

Merja Sallinen, Esa Bärlund,
Merja Koivuniemi ja Timo Heinonen
Kohti yhteisiä tavoitteita
GAS-koulutuksen arviointihankkeen loppuraportti

Kirjoittajat

Merja Sallinen, TtT, tiimivastaava, lehtori

Esa Bärlund, TtM, vs. lehtori

Merja Koivuniemi, KM, lehtori

Timo Heinonen, FM, lehtori

Satakunnan ammattikorkeakoulu

Sähköpostiosoitteet: etunimi.sukunimi@samk.fi

© Kirjoittajat ja Kelan tutkimusosasto

Työpapereita-sarjan julkaisut ovat keskustelun avauksia tai alustavia tutkimusraportteja.

www.kela.fi/tutkimus

ISSN 2323-9239

Helsinki 2015

Sisältö

Tiivistelmä.....	4
Alkusanat.....	5
1 Johdanto.....	6
1.1 Aikaisempia tutkimuksia GAS-menetelmän käyttöön otosta Suomessa.....	7
1.2 GAS-koulutuksen rakenne ja sisältö.....	9
2 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimustehtävät.....	10
3 Aineisto ja menetelmät.....	10
3.1 Kyselytutkimus GAS-koulutukseen osallistuneille.....	11
3.2 Kouluttajien haastattelut.....	12
4 Kyselyn tulokset.....	14
4.1 GAS-menetelmän käytettävyys.....	14
4.2 Asiakaslähtöisyys.....	16
4.3 Moniammatillisuus.....	17
4.4 Oppiminen ja koulutus.....	19
4.5 Koulutuksen arviointi.....	21
4.6 Haasteet ja kehittämistarpeet avointen kysymysten vastausten perusteella.....	23
4.6.1 Moniammatillisuus ja yhteistyö.....	23
4.6.2 Ammattikohtaisuus.....	24
4.6.3 Kuntoutujiin liittyvät haasteet.....	25
4.6.4 Kouluttajien osaaminen.....	26
5 Kouluttajien haastattelujen tulokset.....	28
5.1 Koulutusten toteutus.....	28
5.2 GAS-menetelmän käyttöönottoon liittyviä haasteita.....	28
5.2.1 Vastustavat ennakkoasenteet.....	29
5.2.2 Moniammatillinen työskentelyn puute.....	30
5.2.3 GAS-menetelmä ei ole yhteinen työkalu ja kuntoutuksen kokonaistavoite puuttuu...	30
5.2.4 Totutuista rooleista poisoppiminen.....	31
5.2.5 Tavoitteiden arjestamisen ja sanallistamisen vaikeus.....	31
5.2.6 Tavoitteiden tarkoituksenmukaisuuden arviointi.....	32
5.3 GAS-menetelmän käyttöönottoon liittyneitä oivalluksia.....	33
5.4 GAS-koulutuksen liittyviä kehittämistarpeita kouluttajien näkökulmasta.....	33
6 Pohdinta.....	36
6.1 Tulosten tarkastelua.....	36
6.2 Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelua.....	39
7 Yhteenveto: hyvä GAS-koulutuskäytäntö.....	40
Lähteet.....	41
Liitteet.....	44
Liite 1. Sähköinen kysely.....	44
Liite 2. Haastatteluteemat.....	50

Tiivistelmä

Goal Attainment Scaling eli GAS on tavoiteasetannan menetelmä, jonka avulla pyritään ottamaan asiakkaan arki kuntoutuksen lähtökohdaksi. GAS-koulutusta avokuntoutuksen ammattihenkilöille on toteutettu 15 ammattikorkeakoulussa eri puolilla Suomea vuodesta 2011 alkaen. Tämän arviointitutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten koulutuksen suorittaneet ammattilaiset käyttävät GAS-menetelmää ja minkälaisena he kokevat sen käytettävyyden ja hyödynnettävyyden. Lisäksi haluttiin kartoittaa sekä koulutukseen osallistuneiden että kouluttajien näkemyksiä GAS-menetelmästä ja -koulutuksesta ja sen kehittämistarpeista.

Tutkimuksen aineisto koottiin GAS-koulutukseen osallistuneille kuntoutusammattilaisille kohdenetulla sähköisellä kyselyllä ja GAS-kouluttajien haastatteluilla. Kyselyn vastaajista (n = 178) suurin osa ilmoitti kuntoutujien osallistuvan tavoitteiden asettamiseen ja yli puolet vastaajista koki menetelmän parantaneen kuntoutujien kuntoutusmotivaatiota. Yhteistyö hoitovastuutahon kanssa GAS-tavoitteiden suunnittelussa ja asettamisessa on vastausten perusteella melko vähäistä. Vajaa puolet vastaajista arvioi GAS-menetelmän käyttöönoton lisänneen tai syventäneen moniammatillista yhteistyötä. Tarkasteltaessa GAS-menetelmän hallintaa havaittiin, että koulutukseen osallistuneilla näyttäisi olevan vaikeuksia lähtö- ja tavoitetason määrittelyssä, indikaattorien sanallistamisessa sekä T-scoren ymmärtämisessä. Noin kaksi kolmasosaa vastaajista arvioi GAS-koulutuksen vastanneen odotuksia, mutta kaiken kaikkiaan koulutustyytyväisyyden suhteen ammattikorkeakoulukohtaiset erot olivat suuria tilastollisesti merkitsevällä tasolla.

Avoimissa vastauksissa teemoiksi nousivat moniammatillisuus ja ammattikohtaisuus koulutuksen toteutuksessa, kuntoutujiin liittyvät haasteet sekä kouluttajien GAS-osaaminen. Kouluttajien haastatteluissa esille nousivat koulutukseen osallistuneiden vastustavat ennakoasenteet, moniammatillisen työskentelyn puute arjessa, totutuista rooleista poisoppiminen, vaikeus asettaa arkielämälähettäviä ja tarkoituksenmukaisia tavoitteita sekä se, että kuntoutukselta puuttuu usein kokonaistavoite. Kouluttajat olivat syventäneet ja laajentaneet koulutussisältöjä ja muokanneet välitehtäviä kukin omalla tavallaan ja omien ryhmiensä tarpeista lähtien, joten GAS-koulutuksen yhdenmukaisuudesta ei voitane puhua. Raportin yhteenvedona kuvataan hyvän GAS-koulutuskäytännön elementit.

Avainsanat: kuntoutus, tavoitteet, arviointitutkimus, tuloksellisuus

Alkusanat

Asiakkaan osallistuminen oman kuntoutuksensa suunnitteluun on otettu Suomessa yhdeksi kuntoutuksen kehittämiskohteeksi. Kela on ottanut käyttöön Goal Attainment Scaling -menetelmän (GAS) laitostuntoutuksessa jo vuodesta 2007 alkaen. Kelan kustantaman vaikeavammaisten avokuntoutuksen vuonna 2015 voimaatulleessa standardissa menetelmän käyttöä suositellaan ja seuraavaan standardiin se on tulossa pakolliseksi elementiksi. Jotta GAS-menetelmän käyttöönotto tapahtuisi sujuvasti avokuntoutuksessa, nähtiin tarpeellisenä kouluttaa kuntoutuksen palveluntuottajia GAS-menetelmään. Tätä tarkoitusta varten Kela järjesti v. 2011 kouluttaja-koulutuksen ammattikorkeakoulujen opettajille. Koulutukseen osallistui 39 sosiaali- ja terveysalan opettajaa eri ammattikorkeakouluista ja viisitoista ammattikorkeakoulua teki kouluttaja-koulutuksen jälkeen Kelan kanssa sopimuksen GAS-koulutusten järjestämisestä alueellaan. Nyt käsillä oleva raportti kuvaa GAS-koulutuksen arviointihankkeen tuloksia yhtäältä koulutukseen osallistuneiden kuntoutuksen ammattilaisten ja toisaalta kouluttajien näkökulmasta. Arviointitutkimuksen toteuttajana toimi Satakunnan ammattikorkeakoulu (SAMK) ja rahoitus saatiin Kelan hankerahoituksesta. Hankkeen ohjausryhmässä ovat toimineet kehittämispäällikkö Seija Sukula ja asiantuntijalääkäri Kirsi Vainiemi Kelan kuntoutusryhmästä sekä johtava tutkija Anna-Liisa Salminen Kelan tutkimusosastolta. SAMKin nimettyinä edustajina ohjausryhmässä ovat olleet Hyvinvointi-osaamisalueen johtaja Tuula Rouhiainen-Valo ja tutkimuspäällikkö Anne Kärki sekä projektipäällikkönä lehtori Merja Sallinen. Projektsihteerinä toimi aluksi Pia Halttunen ja elokuusta 2014 alkaen Pirjo Tuomi. Lisäksi ohjausryhmän kokouksiin ovat tarpeen mukaan osallistuneet hankkeen tutkijat Merja Koivuniemi, Esa Bärlund ja Timo Heinonen. Lämmin kiitos ohjausryhmälle rakentavasta ohjeistuksesta tutkimuksen eri vaiheissa! Kiitokset myös eri ammattikorkeakoulujen yhteyshenkilöille, joiden panos koulutukseen osallistuneiden tavoittamisessa ja kyselylinkin välittämisessä oli erittäin tärkeä tutkimuksen toteuttamisen kannalta.

Helsingissä elokuussa 2015

Kirjoittajat

1 Johdanto

Kuntoutuksen paradigman kuvataan olevan siirtymässä vajavuusparadigmasta kohti valtaistavaa tai ekologista paradigmaa. Tässä valtaistumisella tarkoitetaan kuntoutujan vaikutusmahdollisuuksien itsemääräämisen ja hallinnan kokemuksen vahvistumista kuntoutuksen myötä sekä huomion kiinnittämistä kuntoutujan voimavaroihin vajavuuksien sijasta (Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämissuunnitelma 2004, 24.) Järvikosken ym. (2009, 21–22) mukaan valtaistava paradigma kysyy myös, millaisissa tilanteissa ja olosuhteissa kuntoutumisprosessia parhaiten edistetään ja nostaa esiin arkielämän eri konteksteissa tapahtuvan toiminnan, joka liittyy luontevasti kuntoutujan elämänpiiriin.

Järvikosken (2013) mukaan kuntoutusprosessin eteneminen suotuisasti pohjautuu siihen, että kuntoutuja otetaan mukaan kuntoutuksen suunnitteluun, päätöksentekoon ja toteutukseen aktiivisena toimijana. Kuntoutujan motivaatiota toimia prosessissa aktiivisesti ylläpitää ja lisää se, että kuntoutuksen tavoitteet ovat yksilöllisiä ja kuntoutujan arkielämän kannalta merkityksellisiä. (Järvikoski 2013, 22–23.) Asiakkaan kuuleminen ja osallistuminen kuntoutuksen tavoitteen asetteluun on keskeinen tekijä kuntoutusmotivaation näkökulmasta, mikä puolestaan luo pohjaa myönteisille ja vaikuttaville kuntoutustuloksille (Turner-Stokes 2009; Puumalainen ym. 2014).

Kelan kustantaman kuntoutuksen järjestelmällisen kehittämistoiminnan eräänä tavoitteena 2000-luvulla on ollut arvioinnin ja mittaamisen menetelmien kehittäminen kuntoutuksen tarpeen ja vaikuttavuuden arviointiin sopiviksi (Autti-Rämö ym. 2010). Goal Attainment Scaling (GAS) on tavoiteasetannan menetelmä, jonka avulla pyritään ottamaan asiakkaan arki ja siinä olevat haasteet kuntoutuksen lähtökohdaksi. GAS-menetelmän keskeinen idea on tulostavoitteiden räätälöinti yksilöllisesti niille elämäalueille, joihin ao. kuntoutusinterventiolla on mahdollista vaikuttaa. (Smith 1994.) GAS-menetelmä on alun perin kehitetty mielenterveyskuntoutuksen tarpeisiin mutta sitä on sittemmin käytetty laajasti erityyppisten kuntoutuksen, sosiaalityön ja hoidon interventioiden tulosten arvioinnissa (Turner-Stokes 2009).

GAS-menetelmässä kullakin kuntoutujalla on omat yksilölliset tavoitteensa mutta niiden saavuttamista arvioidaan standardoidulla menetelmällä. Tavoitteiden tulisi olla kuvattuna siten, että ne ovat yksilöllisiä, mitattavia, kuntoutuksen avulla realistisesti saavutettavissa olevia ja ajallisesti rajattuja (SMART-periaate).

Kullekin tavoitteelle valitaan indikaattori ja laaditaan viisiportainen asteikko, jonka perusteella tavoitteen saavuttamista voidaan arvioida. Asteikolla arvo 0 kuvaa tasoa, joka arvioidaan normaaliolosuhteissa saavutettavan annetussa ajassa. Arvot +1 ja +2 kuvaavat sitä, että tulos on odotettua jonkin verran tai selkeästi parempi. Vastaavasti arvo –1 kuvaa sitä, että vaikka tilanne on parempi kuin ta-

voitteen asettamisen hetkellä, odotettua tasoa ei ole saavutettu. Arvo -2 puolestaan tarkoittaa, että kuntoutujan tilanne kyseisen tavoitteen suhteen on ennallaan tai huonontunut. (Turner-Stokes 2009.)

GAS-menetelmän käytön luotettavuuden kannalta on pidetty tärkeänä sitä, että asiakkaan kanssa työskentelevät ammattilaiset ovat menetelmän käyttöön riittävästi koulutettuja ja sitä, että ohjeistukset ovat yhtenäisiä eri käyttäjien välillä (Cardillo ja Smith 1994). Steenbekin ym. (2010) mukaan GAS-menetelmän luotettavuuden edellytyksenä voidaan pitää myös sitä, että ammattilaiset, jotka osallistuvat tavoitteiden asettamiseen, tuntevat kuntoutujan taustaa ja arkea riittävästi, jotta tavoitteet ovat realistisia ja relevantteja. Tavallisimpana luotettavuutta alentavana tekijänä mainitaan ammattilaisten erilaiset tulkinnat kuntoutujan suoritustasosta suhteessa potentiaaliseen kapasiteettiin. Bovend'Eerdt ym. (2009) huomauttavat, että tavoitteen merkityksellisyys ja sen saavuttamisen vaikeus tulisi ottaa huomioon asteikkoa määriteltäessä. Tällöin kuntoutuja voisi pohtia tavoitteen merkityksellisyyttä arjessaan ja kuntoutuksen ammattilainen arvioida sen vaikeusastetta. Kracny-Pacini ym. (2013) puolestaan korostavat, että GAS tulisi nähdä ennen kaikkea työvälinenä dialogin edistämiseen ja kuntoutujan ja ammattilaisen sitouttamiseen eikä niinkään yhtenä potilastietoihin lisädataa tuottavana mittarina.

1.1 Aikaisempia tutkimuksia GAS-menetelmän käyttöönotosta Suomessa

Lampi-Pyötsiän (2013) mukaan GAS-menetelmän käyttöönottoa kuntoutusprosessissa hankaloittavat muun muassa ajankäyttöön liittyvät ongelmat ja se, että menetelmä ei ole kuntoutusprosessissa kaikkien toimijoiden käytössä. GAS-tietoisuuden epätasaisuus ja niukkuus, käyttöönoton eritahtisuus sekä erilainen käyttö eri organisaatioissa osoittavat kuntoutuksen nykytilan haasteita sekä puutteita eri toimijoiden välisessä yhteistyössä. Raportissa todetaan, että GAS-menetelmän käyttöönotto edellyttää koulutusta ja käytännön perehtymistä. Yhteinen ajatusten vaihto koulutuksen yhteydessä nähtiin ammattilaisten mahdollisuutena tarkastella omaa kuntoutustyötään kriittisesti. (Lampi-Pyötsiä 2013.)

GAS-menetelmän toimivuutta on arvioitu MS-kuntoutujien ryhmämuotoisen moniammatillisen avokuntoutusmallin kehittämis- ja arviointitutkimuksen yhteydessä (Salminen ym. 2014a). Tutkimuksessa todettiin, että GAS-menetelmän avulla voitiin laatia avokuntoutukseen kuntoutujille realistisia, arjesta lähteviä tavoitteita, jotka koettiin hyödyllisiksi kuntoutusprosessin kannalta. Tavoitteiden porrastaminen ja tasojen arvioiminen koettiin osittain haasteelliseksi sekä kuntoutujien että palveluntuottajien mielestä. Haasteelliseksi koettiin myös laadullisten tavoitteiden sanallistaminen sekä se, että GAS-menetelmä ei ollut kuntoutujille entuudestaan tuttu, vaan menetelmän käyttöä

piti opetella kuntoutusprosessin alussa. Tavoitteiden asettelu GAS-menetelmällä nopeutui ja helpotui oppimisen myötä kehittämishankkeen aikana. Tavoitteiden asettamista prosessin alkuvaiheessa vaikeutti tutkimuksen mukaan se, etteivät kuntoutujat tunteneet kyseisen kuntoutusintervention sisältöä eivätkä kuntoutustyöntekijöitä. Myös kuntoutujien terveydentilassa kuntoutusprosessin aikana tapahtuneet muutokset, kuntoutujan kognitiiviset ja motivaatioon liittyvät tekijät olivat vaikuttamassa tavoitteiden asetteluun, muutostarpeeseen ja arviointiin kuntoutusprosessin aikana. (Salminen 2014a.)

