli minulle uusi. Lisäksi hain tukea niille asioille, jotka liittyvät osallisuuteen. Pystyin keskittymään pelkästään osallisuuteen liittyviin asioihin.

6.4 Aineiston analyysi

Ensimmäisessä vaiheessa haastattelut luettiin useamman kerran läpi pyrkimyksenä saada kokonaiskuva aineistosta (Åkerlind 2005b). Tämän jälkeen aineistosta etsittiin haastattelu haastattelulta erilaisuuksia ja samankaltaisuuksia osallisuuteen liittyen (Åkerlind 2005a, Huusko & Paloniemi 2006). Kuntoutujan osallisuuteen liittyviä sanoja tai lauseita havaittaessa ne alleviivattiin. Tämän jälkeen merkitykselliset kohdat tekstistä leikattiin. Kuntoutujan osallistumisesta pyrittiin löytämään tietyt kohdat aineistosta ympäröimällä tekstistä haastattelijan kysymykset (liite 2). Haastattelut käytiin läpi kokonaisuudessaan, jotta kaikki tutkimuksen kannalta tärkeät ilmaukset löytyivät. Ilmausten lisäksi kontekstia tarkasteltiin myös laajemmin, jotta todellinen osallisuus varmasti selviäisi (Huusko & Paloniemi 2006). Aineistoa analysoitaessa havaittiin myös, että yhdessä lauseessa saattoi olla useampi erilainen merkitysyksikkö. Siksi aineistoon palattiin jonkin ajan kuluttua aina takaisin, jotta voitiin varmistua ilmauksien oikeanlaisesta merkityksestä.

Toisessa vaiheessa alustavia kuvauskategorioita muodostettiin merkitysyksiköitä yhdistelemällä. Ryhmittely tapahtui sen mukaan, mikä oli ilmauksen merkitys ja mihin kontekstiin ilmaus liittyi (Huusko & Paloniemi 2006). Rakenteellisella ryhmittelyllä (Åkerlind 2005a) saatiin aikaan neljä alustavaa kuvauskategoriaa. Analyysissä keskityttiin siihen, millä tavalla kuntoutujan osallisuus ilmeni tilanteessa. Esimerkiksi, oliko kuntoutuja se henkilö, joka lopulta päätti tavoitteen vai tekikö päätöksen asiantuntija. Kuvauskategoriat järjestettiin hierarkkisesti, eli käsitykset olivat toisiinsa nähden eri kehitysasteella. Toisin sanoen ensimmäisessä kategoriassa kuntoutujan osallisuutta ei ollut nähtävissä, mutta kategoria kategorialta osallisuus lisääntyi. Kahden ensimmäisen haastattelun osalta merkitysyksiköitä yhdisteltiin ja alustavia kuvauskategorioita hahmoteltiin yhdessä toisen tutkijan kanssa. Tällä pyrittiin varmistamaan analyysin johdonmukainen eteneminen. Kuvauskategorioiden järjestyksessä on tärkeää se, että niillä on selkeä ja looginen yhteys ja ne järjestäytyvät hierarkkisesti.

Kolmannessa vaiheessa varmistettiin yhdessä kahden muun tutkijan kanssa, että kuvauskategorioiden luokat löytyvät ja niiden väliset erot ovat selkeät. Jokaisesta kuvauskategoriasta löydettiin jotain luonteenomaista, niiden yhteys oli selkeä ja järjestys

hierarkkinen (Åkerlind 2005a, Åkerlind, Bowden & Green 2005, Huusko & Paloniemi 2006).
Tutkimuksen analyysin vaiheita havainnollistetaan kuvassa 6.



KUVA 6. Analyysin eteneminen (Åkerlind 2005a & b).

7 TULOKSET

Analyysin perusteella laadittiin **kuvauskategorioita**, jotka kuvaavat asiantuntijoiden näkökulmia kuntoutujan osallistumiseen. Kategoriat järjestäytyivät hierarkkisesti vasemmalta oikealle kuntoutujan osallisuuden kasvaessa samaan suuntaan edettäessä. Kategoriat poikkesivat toisistaan selvästi ja niiden välillä oli havaittavissa kriittisiä eroja. Tutkimuksen tuloksiksi muodostui neljä kuvauskategoriaa, jotka ovat: **saneleva, ehdottava, tukea antava ja mukaan ottava** (kuva 7).

Teemat / teemojen variaatiot	Kuvauskategoriat			
	1. SANELEVA	2. EHDOTTAVA	3. TUKEA ANTAVA	4. MUKAAN OTTAVA
Asiantuntijan rooli	Päätää tavoitteen	Antaa vaihtoehtot "johdattelee"	Rohkaisee	Yhteinen päätös
Kuntoutujan rooli	Ei tuo vaihtoehtoja	Valitsee annetuista vaihtoehtoista	Antaa vaihtoehtot Päätää	Antaa vaihtoehtot Yhteinen päätös
Kuntoutujan osallisuus	Ei osallisuutta	Niukka osallisuus	Selkeä osallisuus	Selkeä osallisuus
Ilmapiiri		Hyväksyvä Ei aliarvioi	salliva arvostava	salliva arvostava

KUVA 7. Asiantuntijoiden näkökulmia kuntoutujan osallistumiseen.

Ensimmäinen kuvauskategoria **saneleva**, näyttäytyi näkökulmaltaan kaikkein kapeimpana. Asiantuntijat olivat ne, jotka esittivät ja päättivät tavoitteen. He ottivat pääosan suoraan itselleen ja olivat käytännössä päättäneet tavoitteen jo valmiiksi. Joissain tilanteissa he joutuivat ottamaan pääosan, koska kokivat, että muuten tavoitetta ei olisi kuntoutujalta tullut. Tällöin he joutuivat tarjoamaan tavoitteen valmiina. Kuntoutujan rooli jäi pieneksi, eikä vaihtoehtoja tai tavoitetta noussut kuntoutujalta itseltään. Tällöin kuntoutujan oma osallisuus ei päässyt ilmenemään.

"Aika pitkälle pistettiin hänelle sanat suuhun" (Haastattelu 5, s.6)

"...tämä ku täl on tällänen niin tän tarvii harjotella näitä ja näitä asioita..." (Haastattelu 1, s.13)

Toinen kuvauskategoria, **ehdottava**, näyttäytyi asiantuntijapainotteisena. Asiantuntijoiden ja kuntoutujan välillä tapahtui vuorovaikutusta ja kuntoutujaakin kuunneltiin. Asiantuntijat toivat tavoitevaihtoehdot johdatellen ja kuntoutuja sai valita niistä. Asiantuntijoilta tuli tarkentavia kysymyksiä ja vaihtoehtoja. Johdattelua jouduttiin käyttämään tilanteen mukaan enemmän ja vähemmän riippuen kuntoutujasta. Asiantuntijat olivat helposti epävarmoja siitä, tuliko kuntoutujaa kuitenkin ohjailtuakin liikaa. Kuntoutujan osallisuus näyttäytyi vielä niukkana, koska he saivat vain valita valmiista vaihtoehdoista.

