

Elina Niemitalo-Haapola Heta Piirto  
Elisa Heikkinen Tanja Tennilä  
Riikka Kauppila  
Raila Lainio



# GAS-MENETELMÄN SOVELTAMINEN VAATIVASSA LÄÄKINNÄLLISESSÄ PUHETERAPIAKUNTOUTUKSESSA

Kuntoutusta kehittämässä 28 | 2021

## Kirjoittajat

Elina Niemitalo-Haapola, puheterapeutti, yliopistonlehtori, FT  
Oulun yliopisto  
etunimi.sukunimi@oulu.fi

Elisa Heikkinen, puheterapeutti, FM  
Oulun yliopistollinen sairaala  
etunimi.sukunimi@ppshp.fi

Riikka Kauppila, erikoispuheterapeutti, FL  
etunimi.sukunimi@pp.inet.fi

Raila Lainio, erikoispuheterapeutti, FL  
etunimi.sukunimi@gmail.com

Heta Piirto, puheterapeutti, toiminnanjohtaja, FM  
Suomen Puheterapeuttiliitto ry  
etunimi.sukunimi@puheterapeuttiliitto.fi

Tanja Tennilä, puheterapeutti, FM  
Oulun yliopistollinen sairaala  
etunimi.sukunimi@ppshp.fi

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

ISBN 978-952-284-123-0

ISSN 2489-849X

URI <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021051730032>

Helsinki 2021

# Alkusanat

GAS-menetelmän soveltaminen logopedisessä viitekehyksessä on puhututtanut paljon puheterapeuttien ammattikuntaa. Kliinisessä työssä on tunnistettu tarve hankkia GAS-osaamista, ja puheterapeutit ovat osallistuneet aktiivisesti eri tahojen järjestämiin GAS-menetelmäkoulutuksiin. Koulutusten puutteeksi on kuitenkin koettu se, että koulutusten suunnitteluun ja toteuttamiseen on osallistunut vähän, jos ollenkaan, puheterapeutteja. Näin ollen asiakkaiden kielellis-kognitiivisten haasteiden huomioimisesta ja logopedisestä näkökulmasta merkityksellisten tavoitteiden asettamisesta ei ole päästy keskustelemaan koulutuksissa riittävästi. Puheterapeutit ovat kokeneet erittäin vaikeaksi esimerkiksi kielellis-kognitiivisiin taitoihin liittyvien tavoitteiden laatimisen GAS-menetelmän käsikirjan ohjeistuksen mukaisesti.

Puheterapeuttiliiton Pohjois-Pohjanmaan paikallisosasto järjesti syksyllä 2018 koulutuksen GAS-menetelmään liittyen. Kouluttajina toimivat puheterapeutit Elina Niemitalo-Haapola ja Elisa Heikkinen. Koulutuksessa heräsi yhteinen huoli siitä, että menetelmää sovelletaan vaihtelevasti, eikä käsikirjan ohjeistusta noudateta, minkä seurauksena menetelmän luotettavuus kärsii. Näiden pohdintojen innoittamana syntyi ehdotus kehittämishankkeesta ja *GAS-menetelmän soveltaminen vaativassa lääkinnällisessä puheterapiakuntoutuksessa* -hanke sai Kelan rahoituksen vuodelle 2020. Tämä julkaisu on yksi hankkeen tuloksista.

Hankeryhmä kiittää lämpimästi kaikkia kyselyyn vastaajia, työpajaan ja koulutuksiin osallistujia sekä GAS-tavoitteita Puheterapeuttien GAS-ideapankkiin lähettäneitä kollegoita. Lisäksi hankeryhmä kiittää Kelaa tämän hankkeen mahdollistamisesta. Hankkeen aikana olemme päässeet tarkastelemaan sitä, mikä GAS-menetelmän käyttämisessä on haasteellista ja kuinka sen soveltamista voisi kehittää.

Oulussa 21.12.2020

Elina Niemitalo-Haapola, Elisa Heikkinen, Riikka Kauppila, Raila Lainio, Heta Piirto ja Tanja Tennilä

# Sisältö

Tiivistelmä.....	5
1 Tausta.....	6
1.1 Puheterapia .....	6
1.2 Hyvä kuntoutuskäytäntö.....	7
1.3 GAS-menetelmä.....	8
1.4 GAS-menetelmä logopedisessä viitekehyksessä.....	12
2 Tavoitteet ja niiden toteutuminen.....	14
3 Toteuttajat .....	15
4 Menetelmät, työskentelytavat ja sisällöllinen kuvaus .....	15
5 Hankkeen toteuttaminen ja tulokset .....	16
5.1 Kyselyn tulokset.....	17
5.1.1 Tilastolliset yhteydet.....	24
5.1.2 GAS-prosessia tukevat ja estävät seikat.....	25
5.2 Koulutukset.....	28
5.2.1 Koulutusten sisältö .....	28
5.2.2 Koulutus palaute.....	31
5.3 Puheterapeuttien GAS-ideapankki .....	31
5.4 Kehittämisprosessin arviointi.....	32
6 Tulosten soveltaminen käytäntöön.....	33
7 Pohdinta.....	34
7.1 Kyselyn tulokset.....	34
7.2 GAS-menetelmä logopedisessä viitekehyksessä -koulutukset.....	39
7.3 Puheterapeuttien GAS-ideapankki .....	40
7.4 Jatkokehitys- ja tutkimusideat.....	41
8 Johtopäätökset ja suositukset.....	42
Lähteet.....	44
Liiteluettelo.....	48

## Tiivistelmä

Tutkimushankkeen tavoitteena oli tarkastella ja kehittää Goal Attainment Scaling (GAS) -menetelmän käyttöä vaativassa lääkinnällisessä puheterapiakuntoutuksessa. Tutkimushankkeen aikana kerättiin kokemuksia ja mielipiteitä puheterapeuteilta sähköisellä kyselylomakkeella. Kyselyyn vastasi 296 puheterapeuttia, jotka kuntouttavat Kelan vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen asiakkaita. Kyselyssä havaittiin, että puheterapeutit käyttivät GAS-prosessiin paljon aikaa ja kokivat GAS-menetelmän käytön vaikeaksi. Suuri osa vastaajista koki tekevänsä GAS-tavoitteita ensisijaisesti Kelaa varten. Laadullisessa teema-analysissä nousi esiin GAS-menetelmän käyttöä tukevinä tekijöinä asiakkaaseen, hänen perheeseensä ja läheisiin sekä kuntoutussuunnitelmaan liittyviä tekijöitä. Toisaalta GAS-menetelmän käyttöä haittaavina seikkoina nousi esiin mitattavuuden ja asteikollisuuden haasteet, ajanpuute ja aikataulujen yhteensovittamisen haasteet sekä kuntoutuksen tarkkojen tulosten ennakoinnin vaikeus. Hankkeen päätapahtumia olivat puheterapeuteille suunnatut "GAS-menetelmä logopedisessä viitekehyksessä" -koulutustilaisuudet, joissa oli yhteensä 258 osallistujaa. Koulutusten tavoitteena oli lisätä puheterapeuttien osaamista GAS-menetelmän soveltamisessa ja siten parantaa menetelmän luotettavuutta. Koulutuksista tehtiin koulutustallenne Kelan Youtube-kanavalle. Lisäksi hankkeen aikana kerättiin erilaisia nimettömiä GAS-tavoitteita asteikkoineen ja niistä muodostettiin Puheterapeuttien GAS-ideapankki. Jatkossa on tärkeä huolehtia GAS-menetelmän soveltamisen yhdenmukaisuudesta, tuoda Kelan asiakkaille tietoa GAS-prosessista sekä löytää aikaa GAS-menetelmän mukaisten tavoitteiden laatimiselle.

**Avainsanat:** GAS-menetelmä, puheterapia, kuntoutus, lääkinnällinen kuntoutus, vaikuttavuus, tavoitteet

# 1 Tausta

Kuntoutus on tavoitteellista toimintaa, johon sekä asiakas että kuntouttaja sitoutuvat. Kuntoutussuunnitelma, asiakkaan tarpeet, käytettävissä olevat resurssit sekä kuntoutukselle laaditut tavoitteet ohjaavat kuntoutuksen toteuttamista. Tavoitteita voidaan laatia erilaisia menetelmiä hyödyntäen joko päämäärätavoitteiden tyyppisiksi, jotka kuvaavat kuntoutuksen päämääränä olevaa taitoa, kykyä tai tapahtumaa tai prosessitavoitteiden tyyppisiksi kuvastamaan niitä asioita, joita asiakas ja/tai hänen lähipiirinsä tekevät kuntoutusjakson aikana (Grant ja Ponsford 2014). Yksi kuntoutuksen tavoitteiden asettamisen menetelmistä on Goal Attainment Scaling (GAS), jonka käyttö puheterapia-asiakkaiden kanssa on alkanut Suomessa vuonna 2010 ja on tullut pakolliseksi Kelan kustantaman vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen kaikille asiakkaille vuoden 2019 alusta alkaen (Sukula ja Vainiemi 2016; Kela 2019).

Vaativa lääkinnällinen kuntoutus on Kelan järjestämis- ja kustannusvastuulla. Vaativa lääkinnällinen kuntoutus on Kelan järjestämis- ja kustannusvastuulla. Kokonaiskustannukset kuntoutuksen osalta olivat vuonna 2020 yhteensä 370 915 820 euroa (Kelasto-tietokanta 2021). Tästä vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen osuus oli 194 miljoonaa euroa, josta puheterapian osuus oli 57 611 912 euroa. Puheterapian osuus vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen kokonaiskustannuksista on merkittävä, joten puheterapeuttisen kuntoutuksen vaikuttavuudesta on tärkeä saada monipuolista näyttöä. Asiakkaan kuntoutustarpeen arviointi, päätavoitteiden asettelu ja toteutetun kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointi toteutuvat jo nyt moniammatillisen työryhmän kuntoutussuunnitelmatyössä. Sen lisäksi Kelalla on tarve osoittaa vaikuttavuutta yhteiskunnan päättäjien suuntaan. GAS-menetelmän käyttöönotto pyrkii osaltaan vastaamaan tähän toiveeseen.

## 1.1 Puheterapia

Puheterapia on lääkinnällistä kuntoutusta, jonka tavoitteena on poistaa, lieventää ja ehkäistä ennalta vuorovaikutukseen, kieleen, puheeseen, ääneen sekä syömiseen ja nielemiseen liittyviä häiriöitä, joita esiintyy useissa kehityksellisissä häiriöissä, sairauksissa ja sairauksien jälkitiloissa (Suomen Puheterapeuttiliitto 2019). Puheterapia on tavoitteellista toimintaa, jonka tarkoituksena on parantaa yksilön toimintakykyä, jotta mahdollisimman itsenäinen ja täysivaltainen osallistuminen arjen toimintoihin olisi mahdollista vaikeuksista huolimatta. Ympäristötekijöihin vaikuttaminen ja ympäristön osallistaminen mukaan

kuntoutukseen on keskeinen osa puheterapeuttista kuntoutusta, sillä vuorovaikutus tapahtuu aina yhdessä toisten kanssa.

Puheterapeuttisen kuntoutuksen vaikuttavuutta on tutkittu kansainvälisesti (ks. esim. kehityksellisen kielihäiriön kuntoutuksesta Miettinen ym. 2016 ja Käypä hoito -suositus 2019) ja kuntoutustoimista on todettu olevan hyötyä asiakkaalle. Puheterapian hyötysuhteen on laskettu olevan 1:6,43, joten kuntoutukseen panostaminen on yhteiskunnallisesti tarkastellen järkevää (Marsh ym. 2010). Puheterapian kuntoutustutkimuksista saadaan vähitellen yhä enemmän tietoa eri kuntoutusmenetelmien vaikuttavuudesta ja soveltuvuudesta eri asiakasryhmille sekä interventioiden sopivasta terapiamääräannostelusta.

## 1.2 Hyvä kuntoutuskäytäntö

Hyvässä kuntoutuksessa otetaan huomioon asiakkaan tarpeet, voimavarat ja henkilökohtaiset ominaisuudet, hänen läheistensä tarpeet ja voimavarat, asiakkaan ympäristön muutostarpeet ja mahdollisuudet sekä käytettävissä olevat resurssit (Paltamaa ym. 2011). Kuntoutusta suunniteltaessa on huomioitava käytettävissä oleva tutkimustieto interventioiden vaikuttavuudesta sekä tehtävä kliininen arvio asiakkaan muutostarpeesta ja -mahdollisuuksista.