Kuntoutujien tuen tarve tavoitteiden tunnistamisessa ja nimeämisessä on tuotu esiin useissa selvietyksissä. Riitta Kurki tarkasteli tutkimuksessaan (2011) GAS-menetelmän käytön toimivuutta mielenterveyskuntoutujien työhönkuntoutuksen tavoitteen asettelussa. Raportissa todetaan, että GAS-menetelmä sopi hyvin yksilöllisten tavoitteiden asettamiseen ja mahdollisti ammatillisen kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnin. GAS-menetelmän avulla määritellyt tavoitteet tuntuivat kuntoutujista konkreettisilta ja niistä oli hyötyä kuntoutusprosessissa. Tavoitteiden nimeämisessä kuntoutajat kokivat tarvitsevansa ohjaajan apua ja riittävästi aikaa. (Kurki 2011.) Salminen (2013) puolestaan tuo esiin tutkimusraportissaan *Kuntoutus näkövammaisten nuoren tukena*, että kuntoutukseen liittyvien tavoitteiden realistinen tunnistaminen ja porrastaminen GAS-asteikolle osoittautuivat kuntoutusprosessiin osallistuneille nuorille ja kuntoutustyöntekijöille vaikeaksi. Erityisen vaikeana pidettiin ääritasojen (-2 ja +2) määrittelyä. Myös joidenkin tavoitteiksi asetettujen arjen toimintojen looginen kuvaaminen ja porrastaminen GAS-menetelmän mukaisesti koettiin raportin mukaan haasteelliseksi. Raportissa tuodaan esiin myös nuorten kuntoutujien tottumattomuus arvioida omia arjen suorituksiaan realistisesti, minkä arvioitiin vaikeuttavan tavoitteen asettelua kuntoutuksessa. (Salminen 2013, 26.)

Salminen ym. (2014b) summaavat *Tules-kurssien standardien kehittäminen* -raportissaan, että GAS-tavoitteiden nimeäminen perustuu realistiseen tavoitteiden tunnistamiseen, jonka pohjalta tavoitteiden asettaminen tapahtuu. Tavoitteiden laatimiselle tulee kuntoutusprosessissa varata tarpeeksi aikaa. Tavoitteet syntyvät kuntoutujan ja kuntouttajien vuoropuhelun tuloksena, ”pikku hiljaa kypsyttellen” ja tavoitteet voivat myös muuttua kuntoutusprosessin kuluessa. Tavoitteiden asettelu tulisikin ymmärtää prosessina. Raportin valossa ryhmämuotoisessa kuntoutuksessa näyttäisi ryhmällä olevan yksilöllisiä tavoitteita yhdenmukaistava vaikutus, jolloin yksilöllisten tavoitteen merkitys prosessissa hämärtyy. (Salminen 2014b.)

Myös kuntoutuslaitoksissa toteutettu selvitys GAS-menetelmän käytöstä ammatillisten kuntoutuksen tavoitteen asettelussa (Ylisassi 2012) antaa viitteitä siitä, että GAS-menetelmän käyttö edellyttää tekijöiltään koulutusta ja opettelua käytännössä asiakkaiden kanssa. Vaikka kuntoutujat pitivät asettamia tavoitteita itselleen pääasiassa merkityksellisinä, osa asetetuista tavoitteista jäi heille ulko-

kohtaisiksi. Kuntoutujille tärkeitä tavoitteita jäi myös kirjaamatta tai niitä kirjattiin muualle kuin GAS-lomakkeisiin. GAS-menetelmän käyttöönotton arvioitiin kuitenkin jämäköittäneen ja tavoitteellistaneen kuntoutustyötä. Raportin mukaan välinekokonaisuutena GAS-menetelmä vaikuttaa koko kuntoutusprosessiin. (Ylisassi 2012.)

1.2 GAS-koulutuksen rakenne ja sisältö

Suomessa Kelan tavoitteena on ollut tuoda GAS-menetelmän avulla yhtenäinen välineistö Kelan kustantaman kuntoutuksen tavoitteiden asetteluun. Kela on ottanut GAS-menetelmän käyttöön laitostuntoutuksessa jo vuoden 2007 standardissa, mutta menetelmää ja käytettäviä lomakkeita on myöhemmin muokattu vastaamaan paremmin alkuperäistä Kiresukin mallia. (Autti-Rämö ym. 2010, 4.) Vuoden 2015 alussa voimaantulleessa vaikeavammaisten avoterapioita koskevassa standardissa GAS-menetelmän käyttöä suositellaan työvälineeksi tavoitteen asetteluun ja asiakkaan osallistamiseen (Kelan avoterapiastandardi).

Vuoden 2011 alussa Kela toteutti kaksipäiväisen GAS-kouluttaja-koulutuksen ammattikorkeakoulujen opettajille. Koulutukseen osallistui 39 sosiaali- ja terveystieteiden opettajaa neljästätoista ammattikorkeakoulusta. Koulutuksessa perehdyttiin GAS-menetelmään ja sen käyttöön kuntoutuksen tavoitteiden laadinnassa ja lopputuloksen arvioinnissa.

GAS-koulutusta varten laaditussa koulutussuunnitelmassa (Sukula ym. 2011) todetaan, että ammattikorkeakoulujen järjestämä GAS-koulutus on laajuudeltaan kolme opintopistettä eli noin 80 tuntia sisältäen etukäteistehtävän, lähiopetusta, välitehtävän sekä omaa oppimista refleктоivan lopputehtävän. Koulutuksen tulee sisältää kolme lähiopetuspäivää ja niiden välissä kurssilaiset tekevät asiakkaalleen tavoitteita GAS-menetelmää käyttäen. Koulutuksen teoreettisessa osuudessa käsitellään GAS-menetelmän perusteiden lisäksi motivaatiota, moniammatillisuutta, osallistavia haastattelumenetelmiä sekä kuntoutujan koko kuntoutusprosessia esimerkiksi ICF-luokittelua hyödyntäen. Koulutussuunnitelmassa mainitaan myös, että GAS-koulutus on oma erillinen kokonaisuutensa eikä siihen sisällytetä muiden menetelmien (esim. ICF) syvällistä koulutusta.

Ammattikorkeakoulut sitoutuivat Kelan kanssa tehdyssä sopimuksessa kukin toteuttamaan vähintään viisi GAS-koulutusta 2011–2015 avoimelle kohderyhmälle edellä kuvatun koulutussuunnitelman mukaisesti. Ryhmäkooksi koulutussopimuksessa määriteltiin maksimissaan 25 henkilöä. Sopimuksen mukaan kustannusten tuli olla osallistujille kohtuulliset ja osallistujien tuli saada todistus koulutuksen suorittamisesta. Kouluttajien edellytettiin olevan GAS-kouluttaja-koulutuksen suorittajiksi.

taneita tai ammattikorkeakoulun järjestämän GAS-koulutuksen käyneitä opettajia. Lisäksi sopimuksessa suositeltiin moniammatillisen työparin käyttöä opettajina. (Sukula ym. 2011)

Vuonna 2014 toteutettiin ammattikorkeakoulujen tuottaman GAS-koulutuksen arviointihanke, jossa tutkimuksen toteuttavana tahona toimi Satakunnan ammattikorkeakoulu ja rahoittajana Kela. Nyt käsillä olevassa raportissa esitetään kyseisen arviointitutkimuksen tulokset.

2 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimustehtävät

Tämän tutkimuksen pitkántähtäimen tavoitteena on kehittää GAS-menetelmää tukemaan kuntoutujan osallisuutta omaa kuntoutustaan koskevassa tavoiteasettelussa ja päätöksenteossa. Arviointitutkimuksen avulla kartoitetaan, miten koulutetut ammattilaiset kokevat osaavansa ohjata asiakasta kuntoutumisen tavoitteiden määrittelyssä ja yksilöllisesti tarkoituksenmukaisten indikaattoreiden löytämisessä, joilla tavoitteiden saavuttamista arvioidaan. Tutkimus antaa siis tietoa menetelmän käytettävyydestä avokuntoutuksessa. Lisäksi tutkimuksessa arvioidaan sekä koulutukseen osallistuneiden että GAS-kouluttajien näkökulmasta niin menetelmää sinänsä kuin koulutuksen sisältöä ja toteutustakin

Tutkimustehtävät olivat:

- selvittää, miten koulutuksen käyneet palveluntuottajat käyttävät GAS-menetelmää
- selvittää, miten palveluntuottajat ovat kokeneet GAS-menetelmän käytettävyyden ja hyödynnettävyyden avokuntoutuksessa
- kartoittaa, millaisia kehittämistarpeita palveluntuottajilla on suhteessa a) GAS-menetelmään ja b) GAS-koulutukseen
- kartoittaa, millaisia kehittämistarpeita GAS-kouluttajilla on suhteessa a) GAS-menetelmään ja b) GAS-koulutukseen.

3 Aineisto ja menetelmät

Tutkimusaineisto koostuu kahdesta osiosta: koulutukseen osallistuneille kohdistetusta sähköisestä kyselystä sekä kouluttajien teemahaastatteluista ja sekä lyhyestä koulutuksen toteuttamisen liittyviä faktoja koskevasta kyselystä (koulutettujen määrä, ryhmien määrä opettajien määrä ja resursointi jne.).

3.1 Kyselytutkimus GAS-koulutukseen osallistuneille

Kyselyn kohderyhmänä ovat GAS-koulutusten osallistujat 15 Kelan kanssa sopimuksen tehneessä ammattikorkeakoulussa.¹ Tutkimus toteutettiin sähköisenä kyselynä siten, että kyselyn linkki lähetettiin (Kelan sopimustietojen perusteella) koulutusta järjestäneille ammattikorkeakouluille, jotka puolestaan toimittivat sen eteenpäin GAS-kursseille osallistuneille. Näin toimittiin henkilötietolain mukaisesti: tutkimuksen toteuttajalla ei ollut mahdollisuutta päästä käsiksi koulutukseen osallistuneiden yksittäisten henkilöiden yhteystietoihin.

Kysely laadittiin yhteistyössä Kelan kuntoutuksen asiantuntijoiden kanssa. Kyselylomakkeesta pyrittiin tekemään mahdollisimman vaivaton ja nopeasti vastattava. Vastaamiseen arvioitiin kuluvan noin 20 minuuttia.

Kyselylomake eteni vastaajien taustatiedoista GAS-menetelmän käyttöön liittyviin kokemuksiin sekä menetelmän osaamista ja GAS-koulutuksen arviointia mittaaviin osioihin. Taustatietoina kysyttiin mm. ammattia, työkokemuksen pituutta, tuotettavien kuntoutuspalveluiden sisältöä ja GAS-koulutuksen ajankohtaa sekä sitä, kuinka pitkään vastaaja on toiminut Kelan maksaman kuntoutuksen tuottajana. Kyselyn kokemuksia ja menetelmän osaamista mittaavassa osiossa käytettiin sekä vaihtoehtokysymyksiä että viisiportaista Likert-asteikkoa lisättynä ”en osaa sanoa” -vaihtoehdolla. Osion kysymykset ryhmiteltiin seuraavien pääotsikoiden alle: asiakaslähtöisyys, moniammatillisuus, käytettävyyys sekä oppiminen ja koulutus. Avoimella kysymyksellä pyydettiin vastaajia kuvaamaan, miten GAS-koulutusta tulisi kehittää ja millaisia jatkokoulutustarpeita heillä on. (liite 1).

Kyselylomakkeessa käytettiin pääsääntöisesti suljettuja kysymyksiä. Suljettujen kysymysten etuna pidetään sitä, että ne ovat vastaajalle nopeita ja vaivattomia vastata ja tutkijalle helppoja analysoida. Toisaalta suljetuissa kysymyksissä vastausvaihtoehdot ovat rajattuja, joten vastaajan voi joskus olla vaikea löytää itselleen sopivaa vaihtoehtoa. (Burns 2000, 559.) Tämän vuoksi onkin tärkeää antaa vastausvaihtoehdoksi myös ”muu, mikä” tai ”en osaa sanoa”. Metsämuurosen (2009, 71) mukaan 5–7-portaista Likert-asteikkoa voidaan hyvin käyttää asenne-, motivaatio- yms. mittareissa. Tällöin skaala on ankkuroitu ääripäihin ”täysin samaa mieltä – täysin eri mieltä”. Burns (2000, 559) toteaa, että Likert-asteikon perusoletus on se, että vastaajat tulkitsevat ”täysin tai osittain samaa mieltä” -vaihtoehdot positiivisemmaksi esitetyn väittämän suhteen kuin ”osittain tai täysin eri mieltä” -vaihtoehdot.

¹ Neljäntoista kouluttajakoulutukseen osallistuneen amkin lisäksi mukana on yksi amk, jonka opettaja oli päteväitynyt muuta kautta GAS-kouluttajaksi.

Sähköinen kysely toteutettiin E-lomakkeella touko-syyskuussa 2014. Alkuperäinen vastausaika päättyi 20.6., johon mennessä saatiin 88 vastausta. Vastausaikaa päätettiin jatkaa syyskuun loppuun saakka. Ammattikorkeakoulujen yhteyshenkilöitä lähestyttiin uudelleen ja heitä pyydettiin lähettämään koulutukseen osallistuneille muistutusviesti ja linkki kyselyyn osallistumista varten. Muistutuskierroksen jälkeen vastauksia saatiin lisää, joten kokonaisvastaajamäärä oli 178 henkilöä.

Määrällinen aineisto analysoitiin käyttäen Tampereen yliopistossa kehitettyä Tixel-tilasto-ohjelmaa jossa hyödynnetään Excel-taulukkolaskentaohjelmiston ominaisuuksia. Tixel-ohjelmaa varten aineiston tulee olla nk. havaintomatriisin muodossa, jossa sarakkeina ovat muuttujat ja riveinä havaintoyksiköt. (Manninen ja Hakanen 2015.) Tässä raportissa tulokset on esitetty yksi- tai kaksiulotteisina jakaumina. Yksiulotteiset jakaumat kuvaavat jonkin tekijän ilmenemisfrekvenssiä kun taas kaksiulotteisissa jakaumissa tarkastellaan kahden muuttujan yhtäaikaista jakautumista. Tällöin tavoitteena on yleensä selvittää, onko muuttujien välillä tilastollista riippuvuutta. Ristiintaulukointia käytetään, kun vähintään toinen muuttujista on kvalitatiivinen. (Manninen ja Hakanen 2015.) Normanin (2010) mukaan pienten aineistojen tilastollisessa analyysissä Likert-asteikkoa voidaan käyttää intervalliasteikon kaltaisesti käyttäen esimerkiksi keskiarvotestausta ristiintaulukoinnissa. Samansuuntaisia vastausluokkia voidaan myös yhdistää 5-portaisesta 3-portaiseksi tilastollista analyysia varten.

Avointen kysymysten etuna pidetään sitä, että vastaajalla on mahdollisuus ilmaista itseään vapaasti, perustella antamia vastauksia ja tuoda esiin näkökulmia, joita tutkija ei ole ennakoanut. (Burns 2000, 572; Domholdt 2000, 206). Avointen vastausten analyysissä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia, jonka periaatteet ja eteneminen on kuvattu tarkemmin haastatteluaineiston analyysin yhteydessä.

3.2 Kouluttajien haastattelut

Kouluttajien haastattelut oli tarkoitus toteuttaa verkossa ryhmähaastatteluina, minkä vuoksi kouluttavien tahojen yhteyshenkilöille lähetettiin syyskuussa 2014 sähköpostitse tiedote kouluttajien haastattelun sisällöstä, toteutustavasta sekä ryhmähaastattelun ajankohdista. Ammattikorkeakouluja pyydettiin ilmoittamaan haastatteluun osallistuvan kouluttajan yhteystiedot ja mikä esitetyistä haastatteluajankohdista olisi sopivin. Yhteisten ryhmähaastatteluajankohden löytymisen osoittautui vaikeaksi, minkä vuoksi päädyttiin tekemään kouluttajille yksilöllisesti teemahaastattelut; yksi haastattelu kustakin haastatteluun halukkuutensa ilmoittaneesta kahdeksasta ammattikorkeakoulusta. Yhtä haastatteluun halukkuutensa ilmoittanutta kouluttajaa ei tavoitettu useista yrityksistä huolimatta, joten haastatteluja toteutettiin seitsemän kappaletta.

Haastattelusta päätettiin jättää pois kysymykset, jotka koskivat esimerkiksi osallistuneiden kokonaismäärää tms. seikkoja, joiden selvittämiseen arvioitiin tarvittavan jonkin verran taustatyötä. Tämän vuoksi kaikille GAS-koulutusta järjestäneille ammattikorkeakouluille (N = 15) lähetettiin loka-kuussa 2014 vielä lyhyt E-kysely koulutuksen toteutukseen liittyvistä faktoista, kuten järjestettyjen koulutusten ja niihin osallistuneiden määrästä, koulutuksen hinnasta sekä GAS-kouluttajien määrästä kyseisessä ammattikorkeakoulussa. Vastauksia tähän kyselyyn saatiin seitsemästä ammattikorkeakoulusta.

Yksilölliset kouluttajien teemahaastattelut toteutettiin joko Skypeen tai Webex-verkkoyhteyden kautta tai puhelimitse. Ensimmäiseen haastatteluun osallistui kaksi SAMK:n tutkijaa. Kumpikin teki tämän jälkeen kolme haastattelua itsenäisesti eli yhteensä tehtiin seitsemän haastattelua. Haastattelujen pohjana toimi haastattelurunko (liite 2), mutta käsiteltävien asioiden järjestys saattoi vaihdella riippuen siitä, miten laajasti kukin haastateltava kysymyksiin vastasi tai millaisia omia keskustelun aloitteita heiltä tuli. Haastattelijan tehtävänä oli varmistaa, että kaikki etukäteen päätetyt teemat tulivat käsitellyksi. (Eskola ja Suoranta 2005, 86.) Kouluttajien haastattelujen kesto vaihteli puolesta tunnista noin 45 minuuttiin. Kaikki haastattelut nauhoitettiin analyysia varten.

