

Tuulikki Alanko, Maarit Karhula, Arja Piirainen,  
Teppo Kröger ja Riku Nikander

# Kuntoutujan osallistaminen tavoitteenasettamis- prosessiin ja tavoitteiden saavuttamisen arviointiin

Loppuraportti





### **Kirjoittajat**

Tuulikki Alanko, tutkija, TtM, ft  
Tutkimus- ja kehittämiskeskus GeroCenter -säätiö  
etunimi.sukunimi@ksshp.fi

Maarit Karhula, TKI-asiantuntija, TtM, tt  
Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu  
etunimi.sukunimi@xamk.fi

Teppo Kröger, professori, YTT  
Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta  
Jyväskylän yliopisto

Arja Piirainen, lehtori, FT, KM, TtM, ft  
Liikuntatieteellinen tiedekunta  
Jyväskylän yliopisto

Riku Nikander, professori, johtaja, TtT, ft  
Tutkimus- ja kehittämiskeskus GeroCenter -säätiö  
Liikuntatieteellinen tiedekunta  
Jyväskylän yliopisto

© Kirjoittajat ja Kela

[www.kela.fi/tutkimus](http://www.kela.fi/tutkimus)

ISSN 2323-9239

Helsinki 2017

# SISÄLTÖ

Tiivistelmä.....	4
Esipuhe.....	5
1 Asiakaslähtöisyys ja osallisuus kuntoutuksessa.....	6
2 Tavoitteen asettaminen kuntoutuksessa .....	8
2.1 Yleisesti tavoitteen asettamisesta .....	8
2.2 Goal Attainment Scaling -menetelmän tausta ja tarkoitus .....	8
2.3 Tavoitteiden laatimisen prosessi GAS-menetelmällä .....	10
3 Tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymykset.....	11
4 Aineisto ja menetelmät .....	11
4.1 Keski-Suomen keskussairaala ja Eteva tutkimuksen konteksteina.....	11
4.2 Aineiston hankinta .....	14
4.3 Aineiston analysointi .....	18
4.4 Tutkimuksen eettiset näkökohdat .....	21
5 Tulokset.....	22
5.1 Tutkimukseen osallistuneet kuntoutujat.....	22
5.2 Kuntoutujan osallisuus GAS-tavoitteiden asettamiseen .....	23
5.2.1 Kuntoutujan täysivaltainen osallistuminen tavoitekeskusteluun.....	24
5.2.2 Kuntoutujan osittainen osallistuminen tavoitekeskusteluun .....	29
5.3 Kuntoutujan osallisuutta tavoitteenasettamisprosessiin edistävät tekijät.....	32
5.3.1 Keskustelussa eteneminen päämäärätietoisesti ja yksilöllisistä tarpeista lähtien .....	33
5.3.2 Kuntoutujan valmius asettaa omia tavoitteitaan .....	34
5.3.3 Ammattilaisten käyttämät tarkoituksenmukaiset työtavat.....	34
5.3.4 Omaisten mukanaolo tavoitteen asettamisessa .....	40
5.4 Asetetut tavoitteet ja niiden linkittyminen ICF-luokitukseen.....	41
5.5 Tavoitteen saavuttaminen ja siihen vaikuttavat tekijät.....	43
5.5.1 Kuntoutuja itse ja hänen toimintansa .....	44
5.5.2 Tavoitteen saavuttamista tukevat ulkopuoliset tukimuodot .....	45
5.5.3 Lähi-ihmiset ja asuinympäristö .....	48
5.6 GAS-menetelmän toimivuus ammattilaisten arvioimana .....	48
6 Pohdinta ja johtopäätökset.....	51
6.1 Kuntoutujan osallisuus ja siihen vaikuttavat tekijät tavoitekeskusteluissa .....	51
6.2 GAS-tavoitteiden saavuttaminen ja siihen vaikuttavat tekijät .....	55
6.3 GAS-menetelmän toimivuus .....	57
6.4 Tutkimuksen luotettavuus ja siirrettävyys .....	60
6.5 Jatkotutkimuksen aiheita .....	61
Lähteet .....	62
Liitteet .....	66

## TIIVISTELMÄ

Kuntoutujan osallisuus omassa kuntoutumisprosessissaan on ensiarvoisen tärkeää, jotta kuntoutumista edistävät toimet nivoutuvat osaksi kuntoutujan arkea ja kuntoutuja motivoituu ja sitoutuu muutokseen. Tässä Kelan rahoittamassa vuosina 2015 ja 2016 toteutetussa tutkimuksessa tarkasteltiin kuntoutujan osallistamista kuntoutumistavoitteiden asettamiseen ja tavoitteiden seurantaan Goal Attainment Scaling -menetelmällä (GAS). Tutkimuksen tavoitteena oli 1) tarkastella kuntoutujan osallisuutta ja siihen vaikuttavia tekijöitä tavoitteita asettaessa, 2) arvioida tavoitteiden saavuttamista ja siihen liittyviä tekijöitä sekä 3) vertailla kahden kuntoutujaryhmän yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia tavoitetyöskentelyssä.

Tutkimus toteutettiin arviointitutkimuksena, jossa Keski-Suomen keskussairaalan vaativan kuntoutuksen osaston kuntoutujat (n = 20) sekä Uudenmaan ja Etelä-Hämeen erityishuoltopiirin kuntayhtymän eli Etevan kehitysvammapsykiatrian yksiköiden kuntoutujat (n = 20) asettivat omat tavoitteensa yhdessä moniammatillisen työryhmän kanssa käyttäen GAS-menetelmää. Tutkimuksen alussa ammattilaiset perehdytettiin kuntoutujan osallistamisen ideologiaan sekä GAS-menetelmään. Ammattilaisten tietämystä kartoitettiin kyselyllä alussa ja lopussa. Tutkija havainnoi kunkin kuntoutujan ja työryhmän tavoitekeskustelua, minkä jälkeen hän haastatteli yksilöllisesti kuntoutujaa ja omaisia sekä ryhmähaastatteluna moniammatillista työryhmää. Puolen vuoden kuluttua arvioitiin tavoitteen saavuttamista ja siihen vaikuttavia tekijöitä haastatteleamalla kuntoutujaa ja omaisia sekä ammattilaisia. Tavoitekeskustelut ja haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin. Aineiston analyysissä painoutuivat laadulliset menetelmät.

Kuntoutujan osallistaminen tavoitekeskusteluun näyttäytyi täysivaltaisena ja osittaisena osallistumisena. Täysivaltaisen osallistumisen alatyyppeinä olivat kuntoutuja aktiivisena vallan ja vastuunkäyttäjänä sekä kuntoutuja tuetusti osallistuvana. Osittaisen osallistumisen alatyyppeinä olivat kuntoutujan jättäytyminen sivuun jossain vaiheessa keskustelua, kuntoutujan jättäminen sivuun jossain vaiheessa keskustelua sekä kuntoutujan jääminen sivuun epätarkoituksenmukaisen tuen vuoksi. Kuntoutujan osallistumista tavoitteenasettamisprosessiin edistivät seuraavat asiat: Yksilölliset tarpeet ohjasivat päämäärätietoista tavoitekeskustelussa etenemistä, kuntoutujalla oli valmius asettaa omia tavoitteitaan, ammattilaiset käyttivät tarkoituksenmukaisia osallistamisen työtapoja sekä omaiset olivat mukana tavoitteen asettamisessa. Vaativan kuntoutuksen osaston kuntoutujat saavuttivat tavoitteensa keskimääräistä paremmin (T-lukuarvo 57, hajonta 12). Kehitysvammapsykiatrian kuntoutujilla oli tavoitteensaavuttamisessa vaihtelua, ryhmätasolla tavoitteen saavuttaminen jäi keskimääräistä heikommaksi (T-lukuarvo 45, hajonta 15). Tavoitteen saavuttamiseen vaikuttavat tekijät liittyivät kuntoutujaan, kuntoutumisen tukimuotoihin sekä lähi-ihmisiin ja asuinympäristöön.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että kuntoutujan osallistuminen omien tavoitteiden asettamiseen sekä motivoi että sitouttaa kuntoutujaa kuntoutumisprosessiin. Kognitiiviset ongelmat ja kehitysvammaisuus eivät estä kuntoutujan aktiivista osallistumista tavoitteen asettamisprosessiin, mikäli ammattilaiset osaavat tukea ja kannustaa kuntoutujan osallisuutta ja päätöksentekoa. Kuntoutujan osallistaminen vaatii opettelua ja harjoittelua niin kuntoutujalta, yksittäiseltä ammattilaiselta, työyhteisöltä kuin koko organisaatiolta.

## ESIPUHE

Nykyinen asiakaslähtöinen kuntoutusparadigma kannustaa kuntoutujan osallistamiseen oman kuntoutustavoitteidensa laatimisessa sekä hoito- ja kuntoutusinterventioiden valinnassa (Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma 2004). Kuntoutuminen on toimintaa, jossa kuntoutuja itse määrittelee omat merkitykselliset ja realistiset tavoitteensa yhdessä ammattilaisten kanssa. Kuntoutumisen keskiössä on kuntoutujan voimavarojen huomioiminen, kuntoutujan motivoituminen ja sitoutuminen sekä oikea-aikainen ja saumaton kuntoutusketjun jatkuminen organisaatiosta toiseen. (Autti-Rämö ja Salminen 2016, 14–15). Kuntoutusparadigman mukaan kuntoutuja on oman elämänsä asiantuntija. Osallisuuden kokemus syntyy mahdollisuudesta vaikuttaa itseään koskevaan päätöksentekoon ja vastuun ottamisesta omaan kuntoutumisesta. Osallisuuskäsitelmä korostaa kuntoutujan ja ammattilaisen tasavertaisuutta kumppanuutta, vallan tasa-arvoista jakautumista ja yhtäläisiä vaikuttamismahdollisuuksia sekä kuntoutujan toimijuuden vahvistumista. (Sugavanam ym. 2013; Karhula ym. 2016a, 229–230).

Kelan rahoittaman ja Tutkimus- ja kehittämiskeskus GeroCenterin ja Mikkelin ammattikorkeakoulun vuosina 2015–2016 toteuttaman tutkimushankkeen tarkoituksena on ollut tuottaa ammattilaisille tietoa kuntoutujan osallistamisesta kuntoutumistavoitteenasettamiseen ja tavoitteiden saavutusten arviointiin. Tutkimus on toteutettu kahdessa kuntoutusyksikössä niin, että Tutkimus- ja kehittämiskeskus GeroCenterin tutkija Tuulikki Alanko on vastannut Keski-Suomen keskussairaalan vaativan kuntoutuksen osastolla toteutetusta tutkimusosuudesta ja Mikkelin ammattikorkeakoulun tutkija Maarit Karhula Uudenmaan ja Etelä-Hämeen erityishuoltopiiri kuntayhtymän eli Etevan kehitysvammapsykiatrian yksiköissä toteutetusta osuudesta.

Kiitämme kaikkia tutkimuksen toteutumisen mahdollistaneita henkilöitä ja tahoja. Suuri joukko kuntoutujia, ammattilaisia ja omaisia on osallistunut tavoitekeskusteluihin sekä tutkimushaastatteluihin ja -kyselyihin. Kelan tutkimusrahoitus on mahdollistanut tämän tutkimuksen. Hankkeessa mukana olleet taustaorganisaatiot Keski-Suomen keskussairaala sekä Etevan kuntayhtymä ovat antaneet tukensa ja järjestämismahdollisuudet tutkimuksen toteutumiseksi. Ohjausryhmäläiset ja taustaorganisaatioiden vastuuhenkilöt (Keski-Suomen keskussairaala: Satu Auvinen ja Marja Arkela, Eteva kuntayhtymä: Marketta Salminen ja Päivi Vuorinen, Mikkelin ammattikorkeakoulu: Susan Eriksson, Kehitysvammaliitto: Eija Roisko, Kela: Anna-Liisa Salminen ja Tiina Suomela-Markkanen sekä Varsinais-Suomen erityishuoltopiiriin kuntayhtymä: Oili Sauna-aho) ovat antaneet arvokasta tukea prosessin aikana. Ilman teidän tukeanne ja arvokkaita kommenttejanne tutkimuksen toteutuminen ei olisi ollut mahdollista.

*Jyväskylässä 22.12.2016*

*Tuulikki Alanko, Maarit Karhula, Arja Piirainen, Teppo Kröger ja Riku Nikander*

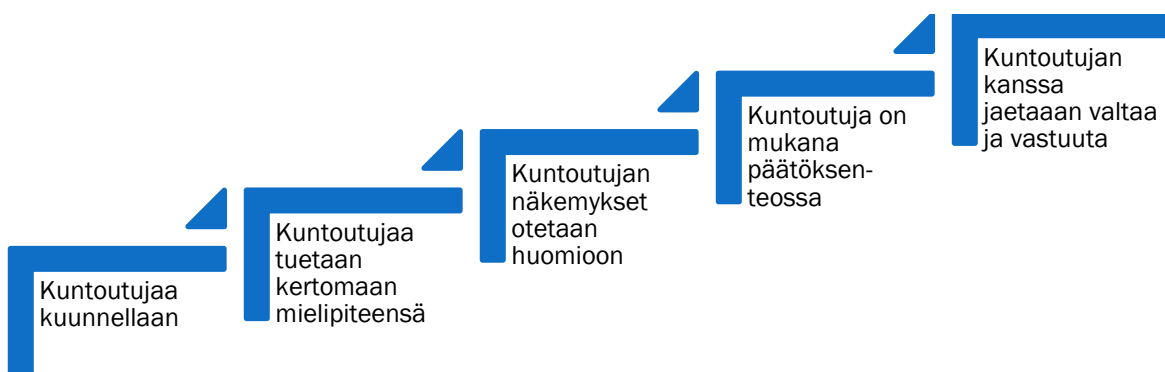
# 1 ASIAKASLÄHTÖISYYS JA OSALLISUUS KUNTOUTUKSESSA

Asiakaslähtöisessä ja asiakaskeskeisessä kuntoutuksessa kuntoutuja on keskiössä osallistuen omien kuntoutustavoitteidensa asettamiseen (Cott 2004; Paltamaa ym. 2011). Kuntoutuja on ymmärrettävä asiantuntijaksi ja aktiiviseksi toimijaksi sekä omien kuntoutustavoitteiden laatimisessa, että päätöksenteossa. Kuntoutujan osallisuuden kokemus syntyy mahdollisuudesta vaikuttaa itseään koskevaan päätöksentekoon sekä kuntoutujan ja ammattilaisten jakamaan valtaan ja vastuuseen (Autti-Rämö ym. 2010; Sugavanam ym. 2013; Karhula ym. 2016a, 230).

Kuntoutujan osallisuus korostuu kuntoutusprosessissa ja ydinkysymyksiä on vaikuttaminen hänen arkiympäristöönsä (Valtioneuvoston Kuntoutusselonteko Eduskunnalle 2002). Nykyinen kuntoutusparadigma korostaa kuntoutujan oman kokemuksen ja aktiivisen osallisuuden huomioimista ja huomion kiinnittämistä kuntoutujan voimavaroihin ja voimaantumiseen (Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma 2004). Kuntoutuminen on toimintaa, jossa kuntoutuja osallistuu kuntoutuksen tarpeen ja tavoitteen määrittämiseen sekä sisältöjen suunnitteluun ja toteutukseen. Kuntoutuja määrittelee itselleen merkitykselliset ja realistiset tavoitteet, joiden saavuttamiseksi suunnitellaan keinot yhdessä asiantuntijoiden kanssa, minä jälkeen ne toteutetaan. Kuntouttava työote nostaa keskiöön kuntoutujien voimavarojen aktiivisen hyödyntämisen tilanteissa, joissa ihmisen toimintakyky on heikentynyt tai uhattuna. Kuntoutumisen prosessi edellyttää kuntoutujan sitoutumista sekä oikea-aikaisia, organisaatiosta toiseen saumattomasti jatkuvia kuntoutustoimenpiteitä. (Autti-Rämö ja Salminen 2016, 14–15).

Kuntoutujan osallisuutta on kirjallisuudessa lähestytty sekä palvelujen suunnittelun, että yksilön omaan kuntoutumisprosessiin osallistumisen näkökulmista (Laitila 2010). Yhtenä viitekehyksenä osallisuuteen on Shierin malli (Shier 2001), jossa osallisuus nähdään portaittaisesti osallistumisen lisääntymisenä kuntoutujan kuuntelemisesta vallan ja vastuun jakamiseen (kuvio 1). Mallissa avataan sekä yksittäisen ammattilaisen näkökulmasta, että organisaatiossa toimia, jotka tukevat kuntoutujan osallistamista.

**Kuvio 1.** Osallisuuden portaat.



Lähteet: Shier 2001b ja Thomas 2002, mukaillen.

Mallissa osallisuutta kuvataan viidellä portaalla, jotka ovat: 1) kuntoutujan kuunteleminen, 2) kuntoutujan mielipiteiden ilmaisun tukeminen, 3) kuntoutujan näkemysten huomioon ottaminen, 4) kuntoutujan mukana oleminen päätöksenteossa ja 5) kuntoutujan kanssa vallan ja vastuun jakaminen. Kaikilla osallisuuden tasoilla ammattilaisen sitoutuminen voi olla eritasoista. Sitoutumisen tasot on mallissa määritelty kolmelle tasolle. Avaavassa toiminnassa ammattilainen on henkilökohtaisesti valmis toimimaan tietyllä tavalla. Mahdollistavaa toimintaa on silloin, kun ammattilaisella on mahdollisuus toimia esimerkiksi resurssien tai kouluttautumisen avulla kyseisellä portaalla. Velvoittavasta toiminnasta on kyse silloin, kun organisaatioon hyväksytyt toiminnot vaatii ammattilaista toimimaan sovitulla tavalla.

Toimijuus on moniulotteinen ilmiö. Toimijuuskäsitettä käytetään laajasti eri tutkimusten piirissä esimerkiksi lapsuustutkimuksessa, psykologisessa tutkimuksessa ja naistutkimuksessa, suomalaisessa sosiaalitutkimuksessa sekä ikääntyneiden tutkimuksessa. Tässä tutkimuksessa toimijuus ymmärretään ihmisen kyvyksi rakentaa omaa elämäntilanteensa tehden valintoja ja toimien yhteiskunnallisten mahdollisuuksien rajoissa. Ihmisellä on intentionaalinen pyrkimys toimia ja saada asioita tapahtumaan sekä vaikuttaa ja tehdä valintoja omassa elämässään tunnistuen ja pohtien eri tilanteissa itselleen sopivia vaihtoehtoja. (Karhula ym. 2016a, 230.) Kuntoutusprosessissa kuntoutujan tai asiakkaan toimijuus tarkoittaa kuntoutujan aktiivista roolia oman tulevaisuutensa suunnittelussa, erilaisten valintojen tekemisessä yhteistyössä häntä hoitavien ammattilaisten kanssa (Romakkaniemi ja Järvikoski 2012). Kuntoutuksessa tavoitteena on henkilökohtaisen toimijuuden vahvistaminen ja muutoksen aikaansaaminen (Bandura 2001; Bandura 2006).

Jaettu toimijuus tarkoittaa läheisen henkilön (edustaja, valtuutettu) apuun ja asiantuntemukseen turvautumista, kun ihminen ei itsenäisesti pysty tai kykene hankkimaan oman tilanteensa kannalta tärkeitä tietoja tai toimintavaihtoehtoja. Kuntoutujan itsemääräämisoikeuden toteutumisen ja osallisuuden edellyttävät tällöin tuettua päätöksentekoa. Tuetussa päätöksenteossa tuetaan, rohkaistaan, kannustetaan ja opetetaan kuntoutujaa itse päättämään ja tekemään ratkaisuja. Tarkoituksena on, että kuntoutuja voi aidosti päättää asioista itse sen jälkeen, kun hän on ymmärtänyt asian taustat, erilaiset vaihtoehdot ja niihin liittyvät seuraukset. (Sivula 2010.) Itsemääräämisoikeuden toteutumiseen on kiinnitetty entistä enemmän huomiota, mitä on vauhdittanut YK:n vammaissopimuksen ratifioinnin valmistelu ja ratifiointi kesäkuussa 2016. Yhteisöllinen toimijuus tarkoittaa yhteisesti jaettua luottamusta, jotta saadaan aikaan haluttuja tuloksia. Yhteisöllinen toimijuus vahvistaa kuntoutujan osallisuutta ja kokemusta kuulluksi tulemisesta ja vahvistaa henkilökohtaista toimijuutta (Romakkaniemi ja Järvikoski 2012).

## 2 TAVOITTEEN ASETTAMINEN KUNTOUTUKSESSA

### 2.1 Yleisesti tavoitteen asettamisesta

Tavoitteen asettaminen mahdollistaa kuntoutujille tavoitteiden saavuttamisen ja kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnin. Yksilölliset ja merkitykselliset tavoitteet parantavat kuntoutujan tietoisuutta omasta toimintakyvystään suhteessa asetettuihin tavoitteisiin (Sivula 2010; Autti-Rämö ym. 2010). Hyvin laaditut tavoitteet ovat kuntoutuksen selkäranka ja niiden tulisi liittyä kuntoutujan arkeen (Karhula ym. 2016a, 231). Yhteinen tavoite selkeytyy ja kuntoutuja tietää mihin kuntoutuksella pyritään. Kuntoutustavoitteiden asettamisen keskiössä on kuntoutujan tarpeet. Asiantuntijoiden kanssa yhdessä pohditaan kuntoutujan arkea ja sen haasteita. (Sugavanam ym. 2013; Stevens ym. 2013; Karhula ym. 2016a, 229.)

Kuntoutumisprosessille on ominaista tavoitteellisuus, suunnitelmallisuus, kokonaisvaltaisuus, yksilöllisyys, kuntoutujakeskeisyys, voimavaralähtöisyys ja pitkäjänteisyys (Järvikoski ja Karjalainen 2008, 85). Kuntoutuksen tavoitteet laaditaan kuntoutujan ja mahdollisesti hänen omaistensa sekä ammattilaisten yhteistyönä kuntoutusprosessin alkuvaiheessa. Ammattilaisten tulee arvioida ovatko kuntoutustavoitteet realistisia ja ovatko tavoitteet kuntoutuksella saavutettavia. Hyvän tavoitteenasettamisen apuvälineenä voidaan käyttää ”kultaista sääntöä” ns. SMART-periaatetta. (Bovend’Eerdt ym. 2009.) Tavoite on *Specific* = spesifinen, yksilöllinen, määritelty, *Measurable* = mitattava, *Achievable* = saavutettavissa oleva, *Realistic/Relevant* = realistinen ja merkityksellinen, kuntoutustoimenpitein saavutettavissa ja *Timed* = mahdollinen aikatauluttaa. Kuntoutujan tavoitteiden tulee olla SMART-periaatteen mukaisia, yksityiskohtaisia, realistisia, riittävän haasteellisia ja kuntoutujalle merkityksellisiä, jotta kuntoutuja motivoituu ja sitoutuu niihin sekä tavoitteiden saavuttaminen on mahdollista. (Bovend’Eerdt ym. 2009.)

Tutkimukset korostavat kuntoutujan osallistamisen mahdollisuuksia omaan tavoitteenasettamisprosessiin. Kuitenkin kuntoutujan osallistamista edistävistä menetelmistä on varsin niukasti tutkimustietoa ja tulokset ovat osin ristiriitaisia. (Levack ym. 2006; Playford ym. 2009; Bovend’Eerdt ym. 2009; Sugavanam ym. 2013.)

### 2.2 Goal Attainment Scaling -menetelmän tausta ja tarkoitus

Goal Attainment Scaling (GAS) -menetelmä on alkujaan kehitetty mielenterveyspotilaiden kuntoutuksessa tavoitteen asettamiseen ja arviointiin (Kiresuk ja Sherman 1968). Menetelmä parantaa myös kuntoutujan tietoisuutta omasta toimintakyvystään suhteessa asetettuihin tavoitteisiin (Sukula ja Vainiemi 2010; Autti-Rämö ym. 2010).

GAS-menetelmä on asiakaslähtöinen ja kuntoutujan yksilöllisten tavoitteiden asettaminen onnistuu yhteistyössä GAS-menetelmän hallitsevien ammattilaisten kanssa. Menetelmä antaa systemaattisen tavan asettaa ja arvioida tavoitteiden toteutumista ja mahdollistaa kuntoutuksen tulosten tarkastelua. Menetelmän avulla voidaan tarkastella tavoitteiden saavuttamista sekä yksilö- että ryhmätasolla tilastollisilla menetelmillä. GAS-menetelmällä voidaan jokaisen nykyinen suorituskyky huomioiden laatia yksilölliset tavoitteiden saavuttamisen tasot. (Su-



kula ja Vainiemi 2015, 13–15.) Tavoitteiden saavuttaminen on hyvä tuloksellisuuden mittari, sillä se reagoi herkästi muutokseen (Turner-Stokes 2009).

Ammattilaisilta vaaditaan perehtyneisyyttä kyseessä olevan kuntoutujaryhmän oireisiin, sairauden kulkuun ja käytettävissä oleviin kuntoutustoimenpiteisiin, jotta asetettavat GAS-tavoitteet ovat realistisia ja kuntoutujia motivoivia. Kuntoutujan kuntoutustavoitteiden tulee kiinnittyä kuntoutujan elinympäristöön ja arkeen. (Cott 2004; Karhula ym. 2016a, 232.) GAS-menetelmän avulla kuvataan selkeitä tunnistettavia ja merkityksellisiä muutoksia kuntoutujan arjessa. Tavoitteiden tulee tukea kuntoutujan osallisuutta ja osallistumista omaan kuntoutumisprosessiin (Bovend'Eerd ym. 2009; Karhula ym. 2016a, 231).

Kuntoutustavoitteiden laatimisessa tulee huomioida myös omaisten toiveet ja odotukset osana kuntoutuksen kokonaisuutta. Omaisten osallistuminen tavoitteiden asettamiseen auttaa kuntoutujaa motivoitumaan ja pitämään kiinni asetetuista tavoitteista myös kuntoutusjakson jälkeen. (Laukkala ym. 2015, 11–13.) GAS-menetelmä selkeyttää kuntoutuksen tavoitteita ja vastuuta jaetaan kuntoutujan lisäksi myös omaisille kuntoutumisesta ja tavoitteiden saavuttamisesta. Kuntoutuksen toteutumisesta tulee kuntoutujalle ymmärrettävää, ja kun tavoite on pilkottu osiin hän tietää paremmin mihin kuntoutuksella pyritään. Kirjalliset tavoitteet konkretisoivat kuntoutujalle terapian vaikuttavuutta. (Von Bell 2013.)

GAS-menetelmä on käyttökelpoinen tavoitteenasettamisen apuväline sekä kuntoutujan että ammattilaisen näkökulmasta. Tavoitteenasettamisprosessin aikana kuntoutuja ja ammattilaiset oppivat refleктоimaan tilannetta, tunnistamaan ja nimeämään ongelmia, priorisoimaan merkityksellisiä tavoitteita, löytämään merkityksellisiä indikaattoreita ja laatimaan realistisia tavoitetasoja sekä räätälöimään terapiainterventiot kuntoutujan tarpeisiin ja osoittamaan tavoitteiden saavuttamisen sovitun ajan kuluessa. Lisäksi GAS-menetelmän käyttö parantaa moniammatillista yhteistyötä, motivoi kuntoutujaa, lisää kuntoutujan ja ammattilaisen välistä kommunikaatiota sekä kuntoutujan omaa vastuunottoa kuntoutuksesta. (Stevens ym. 2013; Laukkala ym. 2015, 11–13; Karhula ym. 2016a, 233.) GAS-menetelmää on kritisoitu siitä, että tavoitteenasettaminen on aikaa vievä prosessi, asteikon laatiminen on työlästä ja tavoitteiden asettamiseen vaikuttavat tekijät vaihtelevat. Kuitenkin GAS-menetelmän katsotaan olevan käyttökelpoinen tavoitteenasettamisen menetelmä. (Siegert ja Levack 2015.)

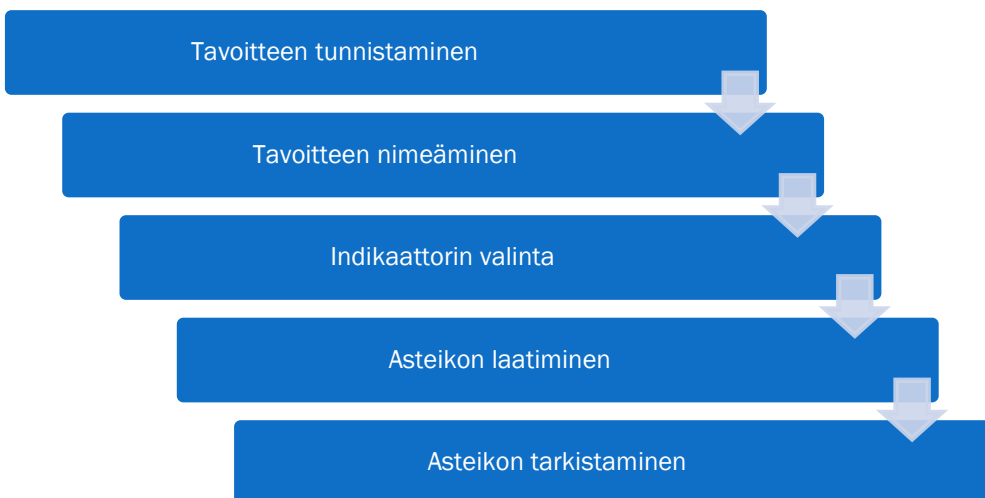
GAS-menetelmän käyttö tavoitteenasettelussa lisää asiakaslähtöisyyttä terapeuttien työssä, ohjaten tavoitteiden asettamista ja terapian toteutumista kuntoutujien tarpeista lähtevänä eikä niinkään diagnoosilähtöisenä (Von Bell 2013). GAS:n käyttö lisää kuntoutujan sitoutumista ja osallistumista kuntoutukseen, ja GAS-menetelmä soveltuu hyvin fysio- ja toimintaterapia-menetelmäksi konkreettisten tavoitteiden vuoksi (Tuomi 2014).

GAS-menetelmä on käytössä kaikessa Kelan laitosmuotoisessa kuntoutuksessa ja GAS-menetelmä otetaan mahdollisesti käyttöön vuoden 2019 alusta kaikkiin Kelan järjestämiin terapioihin.

## 2.3 Tavoitteiden laatimisen prosessi GAS-menetelmällä

GAS-menetelmällä tavoitteen laatiminen on prosessi, jonka lähtökohtana ovat kuntoutujan voimavarat ja tuen tarpeet arjessa (Karhula ym. 2016a, 233). Tavoitteen tunnistaminen perustuu kuntoutujan haastatteluun ja tilanteen kartoittamiseen. Kuntoutujan elämäntilanteen ja terveyden kannalta tärkeiden asioiden kartoittamiseen voidaan käyttää erilaisia haastattelu- ja kyselylomakkeita esimerkiksi Canadian Occupational Performance Measure (COPM). (Cup ym. 2003; Law ym. 2005) tai Rehabilitation Problem -solving lomaketta (RPS) (Steiner ym. 2002). Tavoitteen tunnistaminen edellyttää kuntoutujan ja ammattilaisten yhteisen näkemyksen muodostumista nykytilanteesta ja arjen ongelmista. GAS-menetelmässä valitaan kerrallaan yhdestä kolmeen kuntoutujan priorisoimaa arjen ongelmaa, joista muodostetaan tavoite tai tavoitteet tietylle, nimetylle ajanjaksolle. Tavoitteelle valitaan sopiva indikaattori eli muutosta ilmaiseva asia, joka voi liittyä käyttäytymiseen, tunnetilaan, taitoon tai prosessiin. Sitä tulee voida arvioida tavoitteenasettamishetkellä ja se edustaa tavoitetta ja edistymistä tavoitteen suunnassa. Indikaattori voi olla laadullinen tai määrällinen ilmaisu, esimerkiksi paino kiloina, kipu VAS-janalla. Indikaattorin tulee olla tulkittavissa yksiselitteisesti. Tavoitteen toteutumisen tasot määritellään 5-portaiseen asteikkoon, jossa kuvataan tavoitetaso sekä selvästi ja jonkin verran odotettua matalammat ja korkeammat tavoitetasot. Lopuksi asteikon laatimisen jälkeen tarkistetaan, että tasot on määritelty niin, että tavoitteen saavuttamisen arviointi sovittun ajan kuluttua on yksiselitteistä. (Autti-Rämö ym. 2010; Karhula ym. 2016a, 234; kuvio 2.)

Kuvio 2. GAS-tavoitteenasettamisprosessi.



### 3 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tavoitteena oli 1) tarkastella kuntoutujan osallisuutta ja siihen vaikuttavia tekijöitä kuntoutumistavoitteita asettaessa, 2) arvioida tavoitteiden saavuttamista ja siihen liittyviä tekijöitä sekä 3) vertailla kahden kuntoutujaryhmän yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia tavoitetyöskentelyssä.

Tutkimuksessa vastattiin seuraaviin kysymyksiin:

1. Millaista kuntoutujan osallisuus oli kuntoutumistavoitteita asettaessa?
2. Mitkä tekijät edistivät kuntoutujan osallisuutta tavoitteenasettamisprosessissa?
3. Miten tavoitteet tuli saavutetuksi?
4. Millaiset tekijät liittyivät tavoitteiden saavuttamiseen?
5. Miten kaksi erilaista kuntoutujaryhmää olivat samanlaisia ja erilaisia tavoitteenasettamisprosessissa ja tavoitteen saavuttamisessa?
6. Miten GAS-menetelmä toimi ammattilaisten näkökulmasta tavoitteita asettaessa?

### 4 AINEISTO JA MENETELMÄT

#### 4.1 Keski-Suomen keskussairaala ja Eteva tutkimuksen konteksteina

Tutkimus toteutui kahdessa erilaisessa organisaatiossa. Organisaatiot erosivat toisistaan niin kuntoutujaryhmien kuin työkäytänteiden osalta. Keski-Suomen keskussairaalan vaativan kuntoutuksen osasto edustaa akuuttia erikoissairaanhoidoa, joka painottuu enemmän fyysiseen kuntoutukseen. Etevan kehitysvammapsykiatrian yksiköiden palvelu on rinnastettavissa erikoissairaanhoidon, mutta toiminta- ja työskentelytavoissa korostuu toiminta sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnassa kodinomaisessa ympäristössä, jossa kuntoutus painottuu psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tukemiseen. Kumpikin organisaatio oli hankkeen suunnitteluvaiheesta asti sitoutunut hankkeeseen ja organisaatioiden edustajat olivat tiiviisti mukana suunnittelemassa hanketta. Hankkeen aikana motivaatio ja sitoutuminen näkyivät muun muassa niin, että kummassakin organisaatiossa hankkeen tiedonkeruu onnistui suunnitellulla tavalla ja kuntoutujien rekrytointiin ja tiedonkeruuseen oli varattu organisaatiossa resursseja. Kummassakin organisaatiossa hankkeen johtava teema ”kuntoutujan osallistaminen” on läsnä myös laajemmin organisaation toiminnassa.