Tavoitteiden asettaminen on keskeinen osa kuntoutusprosessia. Hyvä tavoitteiden asettaminen ja tavoitteiden saavuttamiselle asetettu aikataulu edistävät asiakkaan motivoitumista ja sitoutumista kuntoutukseen (Tuulio-Henriksson ja Härkäpää 2015; Karhula ym. 2016; Alanko ym. 2017). Jo tavoitteen asettaminen itsessään voi tukea kuntoutumista, ohjata toimintaa ja edesauttaa tavoitteiden saavuttamista (Schlosser 2004; Grant ja Ponsford 2014; Herdman ym. 2018; Sipari ym. 2019). Tutkimuksissa on todettu, että terapeuttien asettamat kuntoutuksen tavoitteet ja kuntoutuksen aikataulu eivät ole kuitenkaan asiakkaalle aina selvillä (Worrall ym. 2011; Hersh ym. 2012; Berg ym. 2017), joten asiakkaan kanssa yhteisesti tehtyihin tavoitteisiin tulee kiinnittää erityistä huomiota.

Hyvä tavoite on yksilöllinen (*specific*), mitattavissa (*measurable*), saavutettavissa (*achievable*), merkityksellinen (*reasonable*) ja mahdollinen aikatauluttaa (*timeable*) eli niin sanotun SMART-säännön mukainen (Autti-Rämö ym. 2016). Tavoitteen tulee olla asiakkaalle selkeä, tunnistettava, merkityksellinen ja realistinen. Ammattilaisen tehtävä on huolehtia tavoitteen realistisuudesta ja siitä, että kyseisellä terapiamu-

dolla ja käytettävissä olevilla resursseilla on mahdollista tämä tavoite saavuttaa. Toisaalta asiakkaan näkökulmasta merkitykselliset tavoitteet voivat ylläpitää myös itsenäisiä kuntoutusta edistäviä toimia myös kuntoutusjakson jälkeen (Escher ym. 2018). Asetetut tavoitteet määrittelevät osaltaan kuntoutuksessa käytettäviä menetelmiä.

### 1.3 GAS-menetelmä

Kiresuk ja Sherman laativat GAS-menetelmän alun perin mielenterveyskuntoutujien tavoitteiden asettamiseen (Kiresuk ym. 1994). Heidän mukaansa GAS-menetelmän avulla voidaan tarkastella yksilöllisesti kuntoutuksen aikana tapahtuneita muutoksia. Menetelmän käyttö on laajentunut kansainvälisesti myös muille kuntoutuksen osa-alueille (ks. esim. Krasny-Pacini ym. 2013).

GAS-menetelmässä asiakas laatii itselleen tavoitteet terapeutin tuella kuntoutusjakson ajaksi (Krasny-Pacini ym. 2013; Sukula ja Vainiemi 2016). Tavoitteiden toteutumista kuvaamaan valitaan indikaattori, jolla tapahtunutta muutosta voidaan arvioida. Jakson alussa laaditaan indikaattorille viisiportainen asteikko, jonka muodostamiseksi terapeutti pyytää asiakasta kuvaamaan eritasoisia kuntoutuksen mahdollisia lopputuloksia (taulukko 1, s. 9). Kansainvälisessä kirjallisuudessa tasoja kuvaamaan käytetään usein lukuarvoja  $-2$ ,  $-1$ ,  $0$ ,  $1$  ja  $2$ . Suomessa Kelan GAS-prosessissa käyttämässä Omat tavoitteeni -kaavakkeessa nämä numeeriset tasot on avattu sanalliseen muotoon. Oleellinen osa GAS-prosessia on myös kuntoutuksen toimista sopiminen sekä asiakkaan että terapeutin näkökulmista. Lisäksi sovitaan myös siitä, milloin ja miten tavoitteiden saavuttamista arvioidaan. Arvioinnin yhteydessä voidaan laskea tavoitteiden saavuttamisen tasoa kuvaavat t-lukuarvot, joiden avulla ajatellaan olevan mahdollista arvioida myös kuntoutuksen vaikuttavuutta.



**Taulukko 1.** Esimerkkiasiakkaalle GAS-menetelmän mukaan laadittu tavoite, sitä kuvaava indikaattori ja sen asteikko, tavoitteen saavuttamiseksi sovitut toimenpiteet ja tavoitteen saavuttamisen arvioinnin kuvaus.

<b>GAS-tavoite, indikaattori, tavoitteen tasot, toimenpiteet ja arviointi</b>	<b>Esimerkki</b>
Tavoite	Pystyn ilmaisemaan omat toiveeni ja haluni (puheella, viittomilla, kansiosta tai tietokoneelta kuvista näyttämällä) niin, että vieraampikin keskustelukumppanini sen ymmärtää.
Indikaattori	Oman tahdon ilmaiseminen ymmärrettävästi arjen eri kommunikointitilanteissa
Selväsi odottamaani matalampi (-2)	En pysty harjoitustilanteessa kysyttäessä ilmaisemaan haluani/toivettani niin selkeästi, että keskustelukumppanini sen ymmärtäisi.
Jonkin verran odottamaani matalampi (-1)	Pystyn harjoitustilanteissa kysyttäessä ilmaisemaan haluni/toiveeni niin selkeästi, että keskustelukumppanini sen usein miten ymmärtää.
Tavoitetaso (0)	Pystyn toistuvissa arkitilanteissa kysyttäessä ilmaisemaan haluni/toiveeni niin selkeästi, että keskustelukumppanini sen usein miten ymmärtää
Jonkin verran odottamaani korkeampi (+1)	Pystyn harvemmin tapahtuvissa arkitilanteissa kysyttäessä ilmaisemaan haluni/toiveeni niin selkeästi, että keskustelukumppanini sen usein miten ymmärtää.
Selvästi odottamaani korkeampi (+2)	Pystyn uusissa tilanteissa kysyttäessä ilmaisemaan haluni/toiveeni niin selkeästi, että keskustelukumppanini sen usein miten ymmärtää.
Sovitut toimenpiteet	Puheterapia 1–2 kertaa viikossa, puheterapiasta osa toteutetaan yksilöterapiana, osa ryhmässä ja taitoja mallitetaan yhteisölle. Terapiasta välitehtävät kotiin, millä tuetaan taitojen siirtymistä arkeen. Vanhempi huolehtii kommunikoinnin apuvälineet mukaan päiväkotiin. Päiväkodissa oma aikuinen huolehtii, että kommunikoinnin apuvälineet ovat käytettävissä ja joka päivä on tilanteita, joissa kommunikointia ja apuvälineen käyttöä motivoidaan. Ohjataan lähiaikuisia kuvien ja viittomien käytön sinnikkääseen mallittamiseen.
Arviointi	Kuntoutusjakson päättyessä yhdessä lähi-ihmisten kanssa.

GAS-menetelmän ajatellaan kuvaavan ennen kaikkea asiakkaan toimintakyvyssä tapahtuvaa muutosta (Schlosser 2004). GAS-prosessissa voidaan hyödyntää myös Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen eli ICF-luokituksen näkökulmaa ja asettaa tavoitteita joustavasti niin kehon toimintojen kuin aktiviteetin tai osallistumisen näkökulmista (Schlosser 2004; Alanko ym. 2017). Parhaimmillaan GAS-tavoitteet nousevat asiakkaan arjesta ja ovat siksi mielekkäitä (Grant ja Ponsford 2014). Huolellisesti toteutettu GAS-prosessi osallistaa asiakasta ja tekee tavoitteista realistisia (Krasny-Pacini ym. 2013 ja 2016). Steenbeek ym. (2007) toteavat, että GAS-menetelmä palvelee lasten kuntoutusta, sillä se korostaa asiakasnäkökulmaa, selkeitä tavoitteita ja kuntoutuksen painopisteiden määrittelyä. GAS-tavoitekeskustelun itsessään voidaan ajatella toimivan terapeuttisena työkaluna asiakkaan ja lähiyhteisön osallistamisen lisäämiseksi, kun pohditaan toivottavaa ja todennäköistä kuntoutusprosessin

tulosta ja niitä keinoja, joilla niihin päästään (Ahl ym. 2005; Evans 2012). Käytännön työssä tämä näkyy esimerkiksi niissä tilanteissa, joissa asiakkaan ja/tai lähiympäristön toivetaso ja asiakkaan lähtötason välinen ero on suuri. GAS antaa tällaiseen tilanteeseen terapeutin työstämisen työkalun. Parhaimmillaan GAS-ajattelu tavoittaakin hyvin asiakasnäkökulman lisäksi myös moniammatillisen yhteistyön periaatteet.

GAS-menetelmän positiiviseksi puoliksi on koettu menetelmän sensitiivisyys, eli sen avulla voidaan herkästi tunnistaa toimintakyvyssä ja osallistumisen tasolla tapahtunut muutos, jota ei välttämättä saa esille muilla mittareilla (Schlosser 2004; Steenbeck ym. 2007; Krasny-Pacini ym. 2013; Grant ja Ponsford 2014; Finch ym. 2019). Tätä on selitetty GAS-tavoitteiden ja kuntoutuksen kohdentamisella asiakkaalle henkilökohtaisesti tärkeisiin ja asiakkaan itsemäärittelemiin muutostoiveisiin (Grant ja Ponsford 2014). Lisäksi GAS-menetelmän reliabiliteettiä ja arvioitsijoiden välistä yhdenmukaisuutta pidetään kohtalaisen hyvänä (ks. esim. Schlosser 2004; Steenbeck 2010; Krasny-Pacini ym. 2013 ja 2016), riippuen siitä kuinka objektiivisesti muutos pystytään kuvaamaan (Malec 1999). GAS-menetelmän hyvänä puolena voidaan pitää myös sitä, että se on sovelluskelpoinen riippumatta asiakkaan lähtötasosta tai toimintakyvyn muutoksen määrästä, koska sen avulla mitataan aina yksilölle laadittua odotettavissa olevaa muutosta (Schlosser 2004). Lähtötason määrittely ja asiakkaan toivoman muutostavoitteen kielellistäminen realisoivatkin asiakkaalle motivoivasti ja konkreettisesti hänen kuntoutusprosessiaan (Grant ja Ponsford 2014).

GAS-menetelmään ja sen käyttämiseen liittyy myös haasteita. Sen puutteiksi on tunnistettu realismin puute ja tavoitetason määrittelyn vaikeus (Schlosser 2004; Bouwens ym. 2009; Autti-Rämö ym. 2016). Käytännössä tavoitteet voivat siis olla epärealistisia, eikä niitä pystytä saavuttamaan asiakkaan, terapeutin, asiakkaan lähiympäristön, resurssien, aikataulun tai kuntoutusmenetelmien näkökulmasta (Tuomi 2014). Tavoitetaso voi olla liian matala tai korkea (Kelly ym. 2019) tai tavoitetaso voi vaihdella eri ryhmien välillä (Ruble ym. 2012). Tavoitteen muotoilussa joudutaan määrittelemään odotettavissa oleva muutoksen määrä, johon vaikuttavat terapeutin ennustamistaidon (Krasny-Pacini ym. 2017) ja asiakkaan ja lähiympäristön toiveiden lisäksi myös monet kontrolloimattomat väliin tulevat muuttajat (Steenbeck ym. 2007; Kelly ym. 2019). Lisäksi GAS-tavoitteiden huolelliseen laatimiseen menee aikaa, mikä on yksi keskeinen huomioitava seikka menetelmän käytössä (Schlosser 2004; Steenbeck ym. 2008; Tuomi 2014; Grant ja Ponsford 2014; Sipari ym. 2019). Ajan tarve vaihtelee eri potilasryhmien välillä, se on yhteydessä sairauden tai vamman piirteisiin ja niiden vaikutuksiin asiakkaan toimintakykyyn (Bouwens ym. 2009; Tuomi 2014). Vaikka puheterapeutit pitävät vaikuttavuuden arviointia erittäin merkityksellisenä

Arnold ym. 2020), he ovat myös kliinisessä työssään todenneet GAS-menetelmän vievän paljon aikaa ja vaativan paljon menetelmäkoulutusta luotettavan tuloksen saamiseksi (Finch ym. 2019; Arnold ym. 2020). Lisäksi GAS-ajatteluun keskeisesti kuuluvaa asiakkaan omaa aktiivista osallistumista (Autti-Rämo ym. 2016) voi olla vaikeaa toteuttaa silloin, kun asiakas on pieni lapsi tai asiakkaalla on laajoja kielellis-kognitiivisia haasteita. GAS-tavoitteiden saavuttaminen saattaa jäädä sitä heikommaksi, mitä vaikeavammaisemmista asiakkaista on kysymys (Steenbeek ym. 2007). Asiakkaan odotettua nopeampi kuntoutuminen puolestaan saattaa näkyä tavoitetason ylittävänä GAS-tavoitteiden saavuttamisena ja siten suurempina t-lukuarvoina, minkä voidaan ajatella osittain selittyvän vaikeudella ennustaa epätyypillisen kehityksen nopeutta ja skaalata asteikkoa yksilöllisesti (Palisano ym. 1992).