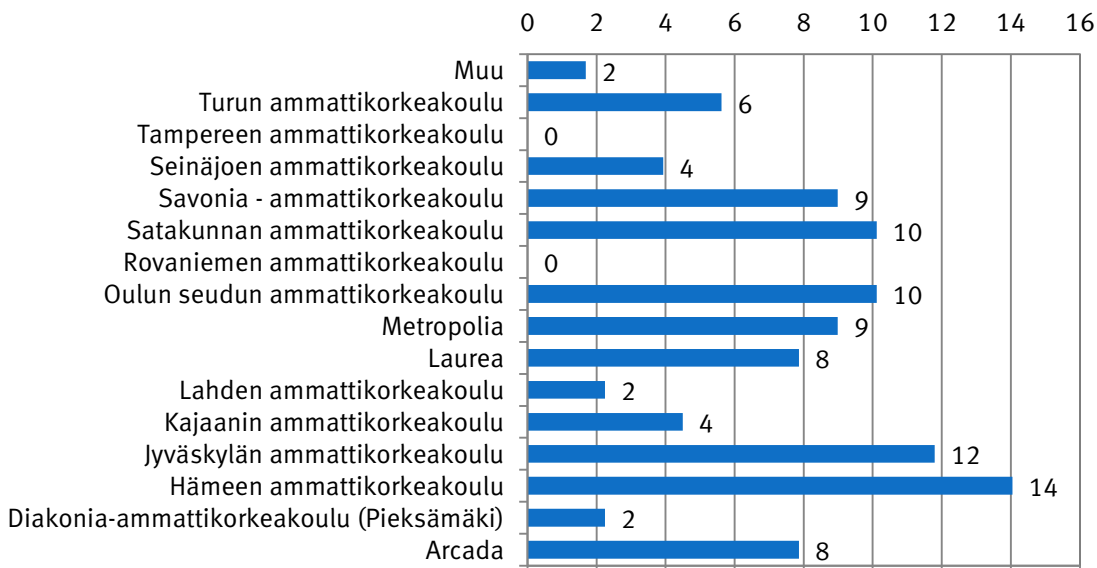
Haastattelut analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin periaatteita noudattaen. Sisällönanalyysiä voidaan pitää laadullisen aineiston käsittelyn perusmenetelmänä, joka etenee havainnoista pelkistämisen ja luokittelun kautta arvoituksen ratkaisemiseen eli tutkimusongelmaan vastaamiseen (Alasuutari 2007, 40). Aineistolähtöisessä analyysissä analyysiyksiköt tai luokittelukategoriat eivät ole ennalta määrättyjä vaan syntyvät analyysiprosessin edetessä (Tuomi ja Sarajärvi 2013).

Aluksi haastattelut kuunneltiin läpi kokonaisuutena, jonka jälkeen ne litteroitiin. Seuraavassa vaiheessa aineisto ryhmiteltiin teemoihin etsimällä yhtäläisyyksiä ja eroavuuksia kuvaavia käsitteitä ja ajatuksia. Luokitteluyksikkönä käytettiin lauseita tai ajatuskokonaisuuksia. (Tuomi ja Sarajärvi 2013.) Overcashin (2003) mukaan aineistolähtöisten teemojen tunnistamisessa kriteereinä voivat olla esimerkiksi asian toistuminen eri haastatteluissa, asian toistaminen useampaan kertaan haastattelun kuluessa sekä voimakkaasti ilmaistut näkökulmat ja mielipiteet kyseenä olevaan asiaan. Näin myös valtavirrasta poikkeavat näkökulmat voivat tulla huomioiduksi tuloksissa. Tässä tutkimuksessa käytettiin luokittelun luotettavuuden varmistamiseksi kahden tutkijan triangulaatiota, jolloin tutkijoiden on keskusteltava havainnoista ja neuvoteltava tulkinnoista suhteellisen paljon yhteisen näkemyksen muodostamiseksi. Toisaalta kahden tutkijan käytön nähdään monipuolistavan ja rikastavan tulkintaa usein olennaisella tavalla. (Eskola ja Suoranta 2005, 69.) Analyysin perusteella teemoiksi muodostuivat: GAS-menetelmän käyttöönoton haasteet, GAS-menetelmän käyttöönottoon liittyneet oivallukset sekä GAS-koulutuksen kehittämistarpeet kouluttajien näkökulmasta.

4 Kyselyn tulokset

Sähköiseen kyselyyn vastasi 178 GAS-koulutuksiin osallistunutta kuntoutuksen ammattilaista. Vastajat olivat pääosin osallistuneet eri ammattikorkeakoulujen järjestämiin koulutuksiin; vain kaksi prosenttia ilmoitti osallistuneensa muuhun kuin ammattikorkeakoulun toteuttamaan koulutukseen. Vastaajien suhteelliset osuudet ammattikorkeakouluittain on esitetty kuviossa 1.

Kuvio 1. Vastajat ammattikorkeakouluittain.



Profiililtaan tyypillisin vastaaja oli yli 50-vuotias naispuolinen fysioterapeutti. Vastaajista suurin osa oli fysioterapeutteja (46 %), puheterapeutteja (16 %) ja toimintaterapeutteja (11 %). Työkokemukseltaan yli 20 vuotta työskennelleiden osuus oli 44 % vastaajista. Lähes puolet vastaajista oli toiminut yli kymmenen vuotta Kelan maksaman kuntoutuksen toteuttajana.

GAS-menetelmä oli vastaajille varsin uusi työväline, sillä vastaajista peräti 86 % oli suorittanut GAS-koulutuksen 2012 tai sen jälkeen. He ilmoittivat käyttäneensä GAS-menetelmää keskimäärin 2,6 vuotta. Ammattikorkeakoulujen toteuttamat GAS-koulutukset oli suunnattu muille kuin laitospotutusta tuottaville organisaatioille, joten on oletettavaa, että vastaajat toimivat avomuotoisen kuntoutuksen työntekijöinä, vaikkei tätä erikseen kysyttykään.

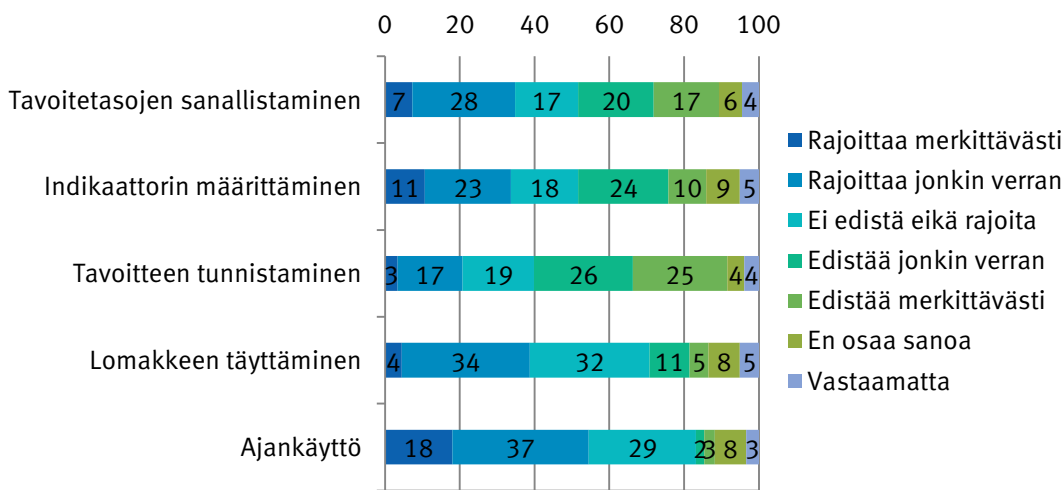
4.1 GAS-menetelmän käytettävyys

GAS-menetelmän käytettävyyttä arvioitiin käyttäen kolmeatoista väittämää viisiportaisella Likert-asteikolla (täysin samaa mieltä – täysin eri mieltä). Menetelmän käyttäminen koettiin ajankäytöllisi-

sesti haasteelliseksi, sillä yli puolet vastaajista koki ajankäytön menetelmän käyttöä rajoittavaksi tekijäksi. Kolmasosa vastaajista koki lomakkeen täyttämisen rajoittavan GAS-menetelmän käyttöä jonkin verran, mutta toisaalta yhteensä 16 % koki lomakkeen edistävän menetelmän käyttöä jonkin verran tai merkittävästi.

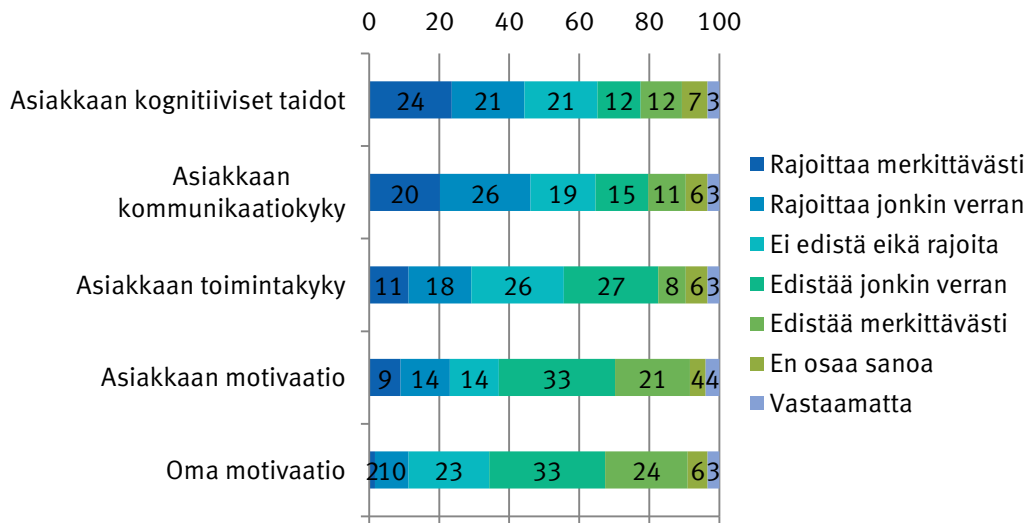
Puolet vastaajista (51 %) koki tavoitteen tunnistamisen edistävän GASin käyttöä työssä. Ilmeisesti tavoitteen tunnistaminen koettiin kuitenkin melko haastavaksi, sillä melkein joka viides vastaaja piti sitä menetelmän käyttöä rajoittavana tekijänä. Vastaajista 19 % ei pitänyt tavoitteen tunnistamisen enempää menetelmän käyttöä edistävänä kuin rajoittavanakaan tekijänä. Indikaattorin määrittämisen ja tavoitteiden sanallistamisen suhteen käsitykset hajosivat. Jokseenkin yhtä suuret osuudet vastaajista arvioivat indikaattorin määrittämisen edistävän ja rajoittavan GAS-menetelmän käyttöä. Vastaajista kolmannes arvioi tavoitetason sanallistamisen rajoittavan menetelmän käyttöä ja hieman suurempi osuus (37 %) koki sen edistävän menetelmän käyttöä. (Kuvio 2.)

Kuvio 2. GAS-menetelmän käytettävyys.



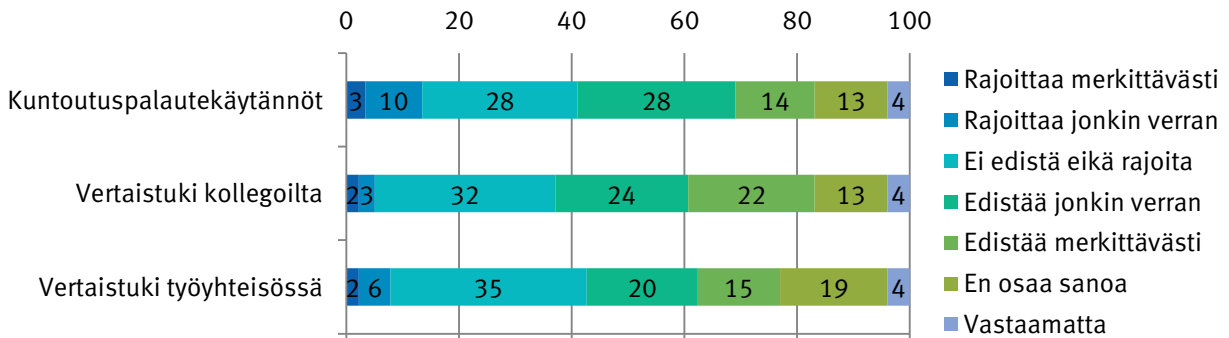
Vastaajat arvioivat myös motivaation, toiminta- ja kommunikaatiokyvyn ja kognitiivisten taitojen vaikutusta GAS-menetelmän käytettävyyteen. Sekä vastaajan omaa että kuntoutujan motivaatiota pidettiin tärkeänä GAS-menetelmän kannalta. Yhteensä 54 % arvioi oman motivaation edistävän jonkin verran tai merkittävästi menetelmän käyttöä. Vastaavasti 57 % arvioi kuntoutujan motivaation edistävän menetelmän käyttöä, kun taas lähes neljännes arvioi kuntoutujan motivaation – tai pikemminkin sen puutteen – rajoittavan menetelmän käyttöä. Kyselyyn vastaajat arvioivat asiakkaan kommunikaatiokyvyn ja kognitiivisten taitojen olevan rajoittavampia tekijöitä menetelmän käytössä kuin toimintakyvyn yleensä. (Kuvio 3, s. 16.)

Kuvio 3. Motivaation, toiminta- ja kommunikaatiokyvyn ja kognitiivisten taitojen vaikutus käytettävyyteen.



Uuden menetelmän onnistuneessa käyttöönotossa vertaistuellalla näyttäisi olevan positiivinen vaikutus. Vastaajista lähes puolet piti kollegoiden tukea ja yli kolmasosa työyhteisön tukea GAS-menetelmän käyttöä jonkin verran tai merkittävästi edistävinä tekijöinä. Palautekäytännöt edistivät menetelmän käyttöä 42 %:n mielestä. On kuitenkin huomattava, että tässä osiossa sekä neutraalien vastausten (ei edistä eikä rajoita) että ”en osaa sanoa”-vastausten määrä on varsin suuri. (Kuvio 4.)

Kuvio 4. Työyhteisön ja palautekäytäntöjen vaikutus.



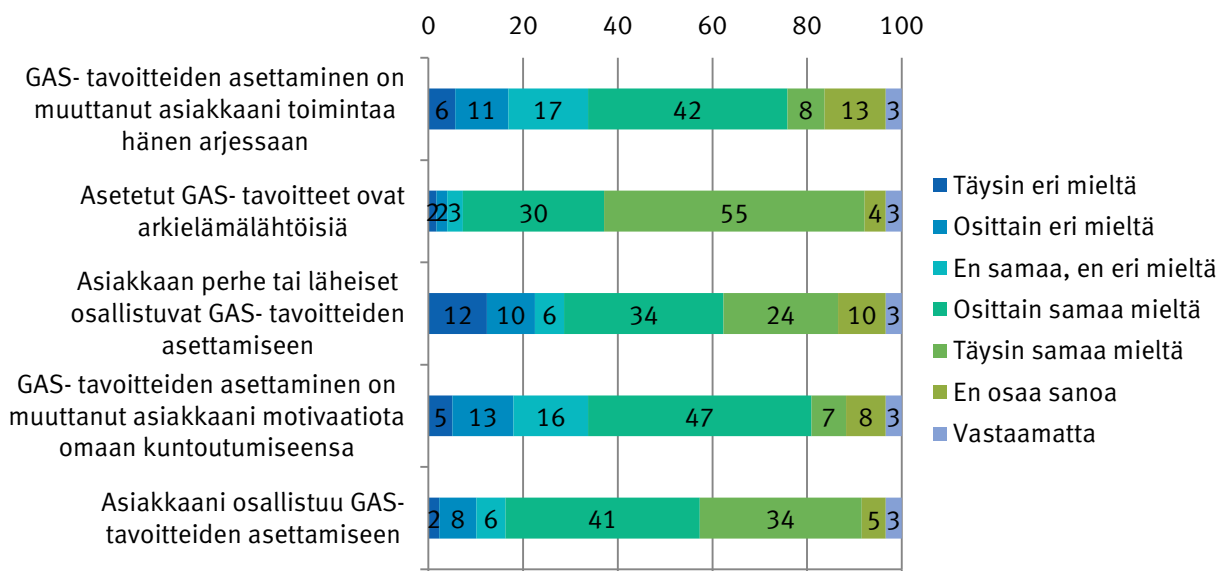
4.2 Asiakslähtöisyys

Menetelmän asiakaslähtöisyyttä arvioitiin viittä väittämää käyttäen. Asiakslähtöisyys tavoitteiden laadinnassa näyttäisi toteutuvan varsin hyvin. Asiakkaiden osallistumisessa tavoiteasetantaan on kuitenkin parantamisen varaa suhteessa GAS-käsikirjan ohjeisiin, joiden mukaan tavoitteet laaditaan aina yhdessä asiakkaan kanssa. Vastaajista 75 % ilmoitti asiakkaansa osallistuvan tavoitteiden

asettamiseen ja 58 % vastaajista arvioi asiakkaan perheen tai omaisten osallistuvan tavoitteiden asettamiseen ainakin jossain määrin.

Vastaajien mielestä asetetut tavoitteet olivat pääosin arkielämälähtöisiä, sillä 85 % vastaajista oli joko-kin tai täysin samaa mieltä väittämän kanssa. Myös asiakkaan motivaatioon ja toimintaan arjes-
sa GAS-tavoitteiden asettamisella arvioitiin olevan positiivinen vaikutus yli puolessa vastauksista. Toisaalta joka kuudennen vastaajan mielestä tavoitteiden asettamisella ei ollut vaikutusta asiakkaan motivaatioon tai arjen toimintaan. (Kuvio 5.) Vastaajien taustalla (ammatti, ikä, kokemuksen pituus yms.) ei ollut tilastollisesti tarkasteltuna merkitystä asiakaslähtöisyyden toteutumisen suhteen.