Keski-Suomen keskussairaalan vaativan kuntoutuksen osuudessa tutkimus liittyy koko sairaanhoitopiirissä käynnistyneeseen uuden sairaalan hoito- ja kuntoutusprosessien kehittämiseen. Johtavana ajatuksena on ”potilas ensin” eli asiakkaan tarpeista lähtevä yksilölähtöinen hoito- ja kuntoutusprosessi. Etevassa on ollut jo useampia vuosia käytössä yksilökeskeisen elämänsuunnittelun työtapana, jossa asiakkaan oma elämäntyyli ja hänelle arvokkaat asiat ovat kaiken tuen ja avun suunnittelun pohja. Myös kuntoutukselliset toimenpiteet suunnitellaan nämä asiat huomioiden, ja kuntoutuksen tavoitteiden tulee tukea muita elämäntavoitteita tai terveyden kannalta tärkeitä asioita. Tämä toimintamalli on ohjannut ammattilaisia kehitysvammaisten palvelunkäyttäjien osallisuuden tukemiseen.

Keski-Suomen keskussairaalan vaativan kuntoutuksen osastolla on nykyisin käytössä 22 kuntoutuspaikkaa. Kuntoutuksen painopiste on vaativa kuntoutus, mikä tarkoittaa välittömästi vakavan akuutin sairauden tai vamman jälkeen tapahtuvaa jatkuvaa kuntoutusta. Kuntoutuspotilaat tulevat osastolle muiden erikoisalojen osastoilta tai terveystieteiden keskuksilta. Kuntoutusosastolla on 16 neurologista potilaspaikkaa, kolme paikkaa tuki- ja liikuntaelinongelmista kärsiville potilaille (TULES) ja kolme geriatriasta potilaspaikkaa. Neurologisista potilaista suurin osa on aivoverenkiertohäiriöistä kuntoutuvia. Geriatriset kuntoutuspotilaat ovat lonkkamurtumista toipuvia tai moniongelmaisia vanhuksia. TULES-ryhmän potilaat ovat useimmiten monivammapotilaita, selkäydinvammapotilaita tai vaikeiden selkäleikkausten jälkeen kuntoutusta tarvitsevia henkilöitä. Kuntoutusosastolla potilaita hoidetaan ja kuntoutetaan moniammatillisesti. Moniammatilliseen tiimiin kuuluvat lääkärit (geriatria, neurologia, fysiatria), sairaanhoitajat ja lähihoitajat, fysioterapeutit, toimintaterapeutit, puheterapeutti, neuropsykologi ja sosiaalityöntekijät. Apuvälinealan asiantuntijat ovat konsultoitavissa, samoin psykiatria ja muut erikoissairaanhoidon erikoisalut. Käytettävissä on myös kaikki erikoissairaanhoidon oheispalvelut ja päivystyspalvelut. Kuntoutusosaston hoitajaksojen pituus on keskimäärin 17 vuorokautta. Potilaista noin 70 prosenttia lähtee kuntoutusjakson jälkeen kotiin. Noin 30 prosenttia siirtyy jatkohoitoon terveystieteiden keskuksille, mutta heilläkin useimmiten on suunniteltuna tavoitteena kotihoitoon siirtyminen.

Etevan kehitysvammapsykiatrian yksiköt tuottavat arviointi- ja kuntoutusjaksoja henkilöille, joilla on vaativia erityistarpeita liittyen mielenterveyden- ja autismin kirjon häiriöihin tai erisyyttä johtuvaan vakavaan haastavaan käyttäytymiseen. Etevallalla on kolme kehitysvammapsykiatrian yksikköä, jotka sijaitsevat Lahdessa, Keravalla ja Hämeenlinnassa. Kriisi- ja intensiivijaksot tukikeskuksissa kestävät keskimäärin 3–6 viikkoa. Kuntoutusjaksot kestävät yleensä kahdesta kuukaudesta kahteen vuoteen. Mikäli asiakas tarvitsee intensiivijakson jälkeen vielä tukea toimintamallien vahvistamisessa sekä toiminnan tukemisessa, voidaan tämä toteuttaa kuntoutusjakson muodossa. Lahden kehitysvammapsykiatrian yksikössä on yhteensä 15 paikkaa, joista neljä on tarkoitettu lapsille ja Hämeenlinnan kehitysvammapsykiatrian yksikössä on myös yhteensä 15 paikkaa. Suurin osa näistä on kriisi- ja intensiivipaikkoja, kuntoutuspaikkoja kummassakin yksikössä on viisi. Keravan kehitysvammapsykiatrian yksikössä on kolme erillistä pienryhmää, joissa on yhteensä 12 asiakaspaikkaa. Pitkäaikais-, kriisi- ja intensiivipaikat jakaantuvat kulloisenkin tarpeen mukaan. Kehitysvammapsykiatrian yksiköiden arviointi- ja kuntoutusjaksot on tarkoitettu tilanteisiin, joissa peruspalvelut eivät riitä ja kehitysvammaisella henkilöllä on samanaikaisesti useita ongelmia, esimerkiksi vaikeuksia selviytyä kotona, töissä tai koulunkäynnissä, käyttäytymisen haasteita, masennusta, ahdistuneisuutta, vuorokausirytmien katoamista, unihäiriöitä tai jumittumista ja vaikeita pakko-oireita.

Keski-Suomen keskussairaalan vaativan kuntoutuksen osaston ja Etevan kehitysvammapsykiatrian yksiköiden tavoitteenasettamiskäytäntöjä selvitettiin tutkimuksen alkutilanteessa. Keskussairaalan vaativan kuntoutuksen osaston toimintaympäristössä ja -käytänteissä oli havaittavissa muutoksen merkkejä jo tutkimuksen alkuvaiheessa, ja henkilökunta suhtautui tutkimukseen positiivisesti. Alkutilanteessa tavoitteenasettamiskäytäntö oli sellainen, ettei kuntoutuja osallistunut kuntoutuspalaverin tavoitteenasettamiskeskusteluun lainkaan, vaan jokainen ammattilainen laati omat tavoitteet eikä yhteistä moniammatillisesti laadittua tavoit-

tetta. Kuitenkin ammattilaiset tekivät yhteistyötä rinnakkain. Kuntoutuja suunnitteli yhdessä terapeuttien kanssa terapioiden sisältöä. Ammattilaiset tähdensivät, että kuntoutujan orientaatio ja kognitio vaikuttivat siihen, kuinka paljon kuntoutuja osallistuu tavoitteen asettamiseen ja jakson suunnitteluun. Kuntoutujien pitkän tähtäimen kuntoutustavoitteet asetettiin ammattilaisten kuntoutuspalaverissa sairaalajakson loppuvaiheessa. Palaverissa määriteltiin kuntoutujan jatkohoitopaikka osastojakson jälkeen. Ennen tavoitteen asettamista ammattilaiset olivat tehneet kuntoutujalle potilaskohtaiset toimintakykyä kartoittavat testit, havainnoinnit ja omaisten haastattelut. Ammattilaiset kirjasivat tavoitteet omille lehdilleen ja arvioivat potilaskohtaisesti mitä tukevia keinoja he tulevat käyttämään tavoitteen saavuttamiseen. Ammattilaiset tekivät yhteistyötä omaisten kanssa. He kertoivat oman näkemyksensä omaisille kuntoutujan toimintakyvystä, etenkin kotiloman jälkeen omaisten näkemykset kuntoutujan selviytymisestä arkiaskareista ja liikkumisesta koettiin tärkeiksi. Osastojakson pituuteen vaikutti kuntoutujan kunto.

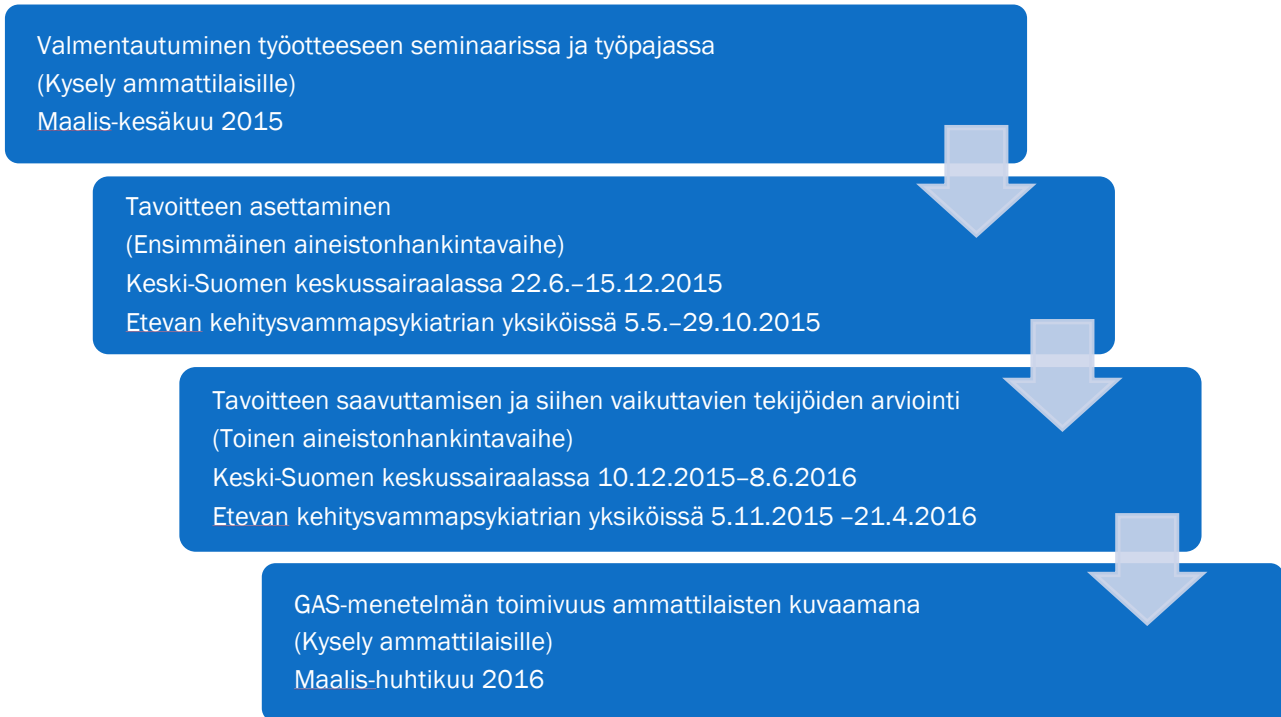
Tavoitteen saavuttamista tukevat sisällöt määriteltiin ammattilaisten potilaskohtaisen arvion perusteella. Lisäksi määriteltiin se, mitä tukevia keinoja he käyttivät tavoitteen saavuttamisen arvioinnissa. Tässä otettiin huomioon kuntoutujan omat ja omaisten tarpeet. Jokainen ammattilainen teki omat tavoitteet, eli käytössä ei ollut moniammatillista yhteistä tavoitetta, vaan yhteistyötä tehtiin rinnakkain. Tutkimuksen aikana kuntoutujat osallistuivat tavoitteen asettamiskeskusteluihin ammattilaisten (fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja sairaanhoitaja) kanssa ja tavoitekeskustelussa oli mukana myös tutkija havainnoijana. Kuntoutujan siirtyessä osastolta 18 kuntoutusta jatkettiin siitä, mihin siellä oli päästy ja lääkäri arvioi miten kauan kuntoutujan oli tarkoitus olla osastolla.

Etevan kehitysvammapsykiatrian yksiköiden asiakkaille asetettiin ennen jaksoa alkutavoitteet lähettävän tahon toimesta. Jakson jatkuessa tavoitteita tarkennettiin moniammatillisessa työryhmässä. Verkostopalaverissa koottiin yhteistä näkemystä työryhmältä sekä asiakkaalta, minkä pohjalta päädyttiin varsinaisiin jakson tavoitteisiin. Tavoitteenasettamiseen osallistuivat kehitysvammapsykiatrian yksikön työryhmä (psykiatri, psykologi, toimintaterapeutti, sosiaaliohjaaja, hoitajia, asiakasprosessivastaava sekä mahdollisesti musiikkiterapeutti ja/tai autismikuntoutusohjaaja), asiakas vointinsa ja kykyjensä mukaan, lähiomaiset, maksajataholta esimerkiksi kunnan tai kaupungin vammaispalveluista sosiaalityöntekijä sekä asumispalveluista ohjaajia ja mahdollisesti asiakkaan opiskelu- ja/tai työpaikalta ohjaaja. Ennen tavoitteiden asettamista kerättiin esitiedot sekä mahdollisten etukäteisarviointien ja -palaverien tiedot. Tavoitteen asettamiseen vaikuttivat asiakkaan tarpeet, ympäristön ja lähiverkoston tarpeet, maksajatahon määrittelyt, saadun maksusitoumuksen kesto ja yksikön resurssit. Kriisijaksolle tullessa ei välttämättä asetettu yhteisiä tavoitteita. Työryhmässä sekä verkoston kanssa arvioitiin mahdolliset toimenpiteet ja hoitolinjaus. Tämä määritteli monesti esimerkiksi asiantuntijoiden tapaamiset tai tukitiimien kokoontumistiheyden. Asiakkaan kanssa keskusteltiin tukitiimeissä sekä arjen hoitokeskusteluissa keinoista, joiden avulla saavutettaisiin tavoitteita.

## 4.2 Aineiston hankinta

Tutkimus aloitettiin kouluttamalla ammattilaisia työöteeseen. Tämän jälkeen aloitettiin kaksivaiheisena toteutunut aineistonhankinta. Ensimmäisessä vaiheessa seurattiin kuntoutujien omien tavoitteiden asettamista GAS-menetelmällä sairaalaympäristössä tai kehitysvamma-psykiatrisessa yksikössä. Toisessa vaiheessa arvioitiin tavoitteiden toteutumista puolen vuoden päästä kuntoutujien kotiympäristössä. Tutkimuksen loppuvaiheessa ammattilaiset arvioivat GAS-menetelmän toimivuutta (kuvio 3).

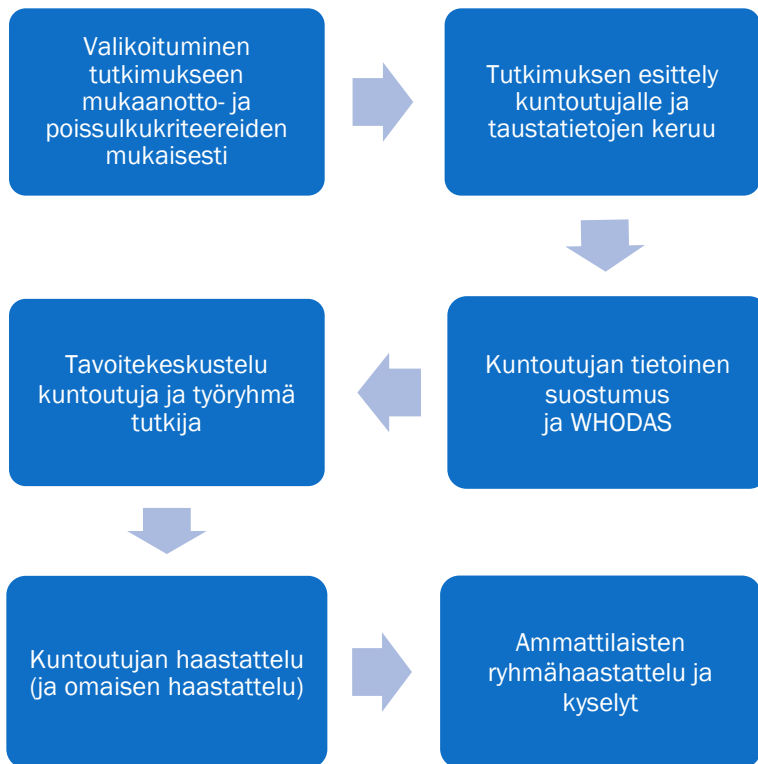
**Kuvio 3.** Tutkimuksen aineiston hankinnan vaiheet ja aikataulu.



Toimintatavan mallinnuksen ja työöteeseen valmentautumisen tarkoituksena oli, että ammattilaisille muodostui yhteinen ymmärrys tutkimuksen alussa siitä, mitä tässä tutkimuksessa tarkoitetaan 1) kuntoutujan osallisuudella, 2) tavoitteilla, jotka kohdentuvat arkeen ja toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen (International Classification of Functioning and Disability) ICF-viitekehyksellä sekä 3) GAS-tavoitteilla ja niiden laatimisella SMART-periaatteen mukaisesti. Toimintatavan mallinnuksessa ammattilaisille järjestettiin sekä Keski-Suomen keskussairaalassa, että Etevassa kaksi kolmen tunnin pituista koulutustilaisuutta. Koulutuksissa kerrottiin myös yksityiskohtaisesti tiedonhankinnan kulku ja ammattilaisten rooli siinä. Koulutustilaisuuksien yhteydessä ammattilaiset vastasivat heidän alkutietämystä kartoittavaan kyselyyn (liite 1).

Ensimmäisessä aineistonhankinta vaiheessa (kuvio 4, s. 15) tutkimukseen valittiin mukaanotto- ja poissulkukriteerien perusteella (taulukko 1, s. 15) 20 Keski-Suomen keskussairaalan vaativan kuntoutuksen osaston akuutisti sairastunutta kuntoutujaa (jatkossa: vaativan kuntoutuksen kuntoutujat) ja 20 Etevan Hämeenlinnan, Lahden ja Keravan kehitysvammapsykiatrian yksikön asiakkaita (jatkossa kehitysvammapsykiatrian kuntoutujat).

**Kuvio 4.** Ensimmäisen vaiheen aineistonkeruu.



**Taulukko 1.** Tutkimukseen osallistuvien kuntoutujien mukaanotto- ja poissulkukriteerit.

Keski-Suomen keskussairaala	Etevan kehitysvammapsykiatrian yksiköt
Mukaanottokriteerit: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kuntoutujan suostumus osallistumiseen</li> <li>• Kuntoutujalla on mahdollisuudet selviytyä kotona tukitoimien avulla</li> </ul>	Mukaanottokriteerit: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kuntoutujan suostumus osallistumiseen</li> <li>• Yli 18 vuoden ikä</li> <li>• Kyky ilmaista itsenäisesti tai tuettuna mielipiteitään</li> </ul>
Poissulkukriteerit: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kuntoutujalla on huomattava kognitiivinen tasonlasku (MMSE-pisteet alle 20/30)</li> <li>• Kuntoutujalla on vakava masennus (BDI-II pisteet yli 30/63)</li> <li>• Kuntoutujalla on kliinisesti arvioiden merkittävät afasiaongelmat</li> </ul>	Poissulkukriteerit: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jokin rajattu, ei kuntoutuksellinen syy jaksolle esim. lääkekokeilu tai -muutos</li> <li>• Tahdosta riippumattomassa erityishuollossa olevat henkilöt</li> </ul>

MMSE = Mini-Mental State Examination-asteikko, BDI II = Beckin depressiokysely.

Vaativan kuntoutuksen kuntoutujista suljettiin pois tutkimuksesta ne kuntoutujat, joilla oli huomattava kognitiivisen tason lasku tai masentuneisuus. Kognitiivisen tason laskua mitattiin Mini Mental State Examination-asteikolla (MMSE). MMSE:ssä pienemmät pisteet ilmaisevat heikompaa suoriutumista (Folstein ym. 1975). Tässä tutkimuksessa suljettiin pois ne kuntoutujat, jotka saivat mittauksessa alle 20 pistettä. Masentuneisuutta mitattiin Beckin depressioasteikon (BDI) 21 kysymystä sisältävällä versiolla (Beck ym. 1961), jossa alle 10 pistettä tarkoittaa, ettei ole masentuneisuutta, 10–18 pistettä tarkoittaa lievää masennusta ja yli 19 pistettä kohtalaista tai keskivaikeaa masennusta sekä yli 30 pistettä ilmaisee vaikeaa masennusta (Beck ym. 1961).

Kuntoutujan omahoitaja tai ohjaaja kertoi suullisesti kuntoutujalle tutkimuksesta kuntoutusjakson alkuvaiheessa, ennen kuntoutuksen tavoitteiden laatimista. Kuntoutujalta pyydettiin tällöin suullinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Tutkija tapasi kuntoutujan ennen tavoitteen asettamiskeskustelua ja kertoi hänelle tarkemmin tutkimuksen tarkoituksesta sekä pyysi häneltä kirjallisesti tietoisesta suostumuksesta osallistua tutkimukseen (liitteet 2a ja 2b). Taustatietoina kerättiin diagnoosi(t), demografiset tekijät (ikä, sukupuoli, asumismuoto, työ/päivätoiminta, tukitoimet, käytössä olevat apuvälineet) (liitteet 3 ja 4). Tutkimuksessa kerättävät diagnoosi- ja demografiset tiedot koottiin kuntoutujan potilaspaperista omahoitajan tai ohjaajan toimesta. Toimintakykyä kuvaavana menetelmänä käytettiin kaikilla kuntoutujilla WHODAS 2.0 (World Health Organization Disability Assessment Schedule) -menetelmää, joka tehtiin alku- ja lopputilanteessa (Paltamaa 2014). WHODAS 2.0 on arviointimenetelmä, jolla arvioidaan henkilön itsensä tai hänen läheisensä arvioimana terveyttä ja toimintakykyä kuudella osa-alueella: 1) Kognitio – ymmärtäminen ja kommunikointi, 2) Liikkuminen – käveleminen ja liikkuminen kulkuneuvoilla, 3) Itsestä huolehtiminen – hygieniasta huolehtiminen, pukeutuminen, syöminen ja yksin pärjääminen, 4) Vuorovaikutus muiden ihmisten kanssa, 5) Keskeiset elämänalueet – kotityöt, vapaa-aika, työ ja opiskelu sekä 6) Osallistuminen – yhteisön ja yhteiskunnan toimintoihin osallistuminen. Tutkimuksessa käytettiin 12 kysymystä sisältävää lyhyttä versiota. Kaikki kuntoutujat täyttivät itse lomakkeen ja lisäksi Etevan kehitysvammapsykiatrian kuntoutujien osalta myös ammattilaiset täyttivät läheisten version lomakkeesta. (Paltamaa 2014.) Kuntoutujan niin halutessa arviointitilanteissa verrattiin kuntoutujan itsensä ja ammattilaisten arvioita keskenään ja kuntoutuja ja ammattilaiset keskustelivat arviointien samankaltaisuuksista ja mahdollisista eroista. Vaativan kuntoutuksen osaston kuntoutujien toimintakykyä arvioitiin lisäksi alkutilanteessa Barthelin Indeksillä (BI) omahoitajan toimesta. Barthelin indeksillä arvioidaan kuntoutujan itsenäistä toimintakykyä päivittäisissä perustoiminnoissa (Mahoney ja Barthel 1965).

Varsinainen aineiston hankinta sisälsi ensimmäisessä vaiheessa kuntoutujan tavoitekeskustelun, ammattilaisten ryhmähaastattelun ja kuntoutujan haastattelun sekä omaisen haastattelun. Tavoitekeskusteluun osallistuivat kuntoutuja ja kolme ammattilaista sekä tutkija. Lisäksi Keski-Suomen keskussairaalan vaativan kuntoutuksen osastolla kymmenessä tavoitekeskustelussa oli mukana myös omainen, kuntoutujan puoliso (n = 7), lapsi (n = 2), miniä (n = 1) tai veli (n = 1). Vaativan kuntoutuksen osastolla tavoitekeskustelut toteutettiin osaston neuvotteluhuoneissa. Ammattilaisina keskusteluun osallistuivat fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja sairaanhoitaja. Terapeuteista oli mukana se, jonka oma kuntoutuja oli kyseessä, ja sairaanhoitajista oli mukana työvuorossa oleva hoitaja. Vaativan kuntoutuksen osaston henkilökunnasta yksi ammattilainen saattoi osallistua useampaan tavoitekeskusteluun ja vastaavasti muutamat eivät osallistuneet lainkaan tavoitekeskusteluun. Yleisimmin ammattilainen oli tavoitekeskustelussa mukana yhdestä kahteen kertaan. Yksi toimintaterapeutti osallistui seitsemään tavoitekeskusteluun ja yksi fysioterapeutti oli neljässä tavoitekeskustelussa mukana. Ajallisesti tavoitekeskustelut kestivät keskimäärin ilman taukoja tunnin, vaihdellen 29 minuutista 77 minuuttiin. Etevan kehitysvammapsykiatrian yksiköiden asiakkaiden tavoitekeskustelut toteutettiin yksiköiden neuvotteluhuoneissa tai asiakkaiden omissa huoneissa. Kunkin yksikön asiakasprosessivastaava, joka oli ammatiltaan sairaanhoitaja, oli mukana kaikissa yksikön tavoitekeskusteluissa. Mukana oli myös asiakkaan arjen tunteva ohjaaja tai hoitaja yksiköstä sekä yksi erityistyöntekijä (toimintaterapeutti, psykologi, autismituntoutusohjaaja tai mu-



siikkiterapeutti), joka oli perehtynyt asiakkaan tilanteeseen. Tavoitekeskustelut kestivät keskimäärin vajaan kaksi tuntia (112 min), vaihdellen 70 minuutista 168 minuuttiin. Suurimassa osassa tavoitekeskusteluista pidettiin lisäksi yhdestä kolmeen taukoa ja ne pidensivät hieman keskusteluun käytettyä kokonaisaikaa. Tutkijat toimivat havainnoijina tavoitteenasettamiskeskusteluissa. Lähtökohtaisesti tutkijat pyrkivät puuttumaan mahdollisimman vähän tavoitekeskustelun etenemiseen. Kuntoutujalle oli etukäteen kerrottu, että tutkija ei ota aktiivisesti osaa keskusteluun vaan seuraa sitä. Niissä tapauksissa, joissa GAS-menetelmän käytössä tuli selkeitä pulmia, tutkija toimi myös ammattilaisen opastajana ja ohjaajana, lähinnä GAS-tavoitteen asteikon laatimisvaiheessa.

Vaativan kuntoutuksen osuuden tutkija oli ennen keskussairaalan tavoitekeskustelujen alkamista mukana yhdessä Etevan Lahden asumisyksikön tavoitekeskustelussa toisen tutkijan mukana. Etevan Lahden asumisyksikössä käytettiin visuaalisia keinoja (kuvattu luvussa 5.3.3) kirjaamalla huolenaiheet ja ongelmat seinälle näkyviin liimalapuille, ja tämä tapa kulki tutkijan mukana Keski-Suomen keskussairaalan tavoitekeskustelujen käytännöksi.

Tutkijat tekivät kenttämuistiinpanoja jokaisesta tavoitekeskustelusta. Muistiin kirjattiin mukana olleet ihmiset, paikka missä keskustelu käytiin, istumajärjestys, vuorovaikutus ja ilma-  
piiri. Huomiota kiinnitettiin erityisesti kuntoutujan ja työryhmän sekä työntekijöiden keskinäiseen vuorovaikutukseen.

Tavoitekeskustelun jälkeen, saman päivän aikana, tutkija haastatteli yksilöllisesti kuntoutujaa ja ammattilaisia ryhmänä. Toteutetut haastattelut olivat tavoitekeskustelutilannetta reflekttoivia, jolloin osallistujat palauttivat mieleen tavoitekeskustelutilanteessa käytyä keskustelua ja omia kokemuksiaan. Kuntoutujan ja ammattilaisryhmän haastatteluissa käytettiin saman sisältöistä teemahaastattelurunkoa (liite 5). Osallistujat refleктоivat omia kokemuksiaan tavoitekeskustelussa siitä, miten kuntoutuja osallistui arkeen nivoutuvan tavoitteen asettamiseen sekä siitä, miten kuntoutuja tuli kuulluksi, miten hänen mielipiteensä tuli huomioonotetuksi, miten hän sai olla päätöksenteossa mukana sekä siitä, miten valta ja vastuu jakautuivat ammattilaisten ja kuntoutujan kesken. Haastattelujen kestot vaihtelivat. Lyhimmillään kuntoutujan haastattelu kesti kymmenen minuuttia ja pisimmillään lähes tunnin. Samalla tavoin myös ammattilaisten ryhmähaastattelujen kestot vaihtelivat noin 15 minuutista tuntiin.

Keski-Suomen keskussairaalassa haastateltiin myös tavoitekeskusteluihin osallistuneita kymmentä omaista. Haastattelussa käytettiin samaa teemahaastattelurunkoa kuin ammattilaisten haastatteluissa. Tarkoituksena oli selvittää, miten omaisen näkökulmasta tavoitekeskustelussa onnistuttiin osallistamaan kuntoutujaa ja muodostamaan arkeen nivoutuvat tavoitteet sekä miten omainen koki oman roolinsa tavoitekeskustelussa.

Toinen aineistonhankintavaihe eli tavoitteiden saavuttamisen arviointi toteutettiin puolen vuoden kuluttua tavoitteenasettamisesta kuntoutujan silloisessa asuinympäristössä. Tällöin arvioitiin, miten GAS-tavoitteet oli saavutettu ja mitkä tekijät vaikuttivat tavoitteen saavuttamiseen. Arviointi toteutettiin haastattelemalla kuntoutujaa ja mahdollisesti omaista sekä Etevan kuntoutujien osalta myös ammattilaisia. Haastattelussa kysyttiin, millaista kuntoutujan oma osallistuminen kuntoutumiseen oli ollut, mitkä asiat olivat edistäneet tai estäneet kun-

toutumista ja tavoitteen saavuttamista, miten kuntoutuja itse oli vaikuttanut kuntoutumisprosessiin sekä mitä kuntoutuspalveluita kuntoutumisprosessi oli sisältänyt. Lisäksi kuntoutuja täytti tilanteessa WHODAS-lomakkeen. Kehitysvammapsykiatrian kuntoutujien osalta myös ammattilaiset ja mukana olleet omaiset täyttivät ryhmänä läheisen täytettäväksi tarkoitetun WHODAS-lomakkeen. Kaikkien Keski-Suomen keskussairaalan kuntoutujien tavoitteen arviointi toteutui kuntoutujien kotona. Omainen oli mukana arvioimassa 11 tilanteessa ja kolmessa tilanteessa oli mukana ammattilainen (toimintaterapeutti, fysioterapeutti tai kodinhoitaja). Etevan kuntoutujista tavoitteen arviointihetkellä 15 asui edelleen kehitysvammapsykiatrian yksikössä joko pienryhmässä tai rivitaloasunnossa ja viisi kotikunnassa joko perheen kanssa tai ryhmäkodissa. Myös ammattilaiset arvioivat kaikkien Etevan kuntoutujien tavoitteissa etenemistä ja lisäksi kahdessa arviointitilanteessa oli mukana omainen. Yksi kehitysvammapsykiatrian yksikössä asunut kuntoutuja oli tavoitteen saavuttamisen arviointihetkellä tahdosta riippumattomassa erityishuollossa, joten hänen tavoitteen saavuttamistaan ei arvioidu. Yhtä kehitysvammapsykiatrian yksikön kuntoutujaa tutkija ei tavannut, koska kuntoutuja koki psyykkisen vointinsa huonoksi. Hänen osaltaan tavoitteen saavuttamista ja siihen vaikuttavia tekijöitä arvioivat ammattilaiset.

Hankkeen aineistonhankinnan loppuvaiheessa ammattilaisille lähetettiin sähköinen kysely. Kyselyssä selvitettiin ammattilaisten näkemyksiä kuntoutujan osallisuudesta tavoitteen asettamisessa. Lisäksi kysyttiin GAS-menetelmän toimivuudesta ja käytön kehittämistä omalla osastolla tai yksikössä (liite 6).

Kaikki nauhoitukset litteroitiin kirjalliseen muotoon käyttäen peruslitterointia eli sanatarkkaa puhekieltä ilman täytesanoja ja kysyjän myötäilyjä. Kuitenkin merkitykselliset tunneilmaisut esimerkiksi naurahdukset, itku, äänen värinä, toisen päälle puhuminen ja pidemmät tauot litteroitiin. Yhteensä litteroitua kirjallista materiaalia kertyi Keski-Suomen keskussairaalan osuudessa 805 sivua A4-sivua ja Etevan osuudessa 1 262 A4-sivua. Kyselyaineistot ja GAS-tavoitteiden saavuttamista kuvaavat luvut koodattiin Excel-taulukkolaskentaohjelmaan. Tässä vaiheessa käytettiin kuntoutujista koodeja eli Keski-Suomen keskussairaalan kuntoutujista käytettiin koodia KS 1–20 ja Etevan kuntoutujista Eteva 1–20. Näitä koodeja on käytetty tulosten yhteydessä esitetyissä sitaateissa. Muina lyhenteinä sitaateissa on käytetty: Keski-Suomen keskussairaalan aineistossa K = kuntoutuja, ft = fysioterapeutti, tt = toimintaterapeutti, sh = sairaanhoitaja, O = Omainen, T = tutkija ja Etevan aineistossa asiantuntijoista A1–A3. Aineistossa esiintyvät henkilöiden ja paikkojen nimet on muutettu.