GAS-menetelmän reliabiliteetti eli luotettavuus ja toistettavuus sekä validiteetti eli tarkkuus ja pätevyys riippuvat monesta tekijästä. GAS-menetelmän käyttäminen vaatii hyvän koulutuksen ja riittävästi harjoittelua, jotta GAS-menetelmää voidaan käyttää yhteneväisesti ja asiakkaan kannalta mielekkäästi (Schlosser 2004). GAS-menetelmän reliabiliteettiin ja validiteettiin vaikuttaa huomattavasti se, osataanko tavoitteet laatia menetelmän vaatimusten mukaisiksi (esim. yksi indikaattori, tasavälinen asteikko, mitattavissa olevan ilmiön tunnistaminen, ks. Schlosser 2004; Krasny-Pacini ym. 2016; Sukula ja Vainiemi 2016). Toisaalta GAS-menetelmän sisäinen validiteetti on kyseenalainen ja voi olla vaikea vertailukelpoisesti arvioida, kuvaako valittu indikaattori tavoitetta riittävän tarkasti. Siksi terapian vaikuttavuudesta on vaikea tehdä syy-seuraus-tyyppisiä päätelmiä GAS-menetelmän perusteella (Simeonsson 1991; Schlosser 2004). Lisäksi GAS-menetelmästä ei ole tiedossa spesifisyyteen liittyvää tutkimustietoa, eli esimerkiksi tarkastelua, onko valittu oikeita indikaattoreita kuvaamaan oikeita tavoitteita tai pystyvätkö laaditut asteikot kuvaamaan toiminnassa tapahtuvaa muutosta (Schlosser 2004). GAS-menetelmän sosiaalinen validiteetti on hyvä, sekä asiakkaat että eri terapiamuotojen terapeutit hyväksyvät sen mielellään kuntoutuksessa käytettäväksi työkaluksi (Steenbeek ym. 2007).

Steenbeek ym. (2007) nostavat esille myös ICF:n eri tasojen tavoitteiden vertailun vaikeuden reliabiliteetin kannalta. Kehon toimintoja kuvaava muutos, joka on yleensä terapeuttilähtöinen tavoite, on reliabiliteetiltään usein parempi GAS-tavoite kuin asiakkaan arjen toimintakyvyn laaja-alaisempi aktiviteetin tai osallistumisen tason monimuuttujainen tavoite. Asiakkaat itse määrittelevät häiriötason tavoitteita ja ovat niiden toteutumiseen tyytyväisempiä kuin aktiviteetin ja osallistumisen tason tavoitteisiin (Rice ym. 2017). Ahlin ym. (2005) tutkimuksessa puolestaan suurin osa asiakkaiden itse muodostamista tavoitteista kohdentui aktiviteetin osa-alueelle. Ongelmallista tavoitteiden asettamisesta kuntoutukselle on osin

myös se, että jopa itse tavoitteen määritelmä on monitahoinen; kuinka saadaan kohtaamaan ammattilaisen häiriösidonnaisuus asiakkaan haluihin ja toiveisiin niin, että se johtaa asiakkaan voimaannuttamiseen (Hersh ym. 2012). SMART-tyyppinen tavoitteiden asettelu vaatii asiakkaan ajattelun ”kouluttamista” terapeutin näkökulman suuntaan (Plant ym. 2016). GAS-menetelmän käytettävyyttä haastaa myös se, että kuntoutuksen tavoitteiden painopistealueiden on havaittu muuttuvan kuntoutuksen edetessä (Plant ym. 2016).

GAS-menetelmä mahdollistaa periaatteessa erilaiset luokittelut, tavoitteiden ja yksilön vertailun ja sitä pidetään käyttökelpoisena populaatioiden, interventioiden ja alojen vertailuun (Schlosser 2004; Krasny-Pacini ym. 2013; Grant ja Ponsford 2014). Vaikuttavuustutkimuksessa GAS-menetelmällä onkin saatu rohkaisevaa, vaikka vielä näytönasteeltaan heikkoa näyttöä lasten kuntoutuksen vaikuttavuudesta (Harpster ym. 2019). Mikäli GAS-menetelmää halutaan käyttää kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnissa, on ehdottomasti varmistuttava samankaltaisten, riittävän tiukkojen menetelmän käyttöön liittyvien ehtojen toteutumisesta, kuin mitä tutkimuskäyttöön on suositeltu (Krasny-Pacini ym. 2016; Harpster ym. 2019). Terapeuttien yhdenmukaiseen GAS-menetelmän käyttöön on kiinnitettävä erityistä huomiota, jotta vertailusta saadut t-lukuarvot olisivat keskenään vertailukelpoisia. T-lukuarvojen käyttöön liittyy ongelmia, jotka on tärkeä tunnistaa menetelmää käytettäessä. On havaittu, että t-lukuarvojen käyttäminen voi vaikuttaa validiteettiin siitä näkökulmasta, että t-lukuarvot muodostuvat monen eri GAS-tavoitteen perusteella (Steenbeek ym. 2007). Mikäli yksilön GAS-tavoitteet eivät liity toisiinsa, vaan kuvaavat toisiinsa liittymättömien osa-alueiden kuntoutumista, muutokset voivat olla joko samansuuntaisia tai erisuuntaisia. Lisäksi validiteetin kannalta ongelmallista on ryhmätason vertailu t-lukuarvoilla, koska GAS-asteikot ovat luonteeltaan parhaimmillaankin järjestysasteikollisia ja siksi niiden tilastollinen vertailu tulisi toteuttaa parametrittömillä menetelmillä (Malec 1999). Steenbeek ym. (2007) toteavatkin, että virheellisyys t-lukuarvojen tilastollisissa taustaoletuksissa on GAS-menetelmän suurin ongelma ja t-lukuarvojen käyttö olisi syytä lopettaa.

## 1.4 GAS-menetelmä logopedisessä viitekehyksessä

Kansainvälisiä tutkimuksia GAS-menetelmän mukaisten tavoitteiden laatimisesta puheterapiakuntoutujille on varsin vähän. Monessa logopediaan liittyvässä tutkimuksessa GAS-tavoitteet ovat olleet vain yksi tutkimuksen mittareista eikä GAS-prosessia varsinaisesti ole käsitelty logopedisestä näkökulmasta

(ks. esim. Gaines ja Gaboury 2004; Evans-Rogers ym. 2015; Calculator 2016; Behn ym. 2019; Finch ym. 2017 ja 2019). Osaltaan tutkimusten vähäisyys logopedisessä viitekehyksessä voi johtua siitä, että kielellis-kognitiiviset vaikeudet vaikeuttavat myös GAS-prosessin toteuttamista (Sallinen ym. 2015). Monissa tutkimuksissa on jopa systemaattisesti jätetty tarkastelun ulkopuolelle sellaiset asiakkaat, joilla on kielellis-kognitiivisia haasteita (Plant ym. 2016), sillä GAS-menetelmän soveltaminen on koettu sellaisten asiakkaiden kohdalla haasteelliseksi. Vaikka GAS-menetelmän pitäisi olla asiakaslähtöinen, Arnoldin ym. (2020) tutkimuksessa nousi vahvasti esiin puheterapeuttien kokemus GAS-menetelmän puheterapeut-tijohtoisuudesta. Tämän ajateltiin johtuvan siitä, että esimerkiksi afasiassa asiakkaan kielellis-kognitiiviset taidot ovat rajoittuneet ja siksi puheterapeutin rooli usein on erityisen keskeinen tavoitteita määrittäessä. Lisäksi kommunikoinnin osa-alueella tavoitetaso määrittely on koettu hankalaksi ja se on onnistunut vain 40 %:ssa määritellyistä tavoitteista, vaikka asteikon laati terapeutti (Kelly ym. 2019).

Puheterapeutit ovat etsineet erilaisia tapoja GAS-keskustelun onnistumiseen sellaisten asiakkaiden kanssa, joilla on kielellis-kognitiivisia vaikeuksia. Afaattisten henkilöiden osallistamista tavoitteiden asettamisen prosessiin on pyritty tukemaan muokkaamalla tavoitekeskustelun kommunikointistrategioita (Scobbie ym. 2013). Brown ym. (2020) ovat tehneet tavoitekeskusteluja varten esteettömän kommunikoinnin ja tavoitteen asettelun helpottamiseksi suositukset, jotka perustuvat kuntoutushenkilöstön koulutukseen kommunikoinnin tukistrategioiden käyttöön ja ajan antamiseen. Kucheria ym. (2020) puolestaan kokeilivat luoda puheterapeuttien työkaluksi eGAS-sovelluksen, jossa GAS yhdistettiin motivoituneen haastattelun periaatteisiin sekä mobiiliteknologiaan. Murphy ym. (2012) yhdistivät keskustelumaton (Talking Mats<sup>®</sup>) käyttämisen ICF-näkökulmaan, ja sen käyttöä on hyödynnetty myös Suomessa (Railosvuo 2016). KESY – keskustelu symbolein on myös kehitteillä kouluikäisten lasten osallistamiseksi HOPS/HOJKS- ja kuntoutuskeskusteluun.

GAS-menetelmän on esitetty olevan soveltuva traumaattisesta aivovammasta kärsivien henkilöiden sosiaalisen kommunikoinnin kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnissa (Finch ym. 2019). Tutkimuksessa saatiin esiin muutos juuri GAS-tavoitteiden avulla, vaikka muilla mittareilla muutosta tutkittavien suorituksissa ei näkynyt. Tämän ajateltiin johtuvan toisaalta yksilöllisestä tavoitekeskustelusta, jonka merkitys kuntoutuksen kohdentamisessa sekä motivaation tukemisessa ajateltiin merkittäväksi. Lisäksi puheterapeutti sai tavoitekeskustelussa arvokasta tietoa siitä, millaisiin arkipäivän haasteisiin kuntoutusta tulisi kohdentaa. Hyvin laadittu GAS-asteikko huomioi osittaisetkin muutokset osallistumisessa tai toimintakyvyssä ja tekee näkyväksi puheterapiassa tapahtunutta kuntoutumista (Schlosser 2004; Finch ym.

2019). Puheterapiassa käyvien lapsiasiakkaiden vanhemmat puolestaan kokivat, että GAS-menetelmä auttaa heitä ymmärtämään lastensa terapian tavoitteita ja terapiaprosessia (Gaines ja Gabory 2004).

Vaikka Suomessa on jo vuosia koulutettu lääkinällisen kuntoutuksen ammattilaisia GAS-menetelmän käyttämiseen, logopedistä näkökulmaa indikaattorien määrittelyyn ja valintaan sekä asteikon laatimiseen on ollut niukasti tarjolla. Tätä tietoa kuitenkin tarvitaan puheterapeuttien yhteisten käytänteiden luomiseksi, mikä puolestaan tukee GAS-menetelmän validiteettia ja reliabiliteettia. Parhaimmillaan GAS-menetelmän avulla voidaan sitouttaa ja motivoida asiakasta kuntoutukseen sekä kehittää ja yhtenäistää puheterapeuttisen kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointia. Tarvitaan kuitenkin lisää tietoa siitä, miten suomalaiset puheterapeutit kokevat GAS-menetelmän käyttämisen sekä sen vahvuudet ja heikkoudet.

## 2 Tavoitteet ja niiden toteutuminen

Hankkeen tavoite oli GAS-menetelmän soveltamisen kehittäminen osana puheterapeuttista tavoitteen asettelua ja kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointia. Lisäksi haluttiin tarkastella ja syventää ammattikunnan osaamista GAS-menetelmän soveltamiseen puheterapeuttisessa tavoitteenasettelussa. Kolmas hankkeen tavoite oli lisätä GAS-menetelmän luotettavuutta yhtenäistämällä puheterapeuttien tapoja käyttää menetelmää.

Hankkeessa kartoitettiin puheterapeuttien GAS-osaamista ja näkemyksiä menetelmän soveltamisesta sähköisellä kyselyllä keväällä 2020. Näin saatiin kattava kuva niistä GAS-menetelmän piirteistä, jotka puheterapeutit kokevat prosessia tukeviksi tai sitä estäviksi asioiksi. Hankeryhmä perehtyi kattavasti aiheesta julkaistuihin oppikirjoihin ja tieteellisiin tutkimuksiin. Tämän lisäksi järjestettiin yksi alueellinen GAS-työpaja. Näiden pohjalta koottiin jo toteutuvia hyviä toimintatapoja puheterapeuteille suunnatun GAS-koulutuksen pohjaksi. Syksyllä 2020 järjestettiin etäyhteydellä kaksi samansisältöistä koulutusta, joista tehty kooste on julkaistu Kelan Youtube-kanavalla. Lisäksi sama koulutus tarjottiin valtakunnallisesti kaikille maisterivaiheessa oleville logopedian opiskelijoille. Näiden koulutusten esittelemien käytänteiden ja linjanvetojen tavoitteena on yhtenäistää ammattikunnan GAS-käytänteitä. GAS-menetelmästä ja hankkeesta kirjoitetaan myös artikkeli Puheterapeutti-lehteen.