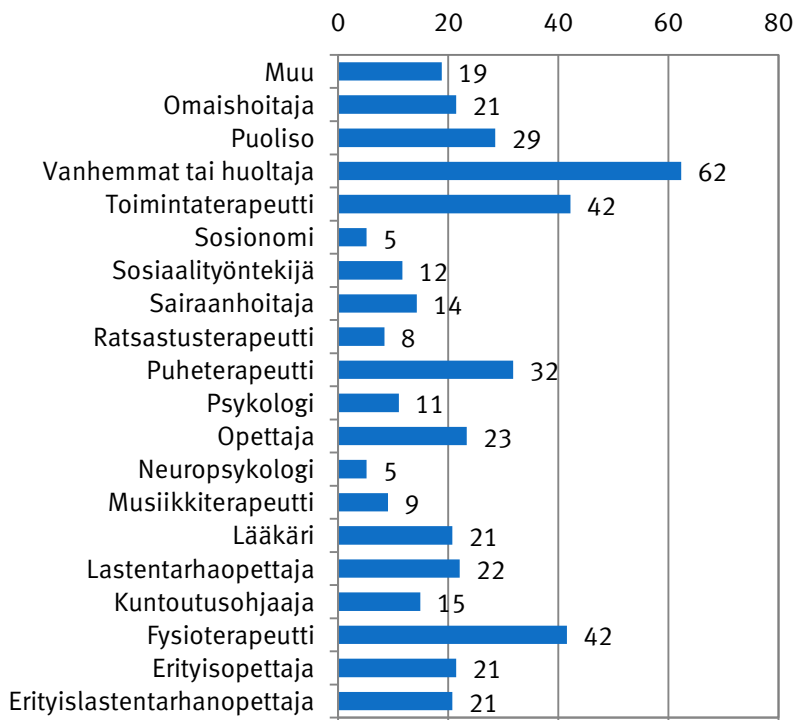
Kuvio 5. Asiakaslähtöisyyden toteutuminen.



4.3 Moniammatillisuus

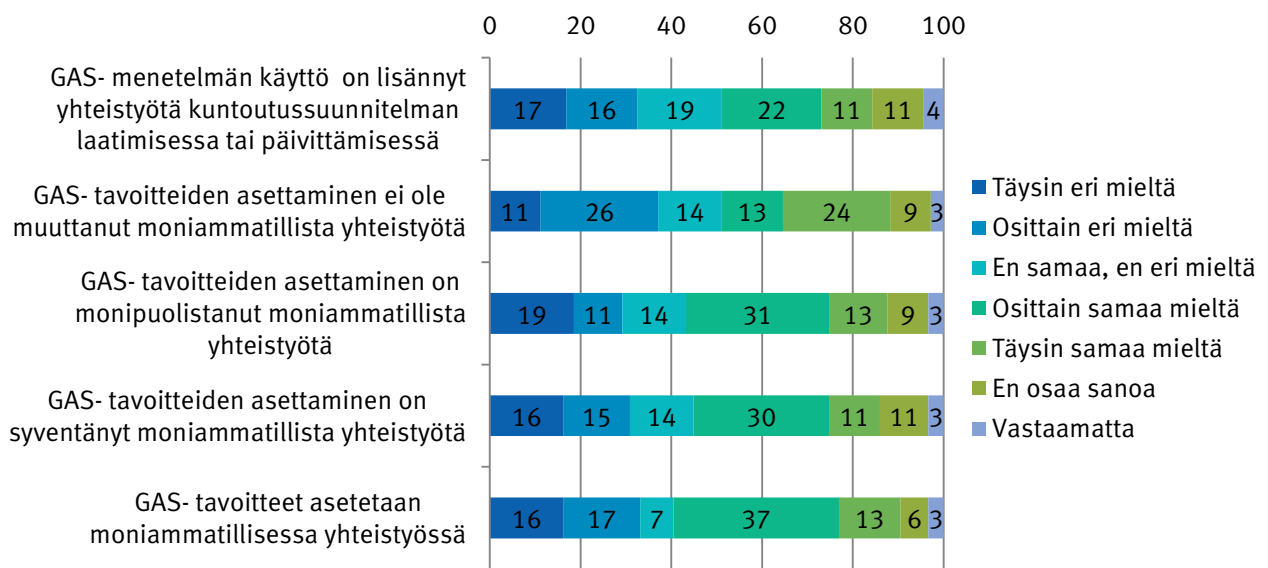
Yhteistyö hoitovastuutahon eli julkisen terveydenhuollon kanssa GAS-tavoitteiden suunnittelussa ja asettamisessa on vastausten perusteella melko vähäistä. Vastaajista neljäsosa ilmoitti tekevänsä yhteistyötä tavoitteiden laatimisessa perusterveydenhuollon kanssa ja hieman useampi (28 %) erikoissairaanhoidon kanssa. Puolet vastaajista teki kuitenkin yhteistyötä muiden tahojen kanssa, joista yleisimpiä olivat vanhemmat tai huoltajat (62 %), fysioterapeutti (42 %), toimintaterapeutti (42 %) ja puheterapeutti (32 %). Noin neljäsosa vastaajista ilmoitti tekevänsä yhteistyötä opettajien/ erityisopettajien kanssa. Varsin suuri osuus vastaajista – lähes kolmannes – ilmoitti, ettei tee yhteistyötä minkään tahon kanssa GAS-tavoitteiden asettamisessa. (Kuvio 6, s. 18.)

Kuvio 6. Muut yhteistyötahot GAS-tavoitteiden asettamisessa.



Vastaajista puolet oli täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että tavoitteiden asettaminen tapahtuu moniammatillisessa yhteistyössä. Vastaajista yli 40 prosenttia koki GAS-tavoitteiden asettamisen syventäneen ja monipuolistaneen moniammatillista yhteistyötä. Toisaalta 37 % vastaajista oli joko-kin tai täysin samaa mieltä siitä, että menetelmä ei ollut muuttanut moniammatillista yhteistyötä. Yhteistyössä laadittavien tai päivitettävien kuntoutussuunnitelmien osalta mielipiteet jakautuivat melko tasaisesti eri vaihtoehtojen suhteen. (Kuvio 7.)

Kuvio 7. Moniammatillisuus GAS-tavoitteiden asettamisessa.



4.4 Oppiminen ja koulutus

Kyselyn oppimisen ja koulutuksen osiossa vastaajilta selvitettiin GAS-menetelmän käyttöön liittyvien käsitteiden ja ohjeistuksien ymmärtämistä. Osassa väittämistä GAS-käsikirjan antaman ohjeistuksen (Autti-Rämö ym. 2012, 8) perusteella ”oikea vastaus” olisi ollut vaihtoehto ”täysin samaa mieltä”, osassa puolestaan ”täysin eri mieltä”. Alla tulokset on esitetty siten, että samansuuntaiset väittämät on käsitelty omina ryhminään.

SMART-kriteerien (Subjective, Measurable, Achievable, Realistic/Relevant, Timed) käyttäminen on integroitu GAS-tavoitteiden asettamiseen. SMART-kriteerien käytön idea oli omaksuttu melko hyvin, sillä vastaajista kaksi kolmasosaa oli joko täysin tai osittain samaa mieltä väittämän ”SMART-kriteereitä käytetään tavoitteiden asettelussa” kanssa. Vain 6 % oli osittain tai täysin eri mieltä. Neutraalin vaihtoehdon oli valinnut joka kymmenes vastaaja ja hieman suurempi osuus ei osannut ottaa kantaa väittämään, mikä saattaa kuvastaa epävarmuutta asian suhteen.

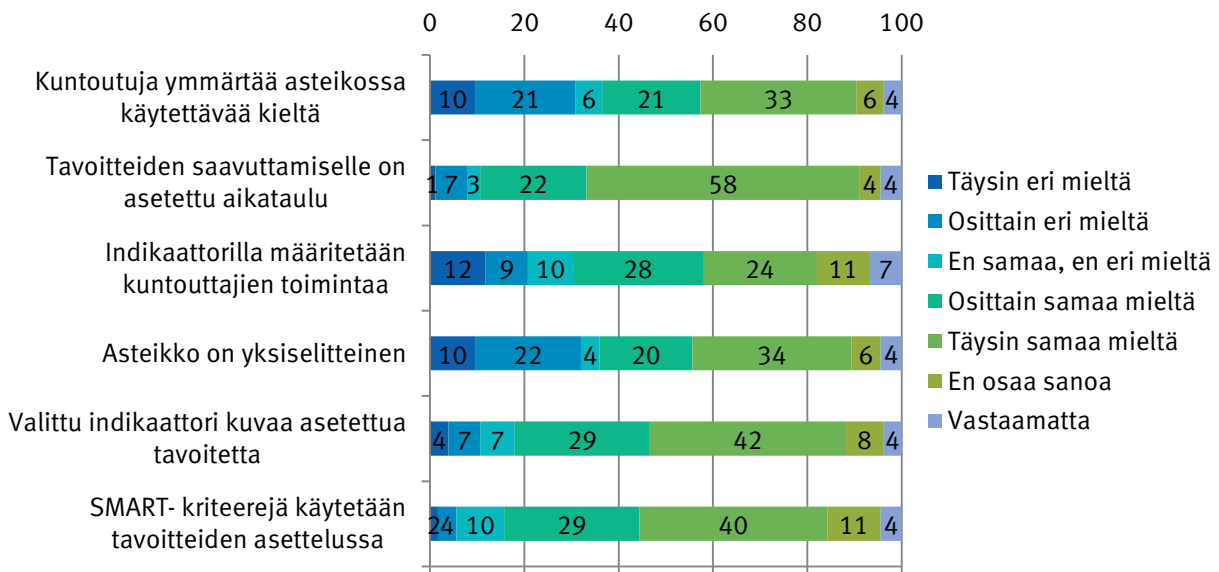
Indikaattorin tulisi ohjeistuksen mukaan kuvata asetettavaa tavoitetta. Tämä oli ymmärretty melko hyvin, sillä 42 % vastaajista oli täysin samaa mieltä ja 29 % osittain samaa mieltä tämän väittämän kanssa. Vain noin joka kymmenes vastaaja oli osittain tai täysin eri mieltä väittämän kanssa.

Tavoitteen asteikko tulisi olla yksiselitteinen tavoitteeseen pääsemisen arvioinnin selkeyden vuoksi. Vastausten perusteella tässä suhteessa esiintyi jonkin verran epävarmuutta, sillä vain hieman yli puolet vastaajista oli täysin tai osittain samaa mieltä ”asteikko on yksiselitteinen” -väittämän kanssa. Lähes kolmannes vastaajista oli osittain tai täysin eri mieltä väittämän kanssa. Sen sijaan tavoitteiden saavuttamisen aikatauluttaminen näyttäisi olevan hyvin omaksuttu vastaajien keskuudessa, sillä yhteensä 80 % oli täysin tai osittain samaa mieltä väittämän kanssa.

Ohjeistuksen mukaan on tärkeää, että kuntoutuja ymmärtää asteikoissa käytetyn kielen, esim. ammattislangia tulee välttää. Väitteen ”kuntoutuja ymmärtää asteikossa käytettävää kieltä” kanssa oli täysin tai osittain samaa mieltä 54 % vastaajista. Toisaalta lähes kolmasosa vastaajista oli täysin tai osittain eri mieltä väittämän kanssa.

Seuraavassa kuviossa vaihtoehto ”täysin samaa mieltä” olisi ollut ohjeistuksen perusteella oikea valinta. (Kuvio 8, s. 20.)

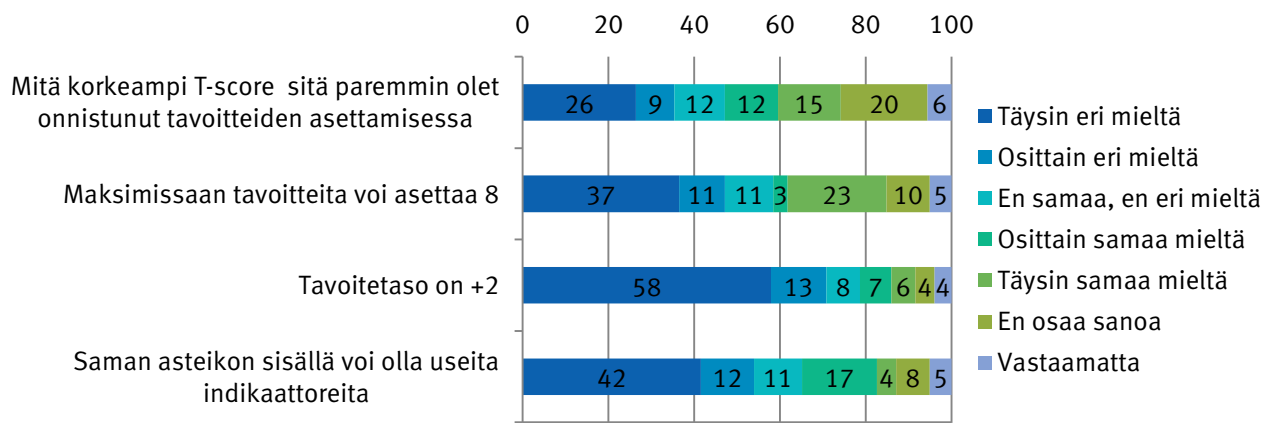
Kuvio 8. Oppiminen ja koulutus 1.



Ohjeistuksen mukaan saman asteikon sisällä voi olla vain yksi indikaattori, useamman indikaattorin sisällyttämistä tulisi välttää. Vastaukset antavat viitteitä epävarmuudesta, sillä väitteen, ”saman asteikon sisällä voi olla useampia indikaattoreita” kanssa vain 54 % vastaajista oli eri mieltä ja joka viides vastaaja oli osittain tai täysin samaa mieltä väittämän kanssa.

GAS-käsikirjan ohjeistuksen mukaan yksittäisen tavoitteen asteikon tavoitetaso on 0. Tämä ei ollut kaikille vastaajille täysin selvää, sillä joka neljäs vastaaja oli osittain tai täysin samaa mieltä väitteen ”tavoitetaso on +2” kanssa tai ei osannut sanoa kantaansa, kun taas 71 % vastaajista oli eri mieltä. Asetettavien tavoitteiden maksimimäärän sekä T-scoren suhteen vastaukset hajosivat. Kuviossa 9 vaihtoehto ”täysin eri mieltä” kuvaa oikeaa vastausta.

Kuvio 9. Oppiminen ja koulutus 2.

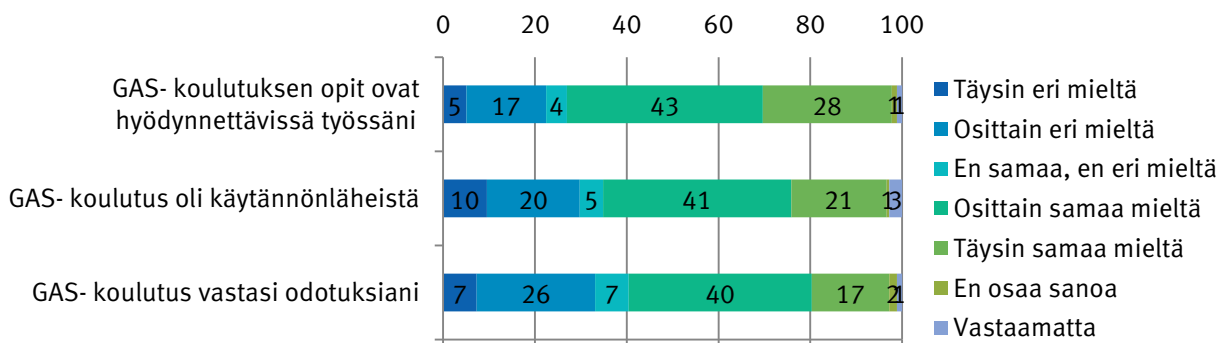


4.5 Koulutuksen arviointi

Koulutukseen osallistujien arviot koulutuksesta olivat kaiken kaikkiaan melko positiivisia (kuvio 10), joskin ammattikorkeakoulukohtaiset erot koulutustyytyväisyydessä olivat suuria. Vastaajista 17 % oli täysin ja 40 % osittain samaa mieltä siitä, että koulutus vastasi odotuksia. Toisaalta kolmasosa vastaajista oli osittain tai täysin eri mieltä väittämän kanssa.

Noin kaksi kolmasosaa vastaajista piti koulutusta käytännönläheisenä (täysin tai osittain samaa mieltä) mutta lähes kolmasosa oli osittain tai täysin eri mieltä väittämän kanssa. Yhteensä 71 % vastaajista oli täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että GAS-koulutuksen opit ovat hyödynnettävissä työssä. Noin joka viides oli osittain tai täysin eri mieltä koulutuksen hyödynnettävyydestä.

Kuvio 10. Arviot GAS-koulutuksesta.



Tilastollista tarkastelua varten viisiportainen asteikko muunnettiin kolmiportaiseksi (samaa mieltä – neutraali – eri mieltä). Erot eri ammattiryhmien (fysioterapeutit, toimintaterapeutit, puheterapeutit, muut) välillä odotusten täytymisen tai koulutuksen käytännön läheisyyden suhteen eivät olleet tilastollisesti merkitseviä ($p > 0,01$), joskin puheterapeutit olivat jonkin verran kriittisempiä kuin fysioterapeutit tai toimintaterapeutit.

Positiivisten vastausten osuus eli koulutukseen tyytyväisten määrä vaihteli ammattikorkeakouluitain nollasta 75 %:iin. Pienten vastaajamäärien takia tilastollista analyysia ei voitu tehdä kaikkia ammattikorkeakouluja vertaamalla vaan verrattiin keskiarvotestauksella keskenään niitä, joilla vastaajia oli vähintään kymmenen. Erot parhaimmat ja heikoimmat arvioinnit saaneiden ammattikorkeakoulujen välillä suhteessa koulutusodotuksiin olivat tilastollisesti merkitseviä ($p < 0,01$).

Koulutuksen käytännön läheisyyden suhteen osallistujien tyytyväisyys eri ammattikorkeakoulujen toteutuksiin vaihteli 26 %:n ja 80 %:n välillä. Erot parhaan ja heikoimman tuloksen saaneen ammattikorkeakoulun välillä keskiarvotestauksella (kun $N > 10$) olivat tilastollisesti merkitseviä ($p < 0,01$).