### 4.3 Aineiston analysointi

Tutkimuksen aineiston muodostivat tutkimuksen mallintamisvaiheessa ammattilaisille suunnattu kysely, ensimmäisessä aineiston hankintavaiheessa eli tavoitteen asettamisvaiheessa nauhoitetut tavoitekeskustelut sekä niitä refleктоivat kuntoutujien ja ammattilaisten haastattelut ja tutkijoiden havaintopäiväkirjamerkinnot. Toisessa aineiston hankintavaiheen eli tavoitteen saavuttamisen arvioinnin aineistoina olivat GAS-tavoitteen saavuttamisen arvioinnit sekä tavoitteen saavuttamista refleктоivat kuntoutujien ja/tai omaisten ja/tai ammattilaisten haastattelut. Lisäksi aineistona oli ammattilaisille aineistonhankinnanloppuvaiheessa suunnattu kysely. Lisäksi kuntoutujien taustatietoina kerättiin diagnoosi(t), demografiset tekijät

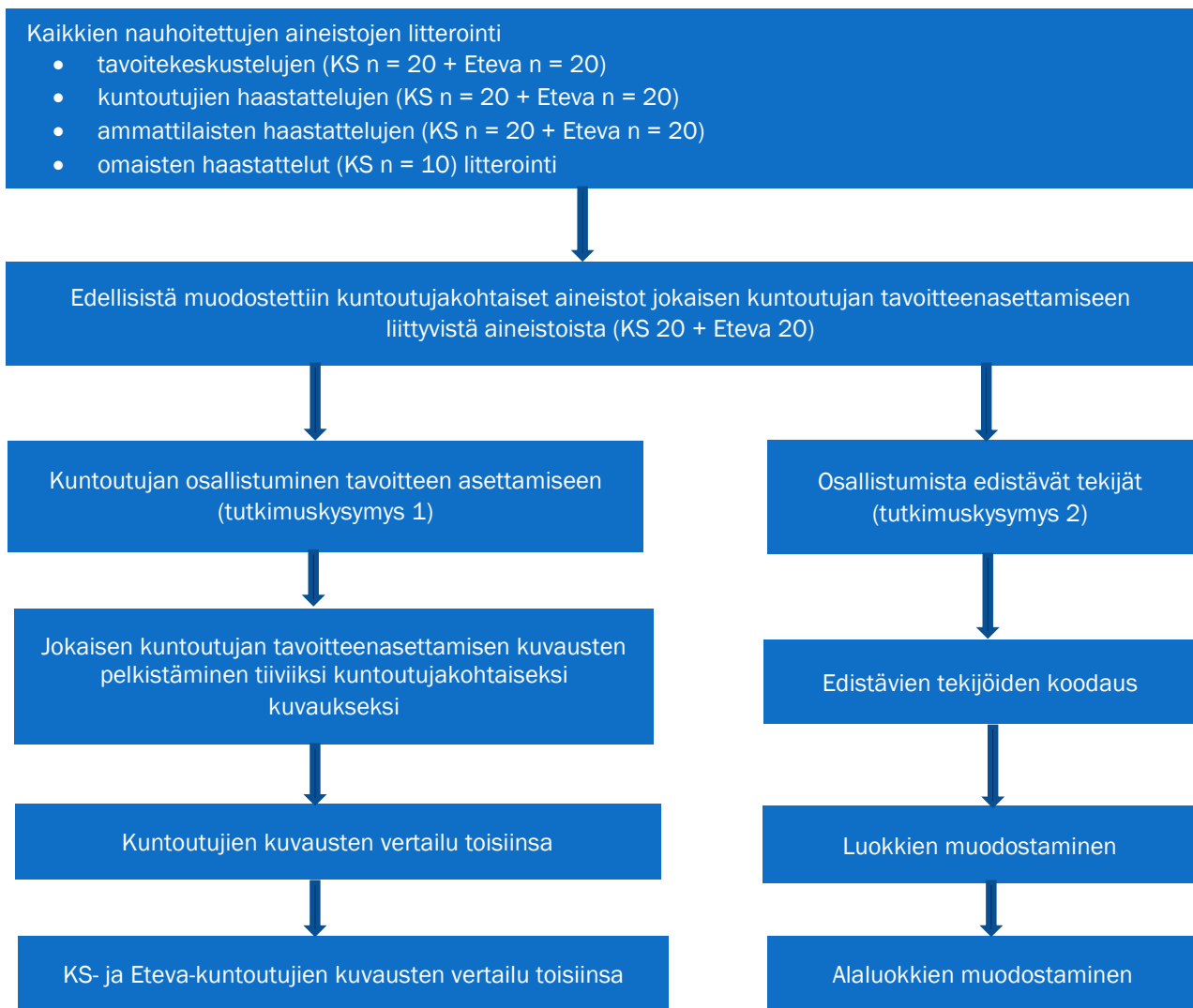
(ikä, sukupuoli, asumismuoto, työ- tai päivätoiminta, tukitoimet, käytössä olevat apuvälineet). Toimintakykyä kuvaavana menetelmänä käytettiin kaikilla kuntoutujilla WHODAS 2.0 -menetelmää. Lisäksi asetetut tavoitteet sillattiin ICF-luokitukseen eli luokiteltiin tavoite ICF-luokituksen aihealueisiin ja kuvauskohteisiin.

Ensimmäisessä ja toisessa aineiston hankintavaiheessa kertyneet laadulliset aineistot (litteoidut tavoitekeskustelut ja haastattelut) analysoitiin aineistolähtöisesti mukailien Tuomen ja Sarajärven (2009, 108–113) kuvaamaa kolmivaiheista sisällön analyysiä. Ensin aineisto pelkistettiin, sitten ryhmiteltiin ja lopuksi käsitteellistettiin sekä tehtiin johtopäätökset ryhmitteilyjen pohjalta.

Ensimmäisen aineiston hankintavaiheen aineistojen analysointi aloitettiin yhdistämällä kunkin kuntoutujan tavoitekeskusteluun liittyvät aineistot (tavoitekeskustelu, kuntoutujan, ammattilaisten ja omaisen haastattelut) kuntoutujakohtaisiksi aineistoyksiköiksi Atlas.ti-ohjelmassa. Näin oli mahdollista tarkastella, miten kuntoutujan osallistuminen näyttäytyy eri aineistojen valossa eli miten kuntoutuja osallistuu tavoitekeskustelussa, miten hän kuvaa tavoitekeskustelun jälkeisessä haastattelussa omaa osallistumistaan ja miten ammattilaiset kuvaavat tavoitekeskustelun jälkeisessä ryhmähaastattelussa kuntoutujan osallistumista. Samalla tavoin osallisuutta edistäviä tekijöitä tarkasteltiin tavoitekeskustelusta esille nousseina kuin myös kuntoutujan ja ammattilaisten kuvaamien näkemysten perusteella.

Kuntoutujan tavoitteen asettamiseen osallistumisen kuvaamiseksi (tutkimuskysymys 1) jokaisen kuntoutujan tavoitteenasettamiskeskustelu ja näkemykset pelkistettiin Atlas.ti-ohjelmaa hyväksi käyttäen. Pelkistäminen toteutettiin niin, että keskustelun kulku tiivistettiin suhteessa GAS-prosessin kulkuun ja kuntoutujan osallistumiseen siinä. Esimerkiksi tarkasteltiin ja kuvattiin tiiviisti, miten tavoitteen tunnistamisvaihe tai skaalausvaihe toteutuivat, kuinka kuntoutuja osallistui eri vaiheissa sekä mielsikö kuntoutuja osallistumisensa samalla tavoin kuin ammattilaiset ja omainen. Tämän jälkeen kumpikin tutkija luki oman tutkimusosuutensa tiiviit kuntoutujakohtaiset tavoitekeskustelun kulun kuvaukset läpi useampaan kertaan ja vertaili eri kuntoutujien osallistumista tavoitekeskusteluissa. Sitten tutkijat keskustelivat ja vertailivat Keski-Suomen keskussairaalan ja Etevan kuntoutujien tavoitekeskustelujen kulkua ja kuntoutujien osallistumisen tapoja sekä osallistumisen tasoja. Yhteisessä keskustelussa muodostettujen näkemysten pohjalta määriteltiin aineistolähtöisesti kuntoutujien osallistumisen tyypit (kuvio 5, s. 20).

Kuntoutujan osallistumista edistävien tekijöiden tarkastelussa (tutkimuskysymys 2) aineisto pelkistettiin niin, että analyysiyksikkönä oli keskustelu- tai ajatuskokonaisuus, joka sisälsi kuntoutujan osallistumista edistävät tekijät. Keskustelu- tai ajatuskokonaisuus koodattiin Atlas.ti-ohjelmalla. Tämän jälkeen edistävien tekijöiden lista siirrettiin Excel-tiedostoon niin, että kuntoutujatunnisteet kulkivat kunkin edistävän tekijän kanssa analysoitavassa tiedostossa. Tutkijat luokittelivat aineistolähtöisesti koodatut edistävät tekijät Excel-ohjelmassa. Tässä käytettiin apuna suodatin-toimintoa. Luokkia ryhmiteltiin edelleen alaluokiksi, mistä on esimerkit taulukossa 2 (s. 20).

**Kuvio 5.** Tavoitteen asettamiseen liittyvän aineiston analysointi.**Taulukko 2.** Esimerkki edistävien tekijöiden pelkistämisestä ja ryhmittelystä.

Alkuperäinen ilmaus/lausuma	Pelkistetty ilmaus (koodattu Atlas.ti:ssä)	Luokka (luokiteltu Excelissä)	Alaluokka (luokiteltu Excelissä)
"Et kumpi ois tärkeempää, et niit kavereita on paljon vai se, että vaik niit ois vähän, ni niitten kans pääsis tekee niitä asioita?" (ETEVA10)	Ammattilaisten varmentavat kysymykset, ymmärryksen varmistaminen	Kysymys	Varmentava kysymys
"No mikä oli semmonen asia, mistä eilen keskusteltiin, kun mietittiin tätä tavotekeskustelua. Niin mistä asioista eilen keskusteltiin, opiskelija-kin oli siinä paikalla, mikä oli semmonen tavote, mitä sä ikään kuin mietit?" (KS 7)	Ammattilaisten orientoiva kysymys ja johdattelu	Kysymys	Virittävä kysymys

Toisen aineistonhankintavaiheen tavoitteen saavuttamiseen liittyvien tekijöiden analyysissä analyysiyksikkönä oli ajatuskokonaisuus, jossa oli ilmaistuna tekijä, joka vaikuttaa tavoitteiden saavuttamiseen. Tavoitteensaavuttamiseen vaikuttavien tekijöiden pelkistäminen ja ryhmittely toteutettiin Atlas.ti- ja Excel-ohjelmaa käyttäen, samalla tavoin kuin tavoitekeskusteluun osallistumista edistävien tekijöiden luokittelu oli tehty. Toisessa aineistonhankintavaiheessa kertynyttä määrällistä aineistoa, eli GAS-tavoitteen saavuttamista, analysoitiin T-lukuarvojen avulla kuvaamalla kuntoutujaryhmien tavoitteen saavuttamista keskiarvojen, hajontojen sekä jakaumien avulla. T-lukuarvoa tulkitaan niin, että tavoitteet ovat toteutuneet odotusten mukaisesti silloin kun T-lukuarvo on lähellä lukua 50, tavoitteiden toteutuessa odotettua paremmin T-lukuarvo on yli 50 ja tavoitteiden toteutuessa heikomminkin T-lukuarvo on alle 50 (Kiresuk ja Sherman 1968, 443–453).

GAS-menetelmän toimivuuden arviointiin liittyvät, tutkimuksen alku- ja loppuvaiheessa ammattilaisille suunnatut kyselyt analysoitiin sekä määrällisesti jakaumina, että avokysymykset laadullisesti teemoittelemalla vastaukset.

Kuntoutujien taustatietoina kerättiin demografisia tietoja (ikä, sukupuoli, työtilanne, asuminen) sekä toimintakykyä kuvaavaa tietoa (MMSE, BDI, Barthelin indeksi sekä WHODAS 2.0). Kyselyt analysoitiin Excel-taulukkolaskentaohjelmalla ja SPSS-ohjelmalla määrällisesti jakaumina, keskiarvoina ja kuvaavina tunnuslukuina.

#### **4.4 Tutkimuksen eettiset näkökohdat**

Tutkimukselle haettiin eettinen ennakoarviointi Keski-Suomen sairaanhoitopiirin eettiseltä toimikunnalta. Tutkimusluvut saatiin Keski-Suomen sairaanhoitopiiriltä ja Eteva kuntayhtymältä. Kuntoutujien rekrytoimisessa tutkimukseen kiinnitettiin erityistä huomiota siihen, että kuntoutujat ymmärtävät tutkimuksen luonteen ja tutkimuksen kulun. Sekä Keski-Suomen keskussairaalassa, että Etevässä ammattilainen keskusteli kuntoutujan kanssa tutkimuksesta ja kysyi alustavasti kuntoutujan kiinnostusta ja suostumusta osallistua tutkimukseen. Tutkija tapasi kuntoutujan ennen tavoitekeskustelua ja kertoi vielä tarkemmin tutkimuksesta. Keskustelussa korostettiin, että kuntoutuja osallistuu vapaaehtoisesti tutkimukseen ja voi halutessaan kieltäytyä siitä. Tämä varmistettiin kuntoutujan tietoisena suostumuksena allekirjoituksella.

Kaikkea kuntoutujista esille tullutta ja hankittua tietoa sekä tutkimustuloksia käsiteltiin luotamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Yksittäiselle kuntoutujalle annettiin tunnusnumero ja tietoa säilytetään koodattuna tutkimustiedostossa. Tulokset analysoitiin ryhmätasolla koodattuina, jolloin yksittäinen henkilö ei ole tunnistettavissa ilman koodiavainta. Tutkimuksessa kerättävistä tiedoista ja tutkimustuloksista ei tehty merkintöjä kuntoutujan sairauskertomukseen. Lopulliset tutkimustulokset on raportoitu ryhmätasolla eikä yksittäisten tutkittavien tunnistaminen ole mahdollista. Tutkimustietoa ja tutkimuksen yhteydessä kerättyä tietoa säilytetään lukituissa tiloissa GeroCenterin arkistossa 10 vuoden ajan tutkimuksen päättymisestä, minkä jälkeen ne hävitetään tietosuojamateriaalina.

## 5 TULOKSET

### 5.1 Tutkimukseen osallistuneet kuntoutujat

Keski-Suomen keskussairaalan vaativan kuntoutuksen osaston kuntoutujista suurin osa (13/20 kuntoutujaa) oli aivohalvauskuntoutujia, neljä heistä oli tuki- ja liikuntaelin kuntoutujia ja kolme muita sairauksia omaavia kuntoutujia. Heistä 13 oli miehiä ja seitsemän naisia, keski-ikänsä tutkittavat olivat 66-vuotiaita, vaihdellen iältään 50 vuodesta 79 vuoteen. Kuntoutujista yksi oli työttömänä, viisi sairaslomalla ja 14 joko työ- tai vanhuuseläkkeellä. Keskimäärin kuntoutujilla oli kolme muuta diagnoosia päädiagnoosin lisäksi. Yleisimpiä diagnooseista olivat verenpainetauti, eturauhasen liikakasvu tai eturauhassyöpä sekä hyperkolesterolemia ja diabetes. Yhdeksällätoista kuntoutujalla oli jokin apuväline käytössään. Näistä yleisimpiä olivat pienapuvälineet (sukanvetolaite, tarttumapihdit, lusikanpaksunnos) ja kävelyn apuvälineet (rollaattori, kävelysauvat) sekä pyörätuoli.

Keski-Suomen keskussairaalan kuntoutujista ainoastaan neljällä kuntoutujalla oli lievä muistivaikeus (MMSE:ssa 20 pistettä). Suurimmalla osalla kuntoutujista (15/20) ei ollut masentuneisuutta (Beckin depressioasteikon mukaan), kahdella oli lievä masennus ja kahdella oli keskivaikea sekä yhdellä vaikea masennus. Barthelin indeksin mukaan kuntoutujien itsenäinen toimintakyky päivittäisissä perustoimissa oli kolmella kuntoutujalla täysin itsenäistä (19–20 pistettä). Kymmenellä kuntoutujalla toimintakyky oli itsenäistä (13–18) ja neljällä kuntoutujalla toimintakyky oli riippuvaista ulkopuolisesta avusta (9–12). Kolmen kuntoutujan toimintakyky oli sen sijaan suuresti riippuvainen ulkopuolisesta avusta (0–8 pistettä).

Etevan kuntoutujista 11 oli miehiä ja yhdeksän naisia. Kuntoutujien keski-ikä oli 27 vuotta, vaihdellen 18 vuodesta 54 vuoteen. Heistä 11 kuntoutujalla oli lievä, seitsemällä keskivaikea ja yhdellä tarkemmin määrittämätön älyllinen kehitysvammaisuus. Yhdellä kuntoutujalla ei ollut kehitysvammadiagnoosia lainkaan. Kehitysvammadiagnoosin lisäksi kaikilla kuntoutujilla oli jokin muu diagnoosi, joka useimmin liittyi psyykkiseen tilaan tai sosiaaliseen kanssakäymiseen. Näitä diagnooseja olivat muun muassa masennus, psykoottinen häiriö, autismi ja epävaka persoonallisuus. Muita diagnooseja kuntoutujilla oli keskimäärin kaksi. Suurin osa kuntoutujista (18/20) oli pitkällä, yli kolmen kuukauden kestoisella kuntoutusjaksolla kehitysvammapsykiatrian yksikössä. Useammalla kuntoutujalla kyseinen jakso oli kestänyt yli vuoden. Kuntoutujista yksi opiskeli kokopäiväisesti ja muutamalla oli yksikön ulkopuolista työtoimintaa.

Tutkimuksessa käytettiin WHODAS 2.0 kyselyä kartoittamaan kuntoutujien toimintakyvyn arjen haasteita. Kaikki kuntoutujat täyttivät itsearviointilomakkeen. Lisäksi kehitysvammapsykiatrian kuntoutujien osalta myös ammattilaiset täyttivät läheisten lomakkeen WHODAS 2.0. Alkutilanteessa Keski-Suomen keskussairaalan vaativan kuntoutuksen kuntoutujat arvioivat omassa toimintakyvyssään olevan jonkin verran toimintarajoitteita niin, että WHODAS 2.0 summapisteyden keskiarvo oli 15 pistettä (vaihteluväli 2–43). Etevan kuntoutujat arvioivat itse toimintarajoitteensa vähäisemmiksi (keskiarvo 9 pistettä vaihteluvälin ollessa 4–23) kuin läheisten lomakkeen täyttäneet ammattilaiset (keskiarvo 18 pistettä vaihtelun ollessa 7–38). Keskussairaalan kuntoutujat arvioivat eniten toimintarajoitteita kyselyn väittämässä ”pidem-

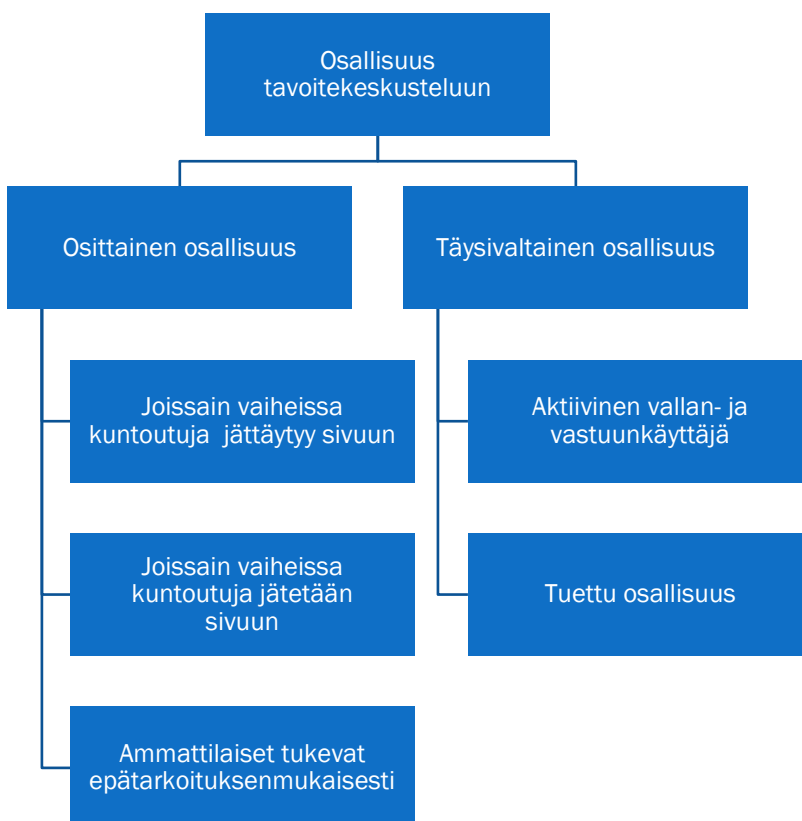
pään seisominen”, ”kotitöiden hoitaminen” ja ”pidemmän matkan kävely (1 km)”. Etevan kuntoutujat arvioivat eniten toimintarajoitteita kyselyn väittämässä ”tapahtumiin osallistuminen samaan tapaan kuin muut ihmiset” ja ”terveydentilan vaikutukset tunteisiin” (liite 6).

Lopputilanteessa Keski-Suomen keskussairaalan vaativan kuntoutuksen kuntoutujat arvioivat oman toimintakykynsä kohentuneen, vaikka toimintarajoitteitakin vielä oli, sillä WHODAS 2.0 -summapisteiden keskiarvo oli tällöin 11 pistettä (vaihteluväli 8–27). Etevan kuntoutujat arvioivat itse toimintarajoitteensa vähäisemmiksi (keskiarvo 9 pistettä vaihteluvälin ollessa 4–23) kuin mitä läheisten lomakkeen täyttäneet ammattilaiset (keskiarvo 15 pistettä vaihtelun ollessa 7–38). Keskussairaalan kuntoutujat arvioivat, että vaikka kuntoutumista on tapahtunut, edelleen eniten vaikeutta tuottivat pidempään seisominen, kotitöiden hoitaminen ja pidemmän matkan kävely (1 km). Etevan kuntoutujat arvioivat samaan tapaan kuin alkutilanteessa, että toimintarajoitteita oli eniten tapahtumiin osallistumisessa sekä siinä, että terveydentila vaikutti tunteisiin (liite 6).

## 5.2 Kuntoutujan osallisuus GAS-tavoitteiden asettamiseen

Kuntoutujan osallistumisen määrän ja laadun sekä ammattilaisten antaman tuen perusteella tavoitekeskustelut tyypiteltiin kahteen yläluokkaan (kuvio 6). Osa tavoitekeskusteluista oli sellaisia, että kuntoutuja osallistui täysivaltaisena ja tasavertaisena jäsenenä keskusteluun ja itseään koskevaan päätöksentekoon sekä vallan ja vastuun jakamiseen. Osassa tavoitekeskusteluista kuntoutujan osallistuminen oli osittaista.

**Kuvio 6.** Kuntoutujan osallistumisen tyypit tavoitekeskusteluissa.



### 5.2.1 Kuntoutujan täysivaltainen osallistuminen tavoitekeskusteluun

Kuntoutujan täysivaltainen osallistuminen oli tavoitekeskusteluissa kahdentyyppistä. Yhtäältä oli keskusteluja, joissa kuntoutuja oli aktiivinen vallan- ja vastuunkäyttäjä. Toisaalta täysivaltainen osallisuus toteutui etenkin monessa Etevan kuntoutujan tavoitekeskustelussa tuetuna, jolloin korostui ammattilaisten taito käyttää tuetun päätöksenteon keinoja.

Kuntoutujan täysivaltainen osallistuminen näkyi niin, että keskustelijoiden keskinäinen vuorovaikutus oli vaivattoman ja luontevan oloista, ja se myös tuntui niin kuntoutujan kuin ammattilaistenkin mielestä helpolta, vaikka käsittelyssä olisi ollut hankalimmatkin asiat. Kuntoutuja ja ammattilaiset arvostivat ja kunnioittivat toisiaan, mikä mahdollisti avoimen dialogin, jossa kuntoutuja oli aktiivinen osallistuja. Kuntoutuja ja ammattilaiset toimivat tavoitekeskustelussa tasavertaisina kumppaneina tuoden tilanteeseen omat näkemyksensä ja asiantuntijuutensa sekä muodostivat neuvottelussa yhteisen jaetun näkemyksen. Kuntoutujat kokivat tilanteen turvallisiksi ja he luottivat ammattilaisiin. Tavoitekeskusteluissa ammattilaiset pysähtyivät kuntoutujien asioiden äärelle ja kuntoutuja pidettiin avainhenkilönä oman elämäntilanteensa kuvaajana. Ammattilaiset käyttivät erilaisia kysymyksiä selvittäessään kuntoutujien sen hetkistä tilannetta ja huolenaiheita sekä loivat tavoitekeskusteluun avoimen ilmapiirin kommunikoinnille ja yhteistyössä tehtäville päätöksille. Kuntoutujien täysivaltaista osallistumista tavoitekeskustelussa tuki ammattilaisten kuntoutujalle jakama valta ja vastuu, mikä lisäsi kuntoutujien osallistumista itseään koskevaan päätöksentekoon. He saivat päättää omista merkityksellisistä tavoitteistaan. Keskustelu oli yksilöllistä ja ammattilaiset sopeuttivat omaa vuorovaikutustaan kuntoutujien tarpeiden mukaan, huomioiden yksilöllisesti kuntoutujien tuen tarpeet. Kuntoutujien täysivaltaista osallistumista lisäsi se, että ammattilaiset tunsivat kuntoutujan hyvin. Kuntoutujille annettiin riittävästi tietoa tarvitsemista asioista ja he osallistuivat omien tavoitteidensa laatimisprosessiin sen eri vaiheissa tavoitteen tunnistamisesta, nimeämisestä, indikaattorin valinnasta, asteikon laatimiseen ja kuntoutustoimenpiteistä sopimiseen.

Moniammatillisen tiimin sujuva työskentely oli tyypillistä tavoitekeskusteluissa, joissa kuntoutujat osallistuivat täysivaltaisesti. Moniammatillisuus näkyi niin, että ammattilaiset jakoi tietoa omasta ammattiosaamisestaan kuntoutujalle ja toisille ammattilaisille. Selkeä tehtävien jako tavoitekeskustelun alussa niin, että yksi ammattilainen toimi tavoitekeskustelussa vetäjänä ja yksi kirjuri selkiytti tilannetta. Kaikki kuitenkin osallistuivat yhteiseen keskusteluun, dialogiin ja pohdintaan. Joissakin tavoitekeskusteluissa joku moniammatillisen tiimin jäsenistä työskenteli tavoitteen tunnistamisvaiheessa enemmän asiantuntijaroolin kautta, kuin kuntoutujan omaa osallistamista tukien, ja yritti taivutella kuntoutujaa ottamaan ammattilaisen tarjoamaa tavoitetta omaksi tavoitteekseen. Muut moniammatillisen tiimin jäsenet tukivat kuitenkin kuntoutujan oman tavoitteen asettamista ja kuntoutujan osallistamista, kuntoutujan kuulluksi tulemisen, mielipiteen ilmaisemisen, vallan ja vastuun sekä itsenäisen päätöksenteon kautta. Samoin eräässä keskustelussa omaisen asennoituminen tilanteeseen oli vaarassa heikentää kuntoutujan osallistumista, jolloin moniammatillisen tiimin kuntoutujaa tukeva ja samalla omaista kuuleva yhteinen linja auttoi keskustelun jatkumista niin, että kuntoutuja pystyi olemaan täysivaltaisena jäsenenä.



Kuntoutujan täysvaltaisen osallistumisen esimerkki on Keski-Suomen keskussairaalan tavoitekeskustelusta. Kuntoutujan etukäteistyö ja -keskustelut ammattilaisten kanssa helpottivat tavoitekeskustelun käynnistymistä ja ammattilaiset tunsivat kuntoutujan hyvin. Tavoitekeskustelussa kuntoutuja oli koko ajan aktiivisesti mukana, vuorovaikutus kuntoutujan ja ammattilaisten välillä oli avointa ja välitöntä. Tavoitekeskustelu eteni kuntoutujan ehdoilla ja kuntoutuja luotti ammattilaisiin.

”T: – –Mitkä asiat olivat sellaisia, jotka edesauttoivat sen tavoitteen löytymistä ja ensimmäiseksi mitä sä koit, kun me tässä keskusteltiin?

K: No, minusta tää oli ensiksi hyvin turvallinen tilanne, koska kuitenkin tunsin terapeutit ja omainen oli tuttu ja sinäki olit, sillä lailla ja toi hoitaja oli mulla sillä tavalla, että tunnen häntä tossa aulassa, mutta hän ei ollu hoitamassa mua, mut olen hänen kanssaan jutellu ja kaikkee muuta ja sellasta. Tämä tilanne oli hyvä ja jollakin tavalla sellanen hyvin selkeä ja minusta kaikkineen tuntu, että asiat suju hyvin paremmin (naurua) kun hyvin, kun se aika meni meillä niin sopivasti ja siinä kuitenkin tuli jotain semmosta mikä ei nyt just niin, höpöteltiin välillä (naurahdus) ja minusta ne oli tän asian kannalta ihan tärkeitä asioita nekin.” (KS 6)

Ammattilaiset pyysivät kuntoutujaa kuvaamaan omaa arkeaan. Kuntoutuja oli verbaalisesti lahjakas, kuvaillen laaja-alaisesti omaa tämän hetkistä toimintakykyään ja esiin tulleita huolenaiheita. Keskustelussa kuntoutuja nosti esille kodinpiirissä olevat useammat portaat, jotka on noustava ylös ennen kuin pääsee kotiovelle. Ammattilainen kysyi kuntoutujalta suoraan mikä on kuntoutujan tavoite ja kuntoutuja tunnisti portaissa liikkumisen tärkeimmäksi tavoitteekseen.

”ft: No niin elikkä, no niin mitkä nyt Maija, sitte sun mielestä on niitä tota noin, jos aatellaan kotia menoa ja pärjäämistä siellä, niin mitä tulee mieleen nyt tällä hetkellä, sitte toimintakyvyn kannalta semmosia ongelmia?

K: ”Joo, toi on nyt just ku tota tuota, jos mä sanon ton liikkuminen portaissa, reisien voimat huvenneet niin ää... tota ne liittyy niin ne on niinku sit samaa.

ft: Niin.

K: Niin, että jos sitä vois, jos niitä vois yhdistää?

ft: No, se liittyy portaissa liikkumiseen, toi, että ne reisivoimat lisääntyy, et ne niinku (kuntoutuja puhuu päälle).

K: Se oli minusta se kaikkein tärkein.

tt: Ai liikkuminen portaissa?

K: Niin, sit mä niinku liikun.

tt: Otanko mä sen nyt.

K: Laita vaan.

tt: Joo, se on se tavote.

K: Niin ja sitte, kun mä sitte justiin, toi reisien voimat, sehän nyt tavallaan liittyy niin moneen muuhun, et kumpiko se nyt sitte on, se on, niin ku spesifi juttu toi.

ft: Hm.

K: Tuo liikkuminen portaissa.” (KS 6)

GAS-menetelmä ei ollut ammattilaisille tuttu, joten he keskustelivat keskenään tavoitetasojen indikaattorin määrittämisestä ja pyysivät tähän neuvoa tutkijalta. Ammattilaiset ehdottivat kuntoutujalle erilaisia vaihtoehtoja, joista kuntoutuja valitsi sen mikä hänen mielestään oli realistinen tavoitetaso. Kuntoutuja itse piti odotettua korkeampia tavoitetasoja utopistisina ja pyysi niiden määrittämiseen ehdotuksia omaiselta. Kuntoutuja sai omaiselta rohkeutta ja yhdessä määriteltiin odotettua korkeammat tavoitetasot (+1, +2). Tavoitteen määrittämisen jälkeen ammattilaiset antoivat kuntoutujalle tietoa kuntoutumistoimenpiteistä ja ammattilaiset rohkaisivat kuntoutujaa työskentelemään tavoitetta kohti ja luottivat siihen, että kuntoutuja on motivoitunut, käytti valtaa ja otti vastuuta kuntoutumisestaan. Hänelle suunniteltiin seuraavalle viikolle kotikäynti apuvälinekartoitusta varten ja jatkoterapioita siinä vaiheessa, kun kuntoutuja kotiutuu. Kuntoutuja sai osallistua tilanteessa täysivaltaisesti alusta loppuun asti. Omaisen tuki oli tilanteessa kuntoutujalle merkityksellinen ja tärkeä.

”ft: Taikka sitte niin kun, että yksittäiselle portaalle nousu onnistuu tota noin, niin siinä on ollu niinku rollatorin kahvat mistä on pitäny kiinni, kun se porras on siellä rollatorin välissä ja sitte vielä.

K: Joo, kyllä sitte vielä se kaide.

ft: Niin taikka rollator tai kaide ja sitten no vasemmalla jalalla, kun nouset niin mää vähemmän oon auttanu oikealla jalalla, oon sitte auttanu niinku sitä ylönousua.

tt: Että nousen yhdellä portaalle avust... tukea ottaen avustettuna, tukea ottaen?

K: Joo.

tt: Miten mä tähän kirjoitan? (kääntyy tutkijan puoleen).” (KS 6)

”K: Että se oli sitte, ja kuitenkin ku mua on koko ajan informoitu hurjan hyvin kaikissa asioissa, että niin lääkärit, kun hoitajat on ollu avustamassa ja sillä lailla, että mä oon tietoo saanu koko aika ja se on niinku, mä tykkään aina, että se on justiin se, että kun on tietonen missä mennään ja mihin päin ja mitä tehdään.” (KS 6)

--

”K: Minulla on valta kertoa se, mutta myös se vastuu tuli sitte niinku tässä, että mulla on vastuu nyt, mikä tuonne laitetaan ja minkälaista tää mahdollinen sitten tää, tuleva kaikki nää, tulee oleen, mulle annettiin vastuu näistä sanoista mitä mä haluan laitettavan.” (KS 6)

Suuri osa Etevan kuntoutujista tarvitsi koko tavoitekeskustelun ajan erityistä tukea osallistumiseen, ja myös keskussairaalan kuntoutujista osa hyötyi erityisestä tuesta vähintäänkin keskustelun tietyissä vaiheissa. Tuen tarve ilmeni muun muassa niin, että kuntoutujan ilmaisu ja asioiden kuvailu olivat niukkaa, useimmiten joko lyhyillä lauseilla tai yksittäisillä sanoilla kertomista. Ammattilaisten kommentit ja kysymykset auttoivat kuntoutujaa tuomaan esille asioita paremmin, kuntoutuja saattoi tarvita myös tukea asioiden yhdistämisessä toisiinsa. Tuettu osallistuminen niin, että kuntoutuja saattoi osallistua täysivaltaisesti tavoitekeskusteluissa, toteutui tyypillisesti silloin, kun ammattilaiset tunsivat kuntoutujan. Tällöin he osasivat käyttää kuntoutujaa osallistavia, yksilöllisiä keinoja tarkoituksenmukaisella tavalla keskustelun kuluessa. Ammattilaisten tavoitekeskustelun jälkeisille reflektioille oli tyypillistä se, että ammattilaiset pohtivat ja punnitsivat omaa rooliaan ja erityisesti sitä, oliko tuki ollut mahdollisesti liian vahvaa tai liian johdattelevaa tai olisiko voinut toimia toisin, jotta kuntoutujan osal-

listuminen olisi ollut vieläkin vahvempaa etenkin päätöksiä tehdessä. Kuntoutujat itse kuvasivat tuetun osallistumisen tavoitekeskustelujen jälkeisissä haastattelutilanteissa omaa osallistumistaan ja sen tukemista yleensä niin, että he kokivat tulleen kuulluiksi ja heidän mielipiteensä sekä valintansa ohjasivat keskustelun etenemistä. He mielsivät olleensa päähenkilöitä ja että heillä oli valta päättää omista tavoitteistaan. Samalla he myös tunnistivat sen, että ammattilaisten kommentit, kysymykset, kirjaukset ja etenkin tuki asteikon laadinnassa auttoivat heitä osallistumaan.

Moniammatillisen tiimin työskentely oli tuetun osallistumisen tavoitekeskusteluissa pitkälti samanlaista kuin tavoitekeskusteluissa, joissa kuntoutuja oli aktiivinen vallan- ja vastuunkäyttäjä. Tyypillistä oli kuitenkin se, että tiimin jäsenet olivat joko tietoisesti tai tiedostamattaan erilaisissa rooleissa suhteessa kuntoutajaan. Esimerkiksi joku ammattilaisista saattoi tietoisesti olla kuntoutujan äänen esille tuoja kertoen kuntoutujalle tärkeistä asioista, joista he olivat ennakkoon keskustelleet. Yhdessä keskustelussa omaohjaaja toimi myös kommunikoinnin tukijana auttaen piirroksilla kuntoutujan mielipiteiden esille tuomista ja selventäen keskustelun sisältöä.