”...sit hän vois vastata siihen että joo tai ei...” (Haastattelu 1, s.4)

”Että täältäähän vaan tuli sitten tarkentavia kysymyksiä ja vaihtoehtoja. Sit hän niistä rakenteli, mietti että mikä on.” (Haastattelu 9, s.11)

Ilmapiiri ilmeni hyväksyvänä, ei aliarvioivana. Kuntoutuja sai kertoa mielipiteitään, vaikka asiantuntijoilla saattoikin olla oma näkemyksensä asiasta.

”... ei sillä tavalla haluttu mitenkään niinku aliarvioida tai kyseenalaistaa niinku huonolla tavalla hänen kommenttejaan...” (Haastattelu 8, s.9)

”Arvostetaan sitä hänen näkemyksiä... vaikka se ei ehkä ihan niin ollut asia.” (Haastattelu 9, s.8)

Kolmas kuvauskategoria, **tukea antava**, näyttäytyi kuntoutujakeskeisenä ja näkökulmaltaan jo laajempaan. Se ilmeni molemminpuolisena vuorovaikutuksena, jossa molemmilla oli selkeät roolit. Kuntoutujan rooli oli tuoda esiin omia ajatuksia, niille annettiin tilaa ja niitä arvostettiin. Asiantuntija oli enemmän menetelmän osaaja ja kuntoutujaa tukeva ja rohkaiseva. Asiantuntijat tukivat kuntoutujaa päätöksenteossa ja he halusivat, että tavoite tulee kuntoutujalta itseltään. Kuntoutujan osallisuus tuli selkeästi esille.

” Että tää on hänelle tärkeä, että mä en välttämättä jos hän haluaa sen sinappipurkin niin mä en työnnä sitä ketsuppia sitte hänelle että ota tää on sulle hyväks.” (Haastattelu 7, s.2)

”Mutta hän oli niin ku se asiantuntija ja me oltiin niitä niinku niitä mitä tässä pitää tapahtua tämän tunnin aikana...” (Haastattelu 2, s.7)

Ilmapiiri ilmeni sallivana ja arvostavana. Kuntoutuja sai kertoa vapaasti mielipiteensä ja ne otettiin huomioon. Asiantuntijat arvostivat kuntoutujan mielipiteitä ja halusivat, että kuntoutuja itse valitsee ja päättää tavoitteen.

”Musta tää oli rento että jokainen uskalsi sanoa mitä ajattelee, salliva.” (Haastattelu 6, s.7)

”...että hän ite tois ne omat asiat esille, ettei se tulis meiltä vaan se tulis häneltä.”

(Haastattelu 7, s.12)

Neljäs kuvauskategoria, **mukaan ottava**, ilmeni laajimpana näkökulmana. Se ilmeni molemmin puolisena vuorovaikutuksena, mutta yhteisenä päätöksentekona. Asiantuntijat ja kuntoutuja pohtivat tasavertaisina kuntoutujalta lähteviä tavoitevaihtoehtoja löytäen yhteisen tavoitteen, mihin pyrkiä. Kummallakaan ei ollut päätöksenteossa selvää yksittäistä roolia, vaan päätös oli yhteinen.

”Nous kuitenkin sillee useampiaki asioita, joista tavallaan päästiin niinku valitsemaanki...”

(Haastattelu 2, s.2).

”...meidän oli helppo löytää se tavoite ja me löydettiin yks tavoite ja tehtiin siitä noi.”

(Haastattelu 2, s.3).

Ilmapiiri ilmeni myös sallivana, arvostavana ja kaikilla nähtiin olevan sama päämäärä. Yhteiset tavoitteet nähtiin tuovan kuntoutujaa lähemmäs asiantuntijoita.

”...kyl me ollaan silloin niin tavallaan, että kaikki värittää sitä samaa kukkaa.” (Haastattelu 7, s.23).

”Ja just tää et tietää mitä kohti yhdessä mennään. Tuo sen potilaan lähemmäksi, henkilökohtaisemmaksi hoitajalle.” (Haastattelu 13, s.9).

Kategorioiden väliset erot näkyivät selkeästi. Jokaisessa kategoriassa ilmeni sekä asiantuntijan, että kuntoutujan rooli, mutta myös kuntoutujan osallisuus. Lisäksi nähtiin ilmapiirin erilaisuus. Kategorioiden välisillä eroilla pystyttiin osoittamaan, miten erilaiset näkökulmat vaikuttivat kuntoutujan osallistumiseen. Ensimmäinen kategoria, saneleva, ja

toinen kategoria, ehdottava, erosivat selkeästi kolmannelta ja neljänneltä, tukea antava- , ja mukaan ottava -kategorioista, koska olivat selkeästi asiantuntijakeskeisiä ja näkökulmiltaan kapeampia. Ensimmäisessä, saneleva-kuvauskategoriassa, oli merkittävästi yhdensuuntaista viestintää, eli asiantuntijan päätösvaltaa. Toisessa, ehdottava-kuvauskategoriassa, asiantuntija kuunteli jo kuntoutujaa, mutta ei ottanut välttämättä kuntoutujan tuomia mielipiteitä huomioon. Asiantuntija toi edelleen vaihtoehdot, johdatteli ja sanoitti. Kolmas, tukea antava – kuvauskategoria, oli selkeästi kuntoutujakeskeinen. Se otti huomioon kuntoutujan mielipiteet, arvosti niitä ja piti kuntoutujan roolin selkeästi tärkeänä. Neljäs kuvauskategoria, mukaan ottava, erosi tukea antavasta siinä, että päätös tavoitteesta oli selkeästi yhteinen. Voitiin puhua kollektiivisuudesta. Kuntoutujakeskeisyys ja kollektiivisuus vaikuttivat merkittävästi kuntoutujan osallisuuden lisääntymiseen. Kollektiivisuudella voitiin saavuttaa kuitenkin päätös, jota molemmat olivat yhdessä pohtineet ja sen voitiin nähdä tuovan kuntoutujaa lähemmäs asiantuntijaa. Molempien erilliset roolit tukea antava -kuvauskategoriassa jättivät kuntoutujan ja asiantuntijan hieman erilleen toisistaan.

8 POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millaisia näkökulmia asiantuntijoilla on kuntoutujan osallistumiseen tavoitteen asettamisprosessissa. Aineistosta löydettiin neljä erilaista kuvauskategoriaa, jotka ovat asiantuntijoiden näkökulmia, joita he käyttivät tavoitteenasettamisprosessissa. Esiin nousseita kuvauskategorioita vertaillen löydetään tekijöitä, jotka lisäsivät tai vähensivät kuntoutujan osallisuutta. Tutkimus tuotti uutta tietoa, jota voidaan hyödyntää opetuksellisesti. Kategorioita voidaan käyttää oman toiminnan kehittämisen apuvälineenä. Osallisuutta painotetaan monella muuallakin osa-alueella esimerkiksi gerontologian puolella. Tämän tutkimuksen tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää myös muilla alueilla, kun halutaan lisätä osallisuutta.