Puheterapeuttien tapoja käyttää GAS-menetelmää yhtenäistettiin myös keräämällä puheterapeuteilta hankkeen aikana GAS-tavoitteita asteikkoineen. Tavoitteet ja asteikot korjattiin Kelan GAS-käsikirjan ohjeiden mukaisiksi ja niistä koottiin Puheterapeuttien GAS-ideapankki.

### 3 Toteuttajat

Oulun yliopiston humanistisen tiedekunnan logopedian tutkimusyksikkö oli päävastuussa hankkeen toteuttamisesta. Vastuututkijana toimineen FT, yliopistonlehtori, puheterapeutti Elina Niemitalo-Haapolan lisäksi hankkeessa työskenteli hankeryhmä, johon kuuluivat

- FM, puheterapeutti Elisa Heikkinen (Oulun yliopistollinen sairaala, lapset ja nuoret)
- FL, erikoispuheterapeutti Riikka Kauppila (yksityinen ammatinharjoittaja)
- FL, erikoispuheterapeutti Raila Lainio (yksityinen ammatinharjoittaja)
- FM, puheterapeutti Heta Piirto (Suomen Puheterapeuttiliitto ry:n toiminnanjohtaja, yksityinen ammatinharjoittaja)
- FM, Puheterapeutti Tanja Tennilä (Oulun yliopistollinen sairaala, foniatria).

Hankkeen toteuttamista seurasi ja ohjasi ohjausryhmä, johon kuuluivat

- suunnittelija Eija Haapala (Kela)
- ylilääkäri Sanna Häkli (Oulun yliopistollinen sairaala, foniatria)
- professori Sari Kunnari (Oulun yliopisto, logopedia)
- FM, puheterapeutti Paula Kyllönen (yksityinen ammatinharjoittaja).

### 4 Menetelmät, työskentelytavat ja sisällöllinen kuvaus

Hankkeessa toteutettu kysely pohjautui johdantoluvussa esitettyyn teoreettiseen katsaukseen sekä hankeryhmän kokemuksiin GAS-menetelmästä. Kysely sisälsi määrällisiä kysymyksiä, monivalintakysymyksiä ja avoimia kysymyksiä (kysymykset liitteessä 1). Kyselyn tuloksia analysoitiin sekä laadullisesti että tilastotieteen menetelmiä hyödyntäen (ks. tarkemmin luku 5.1).

Syksyllä 2020 järjestettiin kaksi saman sisältöistä koulutustilaisuutta etäyhteydellä. [Koulutus tallennettiin ja koosteet ovat nähtävissä Kelan Youtube-kanavan kuntoutus-osassa \(youtube.com\)](#). Lisäksi saman sisältöinen koulutus järjestettiin maisterivaiheessa oleville logopedian opiskelijoille. Koulutustilaisuudet koostuivat neljästä teemasta (ks. tarkemmin luku 5.2):

1. GAS-menetelmä ja motivointi sen käyttöön
2. GAS-kyselyn tulokset ja keskustelua aiheesta
3. GAS-menetelmä x ICF
4. GAS-menetelmä logopedisessä viitekehyksessä
  - Tavoitekeskustelu
  - Tavoitteen tunnistaminen
  - Indikaattorin valinta
  - Asteikon laatiminen
  - Toimenpiteistä ja seurannasta sopiminen
  - Arviointi.

## 5 Hankkeen toteuttaminen ja tulokset

Hanke alkoi aikataulun mukaisesti 1.1.2020. Kevättalvesta 2020 Suomeen saapui koronapandemia, joka vaikutti jonkin verran hankkeen aikatauluun ja toteuttamiseen. Maaliskuusta alkaen hankeryhmä koontui etäyhteydellä. Myös ohjausryhmän kokoukset ja huhtikuun alueellinen GAS-työpaja pidettiin etäyhteydellä. Koulutustilaisuudet oli hankesuunnitelmassa aikataulutettu kesäkuulle. Koulutukset siirrettiin syyskuulle ja toteutettiin etäyhteydellä. Myös opiskelijoille suunnattu koulutus toteutettiin etäyhteydellä marraskuussa 2020.

Keväällä 2020 toteutettiin kysely, joka oli suunnattu niille puheterapeuteille, jotka toimivat Kelan palveluntuottajina tai olivat töissä Kelan palveluntuottajana toimivassa kuntoutusalan yrityksessä. Kysely toteutettiin Webropol-alustalla. Kyselylinkki lähetettiin 460 Kelan palveluntuottajahausta löytyneeseen sähköpostiosoitteeseen, joista osa meni suoraan yksittäiselle puheterapeutille ja osa oli yritysten yhteisiä osoitteita, eli tarkkaa viestin vastaanottajien määrää ei pystytä määrittelemään. Aineistoa analysoitiin



tilastotieteen menetelmiä käyttämällä SPSS-ohjelman avulla. Tilastotieteellisessä tarkastelussa raportoitiin tunnuslukuja sekä tutkittiin teemojen välisiä tilastollisia yhteyksiä epäparametrisen Mann-Whitneyn U-testin, Kruskal-Wallis testin, Mantel-Haenszelin trenditestin,  $\chi^2$ -testin sekä korrelaatiokertoimen avulla. Korrelaatiokertoimen tuli olla vähintään 0,3, jotta se raportoidaan tässä julkaisussa. Tarvittaessa vastauksia luokiteltiin uudestaan esimerkiksi seitsemänportaisesta viisiportaiseksi. Lisäksi avoimien kysymysten vastauksia analysoitiin laadullisesti aineistolähtöisen teema-analyysin avulla N-Vivo-ohjelmalla luokittelemalla vastauksia ja siten etsimällä vastauksista esiin nousevia kokonaisuuksia, joista kolme enintään mainintoja saanutta raportoitiin.

Keväällä järjestettiin myös alueellinen työpaja, jossa kerättiin hyviä käytänteitä GAS-menetelmän soveltamisesta logopedisessä viitekehyksessä. Työpajaan ilmoittautui 17 puheterapeuttia hankeryhmän jäsenten lisäksi. Syksyllä 2020 järjestettiin valtakunnalliset "GAS-menetelmä logopedisessä viitekehyksessä" -koulutukset. Hankkeessa toteutettuun kyselyyn, työpajaan sekä koulutuksiin osallistujista valtaosa joko työskenteli yksityisenä ammatinharjoittajana tai oli työsuhteessa kuntoutusalan yritykseen.

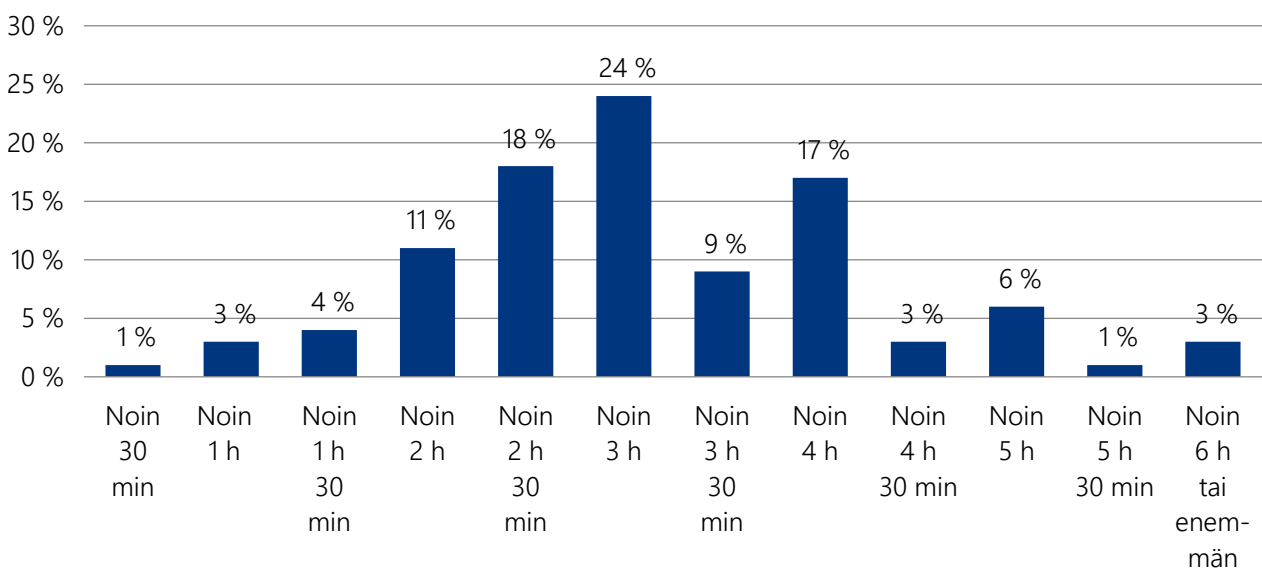
## 5.1 Kyselyn tulokset

Kyselyyn (liite 1) vastasi 296 puheterapeuttia, joista kaikki vastaajat eivät kuitenkaan vastanneet kaikkiin kysymyksiin. Vastauksista 40 % tuli Kelan eteläisen vakuutuspiirin alueelta, 20 % läntisen, 18 % pohjoisen, 13 % keskisen ja 9 % itäisen vakuutuspiirin alueelta. Kelan asiakkaita oli kuntouttanut vähintään kymmenen vuoden ajan lähes puolet vastaajista (taulukko 2, s. 18). Lähes kaikilla vastaajilla (98 %) oli kokemusta vähintään yhdestä GAS-prosessista ja valtaosalla (90 %) vähintään kuudesta GAS-prosessista. Tietoa GAS-menetelmän käytöstä he olivat hankkineet useista lähteistä. Ammattikorkeakoulujen järjestämiin koulutuksiin oli osallistunut 170 vastaajaa, työpaikkakoulutukseen tai vastaavaan puolestaan 115 vastaajaa, omatoimisesti Kelan GAS-käsikirjaan oli perehtynyt 91 vastaajaa, kollega oli opastanut menetelmän käyttöön 74 vastaajaa ja omatoimisesti muuhun GAS-kirjallisuuteen oli perehtynyt 36 vastaajaa.

**Taulukko 2.** GAS-kyselyyn vastanneiden puheterapeuttien työkokemus Kelan asiakkaiden kanssa.

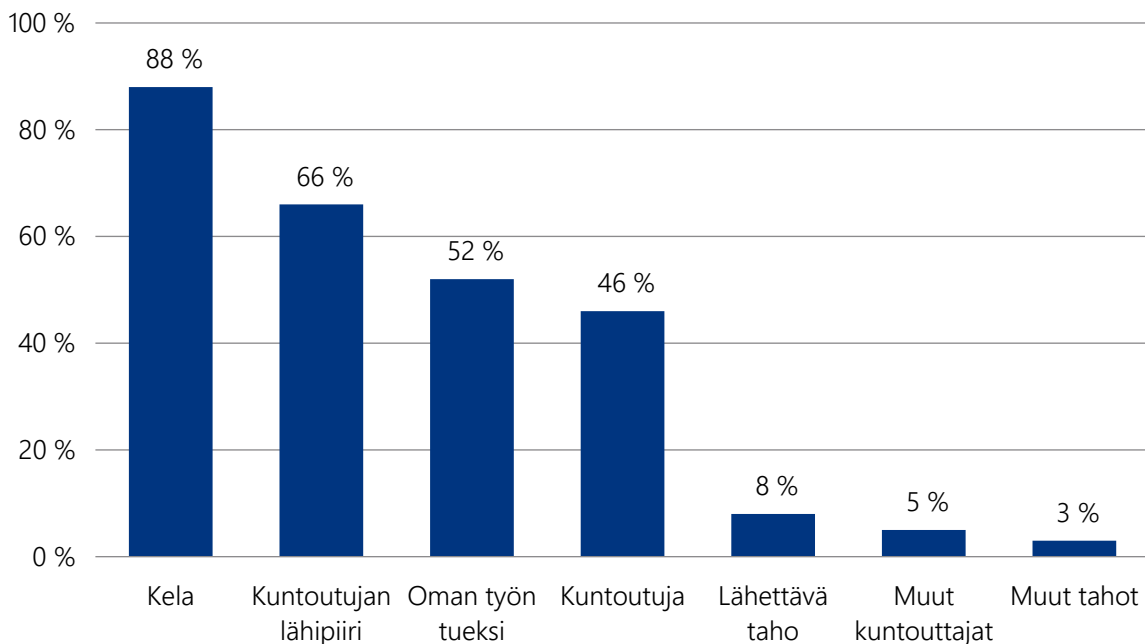
Kuinka monta vuotta olet kuntouttanut Kelan lääkinällisen kuntoutuksen asiakkaita?	Vastaajien lukumäärä	Prosenttiosuus vastaajista
Alle 5 vuotta	94	32 %
5–9 vuotta	63	21 %
10–14 vuotta	31	10 %
15–19 vuotta	36	12 %
20–24 vuotta	37	12 %
25–29 vuotta	29	10 %
30 vuotta tai enemmän	6	2 %