Tuettua täysivaltaista osallistumista kuvataan seuraavassa Etevan kehitysvammapsykiatrian yksikössä jaksolla olleen nuoren mieskuntoutujan tavoitekeskustelun kautta. Pitkän, vajaan vuoden kestäneen jakson syynä oli lisääntynyt aggressiivinen käyttäytyminen, minkä vuoksi muun muassa hänen vapaata liikkumistaan oli rajoitettu. Kommunikoinnin tukena kuntoutujan kanssa käytettiin kuvia, kirjoittamista ja sosiaalisia tarinoita. Tukimuotoina jaksolla olivat yhtenäiset toimintamallit, toiminnalliset ryhmät ja omahoitajakeskustelut. Kaksi keskusteluun osallistuneista ammattilaisista oli osallistunut myös aiemmin hankkeen tavoitekeskusteluihin ja he kokivat GAS-menetelmän jo tutuksi, yhdelle ammattilaiselle tavoitekeskustelu oli ensimmäinen. Kaikki ammattilaiset tunsivat kuntoutujan hyvin.

Keskusteluun oli orientoiduttu jo aiemmin niin, että ammattilaiset olivat eri tilanteissa keskustelleet kuntoutujan kanssa hänen toiveistaan, sekä kuntoutujalle tärkeistä muutosta vaativista arjen asioista käyttäen kuvia ja kirjallisia apukysymyksiä apuna. Kuntoutujan toivoi, että yksi ammattilainen kertoo muille heidän aiemmista keskusteluistaan. Toinen ammattilainen vahvisti kuntoutujan osallisuutta varmistamalla kuntoutujalta, mitkä olivatkaan ne tärkeimmät asiat. Ammattilaisten vuorovaikutus, eli toinen toimi tarvittaessa ”kuntoutujan äänenä” ja toinen teki kuntoutujalle kysymyksiä, auttoi kuntoutujaa osallistumaan tilanteeseen. Kuntoutujan ilmaisemat asiat kirjattiin seinällä olevalle isolle paperille.

”A2: Miten mä kirjotan ton, ”teen asioita ystävien kanssa”? Kirjotanks mä sen noin vai kirjotanks mä niin että, olis enemmän kavereita? Ku siinä puhuttiin sekä että silloin. Kumpaa mä Pekka laitan?

A1: Vai laitetaanko ne molemmat?

K: Laitetaan ne molemmat.” (Eteva 10)

Ammattilaiset arvioivat haastattelussa, että keskustelun rauhallinen tahti oli sopiva kuntoutujalle. Kuntoutujalle oli tyypillistä se, että hän jäi ajattelemaan asiaa ennen kuin vastasi kysymykseen ja näin muodostui taukoja, mikä oli ammattilaisille tuttua, ja he odottivat kärsivälli-

sesti kuntoutujan vastausta. Kuntoutuja piti tärkeimpänä tavoiteltavana asiana itsenäistä asiointia. Tämä tavoite oli sellainen, jonka kuntoutuja oli tuonut useasti esille, mutta etenkin kuntoutujan aggressiivisesta käyttäytymisestä johtuvat liikkumisen rajoitukset olivat olleet esteenä. Tavoitekeskustelussa kuntoutuja toi esille, että itsenäinen asiointi oli hänelle täysin uusi asia, jota hän ei ollut päässyt kokeilemaan missään elämänsä vaiheessa.

"A2: Ootko sä, millon asioinu ihan itekseen? Että onks sulla ollu, pääskö [aiemmasta asuinpaikasta] asioimaan itekseen?

K: Ei, koska siel oli, viiden kilometrin päässä toi keskusta vasta.

A2: Pääskö tuolta, onks missään vaiheessa elämää päässy asioimaan itekseen? Oliko [edellisen kuntoutuspaikan] aikana?

K: Ei ollu.

A1: Niin sieltäki oli aika pitkä matka sitte kauppoille.

A2: Tai onks se ollu niin, että ooksä oikeestaan koskaan sitte päässy, kauppa-asioita tekemään itekseen?

K: No en oo.

A2: Että tää on aika uus juttu harjotella kaiken kaikkiaan.

K: Niin on." (Eteva 10)

Ammattilaiset pohtivat ääneen, samalla varmistaen kuntoutujalta, mitkä asiat vaikuttavat tavoitteen saavuttamiseen, ja mitä tavoitteen saavuttaminen vaatisi niin kuntoutujalta itseltään kuin laajemmin ohjaukseenkäytännöiltä. Näin kartoitettiin, millainen tavoite voisi olla realistinen. Samalla jo luontevasti mietittiin indikaattoria ja asteikkoa. Asteikon laatiminen aloitettiin piirtämällä isolle paperille portaat (ks. kuva 5, s. 39), mikä auttoi kuntoutujaa hahmottamaan, miten tavoitteen porrastusta tehdään.

"A3: Se [portaiden piirtäminen keskustelun aikana] on vähän hitaampaa, ku se, et ne on valmiiks ja sanotaan, et tos on viis porrasta, ja toi kolmonen on se, mikä on se tavoite. Ku se, että ku piirretään ja, nauretaan [kirjurin piirtämille] viivoille ja [naurah-taa] sillee, että tähän tulee kato tästä aina ylöspäin. Et onhan se vähän että ehkä asiakas pääsee siin vähä helpommin mukaanki ku...

T: Voi olla jollain toisella tietysti, et se ei oo näin, mut ainaki jotenki täs tuli semmonen, että se että, se ikään kuin syntyy siinä.

A3: Et me ei olla suunniteltukaan kaikkea valmiiksi, et näin me tässä nyt mennään vaan, et me edetään periaattees vähä sillai niin, se voi olla, että just ainaki Pekan kohalla, se on ehkä ihan hyvä." (Eteva 10)

Ammattilainen kuvasi vielä portaiden idean lyhyesti kuntoutujalle ja varmisti näin, että kuntoutuja ymmärtää miksi tavoiteportaavat on piirretty. Asteikon laadinnassa kuntoutujan roolina oli kertoa tukevien kysymysten avulla omista näkemyksistään ja mieltymyksistään. Itse kuntoutuja ei pystynyt esittämään, miten asteikkoa tulisi muotoilla, mutta annettujen vaihtoehtojen avulla pystyi kertomaan näkemyksiään. Ammattilainen varmisti kysymyksillä esimerkiksi, että indikaattori kuvaa merkityksellistä muutosta kuntoutujan mielestä ja että kuntoutuja on ymmärtänyt asteikon. Keskusteltaessa kuntoutujalle hankalammasta aiheesta, tunnelman vapauttamiseksi ammattilaiset käyttivät huumoria ja kysyivät tunnelmaa rentouttavista kysymyk-

siä. Huumorilla oli myös keskittymistä lisäävä vaikutus. Tavoitteen laatimisen jälkeen ammattilainen kertoi kuntoutujalle, miten tavoitteessa edetään, millaisia suunnitelmia tehdään yhdessä ammattilaisten kanssa sekä varmisti, että kuntoutuja on tyytyväinen suunnitelmaan.

Kokonaisuudessaan kuntoutuja ilmaisi olevansa tyytyväinen keskusteluun ja osallisuuteensa. Ammattilaiset arvioivat, että keskustelu oli tasavertaista ja kuntoutuja osallistui keskusteluun pääsääntöisesti aktiivisesti sillä tavoin, kuin se hänelle on mahdollista. Ammattilaiset ottivat keskustelussa vastuuta siitä, että tavoite tulee tehdyksi ja että he auttavat kuntoutujaa niin, että kuntoutujan on mahdollista vaikuttaa. Ammattilaiset arvioivat, että keskustelussa kuntoutujan vallankäyttö oli tarkoituksenmukaista eikä manipuloiavaa, kuten se joissakin tilanteissa aiemmin oli ollut. Keskustelu herätti ammattilaisia punnitsemaan, miten vallan ja vastuun jakautuminen keskustelussa toteutui ja oliko valta ja vastuu jakautunut tarkoituksenmukaisesti.

"A2: Valta. No kyllähän vastuuta aika paljon kyllä henkilökunnalla on. Että eihän tää olis, ikinä tässä jos ei, jos asiakas olis ollu vastuussa tän tekemisestä. Ehkä se olis, ehkä Pekka olis valinnu ton jonkun noista asioista mutta kyl se siihen olis sitte jääny tän tekeminen. Että kyllähän tää niin hankala kuitenkin on tämä systeemi eikä asiakas tietysti ole ikinä elämässään GAS-tavoitteista kuullukaan, että ei voi tietysti vaatiakaan että olis tehny tän.

A3: Vastuu kyllä mun mielest tässä ehkä vielä eniten ku kenenkään muun kohalla ni mä jotenki koin että, oli meillä. Ehkä seki, että tunnetaan Pekka, tiedetään Pekka ei ois ottanu sitä vastuuta tässä. Et kyllä hän olettikin, että me hänet autetaan aika vahvasti. Et mä jotenki aattelen sen niin, et se menisikin niin, et hän ei pysty eikä hän kykene ainakaan täs vaiheessa viel sellaseen kauheen vastuun ottamiseen. Mut kyllä Pekalla mun mielest sitte valtaa kyllä oli vaikuttaa.

A2: Pekkahan on aika taitava ottamaan valtaa erilaisissa vuorovaikutustilanteissa...

A3: Joo siinä hän [naurahtaa]...

A2: ...sillä tavalla, monella tavalla, mutta että tässä hän nyt mun mielestä, hän tuli kyllä vastaa myös meitä. Että ei hän jääny ulkopuolelle olemalla, eristäytymällä esimerkiksi, mikä on yks, mitä hän saattaa tehdä joskus. Että hän lyö liinat kiinni eikä sieltä tuu enää mitään.

A3: Hän osaa ottaa vallalla myös sen, et se vastuu on muilla ku hänellä itsellään [naurahtaa] jos nyt sanoo näin. Että sillä tavalla, osaa kyllä muun muassa sillä, että ei oo enää kontaktissa tai ei lähe mukaan tai jos ei joku miellytä.

A2: Sitähän ei ollu tässä.

A3: Ei. Sillee mäki aattelen, et tuli vastaan myös meitä. Mun mielest se yritti olla tässä asiassa koko aika että, ei sillee pudonnu." (Eteva 10)

## 5.2.2 Kuntoutujan osittainen osallistuminen tavoitekeskusteluun

Kuntoutujan osittainen osallistuminen ilmeni tavoitekeskusteluissa kolmentyyppisesti: kuntoutuja jättäytyi itse sivuun jossain kohdin keskustelua, ammattilaiset jättivät kuntoutujan sivuun jossain kohdin keskustelua tai kuntoutuja ei pystynyt osallistumaan keskusteluun, koska hänen osallistumistaan ei tuettu tarkoituksenmukaisella tavalla.

Kuntoutujan itse sivuun jättäytymistä oli tavoitekeskusteluissa melko vähän. Tilanteet olivat sellaisia, että kuntoutuja jättäytyi tietoisesti sivuun esimerkiksi silloin, kun oli eri mieltä ammattilaisten kanssa. Oli myös muutama tilanne, jossa kehitysvammapsykiatrian kuntoutujan vireystilan lasku johti siihen, että kuntoutuja jättäytyi hetkeksi syrjään.

Kuntoutujan sivuun jättäminen tapahtui useimmiten sekä Keski-Suomen keskussairaalassa, että Etevassa tilanteissa, joissa ammattilaisten GAS-menetelmän hallinnassa oli puutteita. Näin tapahtui useimmiten siinä vaiheessa, kun oli määriteltävä tavoitteeseen liittyvä indikaattori ja eri tavoitetasot. Yleensä ammattilaiset itsekin tunnustivat jo keskustelutilanteessa tämän ja pyrkivät korjaamaan tilannetta ja osallistamaan kuntoutujaa, mutta oli myös tilanteita, joissa etenkin kehitysvammapsykiatrian kuntoutujalle jäi tavoitetasot epäselviksi.

Tuki oli epätarkoituksenmukaista useammanlaisissa tilanteissa ja useista eri syistä. Oli esimerkiksi tilanteita, joissa ammattilaiset eivät hyväksyneet kuntoutujan tavoitetta, vaan kokivat tavoitteen liian laajaksi tai sellaiseksi, johon kuntoutuksella ei voida vaikuttaa, tai ammattilaisten näkökulmasta tavoite ei ollut aivan ajankohtainen (esimerkki luvussa 5.3). Tuen epätarkoituksenmukaisuus näkyi myös etenkin muutaman Etevan kuntoutujan tavoitekeskustelussa niin, että ammattilaiset eivät huomanneet tai osanneet käyttää tarkoituksenmukaisia puhetta tukevia kommunikaatiokeinoja kuten kuvia tai piirroksia. Myös Keski-Suomen keskussairaalan vaativan kuntoutuksen kuntoutujat, joilla oli kognitiivisia häiriöitä, olisivat tarvinneet ajoittain enemmän ammattilaisen johdattelua, ohjausta ja erilaisia vaihtoehtoja sekä tuettu päätöksentekoa tavoitteiden tunnistamisessa ja laatisessa. Kognitiivisia häiriöitä omaavilla kuntoutujilla oiretiedostamattomuus aiheutti sen, että kuntoutujalla itsellään oli erilainen käsitys omasta tilanteestaan esimerkiksi terapian tarpeen suhteen kuin ammattilaisilla. Epätarkoituksenmukaista osallistamisen tukea aiheutti myös muutamassa keskustelussa se, että ammattilaiset varoivat johdattelemasta kuntoutujaa, eivätkä uskaltaneet tuoda esille omia näkemyksiään.

"A1: Ja ehkä just semmoset palaverit, mihin asiakas yleensä osallistuu täälläki, ne on enempi semmosta, et se asiakas siinä sitte istuu ja ikään kuin on sillai yhtenä siinä. Nyt oltiin tosi sillai asiakaskeskiössä. Sitä just vähä jäin aina ite pohtimaan just, ettei nyt sitte sano ite liikaa, kauheest piti miettiä sitä, ettei nyt johdata ja näin. Seki varmaan teki vähä sitä jähmeyttä, piti tarkkaan miettiä, mitä sieltä suustansa päästää ulos.

A2: No se teki ainaki oman kohdan niin jähmeeks, et koska en mä tienny, että saa puhua siit silleen ulkoilust. Et saa ihan, ei johdatella, mut siis silleen miten normaalistiki.

T: Kyllä. Kyllä.

A2: Että kaikki pitää tulla tässä tilanteessa, [kuntoutujan] sanoo.

T: Joo.

A1: Niin sitte siitä oli ittellä väärä käsitys." (Eteva 1)

Osittaisesta osallistumisesta, kuntoutujan sivuun jättäytymisestä ja ammattilaisten epätarkoituksenmukaisesta tuesta on esimerkkinä Keski-Suomen keskussairaalassa toteutettu tavoitekeskustelu. Siinä kuntoutujalla ja ammattilaisilla oli eri näkemys ajankohtaisesta ja GAS-

menetelmään sopivasta tavoitteesta. Kuntoutuja toivoi omaksi tavoitteekseen autolla ajamista, mutta puolen vuoden ajokiellon takia ammattilaiset eivät pitäneet kuntoutujan tavoitetta realistisena eivätkä hyväksyneet sitä. Tämän seurauksena kuntoutuja ei saanut ensin päättää omasta tavoitteestaan. Ammattilaiset eivät tunnistanee ja osanneet visioida pidemmän aikajanana autolla ajamisen tavoitteeseen mahdollisesti liittyvää lyhemmän aikavälin tavoitetta ja tässä vaiheessa kuntoutujan tukeminen jäin vain osittaiseksi. Kuntoutuja turhautui ja koki, ettei hänen ajatuksiaan hyväksytä ja tuli vain osittain kuulluksi sekä siirsi päätöksenteon vallan ja vastuun omaiselle ja ammattilaisille.

"K: Täytyy hyväksyä mitä mä sanon. En mitään, sanokaa nyt sieltä joku valmiiksi.

tt: Niin, haluatko sä, että me autetaan sua siinä?

K: Joo.

ft: Ja autolla ajo on tosi hyvä tavoite, mutta ehkä pikkuisen pidemmässä juoksussa, jos aatellaan sitä ajokieltoa. Nyt kuitenkin tulee kuuden kuukauden päästä, niin se voi olla, että silloin ei ees saa lähteä vielä ajamaan.

K: Mikä sinne laitetaan, sanokaa te. Kun te haette jotain." (KS 13)

Kuntoutuja koki omaisen mukana olon tärkeäksi ja luotti omaisen ehdottamaan tavoitteeseen sekä hyväksyi sen omaksi tavoitteekseen. Omainen toi kuntoutujalle turvaa ja antoi kuntoutujalle emotionaalista tukea rohkaisemalla kuntoutujaa. Hän ehdotti tavoitteeksi harrastusten jatkamista ja tarjosi konkreettista apua kotiaskareiden hoitamiseen. Vaikka aluksi kuntoutujan ja ammattilaisten näkemykset erosivat toisistaan, ammattilaiset kuitenkin yrittivät tukea ja rohkaista kuntoutujaa omaisen ehdottoman tavoitteen työstämisessä.

"O: Ja se laulukin, on ollut kuorolaulua. Niin kyllähän siellä voi käydä koittamassa, eihän se nyt oo niin virallista ja vakavaa. Niin se kehittäis sitä kieltä.

ft: Ei niistä mistään kannata nyt, mikä sulle on tärkeätä ollut, niin vielä tässä kohtaa ainakaan luopua. Ei tosissaankaan. Käynkö lisäämässä tämän ja katotaan jos tulee vielä, laitetaan niitä sitten vielä näkyviin.

O: Ja sitten varmaan on vaikea tietää niistä palveluista. Me nyt tuossa puhuttiin jo eilen, mulla on kaksi lasta ja tosiaan asutaan siinä lähellä. Meillä on tietysti ollut se tilanne, että sinä oot auttanut minua, tähän mennessä lasten kanssa. Että mejän elämät on tässä nyt tosi sekaisin. Ja Mansikan kanssa ja Mirrin kanssa, ne on meidän kotieläimet. Mutta kyllä me tästä selvittääm ja autetaan minkä pystytään. Että mä tietysti käyn töissä ja mulla on tosi haastava työ. Mutta, mehän eilen jo puhuttiin, että lapset voivat auttaa sua siivoomisissa. (Omaista itkettä)" (KS 13)

Kuntoutuja koki menetelmän ärsyttävän häntä, koska asioita oli paljon ja niitä kerrattiin liian monta kertaa. Kuntoutuja koki tulleen osittain kuulluksi ja saaneensa olla ainakin osittain päätöksenteossa mukana. Hän koki epävarmuutta omien mielipiteidensä esille tuomisen ja vallan ja vastuun käyttämisen suhteen tavoitekeskustelussa.

T: Jossain vaiheessa sä sanoit tässä, tai tuli esille tässä, kun puhuttiin muitten kanssa, että sanoit, että sä haluat lopettaa. Mutta sä sanoit sen niin hiljaa, että mä en kuullut.

K: Olin tympääntynyt, samaa liian monta kertaa tuli. Semmoista toistoa. Kyllä se vähän ärsytti.” (KS 13)

Ammattilaiset eivät osanneet tukea kuntoutujan täysvaltaista osallistumista tavoitteen tunnistamisessa ja asettamisessa. Kuntoutuja ei kokenut oman mielipiteensä tulleen kuulluksi tavoitteen tunnistamisvaiheessa. Kuntoutuja koki välillä olleensa kuulusteltavana ja kokemus oli hänelle rankka. Hän olisi halunnut lopettaa, mutta ammattilaiset hämmentyivät, eivätkä reagoineet siihen, eikä havainnoiva tutkija kuullut kuntoutujan kommenttia, joten tavoitekeskustelua jatkettiin eteenpäin ohittamalla kuntoutujan kommentti.

”K: Joo. En oikein kyllä tykkää tuosta jutusta enää.

tt: Niin rupee tuntee. Tää varmaan väsyttää tämmöinen.

K: Tehkää mitä haluatte.

O: Oisko se, se kortin kirjoittaminen tai sitten se paperille pitempi teksti?

K: Joo.” (KS 13)

”ft: Ja sitten ehkä se, kun hän, että otetaan nyt se autolla ajo sitten. Se tuli hyvin yllättävänä meille, tai musta tuntuu, et kaikki oli vähän siinä kohtaa hämillään, että eihän se nyt se pitänyt olla. Just puhuttiin käden käytöstä. Mut sitäkin tuossa jo vähän ulkopuolella mietittiin, että hänelle nimenomaan se. Vai sanoiko tässäkin, että se saattoi nimenomaan hänelle olla sitä kädenkäyttöä se autolla ajo. Kun sit taas me mielellään se kaikeksi muuksikin. Sitten siinä kohtaa, kun sanottiin, että jos et sinä saakaan ajaa autoa. Tulee varmaan se turhautuminenkin.” (KS 13)

### 5.3 Kuntoutujan osallisuutta tavoitteenasettamisprosessiin edistävät tekijät

Seuraavassa on kuvattu niitä tekijöitä, jotka edistivät kuntoutujan osallisuutta tavoitteenasettamisprosessissa. Ne tiivistettiin seuraaviksi teemoiksi: 1) Yksilölliset tarpeet ohjasivat päämäärätietoista tavoitekeskustelussa etenemistä, 2) kuntoutujalla oli valmius asettaa omia tavoitteitaan, 3) ammattilaiset käyttivät tarkoituksenmukaisia osallistamisen työtapoja sekä 4) omaiset olivat mukana tavoitteen asettamisessa (taulukko 3, s. 33). Erilaiset edistävät tekijät olivat vuorovaikutuksessa keskenään ja ne olivat läsnä eri tavoin eri keskusteluissa. Yhtäältä keskustelussa saattoi korostua tiettyjen edistävien tekijöiden rooli. Toisaalta tiettyjä edistäviä tekijöitä ei ollut läsnä lainkaan joissakin keskusteluissa. Näiden edistävien tekijöiden vastaavina keskustelussa olivat estävät tekijät, jotka olivat käänteisiä edistäville tekijöille. Tällöin parhaimmillaan tietyn edistävän tekijän puute, esimerkiksi kuntoutujan motivaation heikkous tai kuntoutujan kognitiivisen toiminnan haasteet, kompensoituivat jollakin muulla edistävällä tekijällä esimerkiksi niin, että ammattilaiset kiinnittivät erityistä huomiota osallistaviin työtapoihin.



**Taulukko 3.** Kuntoutujan osallistumista tavoitteenasettamiseen edistävät tekijöitä.

Keskustelussa eteneminen päämäärätietoisesti ja yksilöllisistä tarpeista lähtien	Kuntoutujan valmius asettaa omia tavoitteitaan	Ammattilaisten käyttämät tarkoituksenmukaiset työtavat	Omaisten mukanaolo tavoitteenasettamisessa
Kuntoutujan orientoituminen ja orientoiminen tavoitteenasettamiseen	Aktiivisuus	Rakentava vuorovaikutus ja dialogi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• kuuntelu, kysymykset</li> <li>• yhteenvedot, yhteinen pohdinta ja reflektio</li> </ul>	Henkinen tuki: kuntoutujan rohkaiseminen
Tavoitekeskustelun avoin ilmapiiri ja keskustelun suuntaaminen tavoitteenasettamiseen	Motivoituminen	Tiedon jakaminen osallistamisesta ja GAS-menelmästä	Tiedon ja näkemysten jakaminen liittyen kuntoutujan arkeen ja toimintakykyyn
Kuntoutujalle tilan antaminen ja eteneminen kuntoutujan tahtiin	Sitoutuminen	Valintojen ja päätösten tekemisen tukeminen	
Kuntoutujan ja hänen arkenensa tunteminen		Visuaalisten tukikeinojen käyttäminen	

### 5.3.1 Keskustelussa eteneminen päämäärätietoisesti ja yksilöllisistä tarpeista lähtien

Parhaimmillaan kuntoutujan osallistaminen alkoi jo ennen tavoitekeskustelua. Tällöin kuntoutuja oli orientoitunut etukäteen tavoitteen asettamiseen. Ammatillaiset olivat valmistelleet kuntoutujaa yksilöllisesti keskustelemalla tai käyttäen erilaisia apukeinoja. Esimerkiksi kuntoutujalle oli annettu etukäteen mietittäväksi tavoitteen tunnistamista helpottavia kysymyksiä tai arjen haasteita, ja toiveita oli mietitty muun muassa keskustelumattoa käyttäen. Muutamassa kehitysvammapsykiatrian tavoitekeskustelussa kuntoutuja oli myös omaehtoisesti kirjannut itselleen muistiin tärkeiksi kokemiaan asioita.

Varsinaiselle tavoitekeskustelulle ominaisia kuntoutujan osallistumista tukevia puitteita olivat avoin ilmapiiri sekä se, että ammatillaiset kuljettivat keskustelua tarkoituksenmukaisesti eteenpäin. Avoin ilmapiiri oli turvallinen, rento ja salliva. Ammatillaiset myös vapauttivat tunnelmaa sopivissa kohdin huumorilla. Eräässä keskustelussa ammatillainen rauhoitteli kuntoutujaa kosketuksella ja hieronnalla, mikä vapautti ja rentoutti kuntoutujaa. Luottamuksellisessa ilmapiirissä kuntoutujat saivat kerrottua huolenaiheensa. Ammatillaiset pitivät kuntoutujaa tavoitekeskustelussa päähenkilönä.

Kun ammatillisella oli mielessään koko ajan keskustelun tarkoitus, hän kuljetti keskustelua tarkoituksenmukaisesti. Tämä näkyi esimerkiksi niin, että kuntoutujan esittämät asiat otettiin mukaan keskusteluun, vaikka ne eivät suoraan liittyneetkään aiheeseen ja keskustelu palautettiin sitten luontevasti takaisin tavoitteen tunnistamiseen. Ammatillisella oli mielessä keskustelun punainen lanka ja hän otti vastuun keskustelun eteenpäin viemisestä.

Tilan antaminen kuntoutujalle ilmeni siten, että kuntoutuja sai ilmaista omia mielipiteitään, myös eriäviä, rauhassa ja keskustelun ilmapiiri pysyi koko ajan avoimena. Tilan antaminen näkyi myös kuntoutujan tunnereaktioiden kunnioittamisena, esimerkiksi hiljaisuutta ei kes-

keytetty, vaan kuntoutujalle annettiin aikaa rauhoittua ja pohtia asioita rauhassa. Keskustelussa edettiin kuntoutujan tahtiin niin, että ajattelulle ja pohdinnalle oli aikaa. Useissa Etevan kuntoutujien tavoitekeskusteluissa pidettiin myös tauko tai useampia taukoja kuntoutujan jaksamisen mukaan.

Kuntoutujan tunteminen etukäteen auttoi ammattilaisia tuomaan keskusteluun aiempia kokemuksia ja huomioita kuntoutujan käyttäytymisestä ja vuorovaikutustyylistä. Kuntoutujan arjen ja persoonan tunteminen mahdollisti ammattilaisia tukemaan kuntoutujan osallistumista. Esimerkiksi ammattilaiset tiesivät, milloin kuntoutuja tarvitsi asioiden selkeyttämistä ja käyttivät selkokieltä tai muutoin tukivat kommunikaatiota.

Tavoitekeskustelussa oli tarkoituksena asettaa sellaiset tavoitteet, jotka nivoutuvat kuntoutujan arkeen. Kun ammattilaiset pitivät mielessään tämän lähtökohdan, he pyrkivät aktiivisesti kaikissa keskustelun vaiheissa nivomaan keskustelua kuntoutujan arkeen. Tavoitetta tunnistettaessa tämä tarkoitti sitä, että ammattilaiset auttoivat kuntoutujaa kuvaamaan omaa arkeaan, tapojaan ja tottumuksiaan sekä selvittämään toimintakykyään ja kokemiaan vaikeuksia. Ammattilainen toi keskusteluun aiemmin kuntoutujan kanssa pohdittuja asioita ja arjen haasteita. Kuntoutujan arkea selvitettiin myös tuen tarpeen kartoituksella, johon liittyi koti-loma, kotikäynti, apuvälinekartoitus ja jatkoerapiat.

### **5.3.2 Kuntoutujan valmius asettaa omia tavoitteitaan**

Kuntoutujan oma aktiivisuus, motivaatio ja sitoutuminen, sekä tavoitteen asettamiseen, että kuntoutumiseen, edesauttoi osallistumista ja kuntoutujan vastuunottoa kuntoutumisestaan. Kuntoutuja odotti keskustelua ja otti siinä aktiivisen roolin sekä toi keskusteluun oman näkemyksensä. Hän myös varmisteli ja kysyi, mikäli ei ymmärtänyt jotakin ja puolusti omia mielipiteitään. Tavoitteen asettaminen tapahtui kuntoutujan näkökulmasta oikeaan aikaan. Kun kuntoutujalla oli selkä käsitys siitä, mitä hän halusi, oman tavoitteen tunnistaminen onnistui helposti yhteisessä keskustelussa ammattilaisten kanssa.

### **5.3.3 Ammattilaisten käyttämät tarkoituksenmukaiset työtavat**

Ammattilaiset käyttivät monia erilaisia työtapoja, jotka tukivat kuntoutujan osallistumista: rakentavaa vuorovaikutusta ja dialogia, mikä sisälsi kuuntelun, kysymysten ja yhteenvetojen tekemisen sekä yhteisen pohdinnan ja reflektion. He jakoivat tietoa osallistamisesta ja GAS-menetelmästä, tukivat valintoja ja päätöksiä sekä käyttivät visuaalisia tukikeinoja. Parhaimmillaan näitä eri työtapoja käytettiin yksilöllisesti eri kuntoutujien tarpeet huomioiden. Kuntoutujan kuunteleminen ja kuuleminen olivat edellytys sille, että muita keinoja käytettiin tarkoituksenmukaisesti.

Kysymysten esittäminen eri tarkoituksissa, kuten viemään eteenpäin keskustelua, tarkentamaan, varmentamaan, johdattelemaan sekä tukemaan ajattelua, oli tärkeässä roolissa keskusteluissa (taulukko 4, s. 35). Ammattilaisten esittämät suorat kysymykset olivat tyyppillisiä silloin, kun keskustelua pyrittiin viemään eteenpäin, ja kysyttävä asia oli selkeä. Tarkentavat kysymykset liittyivät usein siihen, että toivottiin kuntoutujan kertovan lisää asiasta ja kuvaavan

asiaa enemmän. Varmentavien kysymysten avulla ammattilaiset tarkistivat, että kuntoutuja ja ammattilainen olivat ymmärtäneet asian samalla tavoin tai että, kuntoutuja oli saanut ilmaistuksi ne asiat, jotka hän koki tarpeellisiksi. Esimerkiksi kuntoutujalta varmistettiin, että laadittu tavoiteasteikko oli mielekäs, vaikka kuntoutuja ei pystynyt itse muotoilemaan sitä. Johdattelevilla kysymyksillä ammattilaiset toivat keskusteluun kuntoutujan elämään liittyviä tavoiteltavia asioita ja ohjasivat kommentteillaan kuntoutujaa keskustelemaan käsillä olevasta aiheesta. Niillä myös ohjattiin ja rajattiin keskustelua haluttuun suuntaan. Kuntoutujan ajattelua tukevien, fasilitoivien ja virittävien kysymysten esittäminen helpotti kuntoutujan omien ajatusten ilmaisua. Ammattilainen selvensi kysymyksillä kuntoutujalle merkityksellisen tekemisen luonnetta ja tärkeyttä. Kysymykset tukivat kuntoutujan ajattelua ja auttoivat miettimään asiaa. Mikäli kuntoutuja ei ymmärtänyt jotakin kysymystä, kysyttiin asiaa useammalla eri tavalla ja tyyllillä.

**Taulukko 4.** Kuntoutujan osallisuutta edistävät kysymykset.

Kysymyksen tyyppi	Esimerkit
Suorat kysymykset	ft: Nyt ensimmäisenä, ihan nyt sitte tärkeimmän, hankalimman ongelman? (KS 6) tt: Mikä on silloin se tavoite? (KS 6)
Tarkentavat kysymykset	ft: Kaikissa portaissa kotona? K: No. ft: Taikka siis sisääntulossa ja alakerran portaissa, oliko se niin? K: Niin, juu kellarikerroksen portaissa tota noinki ja, että kun tää siellä nää. (KS 3) tt: Hm, tarkotatko suihkussa käyntiä, WC:ssä käyntiä (kuntoutuja puhuu päälle) K: Suihkussa käyntiä (tt puhuu päälle) tt: Pukemista. K: Puen itse, kyllä. (KS 4)
Varmentavat kysymykset	ft: Hm, nyt jos noista ihan pitäis nyt, ihan se yksi nytte, mitä ruvettaan tossa sitte skaa-laamaan? K: Varmasti se on edelleen tää liikkuminen portaissa. (KS 6) ft: No se liittyy niinku, liittyy portaissa liikkumiseen toi, että ne reisivoimat lisäänty, et ne niinku (kuntoutuja puhuu päälle). K: Se oli minusta se kaikkein tärkein. tt: Ai liikkuminen portaissa? K: Niin, sit mä niinku liikun. (KS 6)
Johdattelevat kysymykset	A: Kavereita toivoisit...Onks sulla nyt paljon kavereita? K: On mulla äitin kavereita, se on kuuskymmentä se yks kaveri A: Minkälaisia kavereita sää niinku toivoisit? K: No semmosia ymmärtäväisiä ja rauhallisia A: Onks iällä väliä tai luonteella, no luonnetta sää sanoitki, että ymmärtäväisiä ja rauhallisia K: Ja sitte osaa vähä ymmärtää huumoria A: Joo. Haittaako, onko vanha tai nuori tai onko sillä iällä väliä? K: Ehkä se kakskytviis vuotias olis kiva tai joku kolmekymppinen tai joku semmonen A: Omanikänen K: Omanikäsiä semmosia, tuota, en tiä löytyykö niitä kauheesti mutta se elämä aina on semmosta (Eteva 7)
Ajattelua tukevat kysymykset	A1: Minä kysyn sinulta yhen jutun. Tossa me ollaan nyt siellä miinus kakkosessa että "en käy töissä ollenkaan". Se on se kaikista huonoin tilanne, mikä toivottavasti ei ole näin puolen vuoden päästä. Mutta sitten sulla on se miinus ykkönen, että kahtena päivänä viikossa. Mutta nyt minua kiinnostas, että siinähan on sekkii mahdollisuus, että on sen yks päivää viikossa. Kumpaanko sin ajattelisit, että onko se tommonen miinus kakkostilanne vai miinus ykköstilanne, että olisi yks päivä viikossa? K: Mä ajattelisit että oisko kumminkin hyvä et ois yks. (Eteva 20)

Keskustelun yhteenvedot jäsensivät keskustelua. Ammatilainen veti esimerkiksi yhteen, mistä asioista oli keskusteltu, mitkä asiat kuntoutuja oli kertonut huolenaiheiksi hänen arjessaan tai millaisten asioiden nähtiin vaikuttavan tavoitteen saavuttamiseen. Yhteenvedot auttoivat kuntoutujaa edelleen pohtimaan asiaa ja tuomaan esille niitä asioita, joita ei ollut vielä tullut esille. Joissakin tilanteissa toimivana käytäntönä oli se, että kuntoutujaa vähemmän tunteva ammatilainen teki asioista yhteenvedoja.