Tutkimustulosten tarkastelua

Tutkimuksessa nousi esiin asiantuntijan oma rooli tavoitteen asettamisessa. Rooli saattoi olla alusta lähtien vahva, tavoitteen ollessa jo valmiiksi valittu. Rooli oli vahva senkin vuoksi, että kuntoutujalta itseltään ei noussut vaihtoehtoja. Lloydin ja kollegoiden (2014) mukaan asiantuntijoiden näkökulmasta tavoitteen asettamiseen vaikuttaa nimenomaan asiantuntijoiden oma rooli ja kuntoutujien yksilölliset erot. Tutkimuksessa kuntoutujien yksilölliset erot erottuivat selvästi, toisten kuntoutujien ollessa selvästi toisia kuntoutujia avoimempia. Asiantuntijat joutuivat käyttämään johdattelua tilanteen mukaan riippuen juuri kuntoutujan ulosannista. Aiempien tutkimusten mukaan yksilöllisyyden merkitys korostuu juuri tässä vaiheessa (Lloyd ym. 2014, Zimmermann ym. 2014). Asiantuntijoilla on tärkeä rooli huomioida kuntoutujien erilaisuus. Kaikki eivät esimerkiksi uskalla tuoda omaa näkemystään esille tai sitä on vaikea saada esille. Asiantuntijoiden tulisikin löytää keinot, joiden avulla voisivat tukea kuntoutujaa tuomaan mielipiteensä rohkeasti esille, jos näkevät kuntoutujan jäävän enemmän sivustakatsojaksi. Parempiin kuntoutustuloksiin voidaan päästä tukemalla kuntoutujaa ottamaan aktiivisempaa roolia prosessissa (Tripicchio ym. 2009).

Tutkimuksessa ilmeni, että vaikka kuntoutujaa kuunneltiin, asiantuntijoilla saattoi olla selkeä käsitys valmiina siitä, mikä tavoitteen tulisi olla. Sugayanamin ja kollegoiden (2013) sekä Brownin ja kollegoiden (2014) mukaan asiantuntijan näkemys tavoitteista voi poiketa

huomattavasti kuntoutujan omasta näkemyksestä. Asiantuntijat eivät aina kykenekään tunnistamaan kuntoutujan fyysisiä ja psyykkisiä tarpeita toipumisessa (Lui & MacKenzie 1999). Kuntoutujakeskeisyyttä painotetaan tavoitteen asettamisessakin entistä enemmän, mutta ovatko kuntoutujan omat näkemykset tavoitteesta välttämättä aina oikeat. Kuntoutujan omat näkemykset tavoitteista eivät välttämättä ole realistisia ajatellen esimerkiksi aivohalvauksesta johtuvia toiminnanvajauksia ja kotiin paluuta. Kotiolot voivat tuottaa esimerkiksi vaikeuksia liikkumiseen, mutta kuntoutuja ei pysty sitä välttämättä hahmottamaan. Lisäämällä kuntoutujan tietoisuutta sairaudesta ja kuntoutuksesta, voidaan samalla parantaa kuntoutujan osallisuutta tavoitteen asettamiseen (Holliday ym. 2006, Leach ym. 2010, Sugavanam ym. 2013).

Lisäksi tutkimuksessa ilmeni, että vuorovaikutuksella on merkitystä tavoitteenasettamiseen. Esimerkiksi ensimmäisessä, sanelevassa kategoriassa, vuorovaikutus kuntoutujan ja asiantuntijoiden välillä ilmeni yksisuuntaisena, asiantuntijan ollessa pääosassa. Kolmas ja neljäs kategoria, tukea antava ja mukaan ottava, nähtiin kaksisuuntaisena vuorovaikutuksena, jokaisen osallisen saadessa tuoda oman näkemyksensä esille. Vuorovaikutuksen merkitystä tukee Phillipsin ja kollegoiden (2013) sekä Winsteinin ja kollegoiden (2016) tutkimukset, jotka näkevät vuorovaikutuksen eri tahojen kesken tärkeänä osana tavoitteen asettamisessa. Vuorovaikutuksen voidaan nähdä olevan kuitenkin haasteellista (Sugavanam ym. 2013, Lloyd ym. 2014) ja sitä kehittämällä saadaan kuntoutujan tavoitteetkin paremmin esille (Brown ym. 2014, Burton ym. 2015). Vuorovaikutus on kaikessa toiminnassa keskeistä. Ilman sitä ei toinen osapuoli saa tietoonsa toisen osapuolen näkemystä. Kaikkia osapuolia tyydyttävää lopputulosta on vaikea saavuttaa, jos tiedonkulku ei toimi.

Tutkimustulosten mukaan parhaiten kuntoutujan osallisuus ilmeni kolmannessa ja neljännessä kategoriassa, tukea antavassa ja mukaan ottavassa. Asiantuntijat näkivät kuntoutujan roolin olevan tavoitteen tuomisessa ja sitä haluttiin tukea. Asiantuntijat näkivät itsensä kuntoutujan kanssa tasavertaisina ja päätös tavoitteesta haluttiin tehdä yhdessä. Ilmapiiri ilmeni arvostavana ja sallivana. Parempiin kuntoutustuloksiin päästään voimaannuttamalla kuntoutujaa (Kåringen ym. 2011) ja vahvistamalla uskoa omiin mahdollisuuksiin (Rouvinen-Wilenius ym. 2011). Asiakaslähtöisyydellä nähdään myös olevan positiivisia vaikutuksia kuntoutustuloksiin (Gardner ym. 2016). Asiantuntijoiden lähestymistavalla pystytään vaikuttamaan mitä suurimmassa määrin kuntoutujan osallisuuteen. Kun ilmapiiri on

arvostava, kuntoutujaa kuunnellaan oikeasti, ja kun kuntoutuja kokee, että hänet otetaan mukaan, voidaan paremmin saavuttaa kaikkien yhteinen tavoite.

Potilaan itsemääräämisoikeus on määritelty laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992). Sitä vasten katsoen kuntoutujalla on oikeus osallistua häntä koskevaan päätöksentekoon. Nimenomaan asiakaslähtöisessä kuntoutuksessa kuntoutuja on aktiivinen toimija, jolla on oikeus olla mukana suunnittelussa ja päätöksenteossa (Cott 2004). Autonomiaa painotetaan eri osa-alueilla terveydenhuollossa. Niinpä sen toteutumista tulisikin tukea. Tämän tutkimuksen tutkimustuloksia voidaan hyödyntää eri osa-alueilla, jotta potilaan osallisuutta päätöksentekoon voitaisiin parantaa. Olkoon kyseessä kuntoutus tai hoitomuodoista päättäminen. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää myös ennaltaehkäisevään työhön, kuten esimerkiksi ikäihmisten ryhmätoimintaan, jossa pyrkimyksenä on ennaltaehkäistä syrjäytymistä ja vähentää samalla riskiä sairastua muistisairauksiin. Tärkeää toiminnassa on se, että ikäihmiset saavat itse päättää toiminnan sisällöstä, koska tällöin toiminta on mielekkäämpää. Ryhmän vetäjien lähestymistapa ratkaisee samalla tavoin, kuin kuntoutuksen tavoitteen asettamisessa. Mitä enemmän ikäihmisten toiveet ja mielipiteet huomioidaan, sitä vahvempaa on ikäihmisten osallisuus.