Tilastollinen tarkastelu osoitti, että puheterapeutit kokivat koulutuksessa saatujen oppien olevan heikommin hyödynnettävissä työssä kuin fysio- tai toimintaterapeutit, mutta erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Ammattikorkeakoulukohtaiset erot olivat tässäkin suhteessa varsin suuria, sillä koulutuksen hyödynnettävyyteen positiivisesti vastanneiden osuus vaihteli 30 ja 100 prosentin välillä. Erot olivat tilastollisesti merkitseviä ($p < 0,01$) kun verrattiin parhaimman ja huonoimman arvioinnin saaneita ammattikorkeakouluja ($N > 10$).

Koulutuksen työssä hyödynnettävyyden kokemus oli sitä kielteisempi mitä kauemmin menetelmää on käyttänyt. Tulos on tilastollisesti merkitsevä ($p < 0,05$). (Taulukko 1.) Muiden taustamuuttujien suhteen tilastollisesti merkitseviä eroja samaa / eri mieltä olevien välillä ei ollut.

GAS-koulutuksen hyödynnettävyys työssä näyttäisi olevan erittäin merkityksellistä myös sen suhteen, miten koulutuksen jälkeen jatketaan menetelmän opiskelua itsenäisesti. Itseopiskelu jatkuu ($p < 0,001$) todennäköisemmin, jos GAS-koulutuksen oppien oli koettu olevan hyödynnettävissä työssä. (Taulukko 2.)

Taulukko 1. GAS-menetelmän käyttöaika ja koulutuksen hyödynnettävyys työssä.

Kuinka kauan olet käyttänyt työssäsi GASia?				
Ryhmittelymuuttuja: GAS-koulutus: GAS-koulutuksen opit ovat hyödynnettävissä työssäni				
	Eri mieltä	En samaa, en eri mieltä	Samaa mieltä	Yhteensä
Keskiarvo	3,4	2,3	2,3	2,6
Keskihajonta	2,1	0,9	1,3	1,6
Lkm	40	8	126	174

F = 6,74 vap. asteet: 2 ja 171.
 $p = 0,00153$ Tilastollisesti merkitsevä.

Taulukko 2. Koulutuksen hyödynnettävyys työssä ja itseopiskelun jatkaminen.

Rivimuuttuja: Oletko jatkanut itseopiskelua GAS-koulutuksessa saamasi tms. aineiston tuella?				
Sarakemuuttuja: GAS-koulutus: GAS-koulutuksen opit ovat hyödynnettävissä työssäni				
%	Eri mieltä	En samaa, en eri mieltä	Täysin samaa mieltä	Yhteensä
Kyllä	33	63	67	59
En	68	38	33	41
Yhteensä	100	100	100	100
N	40	8	126	174

P-arvo = 0,0005 Tilastollisesti erittäin merkitsevä.
 Kontingenssikerroin = 0,285 Khiin neliö = 15,4 Vap. ast. = 2.
 Viittä pienempien odotettujen fr:n lkm = 2 (33,3 %).

4.6 Haasteet ja kehittämistarpeet avointen kysymysten vastausten perusteella

Sähköisen kyselyn lopussa vastaajilta pyydettiin ehdotuksia GAS-koulutuksen kehittämiseksi avoimella kysymyksellä. Vastauksia oli runsaasti, yhteensä 125 kappaletta, ja ne toivat esiin hyvin erilaisia näkökulmia niin GAS-menetelmään kuin koulutukseenkin liittyen. Vastaukset luokiteltiin sisällön analyysin avulla neljään teemaan: moniammatillisuus ja yhteistyö, ammattikohtaisuus, kuntoutujiin liittyvät tekijät sekä kouluttajien osaaminen.

4.6.1 Moniammatillisuus ja yhteistyö

GAS-menetelmän koettiin toimivan parhaiten silloin, jos tavoitteita pystytään laatimaan aidosti moniammatillisessa tiimissä ja siten, että myös kuntoutussuunnitelman laatimisesta vastaava taho on mukana. Tämä koettiin kuitenkin haasteelliseksi ja harvoin toteutuvaksi ihannemalliksi. Käytännössä eri ammattiryhmien edustajat laativat GAS-tavoitteita useimmiten toisistaan tietämättä, joskin yhteistyössä asiakkaan tai perheen kanssa. Käytäntö näyttäytyi vastaajille jossain määrin sekavana ja hämmentävänä:

”Suurin ongelma mielestäni tällä hetkellä on, että GAS-tavoitteita ei laadita lähettävän tahon ja avoterapeutin yhteistyönä. Aikaisemmin tein GAS-tavoitteet asiakkaan/perheen kanssa. Nyt lähettävä taho on kouluttautunut GAS-tavoitteiden laadinnassa ja käytännössä tekevät tavoitteet siellä päässä. Tilanne on hämmentävä. Kela kuitenkin edellyttää GASit meiltä avoterapeuteilta. Vai kuinka?”

Vastaajat pitivät moniammatillista yhteistyötä toivottavana ja sen arveltiin tuovan uutta näkemystä myös omaan kuntoutustyöhön.

”– – eri ammattiryhmät eivät välttämättä ole kiinnostuneita toisten tavoitteista, mutta siinä voisi piillä myös sisällön rikkaus”

”Työyhteisössä ja yhteistyötyökumppaneiden kanssa keskustelu moniammatillisesti on kehittävintä”

Toisaalta ristiriitaa nähtiin siinä, että lähettävillä tahoilla kuten erikoissairaanhoidon toimijoilla, tai muilla yhteistyökumppaneilla (koulu, päiväkot), ei ollut velvoitetta kouluttautua GAS-menetelmään. Osa vastaajista toi esiin, ettei kuntoutusprosessin eri osapuolilla ole edes kiinnostusta ja motivaatiota GAS-tavoitteiden laatimiseen tai menetelmän opetteluun.

”Lähetäviä tahoja ei ole koulutettu GASiin eikä myöskään päiväkotien, toimintakeskusten tai erityiskoulujen henkilökuntaa. Yhteistyön teko on hyvin haastavaa. Tai siihen ei ole halua. Pitäisikö meidän kouluttaa yhteistyötahot?”

”Rehellisesti sanottuna lähettävä taho ei ole lainkaan ihastunut, jos palaverissa tuot esiin GAS-tavoitteet, tavoitteita pitää tarkistaa ja kirjoittaa uusiksi tämän tästä, kun muutosta tapahtuu koko ajan, vie liikaa aikaa, josta ei saa palkkaa. Hyvin harvat vanhemmat ja hoitopaikat innostuvat miettimään tavoitteita kanssani, olen heidän arviointinsa varassa ja jos se ei heitä kiinnosta niin on paras tehdä tavoitteet, jotka itse pystyn arvioimaan.”

Yhtenä haasteena yhteistyölle tavoitteiden asettamisessa nähtiin tiedonkulun heikkous hoitovastuutahon ja yksityisten toimijoiden välillä. Vastaajien mielestä kuntoutussuunnitelmien laatimisessa yhteistyötä avokuntoutuksen palveluntuottajien kanssa ei osata riittävästi hyödyntää. Tähän toivottiin koulutuksessakin kiinnitettävän enemmän huomiota.

”GAS-koulutus on hyvä, mutta ongelmaksi kuntoutussuunnitelmien laatiminen. Niitä tehdään edelleen joko erikoissairaanhoidossa tai perusterveydenhuollossa ilman yksityisten palveluntuottajien yhteistyötä. Lisäksi informaatio kulkee huonosti julkisen ja yksityisen välillä. Ongelmana ovat suppeat kuntoutussuunnitelmat.”

”GASin käyttö poikkeaa riippuen näkökulmasta eli oletko palvelun tuottaja, yhteistyökumppani vai kuntoutuksesta vastaava taho. Kaikille on tietty hyvä tunnistaa ja tutustua GASin perusteisiin, mutta käyttö on erilaista. Näitä eri näkökulmia voisi ottaa esille, varsinkin jos koulutettavissa on eri tahojen edustajia.”

4.6.2 Ammattikohtaisuus

Valtaosa järjestetyistä GAS-koulutuksista oli toteutettu moniammatillisina ryhminä. Tätä pidettiin sekä koulutuksen vahvuutena että heikkoutena. Moniammatillisessa ryhmässä koettiin tulevan esiin itselle uusia näkökulmia ja kokemusten jakaminen aivan erilaista työtä tekevien kuntoutusammattilaisten kanssa koettiin avartavana.

”– – omista asiakkaista tehtyjen esimerkkien ruotiminen porukalla opetti tavoitteen asettelusta eniten”

Toisaalta erityisesti puheterapeutit ja musiikkiterapeutit toivat esiin tarpeen ammattikohtaisiin GAS-koulutuksiin; nyt koulutuksessa käytettyjen esimerkkien koettiin olevan usein liian ”fysioterapeuttisia” tai kapea-alaisia ja omaan työhön huonosti sovellettavia. Myös kouluttajien taustaan ja ammatilliseen kokemukseen toivottiin monipuolisuutta, jotta he pystyisivät paremmin ottamaan huomioon ammattikohtaisia erityispiirteitä.

”Todettiin jo koulutuksen aikana, että eri ammattiryhmille suunnattua GAS-koulutusta tarvitaan nykyisen koulutuksen lisäksi. Tuntui, että fysioterapeuttien vetämän koulutuksen tapausesimerkit olivat monasti kovinkin helposti SMART-periaatteisiin sopivia ja konkreettisia, mutta että esim. puheterapeuttien työssä tavoitteiden asettelu SMARTisti, oli vaikeaa.”

Joissain kommentteissa ehdotettiin ”perus-GAS”-koulutuksen jatkoksi ammattikohtaisesti syvennettyä jatkokurssia tai päivityspäivää

”Puheterapeuteille suunnattu GAS 2 -kurssi varmasti tarpeen ennen vuotta 2019. Oman kuntoutusalan ihmisten kanssa olisi hyvä voida keskustella ns. kertaus- tai päivityspäivässä (tai puolessa päivässä)”

4.6.3 Kuntoutujiin liittyvät haasteet

Monien vastaajien mukaan kuntoutujan heikko kommunikaatiokyky, matala kognitiivinen taso tai etenevä sairaus vaikeuttavat tai estävät GAS-tavoitteiden laatimista eikä menetelmä tunnu näiden asiakasryhmien kohdalla mielekkäältä tai tarkoituksenmukaiselta.

”Vaikeavammaisten asiakkaiden kanssa työskentelevälle musiikkiterapeutille GASin soveltaminen opetussa muodossa on haastavaa, vaikka ymmärrän täysin sen idean ja tärkeyden.”

”– etenevää sairautta sairastavien positiivinen tavoitteenasettelu on teennäistä – siihen toivoisin selkeää ja parempaa tapaa, koska tilanteen ylläpysyminen on tärkeämpää kuin väkisin lomakkeelle väännetty tavoite paremmasta.”

Vastaajia pohditutti, miten paljon kuntoutujilta voi vaatia osaamista tavoitteiden laatimiseen. Kuntoutujan ja hänen lähipiirinsä motivoiminen tavoitteiden syvälliseen pohdintaan koettiin haasteelliseksi joidenkin kuntoutujien kanssa.

”Asiakkaiden sekä heidän lähipiirin henkinen valmius vaihtelee ja vaikuttaa liikaa tämän menetelmän toimivuuteen. Ei voi vaatia kaikilta tätä.”

”Omassa työssäni viittomakielisten parissa ei GAS-lomaketta voi yksiselitteisesti hyödyntää. Ts. vaatii hyvän suomenkielen taidon ja aika laajan käsitteistön jotta tavoitteiden asettelussa pystyy omaksumaan nimenomaan itselle asetettavien tavoitteiden vaatimukset ja mittaamisen kriteerit”

Muutamissa vastauksissa tuli esiin, että esimerkiksi eteneviä sairauksia sairastavien tai vaikeavammaisten problematiikkaan ei GAS-koulutuksessa paneuduttu riittävästi, jos lainkaan.

”Koulutuksessa jäi vähälle huomiolle erittäin vaikeavammaiset sekä vaikea-asteiset kehitysvammaiset sekä eteneviä sairauksia koskevat diagnoosit”

”Kehitysvammaisten ja autististen henkilöiden kuntoutuksen suunnitteluun ja tavoiteasetteluun koulutus ei antanut mitään hyötyä”

4.6.4 Kouluttajien osaaminen

Kouluttajien osaamiseen liittyvät kommentit avoimissa vastauksissa olivat varsin kriittisiä, joskin myös positiivista palautetta oli annettu jonkin verran, esimerkiksi ”asiantunteva koulutus” tai ”eipä juuri ole kehitettävää”. Eniten kommentoitiin kouluttajien vähäistä kokemusta GAS-menetelmän käytöstä kuntoutujien kanssa. Vastaajat toivoivat, että kouluttajina olisi ammattikorkeakoulun opettajien lisäksi myös henkilöitä, jotka ovat itse käyttäneet GAS-menetelmää asiakastyössä, jottei koulutus jäisi liian teoreettiselle tasolle.

”Kouluttajilla tulisi itsellä olla käytännön kokemusta, todellisia asiakastilanteita. Kokeneempi GAS-käyttäjä kertomaan omia kokemuksiaan käytöstä.”

Kouluttajien omassa GAS-osaamisessa ja ongelmallisten tapausten ohjaamisessa koettiin olevan puutteita, jotka näkyivät myös koulutuksen toteutuksessa. Kommenteissa kaivattiin mm. yksiselitteisiä vastauksia osallistujien esiin nostamiin kysymyksiin.

”Opettajat eivät osanneet vastata osallistujien kysymyksiin ja kurssin loputtuakin jäi monta asiaa ”käsittelemättä”. Näistä konkreettisena asiana T-Score.”

”Caseni viimeisenä päivänä osoitti, että tavoitteiden ja indikaattorien laatiminen oli mahdoton tehtävä myös kouluttajille”

”Koulutuksen aikana KAIKKI opettelivat asiaa, myös kouluttajat.”

Tavoitetasojen määrittely GAS-lomakkeelle oli jäänyt osalle koulutukseen osallistuneista epäselväksi tai suorastaan virheelliseksi GAS-käsikirjan ohjeistukseen nähden eikä se vastausten mukaan ollut täysin selvää kaikille kouluttajillekaan.

”Käytän GAS-lomaketta siten että 0 on lähtötaso ja +2 tavoitetaso, minun asiakkaillani voi myös mennä toimintakyky miinuksen puolelle esim. epilepsiakohtauksen takia”

”Vähimmäisvaatimus on se, että kouluttajilla on täsmällinen tieto siitä, asetetaanko tavoitetasoksi 0 vai +2. Tästä perustavaa laatua olevasta kysymyksestä oli siihen aikaan valtakunnassa eri koulukuntia.”

Kouluttajien oman koulutustaustan ja työkokemuksen vaikutus GAS-koulutuksen sisältöihin näkyi vastaajien mukaan selvästi. Joissain vastauksissa toivottiin, että Kelan edustajat olisivat mukana kouluttajina selvittämässä haasteellisia tilanteita, joihin opettajilla ei ollut antaa vastauksia.

”Koulutuksissa otettaisiin huomioon erilaiset toimintaympäristöt (mt-kuntoutujien kanssa tehtävä työ on erilaista kuin esim. fysioterapeuttien työ). Meidän ryhmän toiveena oli saada Kelan edustaja mukaan keskustelemaan ko. menetelmästä kanssamme”

Vastaajat pitivät tärkeänä vertaisryhmän kanssa käytyjä keskusteluja välitehtävistä eli asiakkaille tehdyistä GAS-tavoitteista, mutta opettajien toivottiin antavan enemmän henkilökohtaista palautetta ja vinkkejä siihen, miten esimerkiksi indikaattorin skaalausta olisi voinut tehdä paremmin. Toisaalta liian pikkutarkan palautteen koettiin haittaavan oppimista ja varsinaisen asian eli asiakaskeksisen tavoitteen asettelun toteutumista.

”Enemmän tavoitteiden analysointiin opettajan tukea, vertaistuki auttaa vain tiettyyn rajaan saakka.”

”Liika pikkutarkkuus ja sanoihin juuttuminen mielestäni haittaa kokonaisuuden oivaltamista, toki tavoitteiden ja indikaattoreiden pitää olla selkeät.”

5 Kouluttajien haastattelujen tulokset

Tässä osiossa tuodaan esiin GAS-kouluttajien haastatteluista kerättyä kokemustietoa siitä, miten koulutukset oli toteutettu, mitä haasteita GAS-menetelmän käyttöönottoon liittyy, minkälaisia oivalluksia menetelmän käyttöön ottamiseen oli liittynyt sekä minkälaisia GAS-koulutukseen liittyviä kehittämistarpeita kouluttajat olivat tunnistaneet.

5.1 Koulutusten toteutus

Haastattelujen tueksi tehdyn E-kyselyyn saatiin vastaukset seitsemältä ammattikorkeakoululta, joten tulokset ovat vain suuntaa-antavia. Näiden seitsemän ammattikorkeakoulun järjestämiin GAS-koulutuksiin oli osallistunut yhteensä 1 100–1 200 henkilöä. Koulutukset oli toteutettu kolmen lähipäivän laajuisina noin 3–5 kuukauden ajanjaksolla. GAS-koulutuksen hinta vaihteli 240 ja 470 euron välillä. Koulutuksen toteutuksesta vastasi tyypillisimmin kahden opettajan työpari mutta yhdessä ammattikorkeakoulussa oli kokeiltu myös yhden opettajan mallia. Opettajien resursointi vaihteli 30 ja 40 tunnin välillä koulutusryhmää ja opettajaa kohti, yhden opettajan toteutuksessa resurssi oli 63 tuntia ryhmää kohti. Vastanneissa seitsemässä ammattikorkeakoulussa yhteensä 19 opettajaa oli ollut mukana GAS-koulutusten toteutuksessa. Heistä 13 oli osallistunut Kelan järjestämään kouluttaja-koulutukseen. GAS-menetelmää käyttäviä ammattilaisia oli käytetty kokemuskouluttajina viidessä ammattikorkeakoulussa. Kuntoutusasiakkaita oli puolestaan käytetty kokemuskouluttajina vain kahdessa ammattikorkeakoulussa.