Tavoitekeskusteluissa sekä kuntoutujan ja ammattilaisten että ammattilaisten keskinäinen pohdinta ja reflektio tuki kuntoutujan osallisuutta etenkin valintoja ja päätöksiä tehtäessä. Esimerkiksi kuntoutujan ja ammattilaisten yhteinen pohdinta tavoitealueesta ja siihen vaikuttavista asioista auttoi kuntoutujaa valitsemaan indikaattorin ja helpotti tavoiteasteikon laatimista. Ammatillaiset pohtivat myös keskenään ääneen, mitä tavoite merkitsee arjessa ja kuntoutuja kertoi tämän pohjalta oman kantansa. Tällöin ammattilaisten pohdinta auttoi kuntoutujaa pohtimaan omia asioitaan. Yksin kuntoutuja tai ammatilainen ei olisi löytänyt tavoitetta, vaan tavoitetta haettiin yhdessä ja kaikki osallistuivat keskusteluun.

Reflektoivassa keskustelussa ammatilainen peilasi takaisin kuntoutujalle hänen sanomansa ja varmisti kuntoutujalta, että oli ymmärtänyt oikein, mitä kuntoutuja tarkoitti. Kuntoutujaa autettiin ajatuksen pukemisessa sanoiksi ja kuntoutujan mielipide tarkistettiin. Ammatilainen kertoi omista havainnoistaan ja toi esille omia näkökulmiaan, joita kuntoutuja kommentoi. Ammatilainen kuvasi, miten kuntoutuja oli toiminut ja viritti näin kuntoutujaa reflektomaan itsekin omaa toimintaansa.

”K: Sit on toi sitoutuminen, eli en oo sillee sitoutunu johonki, jos on sovittu joku ulkopuolinen työ tai joku työtoiminta. Sitte tulee se, että ei haluakkaa lähtee, nii sit mä en oo sitoutunu siihe kovi hyvi. Mä en oikee osaa selittää sitä kunnolla.

A2: Mihinköhä se liittyis, mitä sä aattelet ite?

K: No mä ainaki koen, et yleisesti sitoutuminen, että yhteiset tekemiset, mä en oo osallisena siinä, tai sillee läsnä, mut en osallistu siihe tekemiseen hirveesti, ellei se oo jotai mieleistä. Emmä osaa selittää.

A2: Nii mäki aattelen. Toi on tosi vaikee selittää, ku puhutaan tämmösestä niinku sitoutumisesta. Mitä se oikeesti niinku tarkoittaa. Ja kuka sen sitte määrittelee, et mihinkä pitää sitoutua? Onks sulla sellane olo, et sä oot saanu itse vaikuttaa niihi asioihi, mitä on niinku suunniteltu ja? Mitä sä aattelet?

K: No aika hyvin.

A2: Että täällä saa vaikuttaa? Joihinkin esimerkiks, onks yhteisiin tekemisiin ku sä sanoit, että tai työkuvioihi.

K: Mulla on yleensä sillee, että ku yhteisiä tekemisiä päätetään, nii mä vedän iha hiljaseks, et mä en osaa ehdottaa, sit mä, mä saatan ruveta mieltii, et mitä mä ehdottasin. Mut sit mä en uskalla sanoo sitä ehdotusta.

A2: Onks se uskalluksesta kiinni?

K: Emmä tiedä onks se uskalluksesta, mut siis se nii sillee ku, et mä en saa sanottua sitä.” (Eteva 13)

Tiedon jakaminen niin GAS-menetelmästä kuin mahdollisista tukitoimistakin tavoitteen saavuttamiseksi edisti kuntoutujan osallistumista. Kuntoutujalle annettiin tietoa, miten tavoitetta muotoillaan ja miten ja miksi tavoiteasteikko laaditaan. Yksinkertainen tiedon jakaminen oikeassa kohdassa auttoi kuntoutujaa osallistumaan. Esimerkiksi tavoiteasteikon ja sen tarkoituksen kuvaus auttoi kuntoutujaa hahmottaan tavoitteenlaatimisprosessia.

”Kato tehään semmoset rappuset että, siellä alhaalla ois vähä niin ku, se taso, et misä nyt ollaan. Sitte aina ku sä etenet siinä asiassa, ni sit sä menisit kato ylemmälle rapulle. Ja sit vähän mietitään että, minkälainen se tilanne on ku sä oot, kolmannella ja neljännel ja viidennellä rapulla.” (Eteva 10)

Valintoihin ja päätösten tekemiseen annettu tuki lisäsi etenkin Etevan kuntoutujien osallisuutta tavoitekeskusteluissa. Tuetussa päätöksenteossa ammattilaiset antoivat kuntoutujalle taustatietoa tavoitteenasettamisesta ja auttoivat kommentteillaan sekä näkemyksillään kuntoutujaa tekemään päätöksiä omasta tavoitteesta ja itseään koskevista asioista. Ammattilaiset avasivat asioita esimerkein ja selkokielellä. Lisäksi kuntoutujaa ohjattiin kärsivällisesti ja kuntoutujan tahtisesti esimerkkejä käyttämällä löytämään ja valitsemaan tavoitteensa. Tavoitetta tarkennettaessa ammattilaiset kertoivat kuntoutujalle konkreettisia vaihtoehtoja, joista kuntoutuja valitsi sen, mikä oli hänelle tärkein ja merkityksellisin.

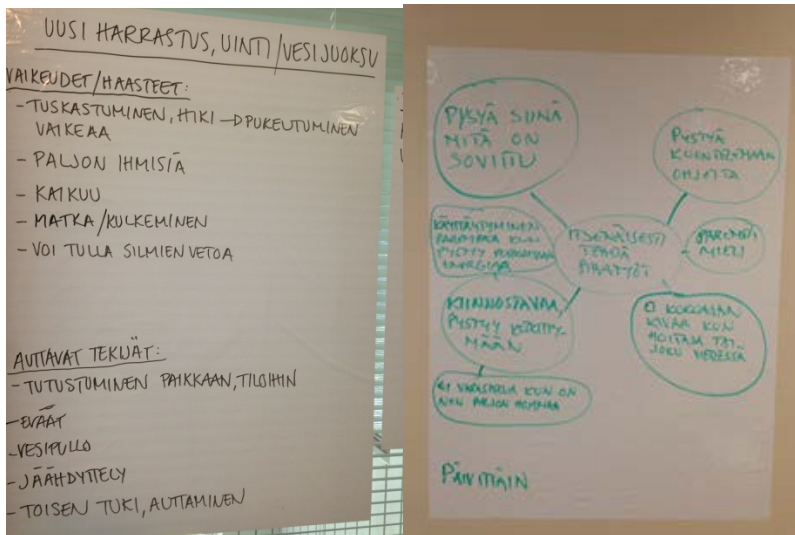
Tuettuun päätöksentekoon liittyi usein visuaalisten keinojen käyttäminen sekä etukäteistyökentelyssä että varsinaisen tavoitekeskustelun aikana. Ennen tavoitekeskustelua kuntoutujalle tärkeitä asioita oli koottu muun muassa keskustelumaton ja kollaasityöskentelyn avulla, mikä helpotti kuntoutujan osallisuutta tavoitetta tunnistettaessa (kuva 1).

**Kuva 1.** Tärkeiden asioiden kartoittaminen keskustelumaton ja kollaasityöskentelyllä.



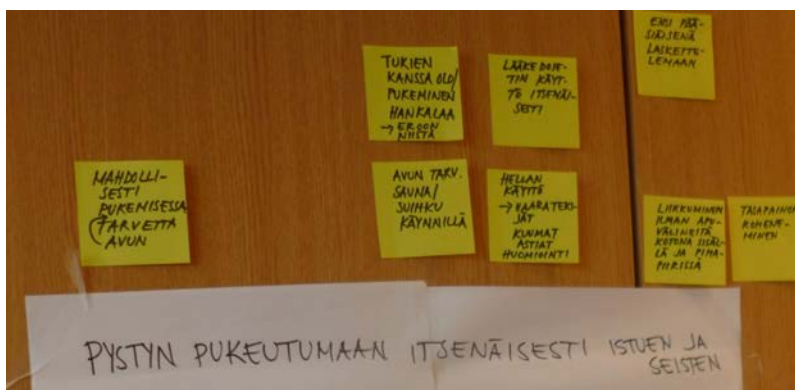
Tavoitetta tunnistettaessa esille tulleiden tärkeiden, muutosta vaativien asioiden sekä voimavarojen kirjaaminen esille esimerkiksi liimalapuille tai isolle paperille auttoi kuntoutujia ja samalla myös ammattilaisia. Kun asiat kirjoitettiin näkyville, se rauhoitti ja auttoi keskittymään ja hahmottamaan keskustelua, ja oli myös muistin tukena. Tässä käytettiin muun muassa haasteiden ja auttavien tekijöiden listaamista sekä mind map -työskentelyä (kuva 2.)

**Kuva 2.** Esimerkki tavoiteltavaan asiaan liittyvien asioiden pohdinnasta visuaalisia keinoja hyödyntämällä.

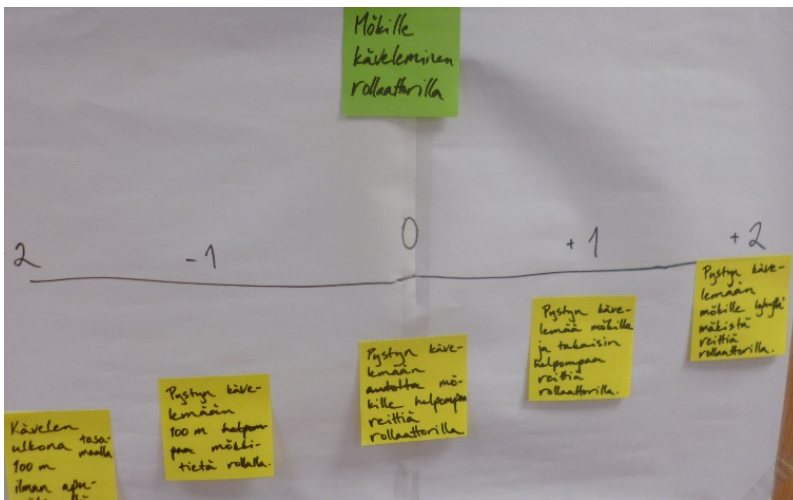


Keskussairaalan vaativan kuntoutuksen osastolla käytettiin lähes kaikissa keskusteluissa samaa tapaa eli liimalapuille merkittiin tärkeät, tavoiteltavat asiat ja ne myös asetettiin tärkeysjärjestykseen. Myös tavoitetasoja saatettiin kirjata liimalapuille näkyviin (kuvat 3 ja 4, s. 38–39).

**Kuva 3.** Esimerkki tavoitteen jäsentämisestä.

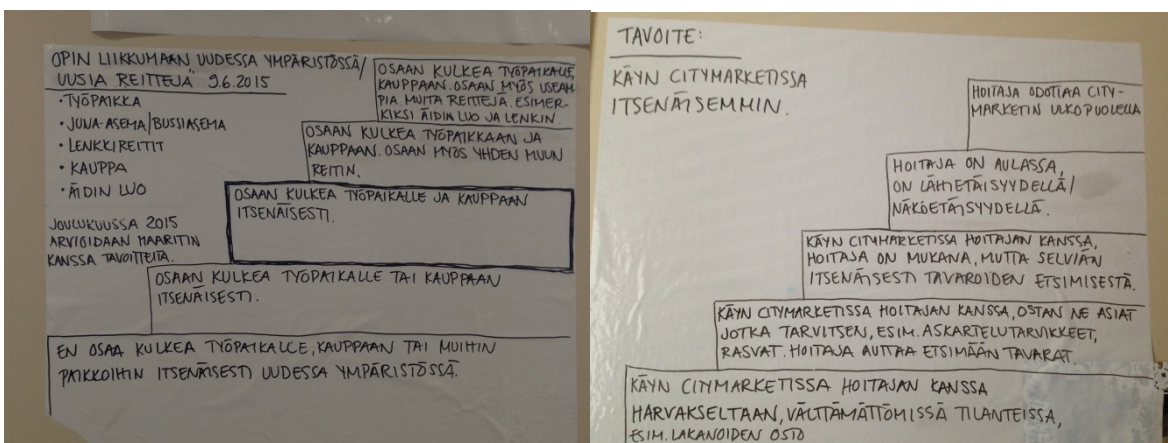


Kuva 4. Esimerkki kuntoutujan tavoitteen portaittaisesta muotoilusta.



Tavoitteen kirjaaminen näkyviin porrasmallin mukaisesti auttoi hahmottamaan tavoitteessa etenemistä vaiheittain (kuva 5).

Kuva 5. Esimerkki tavoitteen muotoilusta porrasmallin mukaisesti.



K: Kyllä se ihan kivalta tuntu tehdä noilla portaita, auttaa hahmottaa siinä asiassa että, mihin suuntaan mennään ja...

T: Et se ois ollu eri juttu, jos ois ollu pelkästään et, vaan määritely että, "opin ostamaan vaatteita itsenäisesti", eikä olis ollu noita portaita ollenkaan, niin... Mitä luulet mikä olo sulla nyt olis sen asian kanssa, jos ei olis näitä portaita, olis pelkästään vaan toi.

K: Joo, kyllä mä uskon, noi on tosi tärkeitä, noi portaot. Se on sillei, ettei kannata tehdä liian isoja harppauksia, porras kerrallaan ja sillei mennä. Kyl mä uskon, että tästä oli hyötyä, tosta portaikosta.

T: Se varmaan vähän konkretisoi sitä.

K: Juu.

T: Ja niin kuin sanoit, että vähän pilkkoo sitä asiaa, ettei tuu nii iso harppaus siinä sitten. Mites jos... Mitä haittaa siitä on jos, olis vaan pelkästään se yks iso harppaus määritely?



K: Se voi olla, et ajattelis, et tää pitää osata tehdä kuunnolla ja, jos sä et vielä siinä vaiheessa osaa nii hyvin tehdä. Kyllä se porrastus auttaa siinä paljonkin.

T: Aivan, ei tarte heti osata tehdä sitä kokonaan, että pääsee vaihe kerrallaan.” (ETEVA 11)

### 5.3.4 Omaisten mukanaolo tavoitteen asettamisessa

Omainen antoi tavoitekeskustelussa läsnäolollaan sekä emotionaalista että konkreettista apua ja rohkaisua, ja näin edesauttoi kuntoutujien täysivaltaista osallisuutta tavoitekeskustelussa. Oli tavoitekeskusteluja, joissa oli mukana kaksikin läheistä. Kaksi omaista oli saanut epäselvästi tietoa tavoitekeskustelun ajankohdasta, eikä näin ollen ollut mukana varsinaisessa tavoitekeskustelussa. Omaiset pitivät tärkeänä tavoitekeskusteluun osallistumista.

”O: Et ihan kyl sellanen hirmu positiivinen fiilis kokonaisuudessaan jäi koko jutusta.” (KS 6)

Omaiset tunsivat sekä kuntoutujan että toimintaympäristön, missä kuntoutuja elää, joten he auttoivat ja tukivat omilla tiedoillaan ja mielipiteillään kuntoutujaa nimeämään realistisia arkeen nivoutuvia tavoitteita yhdessä ammattilaisten kanssa.

”O: Että mihin tosta mennään?

K: Niin.

O: Eiks se olis aika luonteva seuraava ois se, et sen sauvan voi jo jättää?

K: Et se ei nimenomaan tuota varten, jos mä sit jotain muuta varten niin ne voi olla vaikka kainalossa.

O: Niin, mut että sä pääsisit ne portaat sillai.” (KS 6)

Omaisen rohkaisu ja tuki auttoivat kuntoutujaa mielipiteidensä ilmaisussa ja omainen toimi kuntoutujan tsemppaajana. Omaisella oli aktiivinen osallistava tai osallistuva rooli, hän muistutti sekä tarkensi asioita, joita kuntoutuja ei muistanut. Hän toi myös realistisesti esille asioita, joissa kuntoutujalla oli muutoksen tarvetta. Jossakin keskustelussa omainen toimi kuntoutujan sihteerinä, kirjoittaen tavoitekeskustelussa esille nousseita asioita ylös ja toi omia näkökulmia esille kuntoutujan tilanteesta ja toimintakyvyn ongelmista, myös sellaisia asioita, joista ammattilaiset eivät olleet lainkaan tietoisia.

”O: No, toisaalta tää -- tiedonsaaminen asioista, et sillä tavalla mä odotin sitä paljon. Koska mä en ollut tota toimintaterapeuttia tavannu, että tän fysioterapeutin mä oon tavannu aikaisemmin ja vaikei siitä nyt tietysti ehditty puhua. Sai kuitenkin jonkun häivähdyksen siitä muunkin, kun Sakarin kertomana, mitä siellä tehdään ja sitten tuota, ja sitten tosiaan tavallaan niin, kun Sakarin sihteerinä muistuttamassa.” (KS 4)

Omainen auttoi myös kuntoutujaa kuntouttamaan itseään, muun muassa oli osastolla terapioissa ja harjoituksissa mukana. Tavoitekeskustelussa omaiset esittivät suoria kysymyksiä asioista, jotka askarruttivat sekä kuntoutujaa että omaisia ja olivat mukana tavoitteiden ni-



meämisessä, indikaattoreiden valinnassa ja skaalauksessa. Omaisten emotionaalinen ja henkinen tuki oli kuntoutujan kuuntelemista ja keskustelua, ja kuntoutujat kokivat omaisen läsnäolon tilanteessa tärkeäksi.

”O: No, kyllä mä koen, että mä olin henkinen tuki.” (KS 6)

## 5.4 Asetetut tavoitteet ja niiden linkittyminen ICF-luokitukseen

Tavoitteiden sisällön kuvaamiseksi asetetut tavoitteet linkitettiin ICF-luokitukseen. Suurin osa tavoitteista (50/54 tavoitetta) linkittyi ICF-luokituksen Suoritukset ja osallistuminen osa-alueelle (taulukko 5). Keski-Suomen keskussairaalan vaativan kuntoutuksen kuntoutujille laadituista 20 tavoitteesta kuusi tavoitetta liittyi ICF-luokitukseen Suoritukset ja osallistuminen osa-alueella Kotielämä-pääluokkaan ja yhdeksän Liikkuminen-pääluokkaan. Etevan kehitysvammapsykiatrian yksiköiden kuntoutujille laadittiin yhteensä 34 tavoitetta, yhdestä kolmeen tavoitetta kullekin kuntoutujalle. Tavoitteista yhdeksän liittyi ICF-luokituksen Suoritukset ja osallistuminen osa-alueella pääluokkaan Kotielämä, kuusi tavoitetta pääluokkaan Keskeiset elämänaalueet ja kuusi tavoitetta pääluokkaan Yhteisöllinen ja sosiaalinen ja kansalaiselämä.

Tavoitteita muotoiltiin yksilöllisesti ja myös indikaattorit olivat yksilöllisiä esimerkiksi itsenäisyyden aste, toiminnan hallinta, avun tarve ja tekemisen vaikeusaste (taulukko 6).

**Taulukko 5.** Tavoitteet sillattuina ICF-luokitukseen.

ICF	KS	Eteva
<b>Ruumiin ja kehon toiminnot</b>		
<b>PL 1 Mielentoiminnot</b>		
b152 Tunne-elämän toiminnot		2
<b>PL 7 Tuki- ja liikuntaelämistöön liittyvät toiminnot</b>		
b730 Lihasvoiman ja tehon tuottamistoiminnot	2	
<b>Suoritukset ja osallistuminen</b>		
<b>PL 1 Oppiminen ja tiedon soveltaminen</b>		
d155 Taitojen hankkiminen		1
d175 Ongelman ratkaiseminen		1
d199 Oppiminen ja tiedon soveltaminen, määrittelemätön		1
<b>PL 2 Yleisluonteiset tehtävät ja vaateet</b>		
d230 Päivittäin toistuvien tehtävien ja toimien suorittaminen		2
d240 Stressin ja muiden psyykkisten vaateiden käsitteleminen	1	
d299 Yleisluonteiset tehtävät ja vaateet, määrittelemätön		3
<b>PL 4 Liikkuminen</b>		
d445 Käden ja käsivarren käyttäminen	1	
d455 Liikkuminen paikasta toiseen	3	
d469 Käveleminen ja liikkuminen, muu määritelty ja määrittelemätön	5	
d460 Liikkuminen erilaisissa paikoissa		1
d470 Kulkuneuvojen käyttäminen		1

ICF	KS	Eteva
<b>PL 5 Itsestä huolehtiminen</b>		
d540 Pukeutuminen	1	
<b>PL 6 Kotielämä</b>		
d620 Tavaroiden ja palveluiden hankkiminen	3	3
d630 Aterioiden valmistaminen	3	6
<b>PL 7 Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet</b>		
d720 Henkilöiden välinen monimuotoinen vuorovaikutus		1
<b>PL 8 Keskeiset elämänaalueet</b>		
d860 Taloudelliset perustoimet		4
d855 Vastikkeeton työ		2
<b>PL 9 Yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä</b>		
d920 Virkistäytyminen ja vapaa-aika	1	6
<b>Yhteensä Keskussairaalan ja Etevan kuntoutujilla 54 tavoitetta</b>	<b>20</b>	<b>34</b>

Taulukko 6. Esimerkkejä kuntoutujien GAS-tavoitteista.

	<b>Oikean käden toiminnan palautuminen (KS)</b>
-2	En käytä oikeaa kättä kirjoittaessa.
-1	Pystyn kynänpaksunnoksen kanssa kirjoittamaan allekirjoituksen.
0	Pystyn kynänpaksunnoksen kanssa kirjoittamaan allekirjoituksen ja kauppalistan.
+1	Pystyn kynänpaksunnoksen kanssa kirjoittamaan postikortin.
+2	Pystyn kirjoittamaan postikortin.
	<b>Liikkuminen portaissa (KS)</b>
-2	Nousen yhdelle portaalle avustettuna tukea ottaen.
-1	Liikun portaissa avustettuna ylös ja alas tasatahtia kaiteesta tukea ottaen.
0	Liikun itsenäisesti kotipihan portaat ylös ja alas tasatahtia kaiteesta tukea ottaen toisessa kädessä kävelysauva.
+1	Liikun itsenäisesti kotipihan portaat vuorotahtia kaiteesta tukea ottaen toisessa kädessä kävelysauva.
+2	Pystyn itsenäisesti liikkumaan portaissa muutamia askelmia ilman kaidetta ja kävelysauvaa mahdollisesti vuorotahtia.
	<b>Opin valmistamaan ruokaa itsenäisesti. (Eteva)</b>
-2	Hoitajan kanssa suunnittelen, asioin ja kokkaan yhtenä päivänä viikonloppuna.
-1	Suunnittelen ja asioin itsenäisesti. Hoitaja on vieressä kokatessa yhtenä päivänä viikonloppuna.
0	Valmistan itse päivällisen yhtenä päivänä viikonloppuna.
+1	Valmistan itse päivällisen viikonloppuisin molempina päivinä.
+2	Valmistan itse päivällisen viikonloppuisin molempina päivinä. Lisäksi valmista lounaan toisena päivänä.
	<b>Opin liikkumaan uudessa ympäristössä / uusia reittejä (Eteva)</b>
-2	En osaa kulkea työpaikalle, kauppaan tai muihin paikkoihin itsenäisesti uudessa ympäristössä.
-1	Osaan kulkea työpaikalle tai kauppaan itsenäisesti.
0	Osaan kulkea työpaikalle ja kauppaan itsenäisesti.
+1	Osaan kulkea työpaikalle ja kauppaan. Osaan myös yhden muun reitin.
+2	Osaan kulkea työpaikalle ja kauppaan. Osaan myös useampia muita reittejä esimerkiksi äidin luo ja lenkin.

## 5.5 Tavoitteen saavuttaminen ja siihen vaikuttavat tekijät

Tavoitteen saavuttamista arvioitiin puolen vuoden kuluttua tavoitteen asettamisesta. Keski-Suomen keskussairaalan vaativan kuntoutuksen jokaiselle kuntoutujalle laadittiin yksi tavoite. Kuusi kuntoutujaa oli saavuttanut +2-tavoitetason, kuusi kuntoutujaa saavutti +1-tason, 0-tason saavutti neljä kuntoutujaa, -1-tason saavutti kolme kuntoutujaa, ja -2-tasoon jäi yksi kuntoutuja. Näin arvioituna Keski-Suomen keskussairaalan kuntoutujat olivat saavuttaneet tavoitteensa keskimääräistä paremmin (T-lukuarvo 57, hajonta 12). Etevan kehitysvamma-psykiatrian kuntoutujille laadittiin yhteensä 34 tavoitetta, jolloin kolmella kuntoutujalla oli kolme tavoitetta, kahdeksalla kuntoutujalla kaksi tavoitetta ja yhdeksällä kuntoutujalla yksi tavoite. Tavoitteen saavuttamista arvioitiin 19 kuntoutujalla. Tavoitteen saavuttamisessa oli suurta yksilökohtaista vaihtelua: Kahdeksan kuntoutujaa eteni kaikissa tavoitteissaan tasolla (0-, +1- tai +2-tasolla) kun taas neljä kuntoutujaa ei edennyt lainkaan tavoitteissaan (-2-taso). Kolme kuntoutujaa eteni yhdessä tavoitteessaan, mutta toisessa tai kahdessa muussa tavoitteessaan ei edennyt. Ryhmätasolla Etevan kuntoutujien tavoitteen saavuttaminen jäi keskimääräistä heikommaksi (T-lukuarvo 45, hajonta 15).

Tavoitteen saavuttamiseen vaikuttavat tekijät liittyivät kuntoutujaan, kuntoutumisen tukimuotoihin ja ympäristöön. Ympäristössä lähi-ihmiset ja heidän antamansa tuki edistivät tavoitteen saavuttamista, kun taas estävät tekijät liittyivät yleisemmin asuin ympäristön ominaisuuksiin. (Taulukko 7.)

Tavoitteiden saavuttamista edistävät ja estävät tekijät muodostivat jokaisen kuntoutujan kohdalla ainutlaatuisen kokonaisuuden. Eri tekijät olivat myös dynaamisissa suhteissa toisiinsa. Esimerkiksi kuntoutuja saattoi kuvata, että vertaisten palaute sitoutti harjoittelemaan arjessa. Myös prosessin eri vaiheissa saattoivat korostua eri tekijät.

**Taulukko 7.** Tavoitteen saavuttamista edistävät ja estävät tekijät kuntoutujien, omaisten ja ammattilaisten kuvaamina.

Tavoitteen saavuttamista edistävät tekijät		
Kuntoutuja	Tukimuodot	Lähi-ihmiset
Motivaatio ja sitoutuminen	Kuntoutus: yksilöterapiat, laituskuntoutus, kotikäynnit, keskustelutuki	Omaisten ja läheisten tuki
Vastuunotto: itsehoito, oma harjoittelu	Tuettu harjoittelu arjessa	Vertaistuki
Omaksutut toimintatavat ja rutiinit	Apuvälineet	
Kunnon ja toimintakyvyn kohentuminen	GAS-tavoitteiden seuranta, palautteen saaminen ja kannustus	
	Tarkoituksenmukainen lääkitys	
Tavoitteen saavuttamista estävät tekijät		
Kuntoutuja	Tukimuodot	Asuin ympäristö
Fyysisen kunnon ja/tai toimintakyvyn heikkeneminen tai vaihtelu	Määriteltä tavoite oli epätarkoituksenmukainen	Fyysinen asuin ympäristö
Psyykkisen kunnon ja/ tai toimintakyvyn heikkeneminen tai vaihtelu	Tavoitteen saavuttamiseen vaadittava tuki epätarkoituksenmukainen	Sosiaalinen asuin ympäristö

### 5.5.1 Kuntoutuja itse ja hänen toimintansa

Kuntoutujaan liittyviä tavoitteen saavuttamista edistäviä tekijöitä olivat 1) motivoituminen ja sitoutuminen työskentelemään tavoitteen saavuttamiseksi 2) kuntoutujan vastuunotto kuntoutumisestaan ja 3) arjessa omaksutut toimintatavat ja rutiinit sekä 4) yleisesti kunnon ja toimintakyvyn kohentuminen. Mielekkyyttä lisäsi muun muassa se, että tavoite nivoutui kiinteästi pidemmän ajan laajempaan tavoitteeseen. Motivaatiota ja sitoutumista lisäsi edelleen se, että kuntoutuja eteni tavoitteessaan. Muutama kuntoutuja toi myös esille, että positiivinen mieli vei tavoitetta eteenpäin. Kuntoutujien vastuunotto oli aktiivista omaehtoista harjoittelua ja itsehoitoa. Etenkin vaativan kuntoutuksen osaston kuntoutujista moni korosti, että oma aktiivisuus oli avaintekijä kuntoutumisessa. Oma harjoittelu oli muun muassa liikkumista ja käden käytön kohentamista kuntosalilla- ja kävelyharjoittelulla sekä omien kotiharjoitteiden tekemisellä. Kehitysvammapsykiatrian yksiköiden kuntoutujilla itsehoito kohdentui enemmän tunteiden ja käyttäytymisen hallintaan, ja oli muun muassa musiikin kuuntelua, kirjoittamista ja lenkillä käyntiä.

”K: Kuntoilemalla, käymällä kuntosalilla ja sitten tekemällä tällä vasemmalla kädellä.” (KS 15)

”K: Siinä on silleen, että ku mä kirjotan päiväkirjaa, niin ne kaikki lauseet, mitä mä kirjotan on aika itsetuhoista, joko minulle tai toiselle asiakkaalle. Ja se on pelkkää vihanpitoa. Mutta noi toiset asiakkaat, ni mä en toisille asiakkaille näytä sitä. Mä pidän sen vaan itellä, sen vihon. Tarpeen tullen näytän hoitajille. Tai sit mä en näytä sitä kellekään.

T: Se on semmonen keino – – ymmärsinkö mä, et se on semmonen keino sulle saada pois ne sun mielestä?

K: Joo, kyllä. Koska viime vuonnahan tapahtu silleen ku me tavattiin, et mähän hirveesti sadattelin muille tappouhkauksia, viiltelin enemmän. Mut sit mä yhtäkkiä muistinki, et hetkinen, et mähän voin kirjottaa päiväkirjaa. Rupesin kirjottaa ja sitte sitä tekstiä synty ja kuvia synty. Ja sit se on jäänyt vähemmälle se huutaminen ja ki-roaminen.” (Eteva 14)

Arjessa omaksutut uudet toimintatavat ja totutut rutiinit veivät monen kuntoutujan tavoitteen saavuttamista eteenpäin ja moni koki ne jopa ensisijaisiksi edistäviksi tekijöiksi. Vaativan kuntoutuksen osaston kuntoutujille toimintatavat ja rutiinit olivat muun muassa osallistumista kaikenlaiseen kodinhoitoon liittyviin toimiin kuten ruoanlaittamiseen, lumitöihin ja saunan lämmitykseen tai aiempien toimintojen jatkamista. Kehitysvammapsykiatrian kuntoutujilla korostui tavoitteen nivominen osaksi viikko- ja päiväohjelmaa.

”K: Mut mää annoin siivoojalle hatkat. Mää sanoin, että ei tartte käyä enää, minä pysytyn aivan mainiosti jo siivoamaan ite.” (KS 2)

”K: ”No lumityöt on nyt kyllä loppu mutta, tossa sitte on ollu autoremonttia ja...” (KS 15)

Kuntoutumisen eteneminen ja tavoitteiden saavuttaminen olivat mahdollista useammalle vaativan kuntoutuksen kuntoutujalle kunnon ja toimintakyvyn kohentumisen myötä. Kohentuminen oli muun muassa voiman lisääntymistä ja näkökyvyn tai muistitoimintojen parantumista.

Kuntoutujaan liittyvänä tavoitteen saavuttamisen esteenä oli joko fyysisen tai psyykkisen kunnon ja/tai toimintakyvyn heikentyminen tai vaihtelu kuluneen puolen vuoden jakson aikana. Näistä vaativan kuntoutuksen osaston kuntoutujilla esteet olivat fyysiseen kuntoon ja toimintakykyyn liittyviä kuten kipua, ja erään kuntoutujan tavoitteen saavuttamista oli estänyt kaatuminen.

Kolmella neljästä niistä Etevan kehitysvammapsykiatrian kuntoutujasta, joilla tavoitteen saavuttaminen oli jäänyt selvästi odotettua matalammaksi (-2-taso), oli ensisijaisena tavoitteen saavuttamisen esteenä ollut psyykkisen kunnon selvä heikentyminen.

### 5.5.2 Tavoitteen saavuttamista tukevat ulkopuoliset tukimuodot

Tavoitteen saavuttamista edistivät erilaiset kuntoutujalle tarjotut ja annetut tukimuodot, joita olivat kuntoutustoimenpiteet, tuettu harjoittelu arjessa, apuvälineet, tavoitteissa etenemisen seuranta ja tarkoituksenmukainen lääkitys. Toisaalta puuttuvat tai epätarkoituksenmukaiset tukitoimet estivät tavoitteen saavuttamista.

Kuntoutustoimenpiteet sisälsivät vaativan kuntoutuksen osaston kuntoutujille yksilöllisiä terapioida, laituskuntoutusta ja ammattilaisten kotikäyntejä. Vaativan kuntoutuksen osastolta kotiuduttuaan kuntoutujien saamat jatkoterapiat olivat hyvin monenlaisia, mutta tavallisimmin kuntoutajat saivat fysioterapiaa (16/20) tai toimintaterapiaa (8/20) ja neuropsykologista kuntoutusta (3/20). Oli myös kuntoutujia, joilla oli useampia terapioida menossa yhtä aikaa. Näitä olivat muuan muassa fysioterapia ja toimintaterapia (7/20) tai neuropsykologinen kuntoutus, toimintaterapia ja fysioterapia (3/20).

Kuntoutajat pitivät tärkeänä sitä, että he olivat saaneet mahdollisuuden vaikuttaa terapian sisältöön omien tarpeiden ja toiveidensa sekä kykyjensä mukaan, ja se auttoi kuntoutujia motivoitumaan ja ottamaan vastuuta kuntoutumisestaan. Kuntoutujien haastatteluissa tuli esille se, etteivät kuntoutujan omat GAS-tavoitteet aina siirtyneet jatkoterapiaa toteuttaville fysioterapeuteille, mutta se ei ollut tavoitteiden saavuttamisen esteenä.