Shier (2001) jakaa osallisuuden viiteen tasoon (kuva 4) ja jo ensimmäisestä tasosta lähtien osallisuus ilmenee ja kasvaa portaalta portaalle. Tutkimuksesta löytyneiden kuvauskategorioiden mukaan kuntoutujan osallisuus alkaa ilmentyä vasta toisessa kategoriassa, mutta kasvaa samalla tavalla (hierarkkisesti) tasolta toiselle. Shierin (2001) mallin ensimmäisellä portaalla tullaan jo kuulluksi. Tässä tutkimuksessa kuulluksi tuleminen ilmeni vasta toisessa kategoriassa. Shierin (2001) mallin toisella portaalla on mahdollisuus ilmaista mielipiteensä ja kolmannella portaalla mielipiteet huomioidaan. Tutkimuksesta löytyneistä kategorioista, toisella, sai ilmaista mielipiteensä, mutta asiantuntijoilla oli kuitenkin vahvasti oma mielipiteensä asiasta. Mielipiteiden huomiointia tapahtui kolmannessa kuvauskategoriassa. Päätöksentekoprosessiin osallistumista ja vallan ja vastuun jakamista tapahtuu Shierin (2001) mallin neljännellä ja viidennellä portaalla. Nämä näkyivät selkeästi tutkimuksen kolmannessa ja neljännessä kuvauskategoriassa.

Shier (2001) puhuu joka portaan kohdalla sitoutuneisuuden asteista, jotka ovat välttämättömiä, että osallisuus toteutuisi. Sitoutuneisuuden tasot: *avautuminen* (esim. omalla

toiminnalla ollaan valmiita lisäämään kuntoutujan osallisuutta kiinnittämällä systemaattisemmin huomiota kuntoutujan aloitteisiin), *mahdollistaminen* (esim. onko keinoja tuoda osallisuus näkyväksi tiedon ja taidon avulla) ja *velvollisuus* (esim. kun toimintatavat on sisäistetty ja viety osaksi toimintakulttuuria). Tutkimustuloksia näihin peilaten voidaan havaita, että sitoutuneisuuden asteet eivät aina toteudu. Asiantuntijoiden oma toiminta näyttää myös tutkimuksen mukaan vaikuttavan osallisuuden ilmenemiseen ja nimenomaan tärkeää olisikin kiinnittää huomiota omiin toimintatapoihin ja niiden kehittämiseen. Tietoa ja taitoja lisäämällä voidaan lisätä asiantuntijoiden osaamista. Toimintatapojen muutos ja niiden sisäistäminen ei tapahdu helposti. Asiantuntijoissa on yksilöllisiä eroja, kuten kuntoutujissakin. Tutkimuksessa kävi ilmi asiantuntijoiden omien työskentelytapojen arviointia. Jotkut asiantuntijat alkoivat pohtia, miten he aiemmin ovat kyseisessä tilanteessa toimineet ja miten he nykyisin toimivat, kun ovat saaneet koulutusta. Huomattavissa oli joidenkin osalta selvää työskentelytapojen muutosta.

Tutkimuksen luotettavuus

Kuntoutujan osallisuuden merkitystä kuntoutuksessa on alettu painottaa entistä enemmän ja sen toteutumiseen on alettu kiinnittää huomiota. Tämä tutkimus tuotti uutta tietoa asiantuntijoiden näkökulmista ja niiden vaikutuksesta kuntoutujan osallisuuden ilmenemiseen. Tuloksia voidaan hyödyntää näin ollen opetuksellisena välineenä asiantuntijoiden työskentelytapojen kehittämisessä.

Tutkimusmenetelmäksi valittiin fenomenografia, koska tutkimuskohteena oli laadullista tutkimusta edellyttävä ilmiö ja tarkoituksena tutkia asiantuntijoiden näkökulmia. Fenomenografista lähestymistapaa hyödynnettiin aineiston analyysissä. Tutkimuksessa olen pyrkinyt kuvaamaan tutkimusprosessin kulun selkeästi ja avoimesti. Analyysin tueksi olen liittänyt keskeisimpiä ja kuvaavampia sitaatteja aineistosta. Analyysivaiheessa palasin useamman kerran aineistoon, että pystyin varmistumaan oikeista merkityksistä lukemalla lauseet niiden laajemmassa kontekstissa. Tutkimuksen alussa hahmoteltiin yhdessä toisen tutkijan kanssa alustavia kuvauskategorioita merkityksyksiköitä yhdistelemällä, jotta analyysin johdonmukainen eteneminen varmistettiin. Analyysin lopussa varmistettiin vielä kahden tutkijan kanssa varsinaiset kuvauskategoriat, ja niiden väliset selkeät erot.

Tutkimusaineisto oli valmiiksi kerätty ja litteroitu. Aineisto oli kerätty ryhmähaastatteluun, joissa kussakin haastattelussa oli kolme asiantuntijaa. Haastatteluja oli yhteensä kaksikymmentä, joista kolmetoista analysoitiin. Analyysiin valitsin systemaattisesti ensimmäiset kymmenen haastattelua. Analyysin luotettavuuden varmistamiseksi kävin läpi vielä seuraavat kolme haastattelua, joista ei noussut enää esiin uutta tietoa. Laadullisessa tutkimuksessa puhutaan tällöin aineiston kylläntymisestä eli saturaatiosta. Tutkittavat olivat kuntoutukseen osallistuvia asiantuntijoita (fyioterapeutteja, toimintaterapeutteja ja sairaanhoitajia), joilla oli kokemusta ja asiantuntijuutta kuntoutuksesta. Tutkimuksen vahvuutena oli selkeästi aidosta haastattelusta saatu aineisto.

Tutkimuksen heikkoutena voidaan pitää tutkijan kokemattomuutta fenomenografiasta. Haasteena oli rajallinen aika omaksua tutkimusmenetelmää. Luotettavuuteen kiinnitettiin kuitenkin huomiota käyttämällä analyysissä mukana toisia tutkijoita. Tutkimuksessa käytettiin paljon kansainvälisiä artikkeleita ja niiden luotettavuuteen pyrin kiinnittämään huomiota. Toimitettuja lähteitä käytin myös, mutta valiten vain tutkimuksen kannalta merkitykselliset teokset.

Tutkimuksen eettisyys

Hyvän tutkimuksen eettiset periaatteet ovat toteutuneet tutkimuksessa. Tutkimuslupa ja eettisen toimikunnan puoltava lausunto (K-S shp:n Dnro 3E/2014 24.6.2014) hankittiin ennen tutkimuksen aloittamista. Tutkimuksessa noudatettiin Helsingin julistuksen periaatetta. Tutkimukseen valittiin mukaanotto- ja poissulkukriteerien perusteella akuutisti sairastuneita kuntoutujia (liite 1), joilta pyydettiin erikseen allekirjoitettu suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Lisäksi asiantuntijoilta pyydettiin suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Tutkittavat ovat osallistuneet tutkimukseen vapaaehtoisesti. Tutkimusraportissani tutkittavien henkilöllisyys ei käy ilmi missään kohdassa, eikä raportoinnissa ole käytetty sellaista tietoa, minkä perusteella tutkittavat voisivat paljastua.

Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimuksen johtopäätöksenä todetaan, että asiantuntijoiden näkökulma vaikuttaa kuntoutujan osallisuuden ilmenemiseen tavoitteenasettamisprosessissa. Tulosta voidaan

hyödyntää opetuksellisena välineenä asiantuntijoiden työskentelytapojen kehittämisessä. Tutkimus hyödyttää sekä kuntoutujia, että asiantuntijoita. Asiantuntijat pystyvät kehittämään toimintatapojaan ja saamaan kuntoutujaa entistä enemmän mukaan päätöksentekoon. Kuntoutujan näkökulmasta uskallus tuoda omia mielipiteitä esille voi riippua siitäkin, millä tavalla asiantuntija suhtautuu kuntoutujaan. Kun lähestymistapa on selvästi arvostava ja mukaan ottava, kuntoutuja pystyy paremmin tuomaan hänelle tärkeät asiat esille. Tämä on tärkeää myös kuntoutumisen lopputuloksen kannalta. Gerontologian näkökulmasta ikäihmisten osallisuutta painotetaan monella eri osa-alueella. Tämä tutkimus antaa välineitä osallisuuden kehittämiseen muuallekin, kuin kuntoutujan osallisuuden lisäämiseen. Tutkimusaiheen voidaan sanoa olevan ajankohtainen. Siksi jatkossa olisi hyödyllistä selvittää, miten erilaiset lähestymistavat vaikuttavat kuntoutustuloksiin sekä tutkia kuntoutujien käsityksiä asiantuntijoiden työskentelytavoista ja niiden merkityksestä kuntoutusprosessissa.

LÄHTEET

- Almborg, A-H., Ulander, K., Thulin, A., Berg, S. 2009. Discharge Planning of Stroke Patients: the Relatives' Perceptions of Participation. *Journal of Clinical Nursing* 18, 857–865.
- Autti-Rämö, I., Vainiemi, K., Sukula, S. 2015. Tavoitteiden laatiminen. Teoksessa S. Sukula & K. Vainiemi (toim) GAS-menetelmä, käsikirja, versio 4. Kela.
- Bachmann, S., Finger, C., Huss, A., Egger, M., Stuck, A.E., Clough-Gorr, K.M. 2011. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomized control trials. *British Medical Journal* 340, c1718.
- Baker, J. 1997. Phenomenography: an alternative approach to researching the clinical decision-making of nurses. *Nursing Inquiry* 4, 41-47.
- Bennett, A.H., Hassinger, J.A., Gold, M: 2015. Developing Patient-Centered Teams: The Role of Sharing Stories About Patients and Patient Care. *Families, Systems, & Health* 33 (3), 203–212.
- Baker, S.M., Marshak, H.H., Rice, G.T., Zimmerman, G.J. 2001. Patient Participation in Physical Therapy Goal Setting. *Physical Therapy* 81 (5), 1118-1126.
- Bouffoulox, E., Arnould, C., Thonnard, J-L. 2008. Satis-stroke: a Satisfaction Measure of Activities and Participation in the Actual Environment Experienced by Patients with Chronic Stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine* 40, 836–843.
- Bovend'Eerd, T.J.H., Botell, R.E., Wade, D.T. 2009. Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide. *Clinical Rehabilitation* 23, 352–361.
- Brown, M., Levack, W., McPherson, K.M., Dean, S.G., Reed, K., Weatherall, M., Taylor, W.J. 2014. Survival, momentum, and things that make me “me”: patients'perceptions of goal setting after stroke. *Disability & Rehabilitation* 36 (12), 1020-1026.
- Burton, C.R., Horne, M., Woodward-Nutt, K., Bowen, A., Tyrrell, P. 2015. What is rehabilitation potential? Development of a theoretical model through the

- accounts of healthcare professionals working in stroke rehabilitation services. *Disability & Rehabilitation* 37 (21), 1955–1960.
- Clarke, D.J. 2013. Nursing practice in stroke rehabilitation: systematic review and meta-ethnography. *Journal of Clinical Nursing* 23, 1201–1226.
- Cott, C.A. 2004. Client-centred rehabilitation: client perspectives. *Disability and Rehabilitation* 26 (24), 1411-1422.
- Doig, E., Fleming, J., Kuipers, P., Cornwell, P.L. 2010. Comparison of rehabilitation outcomes in day hospital and home settings for people with acquired brain injury – a systematic review. *Disability and Rehabilitation* 2010, 32 (25), 2061–2077.
- Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D., McAuliffe, L., Nay, R., Chenco, C. 2011. Job satisfaction amongst aged care staff: exploring the influence of person-centered care provision. *International Psychogeriatrics* 23 (8), 1205–1212.
- Frain, M.P., Rosenthal, D.A., Ferrin, J.M., Wampold, B.E. 2006. A Meta-Analysis of Rehabilitation Outcomes Based on Education Level of the Counselor. *Journal of Rehabilitation* 72 (1), 10-18.
- Gardner, T., Refshauge, K., McAuley, J., Goodall, S., Hubscher, M., Smith, L. 2016. Patient-led Goal Setting. A Pilot Study Investigating a Promising Approach for the Management of Chronic Low Back Pain. *Spine* 41 (18), 1405 – 1413.
- Graven, C., Brock, K., Hill, K., Joubert, L. 2011. Are rehabilitation and/or care co-ordination interventions delivered in the community effective in reducing depression, facilitating participation and improving quality of life after stroke? *Disability and Rehabilitation* 33 (17–18), 1501–1520.
- Haimi, T. & Hurme, J. 2007. Sosiaalisen kuntoutuksen käsite 1950-luvulta nykypäivään. Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos. Pro gradu – tutkielma. Viitattu 27.12.2016. https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/11547/URN_NBN_fi_jyu-2007344.pdf?sequence=1
- Hart, R.A. 1992. Children`s participation: From tokenism to citizenship. Unicef. Innocenti essays nro 4.
- Harvey, L.A., Adams, R., Chu, J., Batty, J., Barratt, D. 2012. A comparison of patients` and physiotherapists` expectations about walking post spinal cord injury: a longitudinal cohort study. *Spinal Cord* 50, 548– 552.