Vastaajat käyttivät GAS-prosessiin runsaasti aikaa. Vastaajista 81 % käytti yhteen GAS-prosessin aikaa vähintään 2 h 30 min (kuvio 1). Ajankäyttämisen lisäksi kyselyssä tarkasteltiin sitä, laadittiinko asiakkaille GAS-tavoitteet moniammatillisesti vai jokainen terapeutti erikseen. Niistä vastaajista, joiden asiakkailta oli myös muita terapioida kuin puheterapiaa, noin puolet (51 %) teki GAS-tavoitteita enimmäkseen puheterapiaan, mutta myös hieman yhteisiä tavoitteita muiden terapeuttien kanssa, kun taas 33 % teki tavoitteita vain puheterapiaan. Vastaajista 16 % teki sekä pelkkiä puheterapiatavoitteita että yhteisiä tavoitteita. Vain yhteisiä tavoitteita tai hieman puheterapiatavoitteita, enimmäkseen yhteisiä tavoitteita teki vain yksi vastaaja 296 vastaajasta.

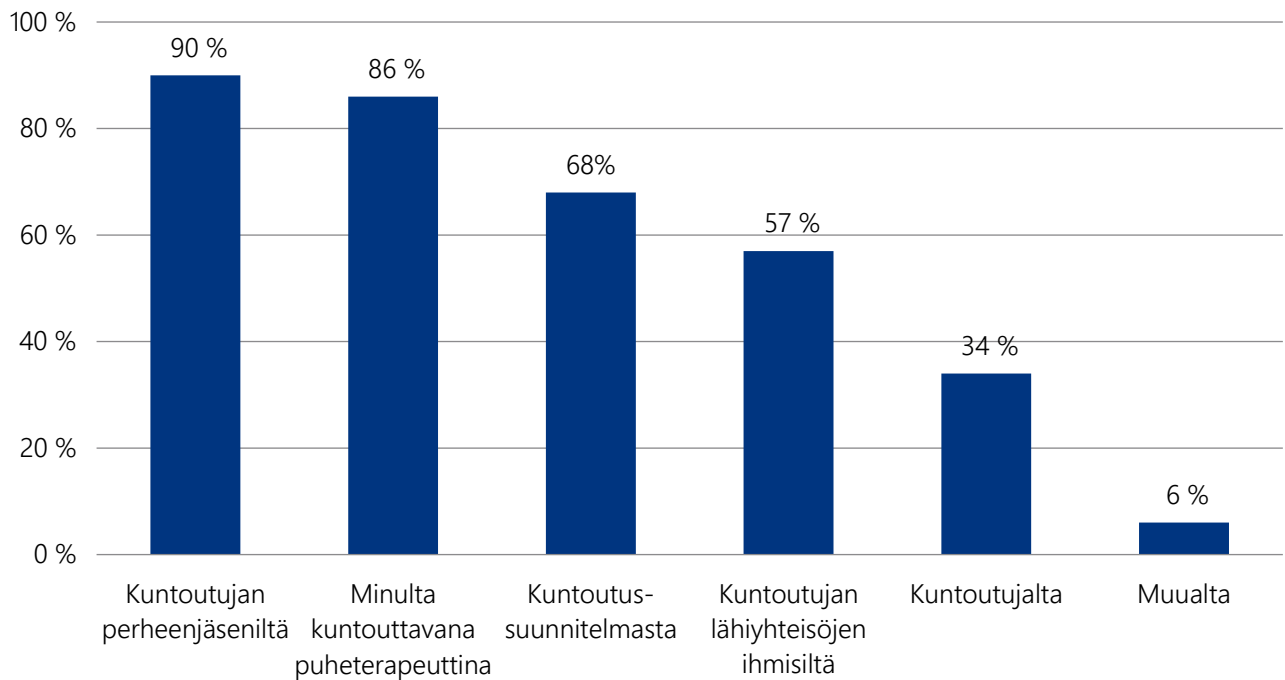
**Kuvio 1.** Puheterapeuttien yhden asiakkaan GAS-prosessiin keskimäärin käyttämä aika sisältäen sekä tavoitekesustelun, siihen valmistautumisen, kaikki kirjalliset työt ja loppuarvioinnin (N = 294).

Kun vastaajia pyydettiin valitsemaan, ketä/keitä varten he tekivät GAS-tavoitteita, suuri osa vastaajista (88 %) koki tekevänsä GAS-tavoitteita Kelaä varten (kuvio 2). Kuntoutujaa varten -vaihtoehto sai vasta neljänneksi eniten mainintoja. Kun vastaajia pyydettiin valitsemaan, mistä GAS-tavoitteet ovat lähtöisin, valtaosa heistä oli valinnut vaihtoehdot "kuntoutujan perheenjäseneltä" (90 %) ja "minulta kuntouttavana puheterapeuttina" (86 %) (kuvio 3, s. 20). Vain 34 % vastaajista oli valinnut tähän kohtaan kuntoutujan yhdeksi tahoksi, jolta tavoitteet olivat peräisin. Vastaajista 66 % koki ohjaavansa kuntoutujaa GAS-tavoitteiden laatimisessa paljon tai erittäin paljon. Neljännes vastaajista (24 %) koki ohjaavansa jonkin verran ja 12 % vähän tai erittäin vähän.

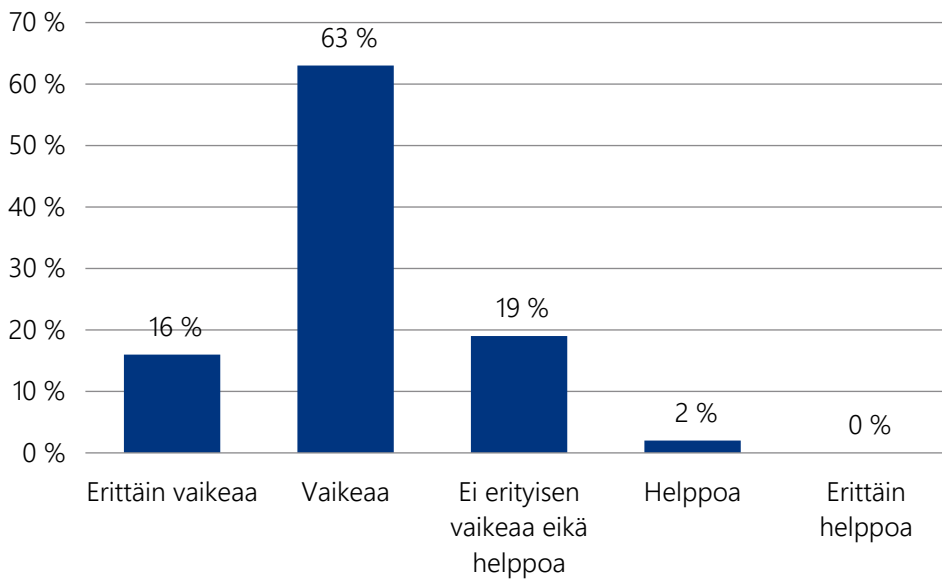
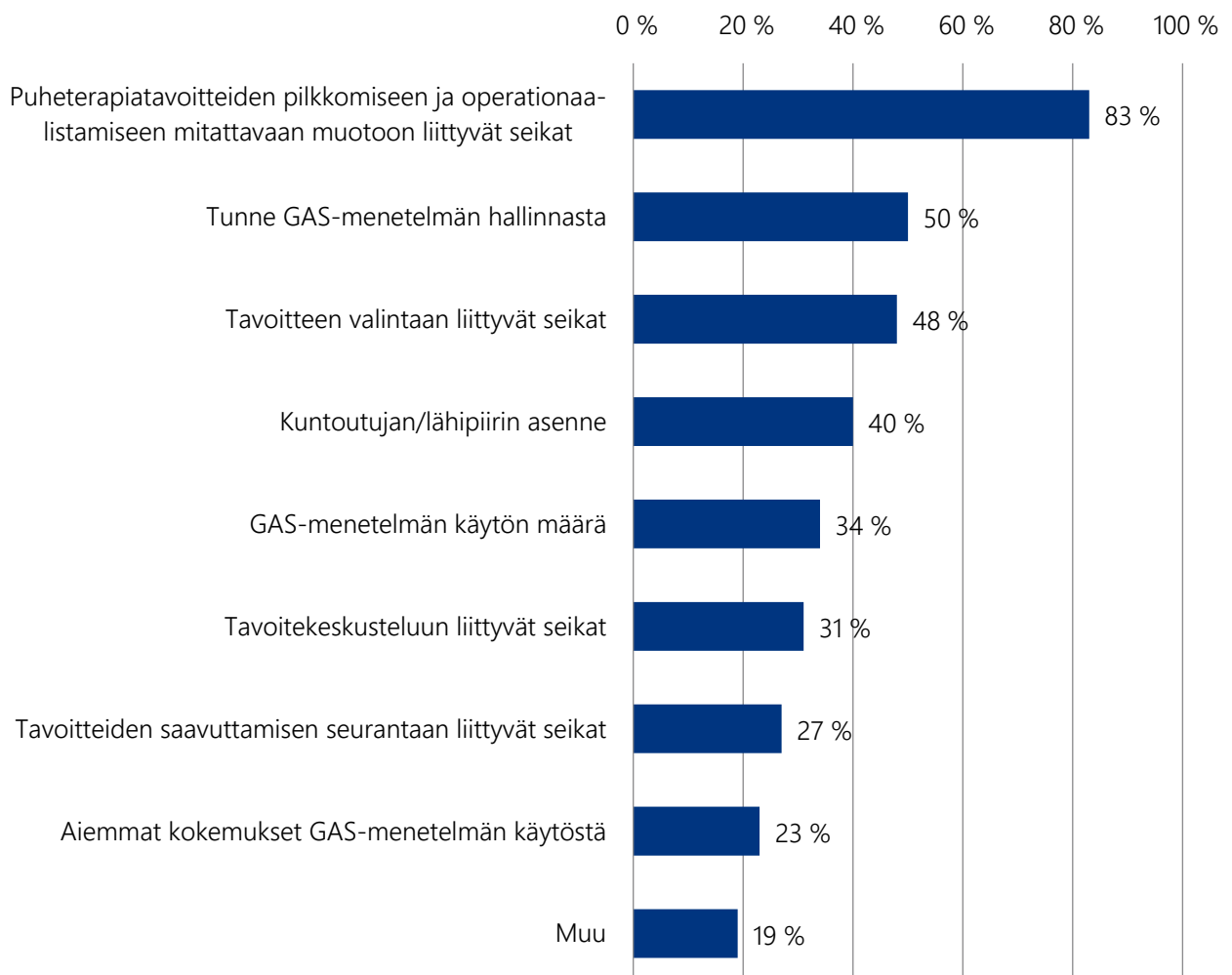
**Kuvio 2.** Puheterapeuttien (N = 296) kokemus siitä, ketä/keitä varten he tekevät GAS-tavoitteita. Muissa tahoissa oli mainittu mm. päivähoito.



**Kuvio 3.** Puheterapeuttien kokemus siitä, mistä GAS-tavoitteet ovat peräisin. Vastajilla (N = 295) oli mahdollista valita yksi tai useampi vaihtoehto.