”tt: Jos miettii niitä asioita mitkä on tukenu tätä Satun kuntoutumista niin kyllähän ne on se motivaatio, ja sitte just, että ne tavoitteet on lähteny hänestä itestään ja siten tää älyttömän hyvä tukiverkosto. Et ollaan pietty yhteyttä ja on tullu sitä viestinvaihtoo ihan säännölleen, niin se on kyllä varmasti tukenu tässä. Et ehkä eniten Satun, jos miettii ne, että mitkä siellä haittaa sitten, niin ne on niitä valmiustason juttuja, elikkä ne hahmottamisen häiriöt ja ne näkökenttäpuutokset. Sitten tietysti toki ehkä jollakin tasolla se mieliala, että se pikkusen siellä aaltoilee niin se tietenkin jonkinlaisen vaikutuksensa tuo.” (KS 3)

Kolme kuntoutujaa oli ollut laitostuntoutuksessa ja he kokivat, että laitostuntoutuksen terapiat ja harjoittelu olivat GAS-tavoitetta tukevia. Muuan kuntoutuja oli laitostuntoutusjaksolla kävelykuntoutuksessa ja hänen tavoitteensa oli itsenäinen kävely. Vastaavasti yhdellä kuntoutujalla oli pakotetun käden käytön kuntoutusta, kun tavoite oli oikean käden toiminnan palautuminen kirjoittamiseen vaadittavalle tasolle.

Suurin osa Etevan kehitysvammapsykiatrian kuntoutujista asui tavoitteiden saavuttamisen arvioinnin aikaan edelleen kehitysvammapsykiatrian yksiköissä. Heillä tavoitteensaavuttamista tukivat kehitysvammapsykiatrian yhteisölliset kuntoutusmuodot, joista kuntoutujat mainitsivat erityisesti keskustelutuen auttaneen arjessa toteutuneen tuetun harjoittelun lisäksi. Neljällä muuhun asuinympäristöön muuttaneella ei ollut erityisiä kuntoutustoimenpiteitä, yhdellä oli keskustelutukea ja toimintaterapiaa.

Monet, etenkin Etevan kuntoutujat toivat esille tuetun harjoittelun arjessa tärkeäksi tavoitteessa etenemistä edistävänä asiana. Myös yhden vaativan kuntoutuksen osaston kuntoutujan tuettu harjoittelu toteutui henkilökohtaisen avustajan kanssa.

”K: No, henkilökohtainen avustaja osittain tekee. Kyllä mää siinä, teen salaattia ja tällai, ku Kaisa tekee muuta ja, sillai. Vei matot lat-, Kaisa vie matot, että.” (KS 18)

Kehitysvammapsykiatrian kuntoutujien tuettu harjoittelu sisälsi tavoitteesta muistuttelua, kannustamista ja palautteen antamista, yhdessä harjoittelun suunnittelua, portaittaisesti tuen ja avun antamista sekä konkreettista ohjaamista. Onnistunut tuki harjoittelussa oli yksilölliset tarpeet huomioivaa ja oikea-aikaista.

”T: Mut se [tavoitteessa eteneminen] ei aluks menny, niinkö?

K: Se oli.

T: Tai sitä ei kokeiltu vielä aluks.

K: Siihen mä sain aluks hoitajan muistutuksen.

T: Ja sit se vaan lähti sujumaan siitä.

K: Sit mä aattelin, että nyt mä teen tän yksin, et mä en haluu muistutusta. Ja sitte ku ne muistuttaa mua, ni sit mä oon silleen, et mä oon tehny jo.” (Eteva 13)

”A1: Saanks mä kysyy täs välis, aika moneen kertaan Petri sun kans juteltiin tästä ja muistaakseni keskustellu just sitä oma-alotteisuutta. Sitä haluisin kysyy tässä vaiheessa, et harmittiks sua koskaan ku mä aina palasin näihin asioihin ja vastuutin sua? Tuntuks susta raskaalta koskaan se? Et eihän me nyt niin hirvittävän usein, niin ku siis ei me monta kertaa viikossa näistä puhuttu, tuntuks sust koskaan raskaalta ja turhalta ja siltä, et sä oisit halunnu jättää sen homman?

K: Kyl siin ehkä alkuun vähän tuntu, mutta sit ku sai sen vähän, niin kannusti, ni sitä myöten.

A1: Kyllä, et ku se on ihan niin ku säkin sanoit, et ku se on vähän mones asiassakin semmonen. Ois mielenkiintosta just tietää, et mikä siin on siin hommassa se, että niin ku monel muullakin, et mikä se on se juttu, mikä siinä alussa on vaikeeta. Onks se jotain, ku se on uutta, niin on vaan vaikee lähtee sit, vai onks se jollain lailla jännit-

tävää, vai onks se vaan ilman mitään tunteita vaan vaikee päästä siihen asiaan kiinni ja ryhtyy siihen. Osaaks sä ite ajatella, että tuntuks se vaikeelta vai tuntuks se ras-kaalta tai onks se vaan niin, että kolmas vaihtoehto, et vaan ei tuu alottaneeks?

K: Se on ehkä se kolmas, et ei vaan tuu tavallaan alotettua.” (Eteva 11)

Vaativan kuntoutuksen osaston useammalla kuntoutujalla apuvälineet ja niiden käyttö mahdollistivat kuntoutujalle turvallisen harjoittelun ja liikkumisen kotona sisätiloissa ja portaissa. Käytössä oli muun muassa rollaattori, kaiteet, pyörätuoli ja vuoteesta ylösnousutuki.

”K: Ei oo enää sit kun Hellavahti saatiin, niin mä aattelin, että kyllä mä nyt varmaan niin paljon sitä ruokaa pystyn, kun mä uskallan noita levyjä kääntää niin tehä. Sitten se teki paljon kanssa, kun me harjoteltiin toimintaterapiassa ja eikös me harjoteltu voimavarahoitajanki kanssa?” (KS 3)

Tavoitteessa etenemisen seuranta oli kuntoutujakohtaista. Läheskään kaikki kuntoutujat eivät olleet systemaattisesti seuranneet jonkin toisen henkilön kanssa tavoitteessa etenemistä, eivätkä he myöskään olleet tehneet sitä omatoimisesti. Ne kuntoutujat, jotka olivat seuranneet yhdessä joko omaisen tai ammattilaisten kanssa tavoitteessa etenemistä, olivat tyytyväisiä siitä, että saivat näin palautetta ja se kannusti eteenpäin. Etenemisen seurannan yhteydessä oli myös mietitty, mikä edelleen tukisi tavoitteessa etenemistä.

”K: Yhes vaihees me käytiin paljon [läpi tavoitteessa etenemistä], nyt me, pari kuu-kautta ei olla.

A1: Ei oo tarvinnu.

K: Tarvinnu ku...

A1: Ni yhes vaihees meil oli kahen viikon välein sovittiin aina arviointi ja...

K: Sitte aina-

A1: Höylättiin ja viilattiin päiväohjelmaa ja, näitä mietittiin tosi tarkkaan ja arvioitiin. Meiän ei oo tarvinnu arvioida sitä, kun, se on onnistunu. Se on ollu ihan nyt osaks sun päiväohjelmaa, ja se on ihan, alkaa vaikuttaa, et se on ihan itsestään selvä asia, et se onnistuu, se menee hienosti.” (Eteva 6)

Muutama kuntoutuja nosti lääkityksen tavoitteen saavuttamista edistäväksi tekijäksi. Esimerkiksi ilman sopivaa epilepsialääkitystä ei olisi ollut mahdollista edetä tavoiteltavassa asiassa.

Epätarkoituksenmukaiset tai riittämättömät tukitoimet estivät muutamalla kuntoutujalla tavoitteen saavuttamista. Kaksi vaativan kuntoutuksen osaston kuntoutujaa koki, että heitä ei oltu kuultu tai ymmärretty ja tämän vuoksi he eivät olleet tyytyväisiä saamaansa tukeen kuntouttajilta. Kolmen kehitysvammapsykiatrian yksikön kuntoutujan kohdalla ammattilaiset eivät olleet osanneet tukea kuntoutujaa tavoitteen asettamisvaiheessa tarkoituksenmukaisesti, mikä näyttäytyi niin, että asetettu tavoite ei ollut realistinen. Näiden kuntoutujien saama tuki tavoitteessa etenemisessä oli myös epätarkoituksenmukaista, sopivia tuen muotoja ei ollut löydetty tai tuki oli riittämätöntä tai tavoitteen mukaisesta työskentelystä ei ollut muistutettu tai siinä kannustettu. Tieto kahden kehitysvammapsykiatrian tavoitteesta ei ollut myöskään

siirtynyt uuteen asuinympäristöön, ja koska kuntoutuja ei ollut itse osannut ilmaista tavoitettaan, hän ei ollut saanut siinä etenemiseen tarvittavaa tukea.

### 5.5.3 Lähi-ihmiset ja asuinympäristö

Lähi-ihmiset, niin omaiset kuin myös vertaiset, olivat tärkeitä tavoitteen saavuttamisen tukijoita. Omaisten ja perheen tuki oli kannustusta, ja myös konkreettista apua. Kolme kehitysvammapsykiatrian kuntoutujaa koki myös muilta kuntoutujilta saamansa palautteen ja tuen tavoitteen saavuttamista eteenpäin vievänä asiana.

K: Ne [toiset kuntoutujat] on antanu sitä sellasta, ku meil on yhteiskokoukset, palautetta mulle, miten mä oon toiminut. Sit oon saanu sitä palautetta. Sit mä oon vähän yrittäny, vähän hillitä mua, itte sillee.

T: Onks se niin, että se on eri juttu, kun ne muut asiakkaat antaa palautetta, kun että vaan hoitajat antais?

K: Hoitajat antaa kyl enemmän, ku asiakkaat.

T: Mut onks se eri tuntusta kun asiakkaat antaa?

K: Se mukavaa kyllä, tulee niilt asiakkailtaki. Se oli enemmän noilta hoitajilta.

T: Siis että kummaltakin, kummaltako olikaan mukavampi kuulla?

K: Molemmilta. (Eteva 6)

Asuinympäristöön liittyvät sosiaaliset tekijät kuten asuinpaikan rauhattomuus, koettiin esteeksi tavoitteessaan etenemiselle kolmessa tapauksessa Etevan kehitysvammapsykiatrian yksikössä. Yhdellä Keski-Suomen keskussairaalan vaativan kuntoutuksen kuntoutujalla esteeksi nousi fyysinen asuinympäristö, joka oli maastoltaan mäkinen ja jossa oli paljon portaita.

## 5.6 GAS-menetelmän toimivuus ammattilaisten arvioimana

Alkukyselyyn vastasi yhteensä 56 ammattilaista (KS: 30 ammattilaista ja Eteva: 26 ammattilaista) ja loppukyselyyn 34 ammattilaista (KS: 14 ammattilaista ja Eteva: 20 ammattilaista) (taulukko 8).

**Taulukko 8.** Vastaajien ammattitausta alkua- ja loppukyselyssä Keski-Suomen keskussairaalaissa ja Etevassa.

Ammattitausta	KS		Eteva	
	Alku n = 30	Loppu n = 14	Alku n = 26	Loppu n = 20
Sairaanhoidaja	16	6	6	4
Fysioterapeutti	9	6	2	0
Toimintaterapeutti	4	1	3	4
Lähihoitaja	0	0	4	5
Sosionomi	0	0	2	2
Muut (psykologi, lääkäri, AAC-työntekijä, musiikkiterapeutti, kuntohoitaja, kehitysvammanohjaaja ym.)	1	1	9	5

KS = Keski-Suomen keskussairaala.

Eteva = Etevan kehitysvammapsykiatriset yksiköt.



Sekä hankkeen alku- että lopputilanteessa ammattilaisilta kysyttiin, miten tuttu GAS-menetelmä on. Hankkeen alussa suurin osa ammattilaisista ei ollut käyttänyt GAS-menetelmää lainkaan tai edes tuntenut menetelmää. Hankkeen lopussa suurin osa ammattilaisista oli käyttänyt GAS-menetelmää 1–5 kuntoutujan kanssa.

Kuntoutujan osallistamista tavoitteen asettamiseen osastolla tai yksikössä kysyttiin ammattilaisilta asteikolla 0 = ”ei lainkaan käyttänyt” ja 10 = ”erittäin paljon”. Sekä Keski-Suomen keskussairaalassa, että Etevassa arviot osallistamisesta kohosivat alkutilanteesta lopputilanteeseen (KS: alkutilanne 5,6 ja lopputilanne 6,2 sekä Eteva: alkutilanne 5,5 ja lopputilanne 6,1). Sekä alku- että lopputilanteessa ammattilaiset kokivat kuntoutujan osallistamisen erittäin tärkeäksi.

Molempien yksiköiden ammattilaisten oma GAS-menetelmän osaaminen oli selvästi parantunut tutkimushankkeen aikana arvioituna asteikolla 0 = ”en osaa sanoa”, 10 = ”osaan erittäin hyvin” (KS: alkutilanne 1,5 ja lopputilanne 6,2 ja Eteva: alkutilanne 2,0 ja lopputilanne 6,4). Ammattilaiset mielisivät SMART-periaatteet tärkeiksi. Kuitenkin SMART-periaatteista tavoitteen mitattavuus ja mahdollisuus aikatauluttaa arvioitiin jonkin verran alemmalle tasolle kuin spesifisyys, realismi ja saavutettavuus. Lopussa ammattilaiset arvioivat GAS-menetelmän soveltuvan oman osaston tai yksikön kuntoutujille hieman paremmin kuin hankkeen alussa (asteikolla 0 = ”ei lainkaan” ja 10 = ”erittäin soveltuva”), (KS: alkutilanne 6,5 ja lopputilanne 7,7 ja Eteva: alkutilanne 6,3 ja lopputilanne 7,7).

Hankkeen lopussa ammattilaiset kokivat myös osaavansa paremmin osallistaa ja tukea kuntoutujaa tavoitteen asettamisessa kuin alkutilanteessa arvioituna asteikolla 0 = ”ei lainkaan”, 10 = ”erittäin paljon”). (KS: alkukysely 6,7 ja loppukysely 7,6, Eteva: alkukysely 7,1 ja loppukysely 8,1).

Loppukyselyssä ammattilaiset toivat esille, että GAS-menetelmän toimivuus riippui kuntoutujaan, ammattilaisiin ja organisaatioon liittyviä tekijöistä (taulukko 9).

**Taulukko 9.** GAS-menetelmän toimivuuteen liittyviä tekijöitä ammattilaisten arvioimana.

<b>Kuntoutuja</b>
Kuntoutujan ominaisuudet
Kuntoutujan motivoituminen ja sitoutuneisuus
Tavoitteiden nivoutuminen kuntoutujan arkeen
<b>Ammattilaiset</b>
Ammattilasten asenteet
GAS-menetelmän hallinta/osaaminen
Ammattilaisten motivoituminen ja sitoutuneisuus kuntoutujan osallistamiseen
Kyky ja halu työskennellä moniammatillisesti
<b>Organisaatio</b>
Sovitut toimintakäytännöt GAS-tavoitteen asettamiseen
Sovitut kirjaamiskäytännöt
Sitoutuminen moniammatilliseen työtapaan
GAS-koulutus
Tavoitteiden arviointikäytännöt
Sitoutuminen kuntoutujaa osallistavaan ideologiaan ja työtapaan

Kuntoutujaan liittyviä tekijöitä ammattilaisten arvioimina olivat kuntoutujan ominaisuudet, kuntoutujan motivoituminen ja sitoutuneisuus sekä tavoitteiden nivoutuminen kuntoutujan arkeen. Ammatillaiset näkivät, että kuntoutujan ominaisuudet vaikuttavat siihen, miten hänen kanssaan työskennellään etukäteen ennen varsinaista tavoitekeskustelua ja tavoitteita asetettaessa. Ammatillaiset korostivat, että tavoitteen asettamisessa kuntoutujien tulee saada osallistua omien kykyjensä mukaan ja ammattilaisten on huomioitava kuntoutujan mahdolliset hahmottamiskyvyn ongelmat, autistiset piirteet, kognitiiviset häiriöt, oiretiedostamattomuus ja/tai huono vointi ja tukea kuntoutujaa päätöksenteossa. Asiakasta tai kuntoutujaa tuetaan löytämään itselleen realistisia tavoitteita ja viemään niitä eteenpäin. Arkeen sisällytetyt tavoitteet auttoivat kuntoutujaa motivoitumaan ja ottamaan vastuuta kuntoutumisestaan. Omat tavoitteet pilkottiin pienempiin kokonaisuuksiin, liitettiin arjen toimintoihin sekä huomioitiin arjessa ja kuntoutuksessa.

”Joskus neurologisten potilaiden oiretiedostamattomuus tuo isoja haasteita tavoitteiden asetteluun. Potilas voi olla hyvin epärealistinen. Ehkä pienien osatavoitteiden saavuttaminen auttaa realisoimaan tilannetta.” (Ammattilainen KS)

”Asiakas on motivoituneempi omiin tavoitteisiinsa huomattavasti paremmin, kun tavoitteet ovat häneltä itseltään ja realistiset. Asiakkaita on tuettu paljon saavuttamaan omia tavoitteitaan kuntoutuksen suhteen.” (Ammattilainen Eteva)

”Asiakkaiden omat tavoitteet ovat erittäin tärkeitä heille itselleen ja he ylpeinä niitä esittelevät.” (Ammattilainen Eteva)

Ammattilaisiin liittyviksi tekijöiksi luokiteltiin asioita, joihin ammatillaiset voivat itse vaikuttaa. Niitä olivat asenteet, GAS-menetelmän hallinta, ammattilaisten motivoituminen ja sitoutuneisuus sekä kyky ja halu työskennellä moniammatillisesti. Ammattilaisten mielestä on asennoiduttava aktivoimaan kuntoutujia omien tavoitteiden laatimiseen ja vastuun ottamiseen. He kokivat, että asenteisiin vaikuttaa mahdollisuus perehtyä GAS-menetelmään. GAS-menetelmän hallinta ja osaaminen edellyttävät harjoittelua ja opettelua, jotta käytännössä tavoitteiden asettamisen yleistymisen on mahdollista. Menetelmän säännöllinen kertaus mahdollistaa paremmin GAS-menetelmän käyttöön ottamista. Ammatillaiset toivat esille, että motivoituneisuus ja sitoutuminen GAS-menetelmän käyttämiseen lisääntyvät, kun koko henkilökunta on aktiivisesti mukana.

”Tämä projekti herätti ajattelemaan hieman erilaisesta näkökulmasta, jos vertaa omaa ajatusmaailmaa ennen ja jälkeen projektin. Myös ajatellen asiakkaidemme haasteita ja kykyä vastata vaatimuksiin, joita tämä projekti toi tullessaan, osoitti, että he kykenevät työskentelyyn ja tavoitteiden asettamiseen sekä niiden tavoitteluun paremmin kuin uskoimmekaan.” (Ammattilainen Eteva)

”Jokainen aktivoituisi ja tsemppaisi kuntoutujaa löytämään omat tavoitteet. Meidän ammattilaisten tulisi nähdä tavoitteen asettaminen tärkeäksi potilaan kuntoutumisen kannalta, sitoutua jokainen omalta osaltamme viemään asiaa eteenpäin ja ottamaan vastuuta tavoitekeskusteluista.” (Ammattilainen KS)

Organisaatioon liittyviksi tekijöiksi luokiteltiin sellaiset asiat, joissa organisaatio on avainasemassa tarjoten puitteet ja mahdollistaen toiminnan. Niitä olivat sovitut toimintakäytännöt GAS-tavoitteen asettamisessa ja kirjaamisessa, sitoutuminen moniammatilliseen työtapaan, koulutus ja sitoutuminen kuntoutujaa osallistavaan työskentelytapaan. Ammatillaiset nostivat esille yhtenäisen kirjaamisen merkityksen. Heidän mielestään tulee sopia, mihin tavoitteet kirjataan niin, että ne ovat helposti löydettävissä. Ammatillaiset toivat esille, että tavoitteiden laatiminen moniammatillisesti kuntoutujan kanssa on tärkeää ja kaikkien tulisi sitoutua toimimaan tavoitteiden saavuttamiseksi kuntoutujaa osallistaen. Kuntoutujan tavoitteiden arviointi tulisi olla säännöllinen käytäntö.

”Potilaille pidetään bed-side palavereja, joissa yhdessä potilaan ja työryhmän kanssa asetetaan tavoitteita potilaan kuntoutumiselle.” (Ammattilainen KS)

”Henkilökunnan kouluttaminen läpi koko hoitoketjun olisi tärkeää”. (Ammattilainen KS)

”Uudet toimintatavat tulee huomioida toiminnan rakenteissa, kuten palavereissa, päivittäiskirjaamisessa, loppulausunnoissa, jne.” (Ammattilainen Eteva)

”Lähtisin miettimään kaikkien yksikköön tulevien asiakkaiden kanssa heidän omia tavoitteitaan kuntoutumiselle. Usein asiakkaalla saattaa olla hyvinkin erilainen tavoite ja ajatus jaksolle tulosta kuin lähettävällä taholla.” (Ammattilainen Eteva)

## 6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä tutkimuksessa selvitettiin kuntoutujan osallisuutta ja sitä edistäviä tekijöitä kuntoutumisen tavoitteiden asettamisessa, tavoitteiden saavuttamista ja siihen vaikuttavia tekijöitä sekä vertailtiin kahden kuntoutujaryhmän yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia tavoitetyöskentelyssä. Lisäksi kuvailtiin GAS-menetelmän toimivuutta ammattilaisten näkemyksiin perustuen. Tutkimukseen osallistui 20 Keski-Suomen keskussairaalan vaativan kuntoutuksen osaston kuntoutujaa ja 20 Etevan kehitysvammapsykiatrian yksiköiden kuntoutujaa. Vaikka Keski-Suomen keskussairaalan vaativan kuntoutuksen osasto ja eri Etevan kehitysvammapsykiatrian yksiköt erosivat niin toimintakulttuureiltaan kuin myös kuntoutujaryhmiltään, tutkimuksessa tunnistettiin kuitenkin eroavaisuuksien ohella yhtäläisyyksiä niin kuntoutujan osallistumisessa kuin myös tavoitteen saavuttamiseen vaikuttavissa tekijöissä.

### 6.1 Kuntoutujan osallisuus ja siihen vaikuttavat tekijät tavoitekeskusteluissa

Tavoitteen asettaminen toteutettiin käyttäen GAS-menetelmää, mikä loi puitteet käydyille tavoitekeskusteluille. Kaikissa tutkimuksessa seuratuissa tavoitekeskusteluissa oli läsnä kuntoutujan arvostus ja kunnioitus, minkä on todettu olevan yksi tärkeimpiä kuntoutujan osallistumisen tekijöitä (Hammel ym. 2008). Tutkimuksen tulokset tuovat esille sen, että kuntoutu-

jien osallistuminen tavoitteen asettamiseen vaihteli täysivaltaisesta osallistumisesta osittaiseen osallistumiseen. Vaihtelua oli nähtävissä paitsi kuntoutujakohtaisesti myös saman kuntoutujan tavoitekeskustelun aikana.

Tavoitekeskusteluissa täysivaltaista osallistumista tuki kuntoutujan ja ammattilaisten avoin, tasavertainen vuorovaikutus ja kumppanuus, jossa huomioitiin kuntoutujan yksilölliset tarpeet ja toiveet. Näiden tekijöiden on katsottu olevan keskeisiä tekijöitä asiakaslähtöisessä työskentelyssä (Cott 2004). Tavoitekeskusteluissa, joissa kuntoutuja oli aktiivinen vastuun ja vallan käyttäjä, oli paljolti kirjallisuudessa kuvatun jaetun päätöksenteon piirteitä (Playford ym. 2009). Ammattilaiset pyrkivät ymmärtämään, miten kuntoutuja ymmärtää oman tilanteensa ja millaisia mielenkiinnon kohteita ja kuntoutumistarpeita hänellä on ja kuinka hän ne priorisoi. Vastavuoroisesti ammattilaiset toivat oman tietämyksensä yhteiseen pohdintaan, yhteisen ymmärryksen aikaansaamiseksi. Kun kuntoutuja osallistui tuettuna täysivaltaisesti tavoitteen asettamiseen, korostuivat tuetun päätöksenteon työtavat eli muun muassa eri valintojen punnitseminen yhdessä sekä valintojen tekemiseen kannustaminen ja rohkaisu (Tuettu päätöksenteko 2015). Tulokset tuovatkin esille sen, että ammattilaisten on muokattava omaa rooliaan ja omia työtapojaan sen mukaan, mitkä ovat kuntoutujan tarpeet.

Täysivaltaisessa osallistumisessa, oli kuntoutujan rooli sitten joko aktiivinen vastuun ja vallan käyttäjä tai tuettuna osallistuja, oli nähtävissä Shierin osallisuuden mallissa (Shier 2001) kuvattujen eri portaiden mukaista kuntoutujan osallistumista: kuntoutujan kuuntelemista, kuntoutujan mielipiteiden ilmaisun tukemista, kuntoutujan näkemysten huomioon ottamista, kuntoutujan mukana olemista päätöksenteossa ja kuntoutujan kanssa vallan ja vastuun jakamista, kuntoutujan kuulemista, mielipiteiden esille tuomisen tukemista, mielipiteiden huomioon ottamista. Tavoitteen asettamistilanteissa, joissa kuntoutujan osallistuminen ja osallistaminen jäivät osittaiseksi, ilmeni osittainen osallisuus kaikilla portaittaisen mallin tasoilla. Shierin porrasmalli auttaa käytännön työssä pohtimaan kuntoutujan osallistamista. Tulokset osoittavat kuitenkin myös sen, että jos kuntoutujan osallisuus näyttäytyy ylemmällä portaalla olevana toimintana esimerkiksi päätösten tekemisessä mukana olemisena, se ei suoraan takaa sitä, että mallin alemmille portaille sijoittuvat teemat kuten kuntoutujan kuuleminen ja mielipiteiden huomioiminen olisi toteutunut riittäväällä tavalla.

Tulokset toivat esille, että kuntoutujan ja ammattilaisten yhteistyö tavoitekeskusteluissa oli helponoloista etenkin silloin, kun kuntoutujan esittämä tavoite näyttäytyi ammattilaisille välittömästi realistisena ja kuntoutustoimenpitein saavutettavissa olevana. Sen sijaan tavoitekeskustelut, joissa kuntoutujalla ja ammattilaisella oli erilainen näkemys tavoitteesta ja sen realistisuudesta, vaativat ammattilaisten ja kuntoutujan välistä neuvottelua. Vastaavanlaisia kompromissineuvotteluja on kuvattu useammassakin tutkimuksessa (Wiles ym. 2002; Lloyd ym. 2014). Laadullisessa tutkimuksessa aivohalvauskuntoutujilla ja fysioterapeuteilla oli hyvin erilaiset näkemykset kuntoutumisesta aivohalvauksen jälkeen, ja fysioterapeutit olivat haluttomia ennustamaan kuntoutumisten tulosta tai he kokivat vaikeaksi antaa realistista tietoa toipumisesta kuntoutujille (Wiles ym. 2002). On myös osoitettu, että kuntoutujan ja ammattilaisten tavoitteen realistisuuteen liittyvien erilaisten näkemysten yhteen sovittaminen on oleellinen tekijä kuntoutujan motivoitumiseen ja sitoutumiseen omaan kuntoutumisprosessiinsa (Cott 2004).

Tutkimuksen tuloksena tunnistetut kuntoutujan osallisuutta edistävät tekijät tavoitekeskusteluissa liittyivät niin tavoitteenasettamisprosessin hallintaan, kuntoutujan valmiuteen asettaa tavoitteita kuin myös ammattilaisten käyttämiin tarkoituksenmukaisiin työtapoihin. Lisäksi keskusteluihin osallistuneilla omaisilla oli merkittävä kuntoutujan osallistumista edistävä rooli. Näiden osallistumista edistävien tekijöiden tunnistaminen on tärkeää, jotta myös tutkimuksissa esille tuodut kuntoutujan arvojen ja itsemääräämisoikeiden kunnioittaminen (Cott 2004) voivat toteutua jokaisen kuntoutujan yksilöllisiä tavoitteita asetettaessa. Kuntoutujan osallisuutta tavoitteen asettamiseen edesauttoi ammattilaisten yksilölähtöinen työskentelytapa, jossa korostuu kuntoutujien itsemääräämisoikeus omiin asioihin (Järvikoski ja Härkäpää 2011, 189). Kuntoutujat päättivät ammattilaisilta saatua tietoa ja näkemyksiä hyväksikäyttäen muuan muassa siitä, järjestetäänkö heille jatkoteriaapiaa vai ei.

Ammattilaiset käyttivät monenlaisia työtapoja osallistaessaan kuntoutujaa ja näiden työtapojen tarkoituksenmukainen käyttö oli sidoksissa siihen, miten hyvin ammattilainen tunsi kuntoutujan ja osasi myös tilanteen mukaan herkästi muuttaa omaa toimintaansa. Kaikissa tutkimuksessa seuratuissa tavoitekeskustelussa kuntoutujan osallistumista edistäviä tekijöitä olivat muun muassa yhteinen dialogi ja yhteisymmärryksessä tavoitteen asettaminen sekä kuntoutujan yhtäläiset mahdollisuudet osallistua tavoitteen asettamiseen. Kuntoutuja koki tavoitekeskusteluissa tärkeäksi tasavertaisen dialogin, jossa sai tuoda esille omia näkemyksiä, mielipiteitä ja kokemuksia ja niistä rakentui uusi yhteisen ymmärrys. Ammattilaisten käyttäessä tavoitekeskustelussa tarkoituksenmukaisia keinoja tavoitteen asettamisessa kuntoutuja oli aktiivinen toimija ja hän koki osallistumisensa tärkeänä, omakohtaisena ja voimaannuttavana kokemuksena. Samalla tavoin myös Veijola ym. (2015) nostavat keskeisiksi kuntoutujan osallisuutta mahdollistaviksi asioiksi dialogisen suhteen rakentamisen kuntoutujan ja ammattilaisten välille, sekä voimavaralähtöisten työmenetelmien ja erityisesti motivoivan haastattelun käyttämisen. Motivoivassa haastattelussa käytettävät vuorovaikutuskeinot eli avointen kysymysten esittäminen, refleктоiva kuuntelu, vahvistaminen ja kannustaminen, yhteenvedot sekä tiedon antaminen ja ohjaus (Veijola ym. 2015) olivat käytössä kuntoutujaa osallistavissa tavoitekeskusteluissa, vaikka ammattilaisia ei ennen tutkimusta ohjattu käyttämään motivoivaa haastattelua. Parhaimmillaan ammattilaisten käyttämät keinot vahvistivat kuntoutujan muutosmotivaatiota ja aktivoivat kuntoutujaa yhteistyöhön ja kumppanuuteen ammattilaisten kanssa.

Tulokset osoittavat, että kun kuntoutujalla on kognitiivisia haasteita, esimerkiksi kehitysvamma tai oiretiedostamattomuutta, vaatii se ammattilaisilta erityistä huomiota osallistumista edistettäessä. Kognitiiviset haasteet ja oiretiedostamattomuus näkyivät muun muassa niin, että kuntoutujilla ja ammattilaisilla saattoi olla eri näkemys kuntoutujan tilanteesta ja realistisista tavoitteista ja osa kuntoutujista tarvitsi runsaastikin ammattilaisten ohjausta, johdatte-  
lua ja tukea valintojen ja päätösten tekemiseen. Tulokset osoittavat myös sen, että kuntoutujan osallistuminen on mahdollista haasteista huolimatta, mikäli ammattilaiset ovat valmiita niin asenteiltaan kuin myös taidoiltaan tukemaan tarkoituksenmukaisella tavalla kuntoutujaa, jotta hänen äänensä tulee kuulluksi ja huomioiduksi valintoja ja päätöksiä tehtäessä. Nämä tulokset ovat samansuuntaiset kuin tutkimuksessa, jossa kehitysvammaisen henkilön osallisuuden todettiin riippuvan suuresti siitä, miten hän saa tietoa ymmärrettävällä tavalla ja miten ammattilaiset antavat mahdollisuuden kehitysvammaisen henkilön reflektoida tietoa. Kes-

keistä on oikeanlainen tuki päätösten tekemisessä ja se, että ammattilainen osaa tarvittaessa käyttää vaihtoehtoisia kommunikaatiotapoja. (Lindqvist 2014, 9–10). Tavoitteen asettamistilanteessa tarvittavan tuen antaminen vastaa pitkälti tuetun päätöksenteon keinoja, joita Suomessa kannustetaan käytettäväksi ja joiden käyttö on monissa maissa jo lailla turvattu (Tuettu päätöksenteko 2015). Kuntoutujan osallistamisen mahdollistaminen tuetun päätöksenteon keinoja käyttämällä on myös linjassa kehitysvammalaissa 10.6.2016 voimaan tulleiden itsemääräämisoikeutta vahvistavien muutosten kanssa (STM 2016).

Vaativan kuntoutuksen osastolla useissa tavoitekeskusteluissa omaiset osallistuivat tavoitekeskusteluihin. Omaisten mukana oleminen tavoitekeskustelussa toi kuntoutujille niin emotionaalista kuin konkreettistakin apua, tukea ja rohkaisua. Omaisten tuki edesauttoi kuntoutujien täysivaltaista osallistumista. Kehitysvammapsykiatrian yksiköissä yhdenkään kuntoutujan tavoitekeskusteluihin ei osallistunut kuntoutujan läheisiä. Kuntoutujien elämäntilanteet ja perhesuhteet olivat hyvin moninaisia, joten ei liene löydettävissä yksittäistä syytä sille, miksi läheiset eivät osallistuneet tavoitekeskusteluihin. Kuitenkin mahdollisia syitä on tarpeen pohdita. Yhtenä mahdollisena syynä voi olla se, että tutkimusta esiteltäessä läheisten osallistumista ei korostettu riittävällä tavalla. Läheisen osallistumista oli kuvattu niin, että läheinen voi osallistua tavoitekeskusteluun ja häntä myös haastatellaan. On myös mahdollista, että täysi-ikäisen kehitysvammaisen henkilön oman tahdon ja äänen esille saamiseksi on haluttu varmistaa, etteivät läheiset johdattele tavoitekeskustelussa kehitysvammaista henkilöä ja että kehitysvammaisen henkilön omat arjessa koetut haasteet ohjaavat tavoitteenasettamista. Vanhempien ja ammattilaisten yhteistyö erityishuollossa ei ole aina yksinkertaista, mikä voi johtua useista syistä. Vanhemmat joutuvat toisinaan taistelemaan, jotta he saisivat erityislapselleen palveluita ja heistä kehittyä hyviä lapsensa oikeuksien puolustajia sekä vahvoja lainsäädännön osaajia. Tämä saatetaan erityishuollon ammattilaisten keskuudessa kokea vaikeaksi, työtä häiritseväksi ja vanhempi voidaan mieltää ”haastavaksi vanhemmaksi”. Itsemääräämisoikeuden korostaminen saattaa myös pelottaa osaa vanhemmista. Pelon taustalla voi olla ajatus, että heidän lapsensa jätetään heille itsemääräämisoikeuden nimissä. Tämä pelko voi aiheuttaa sen, että vanhemmat haluavat vaikuttaa entistä enemmän kuntoutuksen toteutukseen, mikä olisikin hyvä pyrkiä kääntämään yhteiseksi tekemiseksi.