5.2 GAS-menetelmän käyttöönottoon liittyviä haasteita

GAS-menetelmän käyttöönottoon kouluttajat kokivat liittyvän monenlaisia haasteita, jotka luokiteltiin sisällön analyysin perusteella kuuteen teemaan, jotka on esitelty tarkemmin tekstissä. (Kuvio 11, s. 29.)

Kuvio 11. GAS-menetelmän käyttöönoton haasteet.



5.2.1 Vastustavat ennakkoasenteet

Kouluttajat toivat esiin, että GAS-koulutuksen alussa oli tunnistettavissa jossain määrin vastusta ja epäilyä sekä GAS-koulutusta että menetelmän käyttöönottoa kohtaa. Menetelmän käyttö koettiin työlääksi ja aikaa vieväksi. Kouluttajien haastattelussa tuli esiin mm. terapeuttien huoli GAS-tavoitteiden laatimisen kuluvasta ajankäytöstä, joka on pois itse terapia-ajasta.

”– – aika kun tehdään tavoitteita, on pois siitä terapiasta, et edelleenkin se kuntoutus mielletään siihen terapiatilanteeseen sitoutuvaksi.”

Osallistujat olivat kysyneet kouluttajilta myös perusteluja menetelmän käyttöönottamiselle ja sitä, mihin GAS-aineistoa tullaan jatkossa Kelassa käyttämään. Koulutuksiin hakeuduttiin useimmiten siksi, että GAS-menetelmä mainitaan 1.1.2015 voimaan astuvassa vaikeavammaisten avokuntoutuspalvelujen standardissa yksilöllisen tavoitteen asettelun työkaluna ja menetelmän käyttäjille suositellaan kouluttautumista. Ulkoinen ”pakko” näyttäytyi kielteisenä ennakkoasenteena koulutukseen osallistumiseen.

”– – on ennakkoasenne, että tää on joku Kelan juttu tää, pitää tehdä Kelan asiakkaille, ja tää on pakko tehdä – –”

Muutama kouluttaja totesi, että etenkin ensimmäiset toteutukset olivat haastavia kielteisten asenteiden vuoksi mutta osallistujien palautteista oli otettu opiksi ja menetelmä on osattu sittemmin ”myydä” paremmin.

5.2.2 Moniammatillinen työskentelyn puute

Kouluttajien haastatteluista välittyivät kuntoutuksen moniammatilliseen tavoitteen asetteluun ja työskentelyyn liittyvät haasteet. Moniammatillisia ryhmiä ei yksinkertaisesti ole tai kuntoutujan prosessissa mukana olevien tahojen yhteisen ajan löytäminen kuntoutuksen suunnitteluun ja tavoiteasetteluun koettiin työlääksi. Moniammatillisten ryhmien puute tuntuu erityisesti aikuisten kuntoutuspalvelujen puolella.

”Ei ole moniammatillista ryhmää. AVH-aikuinen eroaa esim. erikoissairaanhoidosta lasten puolella, jossa moniammatillinen tiimi ja jolla on hoitovastuu.”

”Koulutukseen osallistuvat, erityisesti yksityisyrittäjät ovat toisinaan todenneet, että on vaikea löytää arkityöstä aikaa asiakkaan tavoitekeskusteluun ja erityisesti eri ammattiryhmien välillä.”

5.2.3 GAS-menetelmä ei ole yhteinen työkalu ja kuntoutuksen kokonaistavoite puuttuu

GAS-menetelmän käyttöönottoa vaikeuttaa kouluttajien mukaan avoterapeuttien kokemus siitä, ettei menetelmä ole kaikkien kuntoutusprosessiin osallistuvien toimijoiden yhteinen työväline eikä terapeutilla ei ole aina tiedossa kuntoutuksen kokonaistavoitteita. Osatavoitteita on vaikea laatia terapiakohtaisesti silloin kun kuntoutuksen kokonaistavoitteet puuttuvat.

”Kuntoutuksen kokonaistavoitteen puuttuminen hämmentää. Tai jos kokonaistavoite ei ole konkreettinen, se ei ohjaa palveluntuottajia esim. kokonaiskehityksen tukemiseen.”

Kouluttajat toivat esiin osallistujien epävarmuuden tunteen siitä, kenellä on kuntoutuksesta kokonaisvastuu. Koulutukseen osallistuneet olivat tuoneet painokkaasti esiin myös sen, että hoitavan tahon kuntoutustyöntekijät ja erityisesti lääkärit tulisi kouluttaa GAS-menetelmän käyttöön.

”– – pienillä paikkakunnilla lääkärit vaihtuvat (reppufirmat) suunnitelman voi tehdä kuka vaan, ei tunne asiakasta, tukeutuu terapeuttien lausuntoihin, kokonaisuuden koordinointi puuttuu.”

5.2.4 Totutuista rooleista poisoppiminen

Asiakaslähtöisen työskentelyn painottaminen GAS-koulutuksessa ja tavoitteiden asettamisessa tuli vahvasti esiin kaikkien kouluttajien haastatteluissa. Kouluttajien haastattelussa tuotiin esiin kuntoutujan terapeutilleen ilmaisema hämmennys muuttuneista rooliodotuksista, jotka liittyivät kuntoutuksen tavoitteiden asetteluun.

”– asiakkaassa on myös herättänyt hämmennystä se, että nytkös minun mielipidettäni itseäni koskeviin tavoitteisiin kysytäänkin, eli aina ei ole ollut itsestään selvää, että asiakkaan kanssa olisi aiemmin edes keskusteltu hänen omista tavoitteistaan. Tai jos on puhuttu, niin kieli on ollut ammattilaisen slangia.”

Jotta asiakaslähtöinen työskentely aidosti toteutuu, edellytetään sekä terapeutilta että kuntoutujalta kykyä ja halua totuttujen toimintatapojen ja roolien tarkastelemiseen ja uusien toimintatapojen opetteluun. Pitkät terapiasuhteet sisältävät paljon vuosien varrella kertynyttä kokemustietoa ja jo rutiiniksikin muodostuneita ennakko-oletuksia, jotka ohjaavat sekä terapeutin että kuntoutujan yhteistä työskentelyä.

”– ollaan keskusteltu kuntoutuksen kulttuurista.. että asiakkaatkaan eivät ole tottuneet siihen että, ovat aktiivisia ja aika moni on sanonut että, sano sä, kun oot asiantuntija.”

5.2.5 Tavoitteiden arjestamisen ja sanallistamisen vaikeus

GAS-menetelmän sujuva käyttäminen todettiin edellyttävän terapeutilta käytännön harjoittelua ja harjaantumista mutta myös kuntoutujalta kannalta menetelmän käyttäminen edellyttää harjoittelua. GAS-kouluttajat toivat esiin GAS-lomakkeen täyttämiseen liittyneitä haasteita, joista ensimmäinen on asiakaslähtöisten tavoitteiden tunnistaminen ja toiseksi indikaattorin sanallistaminen asteikolle kuntoutujan arjen näkökulmasta (tavoitteen arjestaminen). Tavoite ja seurantamittarit on usein totuttu kirjaamaan ja valitsemaan terapeutin näkökulmasta.

”Tavoitteiden arjestaminen ja yksinkertaistamisen vaikeus. Tavoitteet on helposti terapeutin käsitteillä ilmaistuna esim. nivelen liikkuvuus, eikä esimerkiksi että saa ajettua parran.”

”– että mikä se arjen asia mihin halutaan sitä muutosta ja miten sen huomais.”

Laadullisten tavoitteiden laatimisen vaikeus tuotiin esille kouluttajien taholta yleisesti. Esimerkiksi tunteisiin tai kokemuksiin liittyvät tavoitteet olivat toisinaan tuottaneet päänvaivaa sekä koulutukseen osallistujille että kouluttajille. Haastavien esimerkkien yhteiskäsittely koulutusten yhteydessä oli tuottanut hyvää keskustelua ja lopputulos oli usein ollut palkitseva. Myös se, milloin ja millä mitareilla kuntoutuksen arviointi tapahtuu, oli puhuttanut osallistujia.

”– – musiikkiterapeuteilla oli tosi vaikeita [esimerkkejä], miten mitata käyttäytymisen muutosta ja pitäiskö sitä arvioida terapiatilanteessa, ja aika paljon ollaan keskusteltu siitä, että kuitenkin pitäis mitata tai arvioida sitä mitä on se arjen hyöty ja löytää niitä arjen asioita, niin se ollu yllättävän vaikeeta.”

GAS-tavoitteen kirjaaminen yksiselitteisesti ja yksinkertaisesti oli tuottanut koulutukseen osallistuneille haasteita. Kouluttajien mukaan ei ole terapeuttien eikä kuntoutujan kannalta tarkoituksenmukaista käyttää tavoitteen ja indikaattorien sanallistamiseen aikaa ylen määrin.

”– – aika usein lipsahtaa siihen tavoitteeseen monta asiaa, niin se ei ole sitten yksiselitteinen.”

”– – et jos käytetään hirveesti aikaa lausekkeiden tekemiseen, se tuntuu teennäiseltä.”

5.2.6 Tavoitteiden tarkoituksenmukaisuuden arviointi

Kuntoutujalta tai hänen läheisiltään odotetaan aktiivista osallistumista kuntoutuksen tavoitteiden määrittelyyn ja tavoitteiden sanallistamiseen. Ongelmalliseksi tavoitteen asettelussa koettiin tilanteet, joissa kuntoutujien kognitiiviset taidot tai kommunikointikyky on alentunut eikä läheisiä ole aina mahdollisuus osallistaa kuntoutusprosessiin. Tavoitteiden asettaminen koettiin vaikeaksi myös etenevien ja toimintakykyä heikentävien sairauksien kohdalla ja tilanteissa, joissa toimintakyvyn muutokset tapahtuvat ennakoimattomasti ja nopeasti.

”– – asiakkaat joiden oma kognitio ei riitä tavoitteiden miettimiseen eikä ole sellaista lähiverkostoa jonka kanssa voisi pohtia – – ja sitten jos tilanteen luonne on etenevä sairaus – – miten niitä tavoitteita silloin voisi rakentaa.”

5.3 GAS-menetelmän käyttöönottoon liittyneitä oivalluksia

Ilman muutospainetta arjen rutinoituneita toimintatapoja ei ole usein tarvetta eikä tilaisuuttakaan tutkia. Haastatteluista kävi ilmi, että osallistuminen GAS-koulutuksiin oli tuottanut oivalluksia oman työn kehittämiseen laajemminkin. Kouluttajien mukaan GASin käyttöönotto oli sujunut parhaiten sellaisissa työyksiköissä, joissa oli muutenkin kehittävä työote ja asiakaslähtöistä kuntoutusta haluttiin kehittää.

GAS-koulutukseen osallistuneet kävivät koulutukseen liittyvinä välitehtävinään tavoitekeskusteluja kuntoutujien kanssa ja laativat yhdessä yksilöllisiä GAS-tavoitteita. Välitehtävinä käytettiin myös reflektiota, jossa terapeutin tuli pohtia käydyn tavoitekeskustelun toteutumista ja merkitystä kuntoutusprosessin kannalta. Keskustelut koettiin tärkeinä ja asiakaslähtöisyyttä sekä kuntoutusmotivaatiota edistävinä tapahtumina. Kouluttajille oli välittynyt osallistujien kokemus kuntoutusasiakkaiden yllättävistäkin voimavaroista sekä paremmasta motivoitumisesta esimerkiksi itsenäiseen harjoitteluun, mikä oli jo sinänsä koettu palkitsevana.

” – useissa palautteissa asiakas on todennut tavoitteen tuntuvan nyt omalta, jonka eteen on valmis tekemään työtä, tavoite on ollut usein myös konkreettinen ja selkeä sekä ymmärrettävä, onpas asiakas toivonut, että käärittäisiin jo hihat ja alettaisiin töihin.”

” – paras asia on, että tulee se tavoitekeskustelu ja asiakkaan tavoitteet siinä, ja he on kertonut, miten he ajattelee, että niihin (tavoitteisiin) päästään, koko se keskustelu on parasta siinä.”

5.4 GAS-koulutuksen liittyviä kehittämistarpeita kouluttajien näkökulmasta

GAS-koulutuksen pituus oli puhuttanut lähes kaikkia koulutusryhmiä. Koulutukseen osallistuneet olivat kokeneet haastavaksi irrottautumisen työstään kolmeksi päiväksi joutuessaan peruttamaan asiakastapaamisiaan. Esille oli noussut myös vaihtoehtoinen koulutus (muu kuin ammattikorkeakoulujen toteuttama), jossa GAS-menetelmän käyttöön perehdytään kahden päivän koulutuksena.

Myös kouluttajat puntaroivat terapeuteille suunnatun koulutuksen pituutta arvioinneissaan. He perustelivat melko yksimielisesti kolmen päivän koulutuksen tarpeellisuutta menetelmän käyttöön ottamisen vaatimalla harjoittelun ja harjaantumisen tarpeilla. Kouluttajat toivat esiin sen, että pelkäävät GAS-menetelmän opettelu sinänsä ei heidän mielestään edellytä kolmen päivän koulutusta; pi-

kemminkin on kysymys ajattelutavan muutoksesta laajemmin. Kouluttajat toivat esille tarpeen räätälöidä GAS-koulutuksia kohdeyhteisöjen oppimistarpeitten mukaan. Osa ammattikorkeakouluista oli järjestänyt GAS-koulutuksia mm. terveydenhuollon yksiköille yhden päivän räätälöityinä koulutuskokonaisuuksina.

Kaikki kouluttajatahot olivat täydentäneet tai taustoittaneet Kelan GAS-koulutuskokonaisuutta koulutusryhmissä esille nostettujen kysymysten ja tiedontarpeitten mukaan

”Me on tuotu tätä sisällön taustotusta – – että kyllä tähän menetelmään perehdyttämiseen riittäisi kaksi päivää, mutta että tähän tulee sitä taustaprosessia – – että niiku, ICF on ollu osalle täysin vieras.”

Taulukkoon 3 on koottuna ne kouluttajien haastatteluissa esille nousseet teemat, joilla GAS-koulutuskokonaisuutta oli syvennetty tai täydennetty suhteessa kouluttaja-koulutuksessa esitettyyn sisältöön. Teemat nousivat kaikkien haastateltavien mukaan koulutettavien tarpeista.

Taulukko 3. Koulutussisällön täydennykset.

Teema	Perusteluja
ICF (lisätty osio) Esitely perustasolla, 1½ tunnin alustus	Laaja-alainen toimintakykykäsitys, sen kuvaaminen, tavoitteiden ja indikaattorien sanallistamisen kytkemisen mahdollisuus ICF-luokitukseen, osalle ICF aivan vieras Osallistumisen ja osallisuuden näkökulma toimintakykyyn ja tavoitteisiin
Motivoiva haastattelu (syvennetty osio)	Vuorovaikutuksen menetelmä, jonka avulla autetaan kuntoutujaa tuomaan esille muutoksen taustoja ja sanallistamaan tavoitteitaan
Moniammatillisuus kuntoutuksessa (syvennetty osio)	
TOMIA tietokanta (lisätty osio)	Työ- ja toimintakyvyn mittaaminen ja mittarit
GAS-tutkimuksista koostettu tietopaketti (lisätty osio)	Tällä perusteltu mm. GASin käyttöönottoa, menetelmän käytön vaikutuksia
Kuntoutus prosessina, kuntoutussuunnitelma, hoitava taho (syvennetty osio)	Kuntoutusprosessi, kuntoutussuunnitelma ja kuntoutuksen kokonaistavoitteen merkitys
Laadittu uusi työkalu (lomake) jonka avulla tavoitteen ja indikaattorin määrittäminen helpottuu (tiedon soveltaminen, uusi osio)	Kuvataan kokonaistavoite, josta johdetaan GAS-osatavoitteet ja GAS-indikaattorit, sekä nimetään ja kirjataan myös keinot
Ryhmän tuottamat GAS-esimerkit (syvennetty osio)	GAS-menetelmän soveltaminen

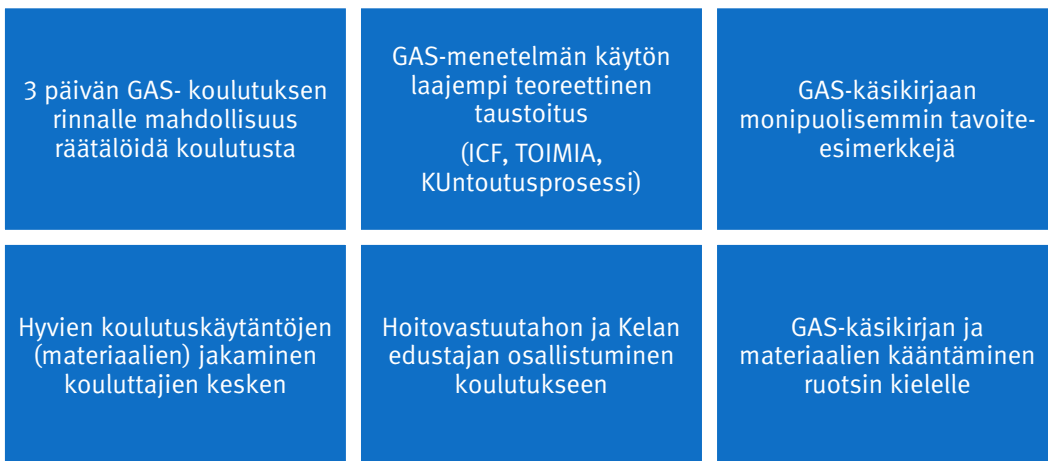
Koska GAS-koulutuspakettia oli kussakin haastatteluun osallistuneessa ammattikorkeakoulussa täydennetty ja modifioitu, ei koulutusten täydellisestä yhdenmukaisuudesta voida puhua. Kouluttajat olivat täydentäneet Kelan GAS-koulutuspakettia ryhmien intressien mukaan, joten kouluttajien voidaan katsoa toimineen asiakaslähtöisesti. Täydennyksen tarpeet koulutusaineistossa eivät liittyneet itse GAS-menetelmään ja sen käyttämiseen, vaan kuntoutujan osallistamisen ja toimintakyvyn arkinäkökulman vahvistamiseen tavoiteasettelussa, kuntoutukseen prosessina sekä menetelmän mahdollisuuksien ja vahvuuksien esille nostamiseen.