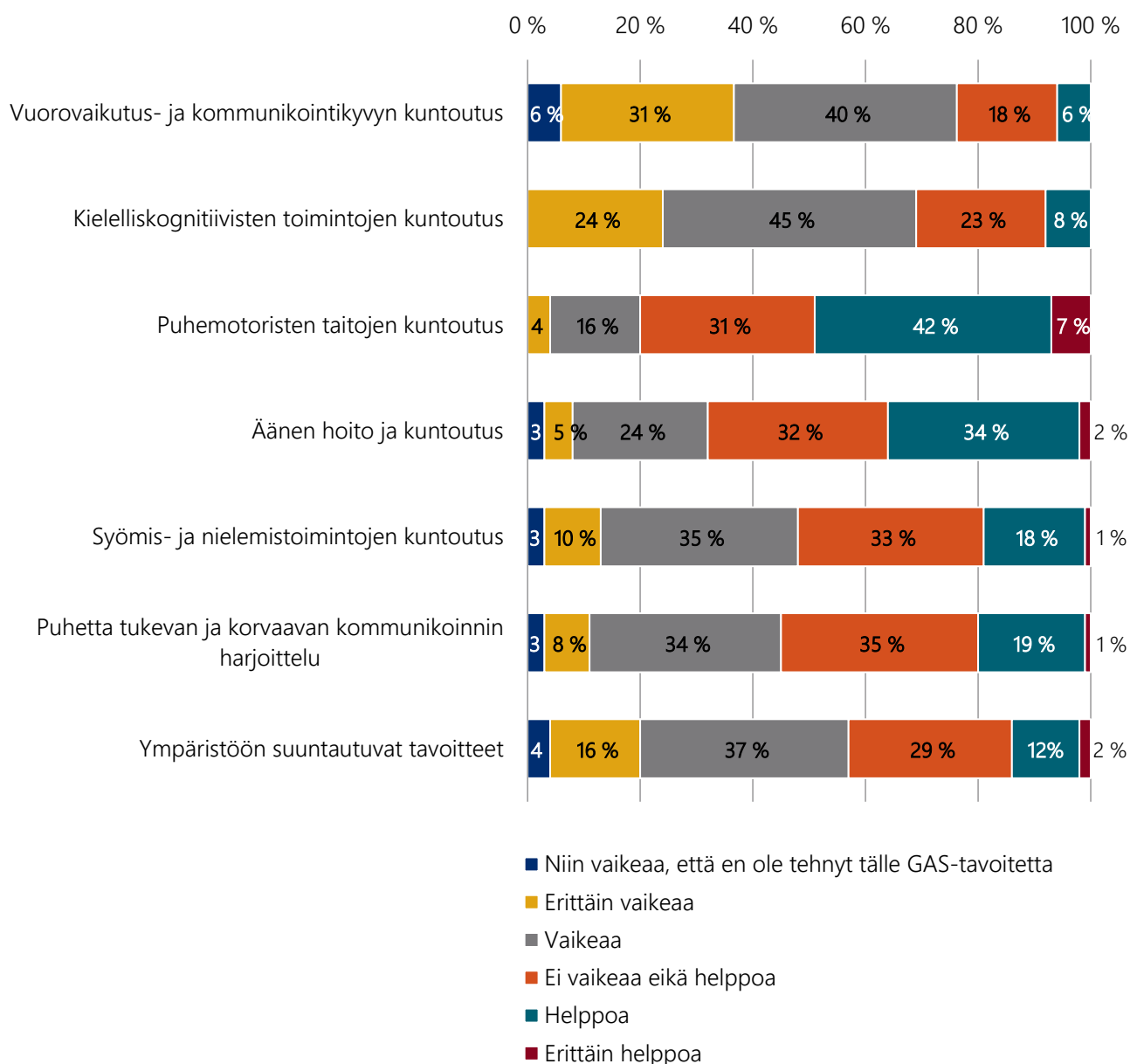


Kun kysyttiin, millaista on GAS-tavoitteiden laatiminen, valtaosa vastaajista (79 %) piti sitä vaikeana tai erittäin vaikeana ja vain 2 % helppona (kuvio 4, s. 21). Vastaajien asenne GAS-menetelmää kohtaan puolestaan sai keskiarvon  $-0,89$  (VAS-janalla negatiivinen–positiivinen-asteikolla  $-10$ – $10$ ). Valtaosa vastaajista (83 %) raportoi puheterapiatavoitteiden pilkkomiseen ja operationaalistamiseen liittyvien seikkojen vaikuttavan heidän asenteeseensa (kuvio 5, s. 21). Kun kyselyyn vastanneet puheterapeutit aloittavat työt uuden asiakkaan kanssa, puolet (50 %) laati GAS-tavoitteet yhdessä asiakkaan kanssa kahdesta kolmeen kuukauden kuluttua terapiajakson aloittamisesta ja 47 % puolestaan kuukauden sisällä terapian aloittamisesta. Vain yksi prosentti vastaajista laati tavoitteet heti ensimmäisellä tapaamiskerralla. GAS-prosessiin liittyvän tavoitekesustelun piti aina tai useimmiten 86 % vastaajista.

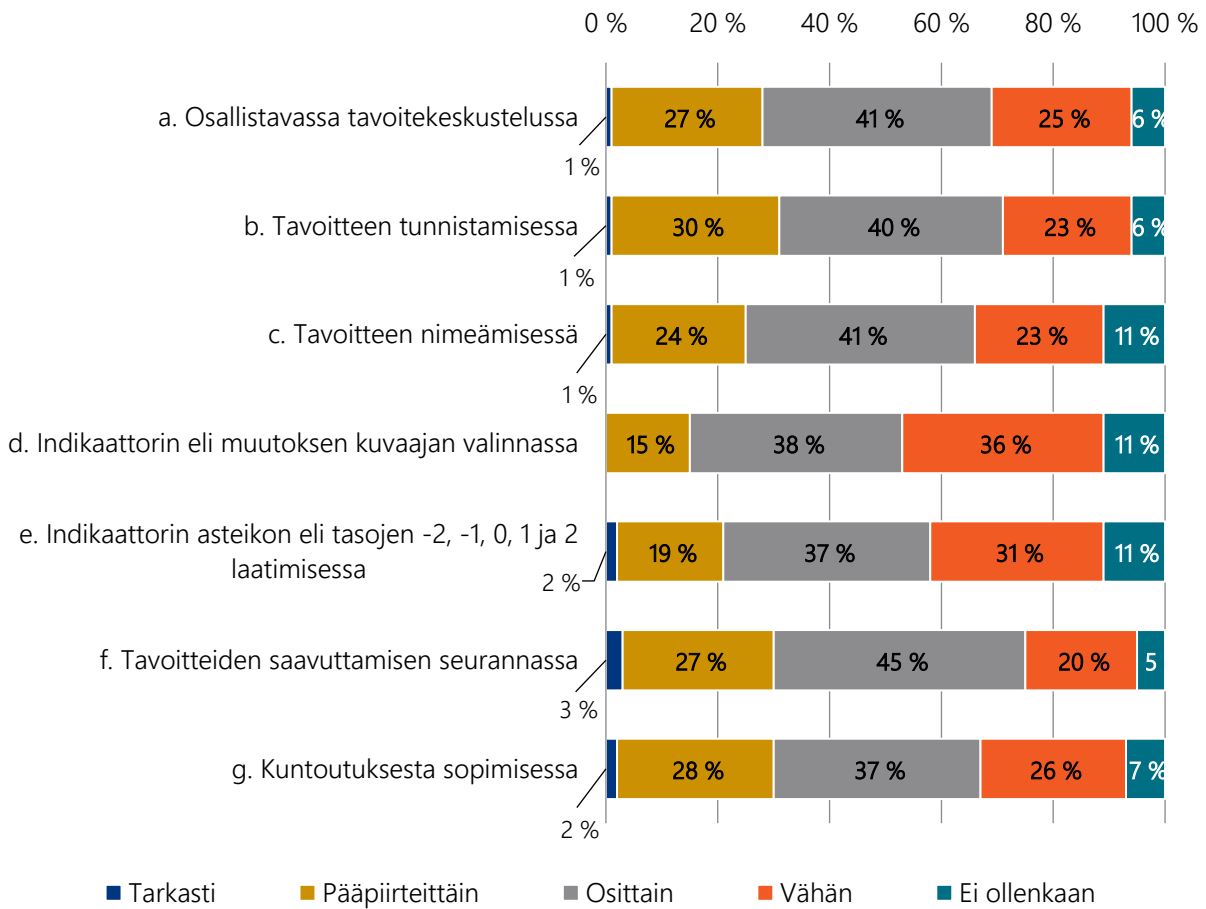
**Kuvio 4.** Puheterapeuttien kokemus GAS-tavoitteiden laatimisesta (N = 294).**Kuvio 5.** Puheterapeuttien (N = 294) asenteeseen GAS-menetelmää kohtaan vaikuttavia seikkoja. Kyselyssä saattoi valita yhden tai useamman vastausvaihtoehdon.

GAS-tavoitteiden tekemisen haastavuuden koettiin vaihtelevan puheterapian eri osa-alueiden välillä (kuvio 6.) Myös Kelan GAS-käsikirjan ohjeiden soveltamista pidettiin vaikeana (51 % vastaajista) tai erittäin vaikeana (16 % vastaajista). Ei erityisen vaikeana tai helppona ohjeiden soveltamista piti 30 % vastaajista ja helppona 3 %. Kun tarkasteltiin vastaajien kokemuksia GAS-käsikirjan ohjeiden soveltamisesta GAS-prosessin eri vaiheissa, havaittiin että tarkasti tai pääpiirteittäin niitä pystyi GAS-prosessin eri vaiheissa soveltamaan 15–30 % vastaajista (kuvio 7, s. 23). Vähän tai ei ollenkaan ohjeita pystyi soveltamaan 24–47 % vastaajista.

**Kuvio 6.** Puheterapeuttien (N = 294) kokemus siitä, millaista on tehdä GAS-tavoitteita puheterapian eri osa-alueille. Kuviossa ei ole näkyvissä niiden vastaajien tuloksia, jotka raportoivat, etteivät kuntouta kyseistä osa-alueita.



**Kuvio 7.** Puheterapeuttien (N = 227) kokemus siitä, kuinka tarkasti onnistuu Kelan GAS-käsikirjan ohjeiden soveltaminen GAS-prosessin eri vaiheissa.

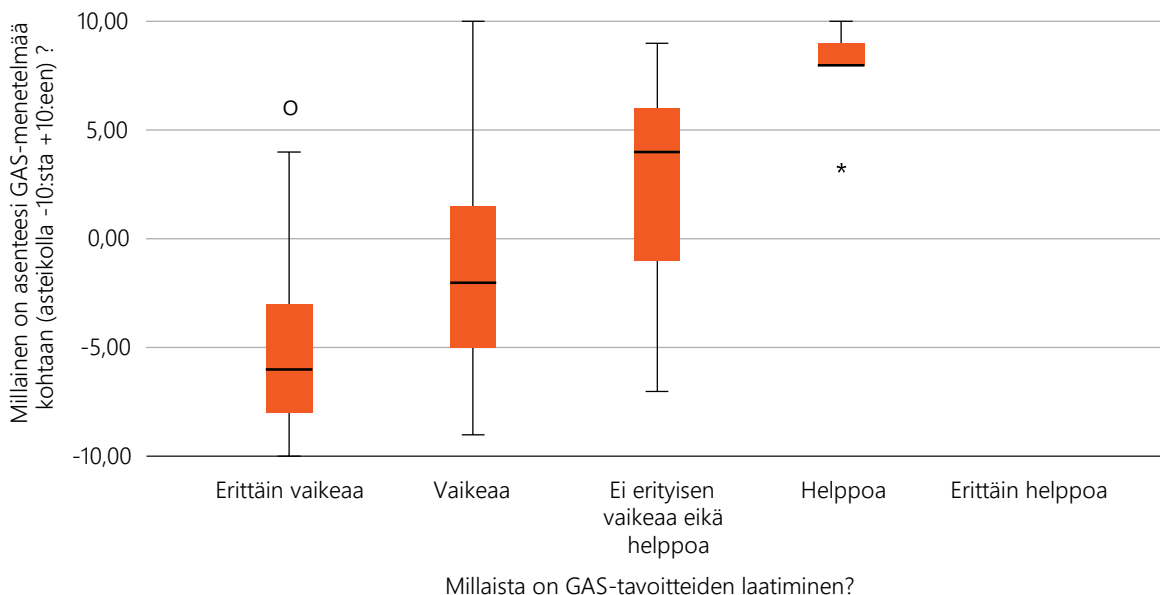


Asiakkaan toimintakyvyn muutosta GAS-menetelmän avulla voi vastaajista 1 %:n mukaan seurata aina, 38 %:n mukaan useimmiten, 50 %:n mukaan joskus, 9 %:n harvoin ja 2 %:n mukaan ei koskaan. GAS-menetelmän sitouttavuus terapeutin arvioimana asiakkaan näkökulmasta sai keskiarvon 3,8 asteikolla nollasta kymmeneen. Terapeutin näkökulmasta sitouttavuuden keskiarvo oli 6,6. Muutoksen kuvaajana GAS-menetelmä sai keskiarvon 5,13 asteikolla nollasta kymmeneen. Tarpeiden tunnistamisen näkökulmasta GAS-menetelmä sai keskiarvon 5,17, kun VAS-janalla 0 tarkoittaa "ei auta tarpeiden tunnistamisessa" ja 10 "auttaa tarpeiden tunnistamisessa". Kuntoutuksen näkökulmasta GAS-menetelmän koettiin ohjaavan kuntoutusta keskiarvolla 5,84, kun VAS-janalla 0 tarkoittaa "ei ohjaa kuntoutusta" ja 10 "ohjaa kuntoutusta".