Läheiset ja perhe ovat myös täysi-ikäiselle kehitysvammaiselle tärkeä voimavara. Aikuisen kehitysvammaisen ihmisen lähiverkosto voi olla melko suppea, minkä vuoksi yhteyden säilyttäminen lapsuuden perheeseen ja muihin sukulaisiin on tärkeää. Palveluiden suunnittelussa ja toteutuksessa vammaisen henkilö on keskiössä, mutta ammattilaisten arvostava suhtautuminen omaisiin auttaa heitä tulemaan kuulluiksi ja tulemaan mukaan yhteiseen työskentelyyn kohti asiakkaan omaa tavoitetta. Koska perhekeskeinen työskentely on etenkin lasten kuntoutuksessa ollut tärkeimpiä työtä ohjaavia periaatteita ja sitä on pyritty kehittämään Etevässä, olisi myös nuorten ja aikuisten kuntoutuksen tavoitteen asettamisessa mahdollista vielä enemmän ottaa mukaan omaisia ja läheisiä.

Tutkimushankkeessa oli tarkoitus laatia kuntoutujien arjen toimintaan nivoutuvia tavoitteita, mikä ohjeistettiin tutkimuksen valmennusvaiheessa ammattilaisille. Tavoitteiden linkittyminen ICF-luokitukseen osoitti, että kuntoutujien tavoitteet liittyivät läheisesti heidän arkeensa. Tavoitteista suurin osa (50/54 tavoitetta) linkittyi Suoritukset ja osallistuminen -osa-alueelle.

Vaikka pääluokkatasolla kahden kuntoutujaryhmän tavoitteiden kohdentumisessa oli yhtäläisyytenä esimerkiksi kotielämään liittyvien tavoitteiden korostuminen, oli asetettujen tavoitteiden sisällöissä eroja. Keski-Suomen keskussairaalan vaativan kuntoutuksen kuntoutujien tavoitteista yli kolmannes liittyi liikkumiseen, etenkin kävelyyn, kun taas Etevan kehitysvammapsykiatrian kuntoutujien tavoitteissa korostuivat vapaa-aikaan ja virkistäytymiseen liittyvät tavoitteet sekä keskeisille elämäalueille liittyvät tavoitteet, etenkin talousasioista huolehtiminen. Mielenkiintoista on, että vaikka tavoitteiden sisällöissä on näiden kahden kuntoutujaryhmän välillä selvä ero, kuntoutujien osallistumista tavoitteen asettamiseen tukevat kuitenkin pitkälti samat tekijät.

Yhteenvedona kuntoutujan osallisuudesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä tavoitekeskusteluissa voidaan todeta, että kuntoutujan täysivaltainen osallistuminen vaatii ammattilaisilta kuntoutujan yksilöllisten ominaisuuksien huomioimista ja kuntoutujan tarpeiden mukaan osallistamista edistävien työmenetelmien käyttämistä. Huomioitavaa on myös, että kuntoutujan osallistamiseen liittyvät tarpeet ja keinot eivät ole vakaita tai muuttumattomia. Esimerkiksi tietyn kuntoutujan osallistuminen ja siihen liittyvät tarpeet eivät pysy samanlaisina edes saman tilanteen aikana. GAS-menetelmän riittävä hallinta mahdollistaa kuntoutujan osallistamisen tavoitteen asettamiseen. Ainoastaan teoriassa menetelmän opiskelu ei riitä vaan tarvitaan harjoittelua ja menetelmään käyttöön liittyvää reflektiota sekä ammattilaisten kesken, että myös kuntoutujan kanssa.

## 6.2 GAS-tavoitteiden saavuttaminen ja siihen vaikuttavat tekijät

Tavoitteiden saavuttamisessa oli eroa sekä kahden kuntoutujaryhmän osalta, että myös erityisesti kehitysvammapsykiatrian kuntoutujien välillä. Vaikka monet vaativan kuntoutuksen kuntoutujat kokivat tavoitteet niitä asetettaessa haastaviksi, suurin osa heistä eli 16 kuntoutujaa kahdestakymmenestä saavutti kuitenkin tavoitteensa joko odotetusti (0-taso) tai odotuksia paremmin (+1- tai +2-taso). Tavoitteen saavuttamiseen odotettua paremmin saattoi olla vaikuttamassa moni tekijä. On mahdollista, että tavoitteet oli asetettu liian varovaisesti, mihin osaltaan on voinut vaikuttaa niin ammattilaisten kuin myös kuntoutujan itsensä vaikeus nähdä, miten toipuminen tulee etenemään. Tällöin puoli vuotta on saattanut olla liian pitkä aika tavoitteelle. Esimerkiksi aivohalvauskuntoutujien osalta myös aivohalvauksen patologian vaikutuksia arkielämään on todettu tutkimuksissa vaikeiksi ennustaa (Rosewilliam ym. 2011). Kansainvälisissä tutkimuksissa on aivohalvauskuntoutujan toimintakyvyn palautumisen ja kuntoutumisen osoitettu olevan yhteyksissä Functional Independence Measure (FIM) -mittarilla arvioituna kuntoutujan toimintakykyyn, ikään ja kognitiivisen toiminnan tasoon ja tämän vuoksi edellä mainittuja on käytetty ennustamaan kuntoutumista (Cott 2004). On huomioitava, että niillä kuntoutujilla, jotka eivät saavuttaneet tavoitteitaan, ei eteneminen näyttänyt riippuvan mistään yksittäisestä syystä.

Kehitysvammapsykiatrian kuntoutujien tavoitteen saavuttaminen jäi ryhmätasolla alle odotetun. Tätä selittänevät sekä yksittäisiin kuntoutujiin, että kunkin yksilölliseen terveydentilaan liittyvät, tavoitteen saavuttamista estävät asiat kuin myös yksittäisten kuntoutujien kohdalla saatavilla olleen tuen määrä ja laatu. Näiden yksittäisten kuntoutujien kohdalla tuki oli ollut epätarkoituksenmukaista tavoitetta asetettaessa, mikä näkyi muun muassa tavoitteen epä-

realistisuutena ja heijastui näin ollen myös tavoitteen saavuttamiseen. Tavoitteessa etenemisprosessin aikana muutamat kuntoutujat olisivat tarvinneet enemmän motivointia ja konkreettista ohjausta. Myös selkeämmät käytännöt siihen, miten tieto kuntoutujan tavoitteesta siirtyy uuteen asumisyksikköön, olisi saattanut auttaa tavoitteen saavuttamista. Vaikka ryhmätasolla tavoitteen saavuttaminen jäi odotetusta, suurin osa kehitysvammapsykiatrian kuntoutujista eteni tavoitteissaan joko tavoitetasolla tai yli sen, joko kaikissa tavoitteissaan tai osassa tavoitteistaan. Kuntoutujien yksilöllisten osallistamisen ja tuen tarpeiden huomiointi korostuu tällä asiakasryhmällä.

Kuntoutumishaasteiltaan vaativan kuntoutuksen kuntoutujat ja kehitysvammapsykiatrian kuntoutujat olivat erilaisia, mikä on voinut vaikuttaa ryhmätasolla tarkasteltuna tavoitteen saavuttamiseen. Yksittäisen kuntoutujan kannalta tavoitteessa eteneminen odotettua paremmin voidaan nähdä positiivisena ja samalla toivoa ylläpitävänä asiana. Myös tutkimuksissa on nostettu esille kuntoutumisprosessin aikaisen tulevaisuuden toivon ylläpitämisen tärkeys. (Cott 2004). Tutkimuksemme tulokset osoittavat, että etenkin kehitysvammapsykiatrian kuntoutujien kohdalla on kiinnitettävä erityistä huomiota siihen, että asetettu tavoite on saavutettavissa ja sitä on tarpeen mukaan muokattava prosessin edetessä, jotta toivo edistymisestä säilyy. Myös Rosewilliam ym. (2011) osoittivat systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessaan, että osallistuminen omien merkityksellisten ja henkilökohtaisten tavoitteiden laatimiseen tuki ja paransi kuntoutujan itsetuntoa (Rosewilliam ym. 2011).

Tavoitteen saavuttamisen arvioinnin yhteydessä kuntoutujilta sekä tilanteessa olleilta omaisilta ja ammattilaisilta kysyttiin, millaisten seikkojen he mieltävät vaikuttaneen tavoitteissa etenemiseen. Tavoitteen saavuttamista edistävät ja estävät tekijät olivat hyvin moninaisia ja ne olivat dynaamisesti sidoksissa toisiinsa. Tämä on tärkeää tiedostaa sekä silloin, kun laaditaan suunnitelmaa tavoitteen saavuttamiseksi, että myös prosessin aikana. Tätä kuntoutumisen sisällön suunnittelun yksilöllisyyttä ja eri tekijöiden vuorovaikutuksellisuutta on kuvattu myös prosessina, jossa luodaan yhteinen suunnitelma etsimällä yhteisessä dialogissa vastaukset peruskysymyksiin miksi, mitä, miten, milloin ja kuka toteuttaa sekä missä toteutuu ja kenen vastuulla kuntoutuksen ja kuntoutumista edistävien toimien toteutuminen on sekä kuka vastaa toteutumisen seurannasta. (Karhula ym. 2016b, 243.)

Omaisten rooli tavoitteiden saavuttamisessa nousi esille etenkin vaativan kuntoutuksen kuntoutujilla. Osalla vaativan kuntoutuksen kuntoutujista omaiset tukivat tavoitteiden saavuttamista seuraamalla säännöllisesti GAS-tavoitteissa edistymistä, ottivat yhteyttä jatkokuntoutusta toteuttaviin terapeutteihin pyytäen neuvoja, miten kuntoutujaa voi tukea ja ohjata tavoitteiden suunnassa. Mielenkiintoista oli se, miksi vain osa kuntoutujista piti tärkeänä omaisten roolia tavoitteen saavuttamisessa, vaikka tavoitteen asettamisessa omaisten rooli oli koettu merkittäväksi. Voidaan pohtia, olisiko omaisten roolia vielä tarve vahvistaa tietoisemmin kuntoutujan kuntoutusprosessia tukevaksi ja rohkaista omaisia olemaan mukana kuntoutumisessa kannustamalla ja ohjaamalla kuntoutujaa tavoitteen saavuttamisessa.

Kuntoutujien omaehtoinen ja tuettu harjoittelu sekä itsehoito arjessa nousivat merkittäviksi tavoitteen saavuttamista edistäviksi tekijöiksi. Omaehtoisen arkeen nivoutuvan harjoittelun, etenkin liikkumisen liittyvän harjoittelun, rooli nousi esille erityisesti vaativan kuntoutuksen



kuntoutujilla tavoitteen saavuttamista edistävänä tekijänä. Mielenkiintoista on, että samanlaisesti kuntoutujan oma tavoite ei ollut aina tiedossa jatkoterapiaa toteuttavilla fysioterapeuteilla. Vaikka kuntoutajat kokivat, ettei tämä tiedonkulun puute ollut tavoitteiden saavuttamisen este, voidaan pohtia, olisiko omaehtoinen harjoittelu vielä tarkoituksenmukaisempaa, jos fysioterapeutilla olisi tiedossaan kuntoutujan oma tavoite ja hän voisi kannustaa ja ohjata kuntoutujaa tavoitteen saavuttamisessa.

Kehitysvammapsykiatrian kuntoutujien kohdalla tavoitteessa etenemistä edisti tuettu harjoittelu arjessa. Mikäli tarvittavaa tukea ei ollut saatavilla, se esti tavoitteessa etenemistä. Tässä tutkimuksessa seurattiin ainoastaan tavoitteen asettamisvaihetta sekä arviointiin tavoitteen saavuttamista. Tavoitteen saavuttamista estäviä tekijöitä tarkasteltaessa näyttäisi kuitenkin siltä, että suunnitelmaa tavoitteen saavuttamiseksi ei ole tehty riittävän tarkasti. Kehitysvammapsykiatrian asiakkaat kuntoutujaryhmänä vaativat erityistä tukea tavoitteenmukaisessa työskentelyssä, muun muassa vastuunjakamista. Myös tämän tutkimuksen tulokset siitä, että tuettu harjoittelu nousi monella edistäväksi tekijäksi osoittaa, että tarkoituksenmukainen tuki vie tavoitteen saavuttamista eteenpäin. Tavoitteen asettamisen tulisikin kiinteästi nivoutua koko kuntoutumisprosessin tilannearviosta varsinaisen tavoitteiden asettamisen kautta suunnitelman laatimiseen ja sen toteuttamiseen. Olennaista on myös, että tavoitetta seurataan ja suunnitelmia tarkistetaan prosessin aikana. (Karhula ym. 2016a, 235.)

Yhteenvedona GAS-tavoitteiden saavuttamisesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä voidaan todeta, että tavoitteenasettaminen motivoi ja sitouttaa sekä neurologisia kuntoutujia että kehitysvammaisia käyttäytymisen hallinnan vaikeuksia omaavia kuntoutujia omaan kuntoutusprosessiinsa. Tavoitteiden ollessa riittävän selkeät ja realistiset sekä samalla jonkin verran haasteelliset ja kuntoutujan omaan arkeen nivoutuvat, on niillä paremmat mahdollisuudet tulla saavutetuiksi. Tavoitteen saavuttamista edistävä tuki niin omaisilta kuin myös ammattilaisilta tulisi olla tarkoituksenmukaista ja suunniteltua, mikä olisi vaatinut monen kuntoutujan kohdalla enemmän huomiointia.

### 6.3 GAS-menetelmän toimivuus

Tulokset nostavat esille GAS-menetelmän käytön hallinnan tärkeyden. Yhtäältä tämä on oleellista sen vuoksi, että tavoite tulee asetettua sillä tavoin kuin menetelmässä on tarkoitus ja menetelmän käyttö on luotettavaa. Toisaalta GAS-menetelmän riittävä hallinta mahdollistaa sen, että ammattilaiset pystyvät käyttämään kaikkia kuntoutujan osallistamisen keinoja tarkoituksenmukaisesti kunkin kuntoutujan tarvitsemalla tavalla. GAS-menetelmän käyttö oli ammattilaisille uutta ja he kokivat sen aluksi vaikeaksi, mutta harjoittelun myötä ammattilaiset kokivat, että heidän GAS-osaaminen ja myös arvio menetelmän soveltuvuudesta muuttui myönteisemmäksi. GAS-menetelmän käytön harjoittelun myötä kuntoutujan osallistaminen parani alkutilanteeseen nähden. Ammattilaiset nostivat esille niin kuntoutujaan, heihin itseensä kuin organisaatioon liittyviä tekijöitä, mikä tukee sitä ajatusta, että GAS-menetelmän käytäntöön vieminen vaatii sitoutumista sekä organisaatiotasolla että myös kaikilta yksittäisiltä ammattilaisilta. GAS-menetelmän käyttöönotto vaatii yhdessä sovitut toimintakäytännöt. Yksittäisen ammattilaisen näkökulmasta GAS-menetelmän käyttöön ottaminen on vaikeaa, ellei koko organisaatio ole siihen sitoutunut.

Yksi organisaatio- ja/tai työyksikkötasolla määriteltävä asia, GAS-menetelmän toimivuuden näkökulmasta, on tavoitteen asettamiseen käytettävän ajan määrittäminen. Tutkimuksen tiedonkeruissa vaativan kuntoutusosastolla oli varattu tavoitekeskusteluun aikaa yksi tunti. Etevan kehitysvammapsykiatrian yksiköissä ei ollut määritelty käytettävää aikaa, vaan oli päätetty, että tavoitekeskusteluun käytetään aikaa sen verran, kun se kullekin kuntoutujalle on tarkoituksenmukaista ja tarvittaessa pidettiin myös taukoja tavoitekeskustelun aikana. Sekä vaativan kuntoutuksen osaston kuntoutujien, että kehitysvammapsykiatrian kuntoutujien tavoitteet pystyttiin asettamaan yhden tavoitekeskustelun aikana sitä tarvittaessa tauottamalla. Tutkimuksen tiedonkeruu oli tietyllä tavalla hieman normaalitilanteesta poikkeava, esimerkiksi aikaa oli järjestetty enemmän kuin normaali käytäntö olisi. Sekä ammattilaisten että kuntoutujien kokemus siitä, että tavoitekeskustelu oli ollut dialogista pohdintaa ja asetetut tavoitteet olivat mielekkäitä, tukee sitä, että tavoitekeskusteluille kannattaa varata aikaa riittävästi myös jatkossa. Mikäli tavoitteen asettaminen vaatii enemmän aikaa kuin mitä yhdellä yhteisellä tavoitekeskustelukerralla on käytettävissä, yhtenä mahdollisuutena on varata tavoitteen tunnistamiseen ja nimeämiseen liittyvälle pohdinnalle oma aika ja tämän jälkeen jatkaa omana aikanaan asteikon laadintaa. Kaiken kaikkiaan tavoitekeskustelut nähtiin kuntoutujan kanssa yhteistyötilanteiksi ja on järkevää, että tavoitteet laaditaan moniammatillisesti ja yhdessä kuntoutujan kanssa.

Muutamassa tavoitekeskustelussa nousi keskusteluun sellaisia asioita, joihin kuntoutustoimenpiteillä ei voitu suoraan sillä hetkellä vaikuttaa. Usein nämä asiat olivat kuntoutujan esille tuomia laajoja asioita tai pidemmän aikavälin toiveita. Ammattilaisilla on kliiniseen kokemukseen perustuen tietämystä erilaisten henkilöiden hoidosta ja kuntoutuksesta, joten he voivat auttaa kuntoutujaa tunnistamaan, millaisia polkuja pitkin hänen pitkän aikavälin tavoitteisiin tai niitä kohti olisi mahdollista kulkea. Tällainen pitkän aikavälin kokonaistavoite on usein abstrakti ja sen saavuttaminen vaatii moniin asioihin vaikuttamista. Niinpä onkin esitetty, että GAS-menetelmää sovellettaessa on tarkoituksenmukaista johtaa kokonaistavoitteesta rajatumpi kuntoutumisen sen hetken päätavoite (Karhula ym. 2016a, 232). Tällainen eri tavoite-  
tasojen jäsentäminen kuntoutujan kanssa auttaa myös häntä hahmottamaan, miten rajatumat, tietylle aikavälille asetetut tavoitteet tukevat laajempaa tavoitetta. Esimerkkejä tavoitekeskusteluissa esille tulleista laajemmista tavoitteista, jotka eivät olleet joko kuntoutustoimenpitein saavutettavissa tai kuntoutumisprosessin ajankohtaan nähden epärealistisia olivat velkojen maksaminen ja autolla ajaminen, kun sillä hetkellä kuntoutujalla oli kuuden kuukauden ajokielto. Näissä molemmissa tilanteissa kuntoutujien omat tavoitteet muodostuivat realistisiksi ja kuntoutustoimenpitein saavutettaviksi tavoitteiksi ammattilaisten hyvien vuorovaikutustaitojen ja osaamisen avulla. Kuntoutustyön kannalta on tärkeää, että kuntoutujalla säilyy itsemääräämisoikeus omista asioistaan ja kuntoutumisestaan ja että, ammattilaiset tukevat kuntoutujaa tilanteen edellyttämällä tavalla (Wilson 2009).

Viime aikoina kuntoutuksen alalla on nostettu pohdintaan se, onko kaikissa tilanteissa hyvää tavoitetta kuvaava kultainen sääntö eli SMART-periaate tarkoituksenmukainen (McPherson ym. 2015). SMART-periaatteen rinnalle ja jopa sijaan McPherson ym. (2015) korostavat tavoitteen merkityksellisyyttä (*meaning*). He avaavat akronyymillä MEANING avulla (M = *meaning*, E = *engage*, A = *anchor*, N = *negotiate*, I = *intention-implementation gap*, N = *new goals*, G = *goals as behaviour change*) esille myös tarkemmin merkityksellisen tavoitteen aset-

tamisen piirteitä. Tällöin tavoitteen tärkeinä ominaisuuksina korostuvat merkityksellisyyden ohella kuntoutujan osallistaminen, tavoitteen linkittäminen pienempiin kokonaisuuksiin, etenemisestä keskustelu ja konkreettisten etenemissuunnitelmien laatiminen, tavoitteiden saavuttamisen jälkeen uusien tavoitteiden laatiminen sekä tavoitteiden näkeminen käyttäytymisen muutoksena. Samalla tavoin kuin McPherson ym. (2015) pohtivat, myös tutkimuksemme useampien kuntoutujien tavoitteissa saavutettavuus, realistisuus ja sitominen aikaan herättivät mietintää. Tulokset tukevat sitä ajatusta, että aika, jolle tavoite asetetaan, tulisi määritellä tilannekohtaisesti ja yksilöllisesti ja tarpeen mukaan sitä tulisi myös muuttaa prosessin edetessä. Esimerkiksi puoli vuotta oli liian pitkä aika vaativan kuntoutuksen kuntoutujille ja heidän osaltaan olisi ollut parempi, jos tavoitteet olisi asetettu lyhyemmälle kuten 3–4 kuukauden ajalle. Kehitysvammapsykiatrian kuntoutujista joillakin taas tavoite olisi voitu asettaa jopa pidemmälle kuin puolen vuoden ajalle. Esimerkiksi tavoitteessa oli jääty alle odotetun tavoitetason (–1-taso), vaikka kuntoutujan ja ammattilaisten kokemus olikin, että oli tapahtunut selkeä edistyminen ja että edelleen jatketaan tavoitteen suuntaista työskentelyä. Aika, jolle tavoite asetetaan, on määriteltävä yksilöllisesti ja ehkä on myös tarpeen arvioida tavoiteaikaa matkan varrella.

Tiedon kulussa tavoitteita asettavan ja kuntoutumista tukevien tahojen välillä oli puutteita sekä vaativan kuntoutuksen kuntoutujien, että kehitysvammapsykiatrian kuntoutujien osalta. Vaativan kuntoutuksen kuntoutujien jatkokuntoutuksen suunnitelmat ja toteuttamistahot olivat heterogeenisiä, mikä on voinut vaikuttaa tiedonkulkuun. Kehitysvammapsykiatrian kuntoutujilla etenkin muutot muihin asumisyksiköihin vaikuttivat tiedonkulkuun ja samalla tavoitteiden saavuttamiseen. Tavoitteessa etenemisprosessin aikana muutamat kuntoutujat olisivat tarvinneet enemmän keskittymistä sovitun tavoitteen mukaisiin kuntoutustoimenpiteisiin ja tavoitteen seurannan arviointiin. Tavoitteita asetettaessa tulisikin miettiä, kuka tai ketkä ja mitkä tahot ovat ne, joiden kanssa pohditaan tavoitetta edistäviä toimia ja sovitaan tavoitteiden saavuttamisen arvioinnista. Näitä sovittaessa on huomioitava se mahdollisuus, että tilanteet muuttuvat prosessin aikana. Kuten McPhersonin ym. (2015) pohdinnoissa, myös tässä tutkimuksessa tuli esille, että tavoitteen asettaminen ei ole kuntoutumisesta tai kulloisestakin elämäntilanteesta irrallinen prosessi, vaan se vaatii tavoitteen saavuttamista tukevien keinojen ja toimintatapojen määrittelyä ja tarpeen mukaan uusien tavoitteiden tai alatavoitteiden asettamista.

Yhteenvetona GAS-menetelmän toimivuudesta esitetään, että GAS-menetelmän käyttö tutkimuksen aikana lisäsi ammattilaisten arvioiden mukaan heidän GAS-menetelmän hallintaansa kuin myös sitoutumista ja motivoitumista GAS-menetelmän käyttöön. Menetelmän käyttöön ottaminen vaatii panostusta organisaatio- ja työyksikkötasolla. Tulokset korostavat myös kuntoutujan yksilöllisten tilanteiden huomioimista tavoiteasettelussa. Tavoitteiden merkityksellisyys ja ympäristö- sekä tilannesidonnaisuus tulisi huomioida niin tavoitteita asetettaessa kuin myös niihin pyrittäessä. Aina SMART-periaate ei voi toimia tiukasti ohjenuorana tavoite työskentelyssä.

## 6.4 Tutkimuksen luotettavuus ja siirrettävyys

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta on eri lähteissä tarkasteltu seuraavien näkökulmien kautta: uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys (Kylmä ja Juvakka 2007, 127–129; Tuomi ja Sarajärvi 2009, 138–139). Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelussa on huomioitava koko tutkimusprosessi tutkimuksen suunnittelusta aineiston hankintaan, analyysiin, tulkintaan ja raportointiin asti.

Tutkimustulosten uskottavuutta on pyritty vahvistamaan tässä tutkimuksessa kiinteällä yhteistyöllä tutkimukseen osallistuvien yhteisöjen, eli Keski-Suomen keskussairaalan vaativan kuntoutuksen osaston ja Etevan kehitysvammapsykiatrian yksiköiden kanssa. Tämä on toteutunut koko prosessin ajan suunnitteluvaiheesta tulosten raportointiin asti. Tutkimusaihe ja siinä tehdyt rajaukset sekä tutkimusasetelman määrittäminen pyrittiin tekemään suunnitteluvaiheessa niin, että ne ovat relevantit tutkimukseen osallistuvien yhteisöjen näkökulmasta. Tiedonkeruun toteutuminen autenttisissa ympäristöissä eli ensimmäisessä vaiheessa kuntoutusyksiköissä ja toisessa vaiheessa siinä ympäristössä, jossa kuntoutuja tuolloin asui, auttoi tutkijoita ymmärtämään tutkimuksen kontekstia. Tutkimuksen uskottavuutta lisää aineistotriangulaation käyttö (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 143–145), eli ensimmäisessä vaiheessa tavoitekeskusteluaineistojen lisäksi haastateltiin kuntoutujaa, keskusteluihin osallistuneita omaisia sekä ammattilaisia. Toisessa vaiheessa kuultiin mahdollisuuksien mukaan kuntoutujien näkemysten lisäksi myös omaisten ja ammattilaisten näkemyksiä siitä, mitkä tekijät ovat olleet vaikuttamassa tavoitteessa edistymiseen. Keskustelut tutkijoiden kesken, muiden raportin kirjoittajien sekä ohjausryhmän kanssa tutkimusprosessin eri vaiheissa ovat varmistaneet muun muassa, että aineistojen analyysivaiheessa tutkijoiden tekemät tulkinnat ovat uskottavia.

Vahvistettavuuden ja läpinäkyvyyden takaamiseksi tutkimusprosessin kulku on pyritty kuvaamaan raportissa, sillä tarkkuudella, että lukija voi seurata ja ymmärtää, millä tavoin aineistot ovat muodostuneet ja miten analyysissä on edetty. Tässä ovat olleet tukena tutkijoiden muistiinpanot prosessin eri vaiheista.

Tutkimuksen tekijöiden omien lähtökohtien pohtiminen ja tutkijan aseman määrittely on ollut läsnä koko tutkimusprosessin ajan. Refleksiivisen työskentelyn (Kylmä ja Juvakka 2007, 129) avulla on pyritty varmistamaan sitä, että vaikka tutkijat ovat olleet kiinteästi mukana aineistonkeruussa ja väistämättä ovat vaikuttaneet aineiston syntymiseen, olisi nämä väliintulot mahdollisimman tietoisia ja esille tuotuja ja että ne olisi huomioitu esitetyissä tuloksissa. Kummallakin tutkijalla on pitkältä ajalta kokemusta vastualueenaan olevan kuntoutujanryhmän kanssa tehdystä asiakastyöstä. Tämä on lisännyt luotettavuutta siinä mielessä, että tutkittava ilmiö on tuttu ja sen ymmärtäminen on ollut helpompaa. Kuitenkin on pyritty siihen, että tutkijoiden omat uskomukset, asenteet ja arvostukset liittyen tutkimuskohteeseen eivät vaikuttaisi tutkimusprosessin etenemiseen. Tutkijat ovat pyrkineet avoimeen vuorovaikutukseen haastateltavien kanssa ja ymmärtämään haastateltavien kuntoutujien, omaisten ja ammattilaisten omia näkökulmia ja ilmaisia tavoitteen asettamisesta ja tavoitteiden saavuttamiseen liittyvistä tekijöistä. Ensimmäisissä aineistonkeruutilanteissa eli tavoitekeskusteluissa ammattilaisten pyytäessä apua GAS-menetelmän käyttöön tai kuntoutujan jäädessä sivuun keskustelusta, tutkijat puuttuivat tilanteeseen antamalla neuvoja tai ohjeita tilanteen

eteenpäin viemiseen ohjenuorana se, että tuki olisi vain välttämättömän suuruista. Tutkija-triangulaatio eli tutkijaryhmä auttoi etääntymään aineistosta ja näkemään sitä etäämpää.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen tulosten yleistämisen sijaan tutkimuksen arvioinnissa kiinnitetään huomiota tulosten ja erityisesti niistä tehtyjen johtopäätösten siirrettävyyteen (Kylmä ja Juvakka 2007, 129; Tuomi ja Sarajärvi 2009, 138). Tutkimustulosten ja niistä tehtyjen johtopäätösten soveltamiseen muille kuntoutujaryhmillä on huomioitava muutamia näkökulmia. Kuntoutujaryhmät olivat erilaisia muuan muassa iän suhteen eli kuntoutujien keski-ikä Keski-Suomen keskussairaalassa oli 66 vuotta ja Etevässä 27 vuotta. Lisäksi kuntoutujaryhmät erosivat kuntoutumistarpeen suhteen eli Keski-Suomen keskussairaalan kuntoutujien kuntoutumisen taustalla vaikuttivat vahvemmin fyysiseen toimintakykyyn ja Etevan kuntoutujien psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn liittyvät syyt. Kuitenkin kuntoutujaryhmillä oli myös yhtäläisyyksiä. Kummankin kuntoutujaryhmän kuntoutujilla oli monenlaisia kuntoutumiseen liittyviä haasteita muun muassa useita erilaisia diagnosoituja sairauksia, jotka vaikuttivat toimintakykyyn. Näistä tutkimukseen osallistuvien kuntoutujaryhmien erityispiirteistä huolimatta kuntoutujaryhmien tavoitteenasettamisprosessissa oli enemmän samankaltaisuuksia kuin eroavaisuuksia etenkin kuntoutujan osallistamisen ja siihen liittyen ammattilaisten toiminnan näkökulmista.

## 6.5 Jatkotutkimuksen aiheita

Kuntoutumisessa ja kuntoutuksessa tavoitteiden asettaminen on tärkeä, jollei kaikkein tärkein vaihe prosessia. Tämän vuoksi on tarpeen edelleen tutkimus- ja kehittämistyön avulla kehittää ja juurruttaa kuntoutujaa osallistavia käytäntöjä niin tavoitetta asetettaessa, tavoitteeseen pyrittäessä kuin myös tavoitteen saavuttamista arvioidessa. Tämä tutkimus nosti esille yhtäältä, millaiset seikat edistävät kuntoutujan osallisuutta tavoitteen asettamisessa ja toisaalta toi esille, mitkä seikat vaikuttivat tavoitteen saavuttamiseen. Selkeänä jatkona tälle olisi selvittää, millaiset käytännöt tukisivat kuntoutujan osallisuutta tavoitteen saavuttamista mahdollistavan suunnitelman tekemisessä ja erityisesti sellaisen suunnitelman tekemisessä, joka konkreettisesti tukee arjessa tavoitteiden saavuttamista. Entistä enemmän tulisi nostaa esille sellaiset käytännöt, jotka tukevat kuntoutujan itsehoitoa ja lähi-ihmisten roolia siinä.

Mielenkiintoisena ja tärkeänä tutkimusaiheena tuloksista nousee se, miten tavoitteen asettaminen ja tavoitteen toteutumista tukeva prosessi toteutuu silloin, kun asiakkaan edustaja (läheinen) määrittelee tavoitteen kuntoutujan kognitiivisten vaikeuksien vuoksi. Näissä tilanteissa olisi tärkeää tutkia sitä, mikä on kuntoutujan rooli ja millaista osallisuus voisi olla, vaikka se ei täysivaltaisena toteutuisikaan.

Tutkimus nosti yhdeksi haasteeksi tiedonkulun. Jatkossa olisi tärkeää tutkia ja kehittää hyviä tiedonkulun malleja niin, että kuntoutujan omat tavoitteet olisivat läsnä kaikissa niissä kuntoutujan ympäristöissä ja tukimuodoissa, joissa kuntoutuja näkee sen tarpeellisena. Tähän liittyen olisi tarpeen systemaattisesti kehittää *case manager* -tyyppistä työmuotoa, jolloin kuntoutuja ei jäisi yksin tavoitteensa kanssa ja joutuisi ottamaan kaikkea vastuuta eri tahojen ja toimijoiden välisestä tiedonkulusta. Tähän liittyen olisi tarpeen kehittää ja tutkia tavoitteiden saavuttamisen arvioinnin hyviä käytäntöjä, esimerkiksi luomalla malleja, joissa on kuvat-

tuna kuntoutusketju tavoitteen asettamisesta tavoitteen saavuttamiseen asti. Myös tällöin case manager -toimintamuoto voisi olla varteenotettava.

Yhtenä tärkeänä tutkittavana kysymyksenä on jatkossa se, miten kuntoutujaa osallistavan tavoitteen asettamisen käyttöönotto tulee huomioida organisaation työskentelyssä. Uusien käyttöön otettavien toimintamallien valmistelu vaatii organisaation johto- ja esimiestason sekä kliinistä työtä edustavien ammattilaisten yhteistä suunnittelua toimintatavan käyttöön otamiselle. Yhteistyössä mietitään uuden toimintatavan sisältöjä, aikatauluja ja henkilökunnan resursoinnin suhteen. Koulutuksen kautta annetaan koko henkilökunnalle tietoa kuntoutujaa osallistavasta työotteesta, jotta henkilökunta motivoituisi ja sitoutuisi siihen. Se, kuinka edellä kuvattu käytännössä toimii, ja miten uuden työtavan juurruttamista tulisi toteuttaa, vaatisi systemaattista kehittämistä. Erilaisten systemaattisesti kehitettyjen ja tutkimuksessa koeteltujen toimintamallien kuvaaminen on ensisijaisen tärkeää etenkin käsillä olevissa sosiaali- ja terveystalvelujen muutoksissa. Yksittäisen kuntoutujan kannalta hyvien käytäntöjen kuvaaminen luo turvaa myös sille, että saatavat palvelut ovat yhdenvertaisia.

## LÄHTEET

Autti-Rämö I, Salminen A-L. Kuntoutumisen hyvät käytännöt. Julkaisussa: Autti-Rämö I, Salminen A-L, Rajavaara M, Ylinen A, toim. Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim, 2016: 14–17.