- Hellman, T., Jonsson, H., Johansson, U., Tham, K. 2013. Connecting rehabilitation and everyday life – the lived experiences among women with stress-related ill health. *Disability and Rehabilitation* 35 (21), 1790–1797.
- Holliday, R. C., Ballinger, C., Playfors, E.D. 2006. Goal setting in neurological rehabilitation: Patients' perspectives. *Disability and Rehabilitation* 29 (5), 389 – 394.
- Huusko, M. & Paloniemi, S. 2006. Fenomenografia laadullisena tutkimussuuntauksena kasvatustieteissä. *Kasvatus* 37 (2), 162-173.
- Jeglinsky, I., Brogren, E., Autti-Rämö, I. 2014. How are actual needs recognized in the content and goals of written rehabilitation plans? *Disability and Rehabilitation* 36 (6), 441–451.
- Jeglinsky, I., Karhula, M., Autti-Rämö, I. 2013. Kuntoutusprosessi kuntoutujan arvioimana. *Kuntoutuja* 4, 37-52.
- Jucks, R., Paus, E., Bromme, R. 2012. Patients' medical knowledge and health counseling: What kind of information helps to make communication patient-centered? *Patient Education and Counseling* 88, 177-183.
- Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2008. Kuntoutuskäsityksen muutos ja asiakkuuden muotoutuminen. Teoksessa P. Rissanen, T. Kallanranta & A. Suikkanen (toim.) *Kuntoutus*. 2. painos. Helsinki: Otavan kirjapaino, 51-62.
- Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2011. *Kuntoutuksen perusteet*. 5. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.
- Järvikoski, A. 2013. Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:43.
- Kela. 2016. GAS- menetelmä. Viitattu 16.10.2016. <http://www.kela.fi/gas-menetelma>
- Kerr, P. 2012. Stroke rehabilitation and discharge planning. *Nursing Standard* 27 (1), 35-39.
- Kostanjsek, N. 2009. Implementation of ICF and ICF-CY in Italy. *Disability and Rehabilitation* 31 (S1): S1–S3.
- Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma. 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:19.
- Kuntoutusselonteko. 2002. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:6.
- Kåringen, I., Dysvik, E., Furnes, B. 2011. The elderly stroke patient' s long-term adherence to physiotherapy home exercises. *Advances in Physiotherapy* 13, 145–152.
- Körner, M., Ehrhardt, H., Steger, A-K. 2013. Designing an interprofessional training program for shared decision making. *Journal of Interprofessional Care* 27, 146–154.

- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992. 6 pykälä/ 17.08.1992/785.
- Laukkala, T., Tuomi, J., Sukula, S. 2015. Menetelmän taustaa. Teoksessa S. Sukula, K. Vainiemi & T. Laukkala (toim.) GAS menetelmästä sovellukseen. Kelan tutkimusosasto. Helsinki: Juvenes print, 11-13.
- Leach, E., Cornwell, P., Fleming, J., Haines, T. 2010. Patient centered goal-setting in a subacute rehabilitation setting. *Disability and Rehabilitation* 32 (2), 159–172.
- Lloyd, A., Roberts, A.R., Freeman, J.A. 2014. ‘Finding a Balance’ in Involving Patients in Goal Setting Early After Stroke: A Physiotherapy Perspective. *Physiotherapy Research International* 19, 147-157.
- Lohse, K., Lang, C.E., Boyd, L.A. 2014. Is More Better? Using Metadata to Explore Dose–Response Relationships in Stroke Rehabilitation. *Stroke* 45, 2053-2058.
- Lui, M.H.L. & MacKenzie, A. E. 1999. Chinese elderly patients` perceptions of their rehabilitation needs following a stroke. *Journal of Advanced Nursing* 30 (2), 391-400.
- Luker, J., Lynch, E., Bernhardsson, S., Bennett, L., Bernhardt, J. 2015. Stroke Survivors` Experiences of Physical Rehabilitation: A Systematic Review of Qualitative Studies. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 96, 1698-708.
- Maclean, N., Pound, P., Wolfe, C., Rudd, A. 2002. The Concept of Patient Motivation A Qualitative Analysis of Stroke Professionals` Attitudes. *Stroke* 33, 444-448.
- Martin, R., Levack, W.M.M., Sinnott, A. 2015. Life goals and social identity in people with severe acquired brain injury: an interpretative phenomenological analysis. *Disability and Rehabilitation* 37 (14), 1234–1241.
- Marton, F. 1981. Phenomenography- Describing conceptions of the world around us. *Instructional Science* 10, 177-200.
- McKillop, A., Parsons, J., Slark, J., Duncan, L., Miskelly, P., Parsons, M. 2015. A day in the life of older people in a rehabilitation setting: an observational study. *Disability and Rehabilitation* 37 (11), 963–970.
- Morone, G., Paolucci, S., Iosa, M. 2015. In What Daily Activities Do Patients Achieve Independence after Stroke? *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases* 24 (8), 1931-1937.
- Morris, J.H., MacGillivray, S., McFarlane, S. 2014. Interventions to Promote Long-Term Participation in Physical Activity After Stroke: A Systematic Review of the Literature. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 95, 956-67.

- Mönkkönen, R-L. 2002. Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena. Vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 94.
- Omu, O. & Reynolds, F. 2014. Religious faith and self-efficacy among stroke patients in Kuwait: health professionals' views. *Disability and Rehabilitation* 36(18), 1529–1535.
- Phillips, J., Kneebone, I.I., Taverner, B. 2013. Breaking bad news in stroke rehabilitation: a consultation with a community stroke team. *Disability & Rehabilitation* 35 (8), 694–701.
- Playford, E.D., Siegert, R., Levack, W., Freeman, J. 2009. Areas of consensus and controversy about goal setting in rehabilitation: a conference report. *Clinical Rehabilitation* 23, 334–344.
- Plewnia, A., Bengel, J., Körner, M. 2016. Patient- Centeredness and its impact on patient satisfaction and treatment outcomes in medical rehabilitation. *Patient Education and Counseling* 99, 2063-2070.
- Portillo, M.C. & Cowley, S. 2010. Working the way up in neurological rehabilitation: the holistic approach of nursing care. *Journal of Clinical Nursing* 20, 1731–1743.
- Rannisto, M., Rosti-Otajärvi, E., Mäntynen, A., Koivisto, K., Huhtala, H., Hämäläinen, P. 2015. The use of goal attainment scaling in neuropsychological rehabilitation in multiple sclerosis. *Disability & Rehabilitation* 37 (21), 1984–1991.
- Rettke, H., Geschwindner, H.M., Van den Heuvel, W.J.A. 2015. Assessment of Patient Participation in Physical Rehabilitation Activities: An Integrative Review. *Rehabilitation Nursing* 40, 209–223.
- Richardson, J.E., Kern, L.M., Silver, M., Jung, H-Y., Kaushal, R. 2016. Physician Satisfaction in Practices That Transformed Into Patient-Centered Medical Homes: A Statewide Study in New York. *American Journal of Medical Quality* 31 (4), 331 –336.
- Routasalo, P., Arve, S., Lauri, S. 2004. Geriatric rehabilitation nursing: Developing a model. *International Journal of Nursing Practice* 2004 10, 207–215.
- Rouvinen-Wilenius, P., Aalto-Kallio, M., Koskinen-Ollonqvist, P., Nikula, T. 2011. Osallisuus osana tasa-arvoa. Teoksessa P. Rouvinen-Wilenius & P. Koskinen-Ollonqvist (toim) Tasa-arvo ja osallisuus väylä terveyteen. *Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja* 9/2011.