Kouluttajat toivoivat uuteen GAS-käsikirjaan lisää esimerkkejä tavoitteiden asettamisesta, indikaattorien valinnasta ja skaalauksesta huomioiden monimuotoisesti kaikkien kuntoutuspalvelujen tuottajien (terapeuttien) näkökulmat. Yksi kouluttajista ehdotti kouluttajille tarkoitetun GAS-esimerkkipankin perustamista. Koulutuksissa oli hyödynnetty oppimisen syventämisessä myös osallistujien tuottamia GAS-esimerkkejä, joiden pohjalta käytyjä yhteisiä keskusteluja kouluttajat pitivät erityisen opettavaisina ja tärkeinä.

Osa kouluttajista piti moniammatillisia koulutusryhmiä (eri ammattiryhmiä osallistujina) hyvänä ratkaisuna, osa haastatelluista taas toi esiin yhdestä ammattiryhmästä koostuneen koulutusryhmän edistäneen menetelmän oppimista. Yksi haastateltavista kouluttajista ehdotti homogeenisen (yhden ammattiryhmän) koulutusryhmän työskentelyä kahden päivän ajan ja kolmannen koulutuspäivän käyttämistä moniammatilliseen (eri ammattiryhmien) väliseen GAS-työskentelyyn. Myös hoitovastuutahojen eli julkisen terveydenhuollon edustajien osallistumista GAS-koulutuksiin esitettiin kehittämisehdotuksena. Koulutukseen osallistuvat toivoivat Kelan edustajan osallistumista edes yhteen GAS-koulutuspäivään, jolloin osallistujat olisivat voineet esittää kysymyksiään mm. GAS-lomakkeiden käytöstä ja GAS-lomakkeiden liittämisestä Kelalle palautuvien dokumenttien osana. Se mihin arvioituja tavoitteita ja T-lukuarvoja tullaan jatkossa Kelassa käyttämään, askarrutti koulutukseen osallistuneiden terapeuttien mieltä yleisesti.

Kysyttäessä kouluttajilta tunnistivatko he epävarmuutta jossain kouluttamiseen liittyvässä asiassa, epävarmuutta ei koettu. Koulutuskokemuksia ja hyviä käytäntöjä kouluttajat olivat valmiita jakamaan, mutta varsinaista lisäkoulutustarvetta GAS-koulutuksen osalta ei ilmaistu. Kouluttajat toteuttivat koulutusta pääasiassa työpareittain ja kokivat sen hyväksi toimintatavaksi. Kouluttajaparin erilainen ammatillinen tausta ja työkokemus koettiin koulutuksessa rikkaudeksi, esimerkiksi toimintaterapian ja fysioterapian opettajatyöpari. Osalla työpari vaihtui, osalla työpari pysyi samana kaikissa koulutusryhmissä. Kouluttajien näkökulmasta esiin nousseet koulutuksen kehittämistarpeet on esitetty tiivistetysti kuviossa 12 (s. 36).

Kuvio 12. GAS-koulutuksen kehittämistarpeet.



6 Pohdinta

GAS-koulutuksen arviointitutkimuksessa haluttiin selvittää, miten koulutukseen osallistuneet kuntoutuksen ammattilaiset olivat ottaneet GAS-menetelmän käyttöön ja miten he kokivat sen käytettävyyden ja hyödynnettävyyden arjen kuntoutustyössä. Lisäksi haluttiin kartoittaa sekä koulutukseen osallistuneiden että kouluttajien ajatuksia menetelmän ja siihen liittyvän koulutuksen kehittämiseksi.

6.1 Tulosten tarkastelua

Tulosten perusteella GAS näyttäisi toimivan melko hyvin terapeutin ja asiakkaan yhteisenä välineenä kuntoutusta suunniteltaessa ja tavoitteita asetettaessa; puolet vastaajista koki GAS-menetelmän edistävän tavoitteiden asettamista potilaiden kanssa. Tulokset viittaavat siihen, että ”työ palkitaan”. Palkinto näkyy tavoitteiden arkielämälähtöisyyden ja asiakkaan motivoitumisen ja osallistumisen korostumisella. Samansuuntaisia havaintoja on tehty myös aiemmissa tutkimuksissa (Salminen ym. 2013; Puumalainen ym. 2014). Salminen ym. (2013) toteavatkin, että kuntoutujalle merkityksellisten toimintakyvyn alueiden arviointi ja niistä muodostettujen tavoitteiden asettaminen voi jo itsessään olla interventio, varsinkin tilanteessa, jossa sama henkilö vastaa sekä arvioinnista että tavoitteiden asettamisesta yhdessä kuntoutujan kanssa.

Sen sijaan koko kuntoutusprosessin eri toimijoiden välisenä yhteistyön ja vuorovaikutuksen työvälineenä GAS ei tämän tutkimuksen perusteella vielä toimi. Menetelmän käyttöönottoa näytti hankaloittavan erityisesti yhteistyön puute tai vähäisyys eri toimijoiden välillä Tämä tuli esiin sekä koulu-

tukseen osallistuneilta että kouluttajilta kerätyssä aineistossa. Tulosten perusteella vaikuttaa siltä, että kuntoutussuunnitelma tavoitteineen laaditaan erikoissairaanhoidossa tai perusterveydenhuollossa ja eri työntekijät avokuntoutuksessa laativat GAS-tavoitteita omista lähtökohdistaan, jolloin käsitukset kuntoutuksen kokonaistavoitteesta voivat olla hyvin erilaisia eri toimijoilla. GASin käyttöönoton tavoitteena ollut ”yhteinen kieli, yhteinen mieli” eri toimijoiden kesken ei näin ollen toteudu. Tämä havainto on samansuuntainen kuin Lampi-Pyötsiän (2013) tutkimuksessa, jossa GAS-menettelmän käyttöönoton eriaikaisuuden nähtiin haittaavan moniammatillisen yhteistyön toteutumista. Nyt käsillä olevan tutkimuksen tulokset ovat kuitenkin rohkaisevia, sillä yli 40 % kyselyyn vastanneista koki GAS-menettelmän käytön lisännen tai syventäneen moniammatillista yhteistyötä.

GAS-menettelmän käyttö ja lomakkeen täyttäminen vaativat harjaantumista ja niiden koettiin vievän paljon aikaa myös kokeneelta ja asiaan perehtyneeltä terapeutilta, mikä koettiin haasteeksi kiiressä arjessa. Aidosti moniammatillisesti (esim. eri avoterapeuttien kanssa yhteistyössä) toteutettavan tavoiteasetannan koettiin vievän paljon aikaa, minkä pelättiin vähentävän varsinaista terapiaan käytettävää aikaa. Ajankäyttöön liittyvät havainnot ovat linjassa aiempien tutkimusten kanssa. (Kurki, 2011; Ylisassi 2012; Lampi-Pyötsiä, 2013; Salminen ym. 2014b). GAS-menettelmän luotettavuuden kannalta käyttäjien riittävä koulutus ja harjaantuminen ovat keskeisiä tekijöitä (Cardillo ja Smith 1994; Steenbek ym. 2010). Tästä näkökulmasta GAS-koulutuksen jakaantuminen riittävän pitkälle ajanjaksolle ja asiakkaiden kanssa harjoituksina laadittavat GAS-tavoitteet koulutuksen aikana ovat hyvin perusteltuja.

GAS-menettelmän käytön tarkoituksenmukaisuus eräissä asiakasryhmissä, kuten vaikeasti kehitysvammaiset tai eteneviä sairauksia sairastavat, mietitytti niin kouluttajia kuin koulutukseen osallistuneitakin. Koulutukseen osallistuneet toivat esiin käytännön vaikeudet asiakkaan osallistumisessa tavoitteiden nimeämiseen tai indikaattorien sanallistamiseen silloin, kun kommunikaatiokyky tai kognitiiviset taidot ovat heikot. Toisaalta etenevien sairauksien kohdalla pidettiin vaikeana nimetä tavoitteita positiivisesti ja vieläpä löytää sopiva indikaattori kuvaamaan edistymistä. Noin 75 % koulutukseen osallistuneista ilmoitti asiakkaansa osallistuvan tavoitteen asetteluun, vaikka lähtökohtaisesti GAS-menettelmässä tavoitteet laaditaan aina asiakkaan kanssa (Smith 1994). Esimerkiksi vaikeista kommunikaation tai kognition ongelmista kärsivien kuntoutujien (esim. vaikeasti kehitysvammaisten) kohdalla tavoitteiden laatiminen tapahtuu usein yhteistyössä perheen tai muun lähipiirin kanssa. Pitäisikö ”asiakkaaksi” tällöin ymmärtääkin perhe eikä yksilö? Kuten Smith (1994) huomauttaa, GAS ei sovellu edes menettelmän kehittäjien mukaan arviointiin kaikissa tilanteissa ja toimintaympäristöissä. Jos asiakas tai perhe ei pysty itse osallistumaan tavoitteiden asetteluun, GAS jää pelkästään ammattilaisten vuorovaikutuksen välineeksi, mikä ei liene tarkoitus.

Jonkin verran ristiriitaisia käsityksiä näyttäisi tulosten mukaan olevan siinä, miten GAS-järjestelmässä määritellään ns. lähtötaso. Vaikka käsikirja (Autti-Rämö ym. 2010) antaa tähän yksiselitteisen ohjeen (-2 = tilanne on ennallaan tai huonontunut), ei asiaa ollut ilmeisesti ymmärretty, vaan lomakkeeseen merkittiin lähtötasoksi milloin 0 ja milloin -1. Tähän ongelmaan näytettiin törmäävän erityisesti etenevien sairauksien kohdalla, kun haluttiin ”jättää varaa” huononemiselle. Tähän problematiikkaan tulee GAS-koulutuksessa jatkossa kiinnittää enemmän huomiota.

Tulosten perusteella tavoitteiden ja indikaattorien sanallistaminen ja skaalaaminen asteikolle näyttäisi kaiken kaikkiaan olevan haasteellista niin koulutukseen osallistujille kuin heidän asiakkailleenkin. Samanlaisia havaintoja on myös aiemmissa tutkimuksissa (Kurki 2011; Salminen ym. 2013;). Avoimissa vastauksissa ja kouluttajien haastatteluissa tuli esille, että liian pikkutarkka sanojen pyörittely eri tasoja kuvattaessa saattaa viedä pohjan GAS-menettelyn varsinaiselta idealta eli asiakkaan osallisuuden vahvistamiselta oman kuntoutusprosessinsa suunnittelussa. Kuten Krasny-Pacini ym. (2013) toteavat, GAS tulisi nähdä ennen kaikkea dialogin vahvistamisen työvälineenä kuntoutusprosessissa.

Koulutukseen osallistuneista noin kaksi kolmasosaa oli tyytyväisiä saamaansa koulutukseen mutta kriittistäkin palautetta kouluttajien GAS-osaamisesta annettiin. Kouluttajina toivottiin käytettävän enemmän käytännön kuntoutustyön tekijöitä, jotka ovat käyttäneet GAS-menettelmää asiakkaitensa kanssa. Kouluttajilta toivottiin monipuolisempia käytännön esimerkkejä ja ”oikeita vastauksia” haastaviin asiakastapauksiin. Myös kouluttajat olivat tunnistanee, että joissain tapauksissa indikaattorien sanallistaminen oli haasteellista mutta niiden pohdinta yhdessä oli koettu opettavaisena ja palkitsevana. Koulutuksen sisältöä oli modifioitu eri tavoin syventämällä esimerkiksi ICF-luokitukseen tai luotettaviin toimintakykymittareihin liittyvää tietoa. Kouluttajien haastatteluissa näkyi vankka luottamus omaan osaamiseen eikä lisäkoulutukselle koettu juurikaan olevan tarvetta.

Vastaajien arvioidessa koulutuksen työssä hyödynnettävyyttä, kokemus oli sitä kielteisempi mitä kauemmin henkilö oli menetelmää käyttänyt. Kouluttajien näkökulmasta etenkin ensimmäiset GAS-koulutukset olivat haastavia mutta seuraavissa toteutuksissa oli jo pystytty käyttämään palautteita hyväksi ja menetelmän ”myyminen” osallistujille onnistui paremmin. On siis mahdollista, että koulutuksen laatu on ajan myötä parantunut. Tämä voisi osaltaan selittää sen, että koulutuksen oppien hyödynnettävyys työssä on koettu parempana menetelmää vähemmän aikaa käyttäneiden keskuudessa. Koulutuksen hyödynnettävyys työssä näyttäytyi tärkeänä myös menetelmän itseopiskelun jatkamisen suhteen, joten siihen on syytä kiinnittää koulutusten suunnittelussa ja toteutuksessa erityisesti huomiota.

GAS-koulutukseen osallistuneiden tyytyväisyys koulutukseen vaihteli ammattikorkeakouluittain tilastollisesti erittäin merkitsevällä tasolla. Myös avoimissa vastauksissa tuli esiin huoli koulutuksen laadusta ja kouluttajien osaamisesta. Tämän tutkimuksen tulosten pohjalta vaikuttaa siltä, että kouluttajien päivityskoulutusta ja hyvien käytäntöjen jakamista olisi syytä vakavasti harkita, jotta GAS-koulutuksen sisällöt ja laatu eivät eriytyisi liikaa vaan voitaisiin taata tasalaatuisempi koulutus eri puolilla Suomea.

6.2 Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelua

Koulutukseen osallistuneille suunnatun kyselyn vastausprosentti jäi alhaiseksi suhteessa arvioon ammattikorkeakoulujen GAS-koulutuksen suorittaneiden kokonaismäärästä. Alhaiseen vastausprosenttiin vaikuttivat vaikeudet tavoittaa oikeat ammattikorkeakoulujen yhteyshenkilöt, jotka välittivät linkin kyselystä koulutuksen käyneille. Myös alkuperäinen kyselyn vastaamisen ajankohdan sijoittuminen kesäkuulle lienee alentanut vastaajien määrää. Vastausajan pidentäminen syyskuun loppuun toi lisää vastaajia, joten vastaajien kokonaismäärä oli 178, mitä voidaan pitää tyydyttävänä määränä, sillä GAS-koulutuksiin osallistuneita lienee yhteensä yli 1500. Kouluttajat toivat kuitenkin haastatteluissa esiin saamiensa koulutuspalautteiden pohjalta aivan samoja haasteita ja ongelmakohtia, joita kyselyssä tuli esiin, joten voisi päätellä että samoista teemoista on keskusteltu laajemminkin osallistujien keskuudessa.

Likert-asteikon luotettavuuden haasteena voidaan pitää esitettyjen väittämien sanamuotoja. On mahdollista, että vastaajat tulkitsevat väittämiä eri tavoin, mikä vaikuttaa vastausvaihtoehdon valintaan. Esimerkiksi useiden erityyppisesti vaikeavammaisten kuntoutujien kanssa työskentelevän terapeutin voi olla hankala päättää, pohtiiko vaikkapa asiakkaan motivaation merkitystä yleisellä tasolla, ”keskimääräisen kuntoutujan” vai yksittäistapauksen näkökulmasta. Tätä olisimme voineet ohjeistaa tarkemmin kyselyn esittelytekstissä. Kaksi väittämää tunnistettiin tulosten analyysivaiheessa tulkinnanvaraiseksi. Oppimisen ja koulutuksen osion väittämässä ”maksimissaan tavoitteita voi asettaa kahdeksan” oli tulkintaongelma, sillä Kelan GAS-lomake ohjaa kolmeen tavoitteeseen ja T-score-taulukot kahdeksaan tavoitteeseen. Toinen väittämä samasta osiosta, ”mitä korkeampi T-score, sitä paremmin olet onnistunut tavoitteiden asettamisessa”, todettiin myös ongelmallisesti laadituksi. Tavoitetasona on 0-taso, joka kuvaa jo hyvää ja toivottavaa tavoitteiden saavuttamisen tasoa. Korkea +1- tai +2-tason saavuttaminen ja sitä myötä korkea T-score-pistemäärä ei välttämättä kerro koko totuutta tavoitteiden asettamisen onnistumisesta. Tavoitteet on voitu laatia liian helppoiksi, jolloin saavutetaan myös korkea T-score, mikä ei ole menetelmän tarkoitus. Toisaalta vastausten hajaantuminen saattaa kuvata todellista epäselvyyttä asian suhteen, sillä T-score oli avointen

vastausten perusteella jäänyt osallistujille hämäräksi tai siihen ei ollut perehdytty lainkaan koulutuksen aikana.

Kouluttajien haastattelut toteutettiin suunnitelmasta poiketen yksilöhaastatteluina. Tämän voidaan kuitenkin ajatella jopa parantavan luotettavuutta, sillä jokaisen haastateltavan kanssa käytiin läpi samat teemat kun taas ryhmähaastattelussa yksilölliset näkökulmat kuhunkin teemaan olisivat saattaneet jäädä vähemmälle huomiolle. Laadullisen aineiston (avoimet vastaukset ja haastattelut) analyysi tehtiin soveltaen aineistolähtöistä sisällön analyysiä, jossa aineistosta pyritään muodostamaan kategorioita tai teemoja, joiden puitteissa koko aineisto on tulkittavissa. Raporttiin on sisällytetty runsaasti lainauksia alkuperäisaineistosta, jotta lukija voi arvioida tehtyjen tulkintojen uskottavuutta, siirrettävyyttä ja havahduttavuutta. Tutkimuksen toteuttajista kolme on itsekin toiminut GAS-kouluttajana, mikä toisaalta helpotti asiayhteyksien ymmärtämistä mutta toisaalta on voinut vaikuttaa aineiston tulkintaan.