Autti-Rämö I, Vainiemi K, Sukula S, Louhenperä A, toim. GAS-menetelmä. Käsikirja. Versio 2. Helsinki: Kela, 2010.

Bandura A. Social cognitive theory. An agentic perspective. *Annual Review of Psychology* 2001; 52: 1–26.

Bandura A. Toward a psychology of human agency. *Perspectives on Psychological Science* 2006; 1: 164.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 1961; 4: 53–63.

Bovend'Eerdt TJH, Botell RE, Wade DT. Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling. A practical guide. *Clinical Rehabilitation* 2009; 23: 352–361.

Cott C. Client-centred rehabilitation. Client perspectives. *Disability and Rehabilitation* 2004; 26: 1411–1422.

Cup EHC, Scholte op Reimer WJM, Thijssen MCE, van Kuyk-Minis MAH. Reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure in stroke patients. *Clinical Rehabilitation* 2003; 17: 402–409.

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-Mental State" A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 1975; 12: 189–198.

Hammel J, Magasi S, Heinemann A, Whiteneck G, Bogner J, Rodriguez E. What does participation mean? An insider perspective from people with disabilities. *Disability and Rehabilitation* 2008; 30: 1445–1460.

Järvikoski A, Härkäpää K. Kuntoutuksen asiakastyö ja prosessiohjaus. Julkaisussa: Järvikoski A, Lindh J, Suikkanen A, toim. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOYpro, 2011: 187–202.

Järvikoski A, Karjalainen V. Kuntoutus monitieteisenä ja -alaisena prosessina. Julkaisussa: Kallaranta T, Rissanen P, Suikkanen A, toim. Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 2008: 80–93.

Karhula M, Sellman J, Sipari S. Kuntoutumisen sisällön rakentuminen. Julkaisussa: Autti-Rämö I, Salminen A-L, Rajavaara M, Ylinen A, toim. Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim, 2016b: 239–246.

Karhula M, Veijola A, Ylisassi H. Tavoitteiden asettamisen käytäntö. Julkaisussa: Autti-Rämö I, Salminen A-L, Rajavaara M, Ylinen A, toim. Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim, 2016a: 225–238.

Kiresuk TJ, Sherman RE. A general method for evaluating community mental health programs. *Community Mental Health Journal* 1968; 4: 443–453.

Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, 2004.

Kylmä J, Juvakka T. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita, 2007.

Laitila M. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenologinen lähestymistapa. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto, hoitotieteen laitos, 2010.

Laukkala T, Tuomi J, Sukula S. GAS-menetelmä (Goal Attainment Scaling). Julkaisussa: Sukula S, Vainiemi K, Laukkala T, toim. GAS. Menetelmästä sovellukseen. Helsinki: Kela, 2015: 11–13.

Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko H, Pollock N, toim. COPM Canadian Occupational Performance Measure. Ontario: CAOT, 2005.

Levack WMM, Dean SG, Siegert RJ, McPherson KM. Purposes and mechanisms of goal planning in rehabilitation. The need for a critical distinction. *Disability and Rehabilitation* 2006; 28: 741–749.

Lindqvist A. Personer med utvecklingsstörning skapar och utövar sitt sociala medborgarskap. Spänningsfält kring delaktighet. Helsingfors: Mathilda Wrede-institutet, Mathilda Wrede-institutets forskningsserie 1, 2014.

Lloyd A, Roberts AR, Freeman JA. 'Finding a balance' in involving patients in goal setting early after stroke. A physiotherapy perspective. *Physiotherapy Research International* 2014; 19: 147–157.

Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation. The Barthel Index. *Maryland State Medicine* 1965; 14: 61–65.

McPherson KM, Kayes NM, Kersten P. Meaning as a smarter approach to goals in rehabilitation. Julkaisussa: Siegert, RJ, Levack, WMM, toim. Rehabilitation goal setting. Theory, practice and evidence. Boca Raton: CRC Press, 2015: 105–119.

- Paltamaa J. toim. WHODAS 2.0 Terveyden ja toimintarajoitteiden arvioinnin käsikirjan osat 2 & 3. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu, 2014.
- Paltamaa J, Karhula M, Suomela-Markkanen T, Autti-Rämö I. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analysistä suosituksiin vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Helsinki: Kela, 2011.
- Playford ED, Siegert R, Levack WMM, Freeman J. Areas of consensus and controversy about goal setting in rehabilitation. A conference report. *Clinical Rehabilitation* 2009; 23: 334–344.
- Romakkaniemi M, Järvikoski A. Service users' perceptions of shared agency in mental health services. *European Journal of Psychotherapy & Counselling* 2012; 14: 381–394.
- Rosewilliam S, Roskell CA, Pandyan AD. A systematic review and synthesis of the quantitative and qualitative evidence behind patient-centred goal setting in stroke rehabilitation. *Clinical Rehabilitation* 2011; 25: 501–514.
- Shier H. Parthways to participation. Openings, opportunities and obligations. A new model of enhancing children's participation in decision-making, in line with article 12.1 of the United Nations Convention on the Rights of the child. *Children and Society* 2001; 15: 107–117.
- Siegert RJ, Levack WMM, toim. Rehabilitation goal setting. Theory, practice and evidence. Boca Raton: CRC Press, 2015.
- Sivula S. Tuettu päätöksenteko ratkaisuna oikeusturvan ongelmiin. Julkaisussa: Pajukoski M, toim. Pääseekö asiakas oikeuksiinsa? Sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuoliset tekijät -työryhmä. Raportti III. Helsinki: Yliopistopaino, 2010: 109–119.
- Steiner WA, Ryser L, Huber E, Uedelhart D, Aeschlimann A, Stucki G. Use of the ICF Model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Physical Therapy* 2002; 82: 1098–1107.
- Stevens A, Beurskens A, Köke A, van der Weijden T. The use of patient-specific measurement instruments in the process of goal-setting. A systematic review of available instruments and their feasibility. *Clinical Rehabilitation* 2013; 27: 1005–1019.
- STM. Kysymyksiä ja vastauksia kehitysvammalain 10.6.2016 voimaantulleesta muutoksesta. Helsinki: STM, 2016. Saatavissa: <<http://stm.fi/documents/1271139/2044491/Kysymyksi%C3%A4+ja+vastauksia+kehitysvammalain+10.6.2016+voimaantulleesta+muutoksesta.pdf/96d041d7-9433-451e-a61e-ceeeacb0493f>>. Viitattu 29.11.2016.
- Sugavanam T, Mead G, Bulley C, Donaghy M, van Wijck F. The effects and experiences of goal setting in stroke rehabilitation. A systematic review. *Disability and Rehabilitation* 2013; 35: 177–190.
- Sukula S, Vainiemi K, toim. GAS-menetelmä. Käsikirja, versio 4. Helsinki: Kela, 2010.
- Sukula S, Vainiemi K. Tavoitteiden laatiminen. Julkaisussa: Sukula S, Vainiemi K, Laukkala T, toim. GAS.-Menetelmästä sovellukseen. Helsinki: Kela, 2015: 13–15.
- Thomas N. Children, family and the state. Decision-making and child participation. Bristol: Policy Press, 2002.



---

Tuettu päätöksenteko. Helsinki: THL, 2015. Saatavissa: <<https://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/palvelujen-jarjestamisprosessi/tuettu-paatöksenteko>>. Viitattu 2.12.2016.

Tuomi J. Kyselytutkimus fysio- ja toimintaterapeuteille GAS-menetelmän käyttökokemuksista. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 2014.

Tuomi J, Sarajärvi A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi, 2009.

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

Kuntoutusselonteko 2002. Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavissa: <<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201309236178>>.

Veijola A, Honkanen H, Lappalainen P. Asiakkaan osallisuuden mahdollistava ja sitä tukeva haastattelukeskustelu. Julkaisussa: Sukula S, Vainiemi K, Laukkala T, toim. GAS. Menetelmästä sovellukseen. Helsinki: Kela, 2015: 32–46.

Von Bell A. Asiakaslähtöistä terapiaa Goal Attainment Scaling -menetelmää käyttäen. Terapeuttien kokemuksia GAS-menetelmän vaikutuksesta terapian toteutukseen. Helsinki: Metropolia ammattikorkeakoulu, 2013.

Wiles R, Ashburn A, Payne S, Murphy C. Patients' expectations of recovery following stroke. A qualitative study. *Disability and Rehabilitation* 2002; 24: 841–850.

Wilson B, toim. Memory rehabilitation. New York, NY: Guilford Press, 2009.

## LIITTEET

- Liite 1:** Alkukysely ammattilaisille, kevät 2015
- Liite 2a:** Tietoinen suostumus tutkimukseen, Keski-Suomen keskussairaala
- Liite 2b:** Tietoinen suostumus tutkimukseen, Eteva
- Liite 3:** Kuntoutujien taustatiedot, Vaativan kuntoutuksen osasto
- Liite 4:** Kuntoutujan taustatiedot, Eteva
- Liite 5:** Teemahaastattelurunko
- Liite 6:** WHODAS, kuvailevat tunnusluvut (keskiarvot ja -hajonnat) kysymyskohtaisesti sekä muutokset alkutilanteesta lopputilanteeseen
- Liite 7:** Sähköinen kysely (Webropol)

**Liite 1:** Alkukysely ammattilaisille, kevät 2015

Tämän kyselyn tarkoituksena on kartoittaa vastaajien taustatietoja, ammatillista kokemusta ja tietämystä kuntouttajaa osallistavista menetelmistä sekä ICF-viitekehyksestä ja GAS-menetelmästä. Vastaa seuraaviin kysymyksiin, tulokset raportoidaan ryhmätasolla alussa ja hankkeen lopussa.

---

1. Mikä on ammattitaustasi?
- |                       |  |
|-----------------------|--|
| a) lääkäri            |  |
| b) sairaanhoitaja     |  |
| c) fysioterapeutti    |  |
| d) toimintaterapeutti |  |
| e) neuropsykologi     |  |
| f) psykologi          |  |
| g) puheterapeutti     |  |
| h) AAC-työntekijä     |  |
| i) sosiaalityöntekijä |  |
| j) musiikkiterapeutti |  |
| k) sosionomi          |  |
| l) muu, mikä _____    |  |

2. Kuinka pitkään olet toiminut ammatissasi?

\_\_\_\_\_ vuotta

3. Kuinka pitkään olet työskennellyt tällä osastolla

\_\_\_\_\_ vuotta

4. Miten tällä hetkellä osastollasi osallistetaan kuntoutujaa kuntoutustavoitteiden laatimiseen?

Ei lainkaan

Erittäin hyvin

|-----|

5. Kuinka tärkeää on kuntoutujan osallistamisen tavoitteiden laadintaan?

Ei lainkaan tärkeäksi

Erittäin tärkeäksi

|-----|

6. Kuinka tuttu ICF-luokitusjärjestelmä (International Classification of Functioning, Disability and Health) on sinulle?

\_\_\_ Ei lainkaan

\_\_\_ On käytössä osittain

\_\_\_ Olen kuullut nimen

\_\_\_ On käytössä täysin

7. Miten tuttu GAS-menetelmä on sinulle?

- En tiedä, mikä on GAS-menetelmä (Siirry suoraan kysymykseen )
- Tunnen GAS-menetelmän, mutta en ole käyttänyt sitä itse
- Olen käyttänyt 1-5 kuntoutujan kanssa GAS-menetelmää
- Olen käyttänyt useamman kuin viiden kuntoutujan kanssa GAS-menetelmää

8. Jos GAS-menetelmä on tuttu, minkälaiseksi koet oman osaamisesi GAS-tavoitteiden laatimisessa?

En osaa  
lainkaan

Osaan  
erittäin hyvin

|-----|

9. Kerro kuinka tärkeää on se, että tavoite on ....

Ei  
lainkaan

Erittäin  
tärkeää

S = Yksilöity, yksilöllinen, määritelty

|-----|

M = Mitattavissa oleva

|-----|

A = Saavutettavissa oleva

|-----|

R = Relevantti, merkityksellinen

|-----|

T = Mahdollinen aikatauluttaa

|-----|

10. Kuinka soveltuvaksi koet GAS-menetelmän osastonne kuntoutujille tavoitteiden asettamisessa?

Ei lainkaan soveltuva

Erittäin soveltuva

|-----|

11. Millaiset valmiudet sinulla on tukea kuntoutujaa osallistumaan tavoitteiden asettamiseen?

Ei lainkaan soveltuva

Erittäin soveltuva

|-----|

12. Mitä muuta haluaisit kertoa hankkeeseen ja sen teemaan liittyen.

---

---

Liite 2a: Tietoinen suostumus tutkimukseen, Keski-Suomen keskussairaala

## SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN

### Tutkimus: Kuntoutujan osallistaminen tavoitteenasettamisprosessiin ja tavoitteiden saavuttamisen arviointiin

Tutkimus toteutetaan Keski-Suomen keskussairaalan vaativan kuntoutuksen osastolla sekä potilaan kotiuduttua hänen kotiympäristössään. Tutkimuksen toteuttavat yhteistyössä Tutkimus- ja kehittämiskeskus GeroCenter ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntoutustoiminnan vastuualue.

Minua \_\_\_\_\_ on pyydetty osallistumaan yllämainittuun tieteelliseen tutkimukseen, jonka tarkoituksena on tarkastella vaativia ja monialaisia kuntoutustarpeita omaavan kuntoutujan osallistamista tavoitteiden asettamiseen ja sisällön suunnitteluun sekä toteutukseen. Olen lukenut ja ymmärtänyt saamani kirjallisen tutkimustiedotteen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta ja sen yhteydessä suoritettavasta tietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta. **Tutkimuksessa kerättävinä taustatietoina ovat ikäni, sukupuoleni, asumistapani ja työtilanteeni.** Tiedotteen sisältö on kerrottu minulle myös suullisesti, minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini.

Tiedot antoi \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_\_. Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani tutkimukseen. Olen saanut riittävät tiedot oikeuksistani, tutkimuksen tarkoituksesta ja sen toteutuksesta sekä tutkimuksen hyödyistä ja riskeistä. Minua ei ole painostettu eikä houkuteltu osallistumaan tutkimukseen.

Ymmärrän, että osallistumisen tähän tutkimukseen on täysin vapaaehtoista. Jos peruutan suostumukseni, minulla on oikeus pyytää, että siihen mennessä kerättyjä tietoja ei käytetä enää tutkimuksessa. Mikäli suostumuksen peruuttamisen sijaan keskeytän tutkimuksen, minusta keskeyttämiseen asti kerättyjä tietoja ja näytteitä käytetään osana tutkimusaineistoa. Tiedän, että tietojani käsitellään luottamuksellisesti **kaikissa tutkimuksen vaiheissa (aineistojen käsittely, säilyttäminen ja raportointi)** eikä niitä luovuteta sivullisille. **Kerättyjä tietoja säilytetään 10 vuotta GeroCenterissä lukituissa tiloissa, jonka jälkeen ne hävitetään tietosuojamateriaalina.**

**Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen ja suostun vapaaehtoisesti tutkimushenkilöksi.**

\_\_\_\_\_  
Tutkittavan nimi ja syntymäaika

\_\_\_\_\_  
Tutkittavan osoite

\_\_\_\_\_  
Päivämäärä ja Allekirjoitus

**Suostumus vastaanotettu**

\_\_\_\_\_  
Tutkijan nimi

\_\_\_\_\_  
Päivämäärä ja allekirjoitus

Liite 2b: Tietoinen suostumus tutkimukseen, Eteva

## SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN

### Tutkimus: Kuntoutujan osallistaminen tavoitteenasettamisprosessiin ja tavoitteiden saavuttamisen arviointiin

Tutkimus toteutetaan Etevan kehitysvammapsykiatrisen yksikön jaksolla sekä kotiuduttuani kotiympäristössäni. Tutkimuksen toteuttavat yhteistyössä Tutkimus- ja kehittämiskeskus GeroCenter, Mikkelin ammattikorkeakoulu ja Eteva ky.

Minua \_\_\_\_\_ on pyydetty osallistumaan yllämainittuun tieteelliseen tutkimukseen, jonka tarkoituksena on tarkastella kuntoutujan osallistamista tavoitteiden asettamiseen ja sisällön suunnitteluun sekä toteutukseen. Olen lukenut ja ymmärtänyt saamani kirjallisen tutkimustiedotteen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta ja sen yhteydessä suoritettavasta tietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta. Tiedotteen sisältö on kerrottu minulle myös suullisesti, minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini.

Tiedot antoi \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_\_. Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani tutkimukseen. Olen saanut riittävät tiedot oikeuksistani, tutkimuksen tarkoituksesta ja sen toteutuksesta sekä tutkimuksen hyödyistä ja riskeistä. Minua ei ole painostettu eikä houkuteltu osallistumaan tutkimukseen.

Ymmärrän, että osallistumiseni on vapaaehtoista. Olen selvillä siitä, että voin keskeyttää tutkimukseen osallistumiseni missä tahansa tutkimuksen vaiheessa ennen sen päättymistä ilman, että siitä koituu minulle mitään haittaa. Voin myös peruuttaa tämän suostumukseni, jolloin minusta kerättyjä tietoja ei käytetä enää tutkimustarkoituksessa. Ymmärrän, että tutkimustietokantaan tallennettuja tietoja ei voida poistaa tutkimuksesta vetäytymisen jälkeen, jos tiedot on jo ehditty analysoida. Tiedän, että tietojani käsitellään luottamuksellisesti eikä niitä luovuteta sivullisille.

### Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen ja suostun vapaaehtoisesti tutkimushenkilöksi.

\_\_\_\_\_  
Tutkittavan nimi ja syntymäaika

\_\_\_\_\_  
Tutkittavan osoite

\_\_\_\_\_  
Päivämäärä ja Allekirjoitus

### Suostumus vastaanotettu

\_\_\_\_\_  
Tutkijan nimi

\_\_\_\_\_  
Päivämäärä ja allekirjoitus

**Liite 3:** Kuntoutujien taustatiedot, Vaativan kuntoutuksen osasto

Nimi: \_\_\_\_\_ Pvm: \_\_\_\_\_

Synt.aika: \_\_\_\_\_

---

**DEMOGRAFISET TIEDOT**

---

Sukupuoli	1 = nainen 2 = mies	<input type="checkbox"/>
Ikä	Ikä (vuosina)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Työtilanne	1 = työssä, opiskelee tai työtön 2 = työkyvyttömyys-eläkkeellä 3 = muu tilanne	<input type="checkbox"/>
Asuminen	1 = yksin 2 = puolison / kumppanin kanssa ja/tai täysi-ikäisten lasten kanssa 3 = puolison / kumppanin ja alaikäisten lasten kanssa 4 = alaikäisten lasten kanssa	<input type="checkbox"/>

---

**DIAGNOOSI/T**

---

Hoito/ kuntoutusjaksoon tuloon vaikuttanut pääasiallinen diagnoosi:

Muut diagnoosit:

Hoito / kuntoutusjakson pääasiallinen syy:

#### Liite 4: Kuntoutujan taustatiedot, Eteva

Nimi: \_\_\_\_\_ Pvm: \_\_\_\_\_  
Synt.aika: \_\_\_\_\_

#### DEMOGRAFISET TIEDOT

Sukupuoli	1 = nainen 2 = mies	<input type="checkbox"/>
Ikä	Ikä (vuosina)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Työtilanne	1 = työssä 2 = opiskelee 3 = käy työkeskuksessa 4 = käy päivätoimintakeskuksessa 5 = muu tilanne, mikä: _____	<input type="checkbox"/>
Asuminen	1 = yksin ilman tukitoimia 2 = tuettu asumismuoto 3 = ohjattu asumismuoto 4 = autettu asumismuoto 5 = vanhempien / sisarusten kanssa	<input type="checkbox"/>

#### DIAGNOOSI/T

Hoito/kuntoutusjaksoon tuloon vaikuttanut pääasiallinen diagnoosi:

\_\_\_\_\_

Muut diagnoosit:

\_\_\_\_\_

Hoito/kuntoutusjakson pääasiallinen syy:

\_\_\_\_\_

#### TUKITOIMET

Mitä apuvälineitä tutkittavalla on käytössä?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mitä muita tuki- tai kuntoutusmuotoja on käytössä?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## Liite 5: Teemahaastattelurunko

Kuntoutujan osallisuus tavoitteen asettamisprosessissa

Kuulluksi tuleminen:

- Miten koit tullessi kuulluksi / miten sinua kuunneltiin? / Miksi et kokenut tullessi kuulluksi? Mitkä tekijät estivät kuulluksi tulemisen?
- Mitkä asiat auttoivat tai ammattilaiset auttoivat siinä? Mikä olisi voinut auttaa / miten ammattilaiset olisivat voineet auttaa sinua / Mitä olisit kaivannut ammattilaisilta?

Mielipiteiden esille tuominen:

- Saitko tuoda omia mielipiteitäsi esille? Voi varmistaa apukysymyksillä esim. miten pystyit tuomaan omia mielipiteitäsi esille?
- Mitkä asiat auttoivat tai ammattilaiset auttoivat siinä? Mikä olisi voinut auttaa / miten ammattilaiset olisivat voineet auttaa sinua/ Mitä olisit kaivannut ammattilaisilta?
- Millä tavoin sinua tilanteessa arvostettiin ja kunnioitettiin ihmisenä?
- Mitkä asiat auttoivat tai ammattilaiset auttoivat siinä? Mikä olisi voinut auttaa / miten ammattilaiset olisivat voineet auttaa sinua / Mitä olisit kaivannut ammattilaisilta?
- Minkälaiseksi koit yleisen ilmapiirin tilanteessa?

Näkemyksen huomioon ottaminen:

- Miten mielipiteitäsi ja toiveitasi huomioitiin tilanteessa? Miten? Mitkä asiat auttoivat oman mielipiteen esille tuomisessa tai mitkä asiat estivät sen?
- Mitkä asiat auttoivat tai ammattilaiset auttoivat siinä? Mikä olisi voinut auttaa / miten ammattilaiset olisivat voineet auttaa sinua / Mitä olisit kaivannut ammattilaisilta?

Päätöksenteossa mukana olo:

- Millä tavoin pohditte eri vaihtoehtoja?
- Mitkä asiat auttoivat tai ammattilaiset auttoivat siinä? Mikä olisi voinut auttaa / miten ammattilaiset olisivat voineet auttaa sinua / Mitä olisit kaivannut ammattilaisilta?
- Miten olit päätöksenteossa mukana?
- Mitkä asiat auttoivat tai ammattilaiset auttoivat siinä? Mikä olisi voinut auttaa / miten ammattilaiset olisivat voineet auttaa sinua / Mitä olisit kaivannut ammattilaisilta?

Vallan ja vastuun jakaminen:

- Miten tavoitekeskustelutilanteessa sinä ja ammattilaiset jaotte valtaa ja vastuuta? / Tuntuiko sinusta, että sinulla oli mahdollisuus tehdä valintoja ja päättää arkeen liittyvistä tavoitteista? / Koitko, että sinulla oli mahdollisuus valita sellaisia tavoitteita, jotka itse koit tärkeiksi?
- Mitkä asiat auttoivat tai ammattilaiset auttoivat siinä? Mikä olisi voinut auttaa / miten ammattilaiset olisivat voineet auttaa sinua / Mitä olisit kaivannut ammattilaisilta?
- Mitkä asiat estivät sinua osallistumista ja tuomasta omia näkemyksiäsi tavoitekeskusteluun?

Arkeen nivoutuvan tavoitteen tunnistaminen

Miten löysitte ammattilaisen kanssa sinun arjessasi esiintyviä ongelmia? / Löysittekö ammattilaisen kanssa sinun arjessasi esiintyviä ongelmia? Jos löysitte, niin miten? Jos ette, niin miksi ette?

Miten sait kerrottua niistä arjen ongelmistasi, joihin toivot ratkaisua/muutosta? Mikä auttoi siinä, että sait kerrottua tai mikä rajoitti, ettet saanut kerrottua arjen ongelmistasi? Mikä olisi voinut auttaa?

Asetit tavoitteeksi tämän ja tämän (näytetään kuntoutujalle kirjoitettua GAS-tavoitetta)

- millä tavoin tavoitteesi liittyvät sinun arkeesi? /
- miten tavoitteet tukevat sinun arkeasi ja siinä ongelmallisiksi kokemiasi asioita?

Mikä auttoi sinua huomaamaan ja kertomaan ne asiat, joihin toivot muutosta/tukea arjessasi?  
Tarkasti määritellyn, mitattavissa olevan, saavutettavissa olevan, realistisen ja aikataulutetun tavoitteen määrittely

SMART, GAS-skaalaus

- Kun teitte tämän asteikon joka tavoitteesta, miten koit sen? (helppo/vaikea)
- Kuinka merkityksellinen tavoite on sinulle itsellesi?
- Uskotko, että saavutat tavoitteen/tavoitteen olevan saavutettavissa puolessa vuodessa?
- Mikä auttoi asteikon laatimisessa ja porrastamisessa?

Tavoitteenasettamista auttavat asiat (koonti)

Olemme nyt keskustelleet tavoitteenasettamisesta ja asioista, jotka auttoivat sinua siinä. Olet kertonut, että sinua auttoi (...).

Onko vielä joitakin muita tekijöitä, jotka auttoivat sinua tai olivat tärkeitä tavoitekeskustelussa?

Onko jotain sellaista, joka esti sinua kertomasta asioista tai tuomasta esille mielipiteitäsi? Mikä olisi auttanut sinua tuomaan esille asioitasi ja mielipiteitäsi?

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

Miten omaisen/läheisen tuki/auttoi sinua tavoitekeskustelussa?

Miten omaisen/läheisen mukanaolo esti sinua osallistumasta tavoitekeskusteluun?

Roolitus tavoitekeskustelussa

Kuka sinun mielestäni vei tilannetta eteenpäin (ammattilainen/-set, itse kuntoutuja, läheinen)?

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

Lopuksi, Onko sinulla vielä jotakin muuta kerrottavaa tavoitekeskustelusta?

Kuntoutujan nimi:

pvm:

Moniammatillisen tiimin haastattelu

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

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

Yleinen kokemus tavoitekeskustelusta

Tunnelmakierros: Miten koit tavoitekeskustelun?

Kuntoutujan osallisuus tavoitteen asettamisprosessissa

Kuulluksi tuleminen:

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

Mielipiteiden esille tuominen:

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

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

Näkemyksen huomioon ottaminen:

- Miten kuntoutuja mielipiteet ja toiveet huomioitiin tilanteessa?
- Mitkä asiat auttoivat ja miten te autoitte kuntoutujaa siinä? Miten olisitte voineet auttaa kuntoutujaa siinä?

Päätöksenteossa mukana olo:

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

Vallan ja vastuun jakaminen:

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

Arkeen nivoutuvan tavoitteen tunnistaminen

Miten löysitte kuntoutujan kanssa hänen arjen ongelmiaan?

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

Kuntoutuja asetti tavoitteeksi tämän ja tämän,

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

Miten autoitte kuntoutujaa huomaamaan ja kertomaan ne asiat, joihin hän toivoi muutosta/ tukea arjessasi?

Miten olisitte voineet tukea kuntoutujaa tuomaan esille arjen ongelmiaan? / Mikä olisi voinut auttaa?

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

SMART, GAS-skaalaus

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

Tavoitteenasettamista auttavat asiat (koonti)

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

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

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

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

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

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

Onko teillä vielä jotakin muuta kerrottavaa tavoitekeskustelusta?

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

**Liite 6:** WHODAS, kuvailevat tunnusluvut (keskiarvot ja -hajonnat) kysymyskohtaisesti sekä muutokset alkutilanteesta lopputilanteeseen

WHODAS 2.0	KS itsearvio			Eteva itsearvio			Eteva läheisen arvio		
	Alku keski-arvo ± -hajonta	Loppu keski-arvo ± -hajonta	P-arvo <sup>a</sup>	Alku keski-arvo ± -hajonta	Loppu keski-arvo ± -hajonta	P-arvo <sup>a</sup>	Alku keski-arvo ± -hajonta	Loppu keski-arvo ± -hajonta	P-arvo <sup>a</sup>
	S1 Seisominen pidempään	2,2 ± 1,4	1,4 ± 1,4	0,04	0,4 ± 0,7	0,9 ± 1,4	0,11	1,5 ± 1,7	0,5 ± 1,3
S2 Kotityöt	2,0 ± 1,2	1,3 ± 1,2	0,02	1,0 ± 1,2	0,7 ± 0,7	0,79	2,1 ± 1,1	1,7 ± 0,8	0,16
S3 Uuden oppiminen	0,9 ± 1,1	1,2 ± 1,2	0,38	0,9 ± 0,7	1,2 ± 1,0	0,62	2,1 ± 1,1	1,6 ± 1,2	0,02
S4 Tapahtumiin osallistuminen	0,9 ± 1,3	1,2 ± 1,1	0,02	1,4 ± 1,3	0,9 ± 1,1	0,09	1,9 ± 1,4	2,0 ± 1,5	0,97
S5 Terveydentilan vaikutus tunteisiin	1,6 ± 1,2	2,4 ± 1,1	0,29	1,7 ± 1,2	1,5 ± 1,5	0,79	3,2 ± 1,1	2,9 ± 0,9	0,36
S6 Keskittyminen	1,1 ± 1,1	0,9 ± 1,2	0,23	0,4 ± 0,7	0,9 ± 1,1	0,02	1,4 ± 1,2	0,9 ± 1,2	0,29
S7 Kävely	2,0 ± 1,5	1,3 ± 1,7	0,34	0,5 ± 0,9	0,3 ± 0,6	0,79	0,7 ± 1,1	0,4 ± 1,0	0,59
S8 Peseytyminen	1,7 ± 1,2	0,9 ± 1,4	0,01	0,5 ± 1,0	0,5 ± 0,5	0,10	0,8 ± 0,9	1,1 ± 1,3	0,04
S9 Pukeutuminen	1,5 ± 1,3	0,9 ± 0,9	0,07	0,5 ± 1,0	0,1 ± 0,3	0,26	0,6 ± 0,8	0,4 ± 1,0	0,37
S10 Kanssakäyminen tuntemattomien ihmisten kanssa	0,5 ± 0,7	0,4 ± 0,7	0,76	1,1 ± 1,1	1,0 ± 1,2	0,95	1,7 ± 1,5	1,4 ± 1,3	0,03
S11 Ihmissuhteiden ylläpito	0,1 ± 0,6	0,6 ± 0,6	0,00	1,0 ± 1,2	1,1 ± 1,1	0,72	2,3 ± 0,9	2,1 ± 1,0	0,25
Kysymysten S1-S12 summapisteiden keskiarvo	15,4 ± 7,1	11,1 ± 8,3	0,02	9,4 ± 5,4	9,1 ± 6,0	0,67	17,8 ± 8,5	14,6 ± 6,8	0,02
WHODAS summapisteet, muutettuna prosentuaaliseksi osuuksiksi <sup>b</sup> %	33 ± 17	25 ± 18	0,02	20 ± 11	19 ± 12	0,67	37 ± 18	30 ± 14	0,02

<sup>a</sup>Wilcoxonin testillä on arvioitu alku- ja lopputilanteen välistä muutosta. Tilastollisen merkitsevyyden rajana on  $p < 0,05$ .

<sup>b</sup>Prosentuaalisten summapisteiden vaihtelu on mahdollista välillä 0-92, kun kysymystä S12 ei ole arvioitu. Tällöin 0 = ei toimintarajoitteita ja 92 = suurin mahdollinen toimintarajoite.

## Liite 7: Sähköinen kysely (Webropol)

Kysely ammattilaisille tavoitteen asettamisen käytännöistä

### 1. Työskentelen

- Keski-Suomen keskussairaalassa
- Eteva ky:ssä

### 2. Mikä on ammattitaustasi

- lääkäri
- sairaanhoitaja
- fysioterapeutti
- toimintaterapeutti
- neuropsykologi
- psykologi
- puheterapeutti
- AAC-työntekijä
- autismikuntoutusohjaaja
- sosiaalityöntekijä
- musiikkiterapeutti
- sosionomi
- lähihoitaja
- kuntohoitaja
- palvelupäällikkö
- liikunnanohjaaja
- kehitysvammaohjaaja
- muu, mikä

### 3. Kuinka pitkään olet toiminut ammatissasi?

\_\_\_\_\_ vuotta

### 4. Kuinka pitkään olet työskennellyt tällä osastolla/yksikössä?

\_\_\_\_\_ vuotta

### 5. Osallistuin hankkeen

- |                 | kyllä                 | en                    |
|-----------------|-----------------------|-----------------------|
| alkuseminaariin | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| työpajaan       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

6. Miten tällä hetkellä osastollasi/yksikössäsi osallistetaan kuntoutujaa kuntoutustavoitteiden laatimiseen?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ei lainkaan ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ erittäin paljon

7. Kuinka tärkeää on kuntoutujan osallistaminen tavoitteiden laadintaan?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ei lainkaan tärkeää ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ erittäin tärkeää

8. Miten tuttu GAS-menetelmä on sinulle?

- En tiedä, mikä on GAS-menetelmä
- Tunnen GAS-menetelmän, mutta en ole käyttänyt sitä itse
- Olen käyttänyt 1-5 kuntoutujan kanssa GAS-menetelmää
- Olen käyttänyt useamman kuin viiden kuntoutujan kanssa GAS-menetelmää

9. Minkälaiseksi koet oman osaamisesi GAS-tavoitteiden laatimisessa?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

en osaa lainkaan ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ osaan erittäin hyvin

10. Kerro kuinka tärkeää on se, että tavoite on...

0 = ei lainkaan tärkeää 10 = erittäin tärkeää

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

S = Yksilöity, yksilöllinen, määritelty ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

M = Mitattavissa oleva ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

A = Saavutettavissa oleva ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

R = Relevantti, merkityksellinen ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

T = Mahdollinen aikatauluttaa ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

11. Kuinka soveltuvaksi koet GAS-menetelmän osastonne/yksikkönne kuntoutujille tavoitteiden asettamisessa?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ei lainkaan soveltuva ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ Erittäin soveltuva

12. Millaiset valmiudet sinulla on tukea kuntoutujaa osallistumaan tavoitteiden asettamiseen?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ei lainkaan valmiuksia ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ erittäin hyvät valmiudet

13. Miten kuntoutujan omat tavoitteet (GAS) ohjaavat tällä hetkellä kuntoutumisprosessia osastolla/yksikössä?

---

---

---

14. Miten kehittäisit osastonne/yksikkönne toimintaa niin, että kuntoutujan osallisuus tavoitteiden asettamisessa lisääntyisi entisestään?

---

---

---

15. Mikä mielestäsi auttaa siinä, että kuntoutujan oma tavoite siirtyy osaksi arjen toimintaa / arjessa kuntoutumista?

---

---

---

16. Mitä muita ajatuksia haluat tuoda esille kuntoutujan osallisuudesta tavoitteen asettamiseen ja tavoitteiden saavuttamiseen?

---

---

---

[Keskeytä]

0 % valmiina