- Scobbie, L., Duncan, E.A., Brady, M.C., Wyke, S. 2015. Goal setting practice in services delivering community-based stroke rehabilitation: a United Kingdom (UK) wide survey. *Disability and Rehabilitation* 37 (14), 1291–1298.
- Shier, H. 2001. Pathways to Participation: Openings, opportunities and obligations. A new model for enhancing children's participation in decision-making, in line with article 12.1 of the United Nations Convention on the Rights of the child. *Children & Society* 15, 107-117.
- Schulman-Green, D. J., Naik, A.D., Bradley, E.H., McCorkle, R., Bogardus, S.T. 2006. Goal setting as a shared decision making strategy among clinicians and their older patients. *Patient Education and Counseling* 63, 145–151.
- Seematter-Bagnoud, L., Le'cureux, E., Rochat, S., Monod, S., Lenoble-Hoskovec, C., Bula, C.J. 2013. Predictors of Functional Recovery in Patients Admitted to Geriatric Postacute Rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 94, 2373-80.
- Silva Jesus, T. & Hoenig, H. 2015. Postacute Rehabilitation Quality of Care: Toward a Shared Conceptual Framework. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 96, 960-969.
- Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. 2004. ICF Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. *Stakes Ohjeita ja luokituksia* 2004:4.
- Stanton, R., Adal, L., Dean, C.M., Preston, E. 2015. Feedback Received While Practicing Everyday Activities During Rehabilitation After Stroke: An Observational Study. *Physiotherapy Research International* 20, 166-173.
- Stucki, G., Cieza, A., Melvin, J. 2007. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a Unifying Model for The Conceptual Description of The Rehabilitation Strategy. *Journal of Rehabilitation Medicine* 39, 279–285.
- Sugavanam, T., Mead, G., Bulley, C., Donaghy, M., Van Wijck, F. 2013. The effects and experiences of goal setting in stroke rehabilitation – a systematic review. *Disability & Rehabilitation* 35 (3), 177–190.
- Sukula, S. 2015. GAS-menetelmän käyttö Kelan kuntoutuksessa. Teoksessa S. Sukula & K. Vainiemi (toim) GAS-menetelmä, käsikirja, versio 4. Kela.

- Sukula, S. & Vainiemi, K. 2015. Tavoitteiden laatiminen. Teoksessa S. Sukula, K. Vainiemi & T. Laukkala (toim.) GAS menetelmästä sovellukseen. Kelan tutkimusosasto. Helsinki: Juvenes print, 13-15.
- Taule, T., Råheim, M. 2014. Life changed existentially: a qualitative study of experiences at 6–8 months after mild stroke. *Disability and Rehabilitation* 36 (25), 2107–2119.
- Tholin, H., Forsberg, A. 2014. Satisfaction with care and rehabilitation among people with stroke, from hospital to community care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 28, 822–829.
- Tripicchio, B., Bykerk, K., Wegner, C., Wegner, J. 2009. Increasing Patient Participation: The Effects of Training Physical and Occupational Therapists to Involve Geriatric Patients in the Concerns-Clarification and Goal-Setting Processes. *Journal of Physical Therapy Education* 23 (1), 55-63.
- Turner-Stokes, L. 2009. Goal attainment scaling (GAS) in rehabilitation: a practical guide. *Clinical Rehabilitation* 23, 362–370.
- Turner-Stokes, L., Baguley, I.J., De Graaff, S., Katrak, P., Davies, L., McCrory, P., Hughes, A. 2010. Goal attainment scaling in the evaluation of treatment of upper limb spasticity with botulinum toxin: a secondary analysis from a double-blind placebo-controlled randomized clinical trial. *Journal of Rehabilitation Medicine* 42, 81–89.
- Tuulio-Henriksson, A. & Härkäpää, K. 2015. Motivaatio tavoitteellisen kuntoutuksen taustalla. Teoksessa S. Sukula, K. Vainiemi & T. Laukkala (toim.) GAS menetelmästä sovellukseen. Kelan tutkimusosasto. Helsinki: Juvenes print, 27-31.
- Tyrrell, E.F., Levack, W.M., Ritchie, L.H., Keeling, S.M. 2012. Nursing contribution to the rehabilitation of older patients: patient and family perspectives. *Journal of Advanced Nursing* 68 (11), 2466–2476.
- Tyson, S.F. & Turner, G. 1999. The process of stroke rehabilitation: what happens and why. *Clinical Rehabilitation* 13, 322–332.
- United Nations. 2016. History of United Nations and Persons with Disabilities- the decade of the nineties. Viitattu 29.12.2016. <https://www.un.org/development/desa/disabilities/history-of-united-nations-and-persons-with-disabilities-the-decade-of-the-nineties.html>.

- Van De Weyer, R.C., Ballinger, C., Playford, E.D. 2010. Goal setting in neurological rehabilitation: staff perspectives. *Disability and Rehabilitation* 32 (17), 1419–1427.
- Venetis, M.K., Robinson, J.D., LaPlant Turkiewicz, K., Allen, M. 2009. An evidence base for patient-centered cancer care: A meta-analysis of studies of observed communication between cancer specialists and their patients. *Patient Education and Counseling* 77, 379–383.
- Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P., Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalveluiden kehittämiseen. *Tekesin katsaus* 281/2011. Helsinki.
- Wade, D.T. 2005. Describing rehabilitation interventions. *Clinical Rehabilitation* 19, 811-818.
- Wain, H.R., Kneebone, I.I., Billings, J. 2008. Patient Experience of Neurologic Rehabilitation: A Qualitative Investigation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 89,1366-71.
- White, J., Alborough, K., Janssen, H., Spratt, N., Jordan, L., Pollack, M. 2014. Exploring staff experience of an “enriched environment” within strokerehabilitation: a qualitative sub-study. *Disability and Rehabilitation* 36 (21), 1783–1789.
- Winstein, C.J., Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherney L.R., Cramer, S.C., Deruyter, F., Eng, J.J., Fisher, B., Harvey, R.L., Lang, C.E., MacKay-Lyons, M., Ottenbacher, K.J., Pugh, S., Reeves, M.J., Richards, L.G., Stiers, W., Zorowitz, R.D. 2016. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 47, e98-e169.
- World Health Organization. 1983. International health regulations (1969). Third annotated edition. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization and World Bank. 2011. World report on disability 2011. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. 2016. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Viitattu 29.12.2016. <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
- World Medical Association. 2013. World Medical Association Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *Journal of the American Medical Association* 310 (20), 2191- 2194.

- Young, M.E., Lutz, B.,J., Creasy, K.R., Cox, K., J., Martz, C. 2014. A comprehensive assessment of family caregivers of stroke survivors during inpatient rehabilitation. *Disability and Rehabilitation* 36 (22), 1892-1902.
- Zimmermann, L., Konrad, A., Muller, C., Rundel, M., Körner, M. 2014. Patient perspectives of patient-centered in medical rehabilitation. *Patient Education and Counseling* 96, 98-105.
- Åkerlind, G. 2005a. Variation and commonality in phenomenographic research methods. *Higher Education Research & Development* 24 (4), 321-334.
- Åkerlind, G. 2005b. Phenomenographic methods: A case illustration. Teoksessa J.A .Bowden & P. Green (toim) *Doing developmental phenomenography*. Melbourne: RMIT University Press, 103-110.
- Åkerlind, G., Bowden, J., Green, P. 2005. Teoksessa J.A .Bowden & P. Green (toim) *Doing developmental phenomenography*. Melbourne: RMIT University Press, 74-102.

Tutkimukseen osallistuvien kuntoutujien mukaanotto- ja poissulkukriteerit.

Keski-Suomen keskussairaala

Mukaanottokriteerit:

Kuntoutujan suostumus osallistumiseen.

Kuntoutujalla on mahdollisuudet selviytyä kotona tukitoimien avulla.