### 5.1.1 Tilastolliset yhteydet

Tulosten analyysissä haluttiin tarkastella myös ilmiöiden välisiä yhteyksiä. Kun tarkasteltiin GAS-menetelmän ajankäyttöön liittyviä yhteyksiä, aikaa koettiin menevän hieman enemmän, jos vastaaja oli kokenut GAS-tavoitteiden laatimisen vaikeaksi tai erittäin vaikeaksi ( $\chi^2 = 32,04$ , Mantel-Haenszelin trenditestin  $p = 0,002$ ). Toisaalta GAS-prosessin käytetyllä ajalla ei ollut tilastollista yhteyttä siihen, kuinka monessa GAS-prosessissa vastaaja oli ollut mukana, kuinka kauan oli kuntouttanut Kelan asiakkaita, kuinka monta Kelan asiakasta oli tavannut viikossa tai mikä oli vastaajan asenne GAS-menetelmää kohtaan. Kun tarkasteltiin GAS-tavoitteiden laatimisen vaikeaksi kokemiseen liittyviä yhteyksiä, GAS-tavoitteiden laatiminen koettiin hiukan useammin vaikeaksi tai erittäin vaikeaksi ( $U = 12\ 655$ ,  $p = 0,002$ ) ja GAS-menetelmä koetaan vaikeammaksi ( $U = 8\ 494$ ,  $p = 0,002$ ), jos vastaaja oli ollut mukana enintään 20 GAS-prosessissa kuin jos kokemusta on useammasta kuin 20 GAS-prosessista. Mitä vaikeampana GAS-menetelmää pidettiin, sitä negatiivisempi oli myös vastaajan asenne GAS-menetelmää kohtaan ( $H = 56,17$ ,  $p \leq 0,00$ ,  $r = 0,48$ , kuvio 8).

**Kuvio 8.** Puheterapeuttien kokemus GAS-tavoitteiden laatimisesta ja heidän asenteensa GAS-menetelmää kohtaan (N = 270) asteikolla -10-10 laatikko-jana -kuviolla esitettynä.<sup>a</sup>



<sup>a</sup> Poikkeavat havainnot on merkitty kuvioon pallolla ja tähdellä.



Kun tarkasteltiin käsikirjan ohjeiden soveltamisen ja GAS-tavoitteiden laatimisen vaikeuden yhteyttä havaittiin kohtalainen positiivinen yhteys sen välillä, miten vastaaja koki käsikirjan ohjeiden soveltamisen ja millaista oli laatia GAS-tavoitteita ( $p = 0,000$ ,  $r = 0,541$ ). Kohtalaista negatiivista yhteyttä havaittiin myös sen välillä, kuinka vaikeaksi GAS-tavoitteiden laatiminen koettiin ja kuinka tarkasti GAS-käsikirjan ohjeiden soveltaminen onnistui tavoitteen tunnistamisessa ( $r = -0,31$ ), tavoitteen nimeämisessä ( $r = -0,33$ ), indikaattorin valinnassa ( $r = -0,34$ ) ja indikaattorin asteikon laatimisessa ( $r = -0,33$ ). Käsikirjan ohjeiden noudattaminen onnistui myös useammin tarkasti tai pääpiirteittäin, mikäli vastaaja oli ollut mukana vähintään 31 GAS-prosessissa ( $p = 0,000-0,037$ , trenditesti  $p = 0,003-0,026$ ) kuin enintään 30 GAS-prosessissa.

### 5.1.2 GAS-prosessia tukevat ja estävät seikat

Kyselyn avoimissa kysymyksissä pyydettiin vastaajia kertomaan GAS-prosessia tukevia ja estäviä seikkoja. Tukevista teemoista laadullisessa analyysissä kolme eniten mainintoja saanutta olivat perhe ja läheiset, asiakas sekä kuntoutussuunnitelma. Kun näitä teemoja tarkasteltiin yksityiskohtaisemmin, havaittiin että "Perhe ja läheiset" -teemassa GAS-prosessia tuki yhteistyöhalu ja kyky (78 maininta, läheisten realistinen käsitys asiakkaan taidoista (51 mainintaa) ja ymmärrys GAS-prosessista (41 mainintaa). "Asiakas"-teemassa GAS-prosessia tukeviksi seikoiksi nostettiin asiakkaan selkeä taitopuute (39 mainintaa), terapiasuhteen kesto (27 mainintaa), diagnoosi ja ikä (21 mainintaa), kielitaito (17 mainintaa) ja haasteiden selkeä mitattavuus (16 mainintaa). "Kuntoutussuunnitelma"-teeman osalta ei voitu luokitella alaluokkia, sillä niin selkeästi nousi esiin selkeän ja laadukkaan kuntoutussuunnitelman kokonaismerkitys (54 mainintaa). GAS-prosessia tukevia seikkoja tiedustelleeseen kysymykseen annettiin muun muassa seuraavia vastauksia:

"Jos terapia on kestänyt jo pidempään, on tavoitteiden sisällön miettiminen helpompaa. Samoin se, että vanhemmilla on jonkinlainen näkemys asiasta (lapsiasiakkaiden kohdalla), helpottaa luonnollisesti paljon. Jos lapsiasiakkaiden taidot ovat pienet, on tavoitteiden, indikaattorin asteikon ja etenemisen seuraaminen usein helpompaa kuin silloin, kun taitoja on jo paljon."

"Jos lapsen omaiset ymmärtävät prosessin. Jos he ymmärtävät kuntoutuksen tärkeyden ja sitoutuvat siihen. Jos koulu/päiväkoti kykenee osallistumaan hedelmällisesti laadintaan."

”Se, että vanhemmat ovat tunnistaneeet+ sisäistäneet lapsensa haasteet, kodin voimavarat ja terapian mahdollisuudet/rajallisuuden haasteiden voittamiseen.”

”Selkeä kuntoutussuunnitelma taustalla antamassa viitekehystä, jossa saavutettavissa olevat tavoitteet ja kuntoutussuositus/aika/terapiamäärä on oikeassa suhteessa.”

”motivoitunut lapsen lähipiiri, asiakasperheen hyvä suomen kielen hallinta, luovuus, kokemus tavoitteiden laatimisessa, ICF-ajattelu, oma positiivinen suhtautuminen GAS-tavoitteisiin, ajatus siitä että tavoitteiden ei tarvitse olla täydellisiä ja tekemällä oppii, kollegoiden konsultointi ja yhteinen harjoittelu.”

Kun tarkasteltiin GAS-prosessia estäviä seikkoja, laadullisessa analyysissä kolme eniten mainintoja saanutta teemaa olivat: kielellisten taitojen GAS-malliin taipuminen (133 mainintaa), ajanpuute ja aikatauluhaasteet (41 mainintaa) sekä ennakkoinnin vaikeus (33 mainintaa). Kun tarkasteltiin näitä teemoja tarkemmin, havaittiin että ”kielellisten taitojen GAS-malliin taipuminen” -teemassa GAS-prosessia estivät asteikkollisuuden vaikeudet sekä se, että kielelliset vaikeudet koettiin vaikeaksi muuttaa tavoitteiksi ja mitattaviksi ilmiöiksi. ”Ajanpuute ja aikatauluhaasteet” -teemassa esiin nousivat toisaalta GAS-prosessiin tarvittavan ajan puute ja toisaalta aikataulujen yhteensovittamisen haasteet. ”Ennakkoinnin vaikeus” -teemassa esiin nousi ennakkoinnin vaikeus eli pitkälle aikajaksolle on vaikea arvioida sitä, mikä kuntoutuksen osa-alue lähtee kuntoutumaan ja millä nopeudella. GAS-prosessia estäviä seikkoja tiedustelleeseen kysymykseen annettiin muun muassa seuraavia vastauksia:

”Kuntoutussuunnitelman tavoitteiden puute tai tavoitteiden epämääräisyys/laaja-alaisuus. Asiakkaan heikko suomen kieli, tulkin käyttö. Kehityksellisen kielihäiriön diagnoosi on laaja-alainen ja siitä on erittäin vaikea irrottaa GASilla mitattavia pieniä osa-alueita ja vielä saada lapsen huoltaja ymmärtämään, että kuntoutus on laaja-alaista ja kuntoutuksen kohteena on muutakin kuin vain GASiin merkityt asiat.”

”Tietyt haasteet puheessa esim. puheen epäselvyyttä on hyvin vaikea ”ennustaa”, miten se kuntoutuu tiettyyn päivään mennessä. En voi ennustaa, että lapsi oppii tietyt äänteet tietyssä ajassa.”

”Asiakasta tai olosuhteita ei vielä tunne kunnolla. Asiakkaan tilanne on sekava, kuntoutumista haittaavat fyysiset, psyykkiset tai sosiaaliset ongelmat. Läheisten voimavarat ovat vähäiset, pk-

tai kouluympäristö on kiireinen tai kuormittunut. Asiakkaan kuntoutus on moniammatillista mutta yhteistyö ei ole kiinteää tai sujuvaa.”

”Vanhemmilla epärealistisia odotuksia, kieli- ja kulttuurierot.”

”Kuntoutussuunnitelmassa tavoitteena ’parantaa puheen tuottoa ja puheen ymmärtämistä’ tai muuta maailmaa syleilevää. Pahimmillaan tavoitteena on mainittu 4–5 suurta kuntoutuksen osaluuetta ja kuntoutusresurssia annettu vuodelle 30 kertaa 45 minuuttia.”

”Ohjauksen puute hankaloittaa varsinkin autististen tai vilkkaiden lasten kohdalla, kun arki-ikäisillä on lapsen oltava mukana ja tavoitekeskustelu keskeytyy koko ajan lapsen vaatiessa / tarvitessa huomiota.”

Vastaajat arvioivat myös lähettävän tahon roolia GAS-prosessissa. Laadullisessa analyysissä kolme eniten mainintoja saanutta teemaa olivat: keskeinen rooli kuntoutuksen kokonaistavoitteiden määrittelyssä (60 mainintaa), toiminnassa kehitettävää (54 mainintaa) ja lähettävällä taholla ei roolia GAS-prosessissa (52 mainintaa). Kehittämisehdotuksissa mainittiin muun muassa selkeämmät kuntoutuksen kokonaistavoitteet, GAS-prosessin käynnistäminen kuntoutussuunnitelman tekvän tahon toimesta sekä tiivis yhteistyö kuntouttavan puheterapeutin kanssa. Lähettävän tahon roolia tiedustelleeseen kysymykseen annettiin muun muassa seuraavia vastauksia:

”Lähettävä taho tekee kokonaistavoitteet. Positiivista olisi, jos aloittaisivat prosessia esim. antamalla vanhemmille gas-käsikirjan luettavaksi sekä neuvoisivat miettimään tarkempia tavoitteita.”

”Ei roolia tarkassa tavoitteiden asettelussa. Täytyy tuntea kuntoutuja hyvin, jotta voi laatia tavoitteet.”

”Tavoitteiden suuntaviivat suhteutettuna terapiakertojen määrään lähettävältä taholta, muu arjesta.”

”Lisää aktiivisuutta: realismia vanhempien ajattelun pohjaksi, tietoa perheille lapsen mahdollisuuksista huomioiden se ympäristö, missä kuntoutumista tapahtuu. Taitoja vanhemmille ITSE miettiä tavoitteita.”

## 5.2 Koulutukset

Hankkeessa järjestetyt GAS-menetelmä logopedisessä viitekehyksessä -koulutukset toteutettiin etäyhteydellä 1.9.2020 ja 4.9.2020 kahtena samansisältöisenä puheterapeuteille suunnattuna kokonaisuutena. Yhteensä näitä koulutuksia seurasi 258 osallistujaa. Lisäksi opiskelijoille suunnattua koulutusta seurasi 107 maisterivaiheen logopedian opiskelijaa ympäri Suomea. Koulutuksista tehtiin tallennekoosteet joiden on tarkoitus olla Kelan Youtube-kanavalla nähtävänä niin pitkään kuin julkaisija katsoo tarpeelliseksi ja koulutuksensisällön ajantasaiseksi.