7 Yhteenveto: hyvä GAS-koulutuskäytäntö

Sekä kouluttajilta että koulutukseen osallistuneilta kuntoutusammattilaisilta kerätyn aineiston perusteella hyvän GAS-koulutuskäytännön elementtejä voidaan kuvata tiivistäen seuraavasti:

- motivoituneet ammattitaitoiset kouluttajat, joilla kykyä ohjata moniammatillista osallistujaryhmää ja jotka hallitsevat GAS-menetelmän syvällisesti sekä kokemuskouluttajien käyttö
- kouluttajien osaamisen päivitys ja hyvien käytäntöjen jakaminen
- motivoituneet koulutukseen osallistujat, jotka ovat kiinnostuneita oman työnsä kehittämisestä
- osallistujien tarpeisiin osuva koulutus
- ennakkotiedot koulutettavien odotuksista ja kokemuksista
- räätälöidyn koulutuksen mahdollisuus esim. työpaikkakohtainen koulutus
- osallistujilla on mahdollisuus ennakkotehtävään tutustua GAS-koulutuksen materiaaliin (käsikirja, muu opetusmateriaali) ja siten muodostaa itselleen orientaatioperusta.
- ajantasainen materiaali: päivitetty GAS-käsikirja, jossa on monipuolisesti esimerkkejä, kooste tai linkit GASin käyttöön liittyviin tutkimuksiin
- ruotsinkielisen materiaalin käyttömahdollisuus
- kouluttajien antama henkilökohtainen palaute osallistujien välitehtävinä laatimista GAS-tavoitteista

- kurssilaisten yhteinen sähköinen oppimisolusta, josta materiaalit ja linkit on löydettävissä ja johon välitehtävät voi palauttaa ja jossa väliarviointia voi toteuttaa
- haastavien tapausten käsittely yhdessä (esim. vaikeasti kehitysvammaiset, etenevät sairaudet)
- yhteinen, moniammatillinen keskustelu ja reflektointi monipuolisten käytännön esimerkkien pohjalta (workshop-työskentely pienryhmissä)
- eri kuntoutustahojen (erikoissairaanhoido/perusterveydenhuolto, eri terapeutit, Kela) yhteinen näkemys kuntoutuksen prosessista ja tavoitteista yhteisen koulutuksen kautta
- riittävän pitkä koulutus, jotta osallistujat ehtivät omaksua menetelmän syvemmin kuin teknisenä lomakkeentäytösuorituksena. (Kolme päivää useamman kuukauden ajalle jaettuna).

Lähteet

Alasuutari P. Laadullinen tutkimus. 3. uudistettu painos. Tampere: Vastapaino, 2007.

Autti-Rämö I, Vainiemi K, Sukula S. GASin laatiminen. Julkaisussa: Autti-Rämö I, Vainiemi K, Sukula S, Louhenperä A. GAS-menetelmä. Käsikirja, versio 2. Saatavissa: <http://www.kela.fi/documents/10180/12149/gas_kasikirja_100518.pdf>. Viitattu 11.8.2015.

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

Burns RB. Introduction to research methods. London: Sage, 2000.

Cardillo JE, Smith A. Reliability of Goal Attainment Scores. Julkaisussa: Kiresuk T, Smith A, Cardillo J, toim. Goal Attainment Scaling. Applications, theory, and measurement. New York, NY: Psychology Press, 1994.

Domholdt E. Physical therapy research. Principals and applications. Philadelphia, PA: Saunders, 2000.

Eskola J, Suoranta J. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino, 2005.

Järvikoski A, Hokkanen L, Härkäpää K, toim. Asiakkaan äänellä. Odotuksia vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Helsinki: Kuntoutussäätiö, Kuntoutussäätiön tutkimuksia 80, 2009.

Järvikoski A. Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 43, 2013. Saatavissa. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3457-3>. Viitattu 11.8.2015.

Kelan avoterapiastandardi. Saatavissa: <http://www.kela.fi/documents/10180/1453705/A_std_2015.pdf/722ae254-4962-4a2c-a847-f4e3b6823224>. Viitattu 11.8.2015.

Krasny-Pacini A, Hiebel J, Pauly F, Godon S, Chevignard M. Goal Attainment Scaling in Rehabilitation. A literature-based update. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* 2013; 56: 212–230.

Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 19, 2003. Kuntoutusasiain neuvottelukunta, 2004.

Kurki R. Miketekin palveluiden ja arvioinnin kehittäminen. GAS-arviointilomake käytännön työkaluksi. YAMK-opinnäytetyö. Mikkeli: Mikkelin ammattikorkeakoulu, 2011.

Lampi-Pyötsiä P. ICF- viitekehyksen ja GAS-menetelmän yhteiskäytön kehittäminen: kuntoutumisprosessin tueksi. YAMK-opinnäytetyö. Helsinki: Metropolia ammattikorkeakoulu, 2013.

Manninen P, Hakanen T. Tixel- opas. Saatavissa <<http://www.ti-tutkimuspalvelu.fi/images/Tixel-opas.pdf>> Viitattu 11.8.2015.

Metsämuuronen J. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä (Tutkijalaitos). Helsinki: International Methelp, 2009.

Norman G. Likert scales, levels of measurement and the “laws” of statistics. *Advances in Health Science Education*, 2010. Saatavissa < DOI 10.1007/s10459-010-9222-y>.

Puumalainen J, Härkäpää K, Järvikoski A. Odotukset, osallisuus ja koetut vaikutukset: Osallistujien kokemuksia vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta. *Kuntoutus* 2014; (4): 5–19.

Salminen A-L. Kuntoutus näkövammaisen nuoren itsenäistymisen tukena. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 82, 2013. Saatavissa: <<http://hdl.handle.net/10138/40182>>. Viitattu 11.8.2015

Salminen A-L, Hämäläinen P, Karhula M, Kanelisto K, Ruutiainen J. MS-kuntoutujien ryhmämuotoinen moniammatillinen avokuntoutus. Kuntoutusmallin kehittäminen ja arviointi. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 129, 2014a. Saatavissa: <<http://hdl.handle.net/10138/42945>>. Viitattu 11.8.2015.

Salminen A-L, Karhula M, Häkkinen A. TULES-kurssien standardien kehittäminen. Suosituksia standardiin. Helsinki: Kela, Työpapereita 66, 2014b. Saatavissa: <<http://hdl.handle.net/10138/136301>>. Viitattu 11.8.2015.

Smith A. Introduction and overview. Julkaisussa: Kiresuk T, Smith A, Cardillo J, toim. Goal Attainment Scaling. Applications, theory, and measurement. New York, NY: Psychology Press, 1994.

Steenbek D, Ketelaar M, Lindeman E, Galama K, Gorter JW. Inter-rater reliability of Goal Attainment Scaling in rehabilitation of children with cerebral palsy. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2010; 91: 429–435.

Sukula S, Vainiemi K, Jeglinsky-Kankainen I, Sjögren T, Sipari S, Veijola A. GAS-tavoitteen asettamisen menetelmä. Koulutussuunnitelma. 2011.[painamaton lähde]

Tuomi J, Sarajärvi A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. (11. uudistettu laitos). Helsinki: Tammi, 2013.

Turner-Stokes L. Goal Attainment Scaling (GAS) in rehabilitation. A practical guide. *Clinical Rehabilitation* 2009; 23: 362–370.

Ylisassi H. GAS-menetelmän (Goal Attainment Scaling) käyttö ammatillisessa (työhön liittyvässä) kuntoutuksessa. Tutkimus- ja kehittämishanke Aslak-kuntoutuksessa. Hankkeen jatko-osa 2011–2012. Saatavissa: <http://www.kela.fi/documents/10180/12149/gas_kokeiluhanke_jatkoraportti_hy_29.3.pdf>. Viitattu 11.8.2015.

Liitteet

Liite 1. Sähköinen kysely

GAS koulutuksen arviointi

samk Satakunnan ammattikorkeakoulu Kela|Fpa

Hyvä palveluntuottaja!

Kyselyn vastausaika on jatkettu.
Vastaa tähän kyselyyn 30.9.2014 mennessä!

Tämä kysely on osa hanketta, jonka pitkäjähtäminen tavoitteena on kehittää GAS- meneteimää tukemaan avokuntoutujan osallisuutta omaa kuntoutustaan koskevassa tavoiteasettelussa ja päätöksenteossa avokuntoutuksessa. Arviointitutkimuksen avulla arvioidaan miten koulutetut ammattilaiset kokevat osaavansa ohjata asiakasta tavoitteiden määrittelyssä ja yksilöllisesti larkoituksenmukaisten indikaattoreiden löytämisessä, joilla tavoitteiden saavuttamista arvioidaan. Tutkimus antaa myös tietoa meneteimän käytettävyydestä. Lisäksi tutkimuksessa arvioidaan GAS-kouluttajien näkökulmasta niin meneteimää kuin koulutuksen sisältöä ja toteutusta.

Osallistumisesi tutkimukseen on vapaaehtoista. Osallistumalla kyselyyn olet edistämässä GAS- meneteimän käytön ja koulutuksen tutkimusta. Vastaa jokaiseen kohtaan tuomalla esiin mitä Sinä itse aidosti ajattelet kyselyistä asioista. Kyselyyn vastataan nimettömänä. Vastaukseen kuluu aikaa noin 20 minuuttia.

Vastaa tähän kyselyyn 10.6.2014 mennessä!

Vastaukset käsitellään tilastollisesti siten, että yksittäisiä palveluntuottajia ei ole mahdollista tunnistaa tutkimusraportista. Kerätty aineisto säilytetään Satakunnan ammattikorkeakoulussa SSL-suojatussa sähköisessä tietokannassa tutkimuksen ajan. Tutkimuksen valmistuttua sähköinen vastausaineisto hävitetään tietokannasta.

Seuraava >>

Sivu 1 / 7
Järjestelmänä Eduix E-lomake 3.1, www.e-lomake.fi

GAS koulutuksen arviointi



Taustamuuttajat

Nainen Mies
Sukupuoli

Anna syntymävuotesi

Ammatti - valitse vaihtoehto joka parhaiten kuvaa työtäsi --Valitse tästä--

Jos valitsit vaihtoehdon "Muu", niin mikä?

Työkokemuksesi määrä vuosina edellisessä kohdassa ilmoittamassasi työssä:

Kuinka kauan olet toiminut KELAn kuntoutuksen palvelun tuottajana?

GAS-kouluttautumisesi ajankohta (vuosi): ?

GAS- koulutuksesi toteuttaja --Valitse tästä--

Jos valitsit vaihtoehdon "Muu", niin mikä?

Kuinka kauan olet käyttänyt työssäsi GAS:a? Valitse

<< Edellinen Seuraava >>

GAS koulutuksen arviointi



Asiakaslähtöisyys

	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	En samaa, en eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa
Asiakkaani osallistuu GAS- tavoitteiden asettamiseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GAS- tavoitteiden asettaminen on muuttanut asiakkaani motivaatiota omaan kuntoutumiseensa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asiakkaan perhe tai läheiset osallistuvat GAS- tavoitteiden asettamiseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asetetut GAS- tavoitteet ovat arkielämälähtöisiä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GAS- tavoitteiden asettaminen on muuttanut asiakkaani toimintaa hänen arjessaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<< Edellinen Seuraava >>

Sivu 3 / 7

GAS koulutuksen arviointi



Moniammatillisuus

Teen yhteistyötä asiakkaani GAS- tavoitteiden suunnittelussa ja asettamisessa

- Perusterveydenhuollon kanssa
 Erikoissairaanhoidon kanssa
 Jonkun muun tahon kanssa
 En tee yhteistyötä

Jos valitsit vaihtoehdon

"Jonkun muun tahon kanssa", niin minkä tahon ?

GAS- tavoitteet asetetaan pääsääntöisesti yhteistyössä seuraavien kanssa
 (Voit valita useamman vaihtoehdon)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Erityislasterhanopettaja | <input type="checkbox"/> Puheterapeutti |
| <input type="checkbox"/> Erityisopettaja | <input type="checkbox"/> Ratsastusterapeutti |
| <input type="checkbox"/> Fysioterapeutti | <input type="checkbox"/> Sairaanhoitaja |
| <input type="checkbox"/> Kuntoutusohjaaja | <input type="checkbox"/> Sosiaalityöntekijä |
| <input type="checkbox"/> Lastentarhaopettaja | <input type="checkbox"/> Sosionomi |
| <input type="checkbox"/> Lääkäri | <input type="checkbox"/> Toimintaterapeutti |
| <input type="checkbox"/> Musiikkiterapeutti | <input type="checkbox"/> Vanhemmat tai huoltaja |
| <input type="checkbox"/> Neuropsykologi | <input type="checkbox"/> Puoliso |
| <input type="checkbox"/> Opettaja | <input type="checkbox"/> Omaishoitaja |
| <input type="checkbox"/> Psykologi | <input type="checkbox"/> Muu |

Jos valitsit vaihtoehdon "Muu",
 niin kuka tai ketkä

	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	En samaa, en eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa
GAS- tavoitteet asetetaan moniammatillisessa yhteistyössä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GAS- tavoitteiden asettaminen on syventänyt moniammatillista yhteistyötä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GAS- tavoitteiden asettaminen on monipuolistanut moniammatillista yhteistyötä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GAS- tavoitteiden asettaminen ei ole muuttanut moniammatillista yhteistyötä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GAS- menetelmän käyttö on lisännyt yhteistyötä kuntoutussuunnitelman laatimisessa tai päivittämisessä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<< Edellinen Seuraava >>

GAS koulutuksen arviointi



Käytettävyys

Miten seuraavat tekijät vaikuttavat GAS- menetelmän käyttöön työssäsi

	Rajoittaa merkittävästi	Rajoittaa jonkin verran	Ei edistä eikä rajoita	Edistää jonkin verran	Edistää merkittävästi	En osaa sanoa
Ajankäyttö	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lomakkeen täyttäminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tavoitteen tunnistaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indikaattorin määrittäminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tavoitetasojen sanallistaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oma motivaatio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asiakkaan motivaatio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asiakkaan toimintakyky	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asiakkaan kommunikaatiokyky	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asiakkaan kognitiiviset taidot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vertaistuki työyhteisössä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vertaistuki kollegoilta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kuntoutuspalautekäytännöt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<< Edellinen Seuraava >>

GAS koulutuksen arviointi



Oppiminen ja koulutus

Seuraavien väittämien tarkoituksena on selvittää miten menetelmän käyttö on omaksuttu.

Tavoitteiden asettamisessa:

	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	En samaa, en eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa
SMART- kriteerejä käytetään tavoitteiden asettelussa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samanaasteikon sisällä voi olla useita indikaattoreita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Valittu indikaattori kuvaa asetettua tavoitetta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asteikko on yksiselitteinen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indikaattorilla määritetään kuntouttajien toimintaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tavoitteiden saavuttamiselle on asetettu aikataulu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kuntoutuja ymmärtää asteikossa käytettävää kieltä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tavoitetaso on +2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maksimissaan tavoitteita voi asettaa 8	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mitä korkeampi T-score sitä paremmin olet onnistunut tavoitteiden asettamisessa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kuinka monta kuukautta GAS-koulutuksesi kesti kokonaisuutena?

Kuinka monta lähipäivää GAS-koulutukseesi sisältyi?

0 pv 1 pv 2 pv 3 pv Yli 3 pv

GAS- koulutus

	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	En samaa, en eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	En osaa sanoa
GAS- koulutus vastasi odotuksiani	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GAS- koulutus oli käytännönläheistä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GAS- koulutuksen opit ovat hyödynnettävissä työssäni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kuinka monesta potilaastasi/asiakkaastasi laadit GAS-tavoitteitteet osana GAS-koulutuksen harjoittelua?

Oletko jatkanut itseopiskelua GAS- koulutuksessa saamasi tms. aineiston tuella ?

Kyllä En

Miten kehittäisit GAS- koulutusta ja minkälaisia jatkokoulutustarpeita sinulla on ?

<< Edellinen Seuraava >>

GAS koulutuksen arviointi



Oletko tyytyväinen antamiisi arvoihin? Tämän sivun jälkeen tapahtuu tallennus, etkä enää voi tällä lomakkeella muuttaa arvoja.

Tietojen lähetyk

<< Edellinen

Valmis

Sivu 7 / 7

Järjestelmänä Eduix E-lomake 3.1, www.e-lomake.fi

Liite 2. Haastatteluteemat

Kelan Koulutuspaketti

- Kelan koulutuspaketin toimivuus
- Teorian ja harjoitteiden tasapaino
- GAS-käsikirja
- pp-aineisto
- GAS-esimerkkien käyttökelpoisuus
- mitä muita teoriasisältöjä hyödynnetty (esim. ICF, TOIMIA, muu)?
- mitä sisällöllistä kehittämistarvetta?

Kouluttajien kokemukset

- Minkälainen ”henki” koulutusryhmissä on ollut?
- Minkälaista palautetta koulutuksesta on annettu?
- Mitkä asiat osallistujien on ollut vaikeinta omaksua GAS-välineen käytössä?
- Mitä hyviä oivalluksia tai hyviä puolia osallistujat ovat palautteissaan ilmaisseet liittyen GAS-menetelmään?
- Minkälaisia käytännön hidasteita/esteitä/hankaluuksia koulutettavat ovat tuoneet esille GASin käyttöönotossa?
- miten ”menetelmän myyminen” on sujunut?
- Onko kouluttaja kokenut epävarmuutta/epätietoisuutta GAS-opetuksessa/hallinnassa, ”harmaa alue, onko oikeita vastauksia”?
- Tarvitaanko lisäkoulutusta, vertaisreflektointia kouluttajille?
- Ovatko osallistujat ilmaisseet lisäkoulutuksen tarvetta?
- Millaisia hyviä koulutuskäytäntöjä olette havainneet GASiin liittyen?
- Tulevaisuuden suunnitelmia GAS-koulutuksen suhteen?