Poissulkukriteerit:

Kuntoutujalla on huomattava kognitiivinen tasonlasku (MMSE-pisteet alle 20/30).

Kuntoutujalla on vakava masennus (BDI-// pisteet yli 30/63).

Kuntoutujalla on kliinisesti arvioiden merkittävät afasiaongelmat.

(Alanko, T., Karhula, M., Piirainen, A., Kröger, T., Nikander, R. 2016. Kuntoutujan osallistaminen tavoitteenasettamisprosessiin ja tavoitteiden saavuttamisen arviointiin. Loppuraportti, s.17)

Kuntoutujan nimi:

pvm:

Moniammatillisen tiimin haastattelu

Keskustelemme juuri olleesta tavoitekeskustelusta, jossa oli läsnä [luetellaan henkilöt, jotka olivat läsnä tilanteessa]. Äskeisessä tavoitekeskustelussa kuntoutuja asetti tavoitteeksi (mainitaan ne tai se) ja nyt voitte kertoa vapaasti tuntemuksistanne, näkemyksistänne ja mielipiteistänne siihen liittyen. Keskustelumme on luottamuksellinen ja teidän mielipiteenne eivät tule kuin tämän ryhmän tietoon.

Keskustelun teemoina ovat teidän kaikkien kokemukset tavoitekeskustelusta ja osallistumisestanne tavoitekeskusteluun sekä siihen miten autoitte ja tuitte kuntoutujaa hänen arkeensa nivoutuvien tavoitteiden tunnistamisessa, tavoitteen tarkemmassa määrittelyssä, tavoitteenasettamista auttavien tekijöiden esille tuomisessa (ja mahdollisesti miten omaisen/ läheisen mukanaolo vaikutti tavoitekeskusteluun).

Yleinen kokemus tavoitekeskustelusta

Tunnelmakierros: Miten koit tavoitekeskustelun?

Kuntoutujan osallisuus tavoitteen asettamisprosessissa

Kuulluksi tuleminen:

- Miten kuntoutuja tuli kuulluksi tavoitekeskustelussa? Miten? Miksi ei?
- Mitkä asiat auttoivat ja miten te autoitte kuntoutujaa siinä? Miten olisitte voineet auttaa kuntoutujaa siinä?

Mielipiteiden esille tuominen:

- Miten kuntoutuja sai tuoduksi omat mielipiteet esille?
- Mitkä asiat auttoivat ja miten te autoitte kuntoutujaa siinä? Miten olisitte voineet auttaa kuntoutujaa siinä?
-
- Miten arvostitte ja kunnioititte kuntoutujaa ihmisenä?
- Mitkä asiat auttoivat ja miten te autoitte kuntoutujaa siinä? Miten olisitte voineet auttaa kuntoutujaa siinä?

Näkemyksen huomioon ottaminen:

- Miten kuntoutuja mielipiteet ja toiveet huomioitiin tilanteessa?

- Mitkä asiat auttoivat ja miten te autoitte kuntoutujaa siinä? Miten olisitte voineet auttaa kuntoutujaa siinä?

•

Päätöksenteossa mukana olo:

- Miten kuntoutuja sai tuoda esille omia pohdintoja erilaisia vaihtoehtoja?
 - Mitkä asiat auttoivat ja miten te autoitte kuntoutujaa siinä? Miten olisitte voineet auttaa kuntoutujaa siinä?
-
- Miten kuntoutuja oli päätöksenteossa mukana?
 - Mitkä asiat auttoivat ja miten te autoitte kuntoutujaa siinä? Miten olisitte voineet auttaa kuntoutujaa siinä?

Vallan ja vastuun jakaminen:

- Miten tavoitekeskustelutilanteessa jaoitte valtaa ja vastuuta kuntoutujan kanssa? / Oliko kuntoutujalla mahdollisuus päättää ja ottaa vastuuta?
 - Mitkä asiat auttoivat ja miten te autoitte kuntoutujaa siinä? Miten olisitte voineet auttaa kuntoutujaa siinä?
-
- Mitkä asiat estivät kuntoutujaa osallistumista ja tuomasta omia näkemyksiäsi tavoitekeskusteluun?

Arkeen nivoutuvan tavoitteen tunnistaminen

Miten löysitte kuntoutujan kanssa hänen arjen ongelmiaan?

Miten kuntoutuja sai kerrottua niistä arjen ongelmista, joihin toivoi ratkaisua/ muutosta?

Kuntoutuja asetti tavoitteeksi tämän ja tämän,

- millä tavoin kuntoutujan tavoitteet liittyvät juuri hänen arkeensa? /
- miten tavoitteet tukevat kuntoutujan arkea ja siinä ongelmallisiksi kokemia asioita?

Miten autoitte kuntoutujaa huomaamaan ja kertomaan ne asiat, joihin hän toivoi muutosta/ tukea arjessasi? Miten olisitte voineet tukea kuntoutujaa tuomaan esille arjen ongelmiaan?/

Mikä olisi voinut auttaa?

Tarkasti määritellyn, mitattavissa olevan, saavutettavissa olevan, realistisen ja aikataulutetun tavoitteen määrittely

SMART, GAS-skaalaus

- Kun teitte tämän asteikon joka tavoitteesta, miten koitte sen? (helppo/vaikea)
 - Uskotko, että kuntoutuja saavuttaa tavoitteen /tavoitteet puolessa vuodessa?
 - Mikä auttoi teitä ja miten autoitte kuntoutujaa asteikon laatimisessa ja porrastamisessa? Mikä olisi voinut auttaa?
-

Tavoitteenasettamista auttavat asiat (koonti)

Olemme nyt keskustelleet kuntoutujan tavoitteenasettamisesta ja asioista, jotka auttoivat kuntoutujaa siinä.

- Olette kertoneet, että teitä auttoi tavoitteen asettamisessa...? Ja te autoitte kuntoutujaa tavoitteen asettamisessa
- Onko vielä joitakin muita tekijöitä, jotka auttoivat teitä tukemaan kuntoutujaa ja joita haluatte vielä tuoda esille.

Omaisien/ läheisten mukanaolo tavoitekeskustelussa (mikäli omaisen/läheinen on ollut mukana)

- Miten omaisen/läheinen tuki/auttoi kuntoutujaa tavoitekeskustelussa?
- Miten omaisen/ läheisen mukanaolo esti kuntoutujaa osallistumasta tavoitekeskusteluun?

Roolitus: Kuka sinun mielestäsi vei tilannetta eteenpäin (ammattilainen/-set, kuntoutuja, läheinen)?

- Minkälainen oli oma rooli tilanteessa?
- Minkälainen oli kuntoutujan rooli tilanteessa?
- Minkälainen oli läheisen rooli tilanteessa?

Onko teillä vielä jotakin muuta kerrottavaa tavoitekeskustelusta?

Käydään loppukierros ja jokainen voi sanoa mitä hyviä käytäntöjä olisi hyviä siirtää seuraavalle kerralle ja toimisiko ensi kerralla samalla tavalla vai eri tavalla, miksi? Mikä on päällimmäisin tunne? Kerro yksi asia, jossa onnistuit tällä kertaa.