### 5.2.1 Koulutusten sisältö

Koulutuksia varten koostettiin materiaalipaketti GAS-menetelmän soveltamisesta logopedisessä viitekehyksessä. Koulutuksissa käytiin lävitse syitä GAS-menetelmän käyttämiseen sekä tehtiin lyhyt kertaus GAS-menetelmästä ja logopedisestä viitekehystä. GAS-menetelmää tarkasteltiin myös ICF-ajattelun näkökulmasta. Lisäksi käytiin lävitse aiemmin tehdyn GAS-kyselyn tuloksia. Koulutuksen tärkein asia oli GAS-prosessin eri vaiheiden tarkastelu logopedisessä viitekehyksessä:

#### Tavoitteen tunnistaminen

On tärkeää tunnistaa erilaisia keinoja, joilla asiakas voidaan osallistaa tavoitekeskusteluun silloinkin, kun kielellis-kognitiiviset haasteet estävät tyypillisen tavoitekeskustelun pitämisen. Silloin kun asiakkaalla on vaikeuksia ymmärtää kuulemaansa sekä tuottaa itse puhetta, terapeutin rooli korostuu tavoitteen tunnistamisessa (Malec 1999). Koulutuksessa tarkasteltiin tavoitteiden tunnistamista muun muassa motivoivan haastattelun (Veijola ym. 2015), ICF-ajattelun (Suvanto ja Piirto 2019) ja muutosprosessin (Veijola ym. 2015) näkökulmista. Lisäksi käytiin lävitse jo olemassa olevaa materiaalia, jota voisi hyödyntää tavoitekeskustelussa asiakkaan tukena. Näistä voidaan mainita esimerkkinä tuetun päätöksenteon materiaali (Mykkänen ja Puikkonen 2014) ja Lasten Metkut (Sipari ym. 2017) sekä kaikki puhetta tukeva ja korvaava materiaali, jota puheterapeuteilla on jo entuudestaan käytössä.

#### Tavoitteen nimeäminen

Tavoitteen nimeämistä käsiteltiin koulutuksissa SMART-ajattelun kautta. Hyvän tavoitteen tulisi olla yksilöllinen, mitattavissa, saavutettavissa, realistinen/merkityksellinen sekä aikataulutettava. Vaikka asiakas nimeää GAS-menetelmässä itse tavoitteensa, niin logopedisessä viitekehyksessä asiakas tarvitsee usein

puheterapeutin apua tavoitteen sanallistamisessa. Tällöin puheterapeutin on hyvä tiedostaa roolinsa ja sen vaatimukset. Lisäksi monen asiakkaan kohdalla vanhemmat ja muu lähipiiri on ratkaisevassa roolissa muutostarpeiden pohdinnassa. Raamit tavoitteiden nimeämiseen muodostuvat parhaiten hyvästä kuntoutussuunnitelmasta. Logopedisessä viitekehyksessä tavoite voi löytyä osallistumisen ja toimintakyvyn osa-alueilta tai sitten puhtaasti kielellis-kognitiivisesta suorituskyvystä ja taidosta, joita usein pitää ensin harjoitella, ennen kuin taitoa pystyy yleistämään arjen tilanteisiin.

## Indikaattorin valinta

Yksi GAS-prosessin keskeisistä kohdista on indikaattorin valinta asetetulle tavoitteelle. Vaikka Kelan Omat tavoitteeni -lomake ei sisällä indikaattorille omaa tilaa, on hyvä pysähtyä miettimään indikaattori huolellisesti ja muistaa, että tavoite ja indikaattori eivät ole sama asia (Krasny-Pacini ym. 2013). Indikaattoria valittaessa on hyvä miettiä, mikä asia kuvastaa haluttua muutosta ja minkälaiselle indikaattorille on löydettävissä yksimuuttujaiset tasot asteikon laatimista varten. Tämä vaatii logopedistä osaamista. Indikaattori voi olla esimerkiksi tuen määrä, kokemus ymmärretyksi tulemisesta, taidon yleistyminen arjessa, elämänlaatu tai tietyn toiminnon onnistuminen lukumäärällisesti tai ajallisesti. Lisäksi koulutuksessa käytiin keskustelua siitä, voisiko joku logopedinen arviointi-, kuvaus- tai kuntoutusmenetelmä toimia indikaattorina. Tärkeää on myös pysähtyä miettimään sitä, onko indikaattori asiakkaan toiminnasta riippuva ja hänen vaikutuspiirissään (Autti-Rämö ym. 2016). Koulutuksessa annettiin esimerkkeinä seuraavat indikaattorit:

- Vanhempien kokemus siitä, minkä verran he ymmärtävät puhettani X-tilanteessa
- Oma kokemukseni ymmärretyksi tulemisesta kauppareissulla
- Sisaruksien / isovanhempien / päiväkodin omahoitajan / ikätoverien / muun läheisen kokemus siitä, minkä verran he ymmärtävät puhettani X-tilanteessa.

## Asteikon laatiminen

Asteikon avulla voidaan tarkastella tavoitteen saavuttamista indikaattorin kautta. GAS-menetelmässä käytetään viisiportaista asteikkoa. Asteikon ns. nolla-tason eli odotetun tuloksen tulee olla realistista saavuttaa annetussa aikaikkunassa käytettävissä olevilla resursseilla. Toisaalta asteikko ei saa olla liian matalalle laadittu, jotta sillä on oikeasti kliinistä merkitystä (Schlosser 2004; Krasny-Pacini ym. 2013). Myös korkeimman tason "Selvästi odotettua korkeampi" tulee olla kyseiselle asiakkaalle saavutettavissa

(Krasny-Pacini ym. 2013). Logopedissä viitekehyksessä etenkin uuden asiakkaan kanssa voi olla vaikea ennakoita kuntoutuksen etenemistä ja siksi asteikon laatiminen voi olla vaikeaa. Kielellis-kognitiivisten taitojen asettuminen asteikolle tasaisesti ja yksiselitteisesti on usein työlästä. Myös etenevissä sairauksissa asteikon laatiminen on vaikeaa. Asteikkoina voidaan käyttää esimerkiksi tuen määrän vähenemisestä kuvailevia sanoja "vahva/selvä/pieni/vähäinen tuki/lähes itsenäisesti" tai jonkin asian onnistumista "hyvin harvoin/harvoin/joskus/usein/lähes aina" tai "en koskaan/harvoin/joskus/yleensä/aina".

### Tavoitteen ja asteikon tarkastaminen

Kun tavoite on nimetty ja asteikko laadittu, on hyvä vielä huolellisesti käydä ne lävitse ja tarkistaa GAS-menetelmän mukaisuus. GAS-menetelmän luotettavuuden kannalta on erittäin tärkeää, että tavoitteet ja asteikot on laadittu ohjeiden mukaisesti. Tarkastamisessa voi hyödyntää erilaisia tarkastuslistoja, joista koulutuksessa annettiin esimerkkejä.

### Kuntoutuksesta ja arvioinnista sopiminen

Kuntoutuksen toteutumisen kannalta on keskeistä sopia niistä toimenpiteistä, joita tarvitaan tavoitteiden saavuttamiseksi. Tässä vaiheessa on hyvä määritellä kuntoutuksessa mukana olevien toimijoiden vastuut ja tehtävät mahdollisimman konkreettisesti. Vaikka GAS-menetelmä ei sallikaan prosessitavoitteita, voidaan niitä tässä kohdassa hyödyntää kuntoutuksen toimenpiteistä sovittaessa. Tärkeää on myös sopia arvioinnin ajankohdasta ja menetelmistä. Logopedisessä viitekehyksessä on tärkeää muistaa sopia esimerkiksi kotiharjoitteista, tiedon kulkemisesta kodin, terapeutin ja päiväkodin välillä sekä mahdollisesta puhetta tukevien ja korvaavien kommunikointikeinojen käyttämisestä ja mahdollisten laitteiden ja muiden apuvälineiden huoltamisesta. Lapsiasiakkaan huoltajien voimavarat tavoitetyöskentelyyn vaihtelevat, ja tällöin yhteistyötä pyritään tiivistämään esimerkiksi päivähoidon tai koulun kanssa. Joissakin tilanteissa GAS-prosessi joudutaan toteuttamaan hyvin puheterapeuttivetoisesti.

### Arviointi

Arviointi päättää GAS-prosessin. Tällöin asiakas tai terapeutti yhdessä asiakkaan kanssa arvioivat tavoitteen saavuttamista asetetun asteikon avulla. Kuntoutusjakson päättyessä viimeisin Omat tavoitteeni -lomakkeelle laadittu GAS-asteikko arviointineen toimitetaan kuntoutuspalautteen yhteydessä Kelalle. Arvioinnin yhteydessä voidaan käyttää myös lomakkeelta löytyvää lisätietoja-kohtaa, johon voidaan kirjata tavoitteiden toteutumiseen vaikuttaneita tai siihen liittyneitä seikkoja. Tällä hetkellä ei ole virallista

tietoa siitä, miten Kela käyttää Omat tavoitteeni -lomakkeen arviointitietoja. Huolta herätti erityisesti se, kuinka GAS-arvioita hyödynnetään Kelassa ja miten niillä punnitaan vaikuttavuutta ja millainen vaikutus niillä on terapian myöntämiseen.

### 5.2.2 Koulutuspalaute

Sata puheterapeuteille suunnattujen koulutusten osallistujaa antoi koulutuspalautteen. Hankeryhmän koulutukselle asettama GAS-tavoite "Tiedon lisääntyminen" toteutui vastaajista 61 %:n mielestä tavoite- tasolla, 12 %:n mielestä jonkin verran odottamaani korkeammalla tasolla ja 2 %:n selvästi odottamaani korkeammalla tasolla. Toisaalta taas vastaajista 24 %:n mielestä tavoite toteutui jonkin verran odotta- maani matalammalla tasolla ja 1 %:n mielestä selvästi odottamaani matalammalla tasolla. Lisäksi vastaa- jia pyydettiin antamaan koulutukselle arvosana asteikolla 4–10. Keskiarvo arvosanalle oli 8,6 ja mediaani 9.

Oppimista tukeviksi seikoiksi palautteessa oli nostettu mm. koulutuksessa käydyt keskustelut, koulutuk- sen selkeä rakenne ja esimerkit logopedisistä viitekehystä. Oppimista hidastaneiksi seikoiksi oli ni- metty mm. koulutuspäivän pituus ja toteutus etäyhteydellä, vastaajan kokemat haasteet GAS-menetel- män käyttämisessä sekä GAS-menetelmän haasteellisuus. Lisäksi osallistujat raportoivat, että olisivat toi- voneet vielä enemmän esimerkkejä logopedisessä viitekehystä olevista GAS-tavoitteista asteikko- neen.

## 5.3 Puheterapeuttien GAS-ideapankki

Hankkeen aikana kerättiin anonyymejä GAS-tavoitteita puheterapeuttien GAS-ideapankkia varten. Ta- voitteena on tarjota käytännön esimerkkejä sellaisista GAS-tavoitteista ja asteikoista, joita voidaan ta- voitella puheterapiajaksojen aikana. Tavoitteita saatiin 160 ja jokainen tavoite asteikkoineen käsiteltiin hankeryhmän kokouksessa. Tavoitteet todettiin asiakkaan näkökulmasta relevanteiksi. Osa GAS-tavoit- teista ei kuitenkaan sellaisenaan noudattanut Kelan GAS-käsikirjan ohjeistusta (Autti-Rämö ym. 2016), minkä vuoksi niitä pyrittiin muokkaamaan käsikirjan ohjeistuksen mukaiseksi. Osassa tavoitteista muok- kaus ei onnistunut, joten kyseiset tavoite-esimerkit jouduttiin poistamaan, vaikka ne olivatkin kliinisesti relevantteja. Yleisimmät syyt muokkauksen tarpeelle olivat kaksi- tai useampimuuttujainen asteikko sekä asteikon välien epätasaisuus tai päällekkäisyys. Lisäksi kaikkiin asteikkoihin kirjoitettiin auki asteikossa

oleva indikaattori. Puheterapeuttien GAS-ideapankki on tämän julkaisun liitteenä 2. Lisäksi Puheterapeuttien GAS-ideapankki on jaettu GAS-menetelmä logopedisessä viitekehyksessä -koulutuksien osallistujille sähköpostitse ja se on ladattavissa Puheterapeuttiliiton sivuilta.

## 5.4 Kehittämisen prosessin arviointi

Hankeryhmä teki hankkeen arvion marraskuussa 2020. Arviointikeskustelussa käsiteltiin hankkeessa hyvin toimineita seikkoja ja niitä asioita, jotka olisi voitu tehdä toisin. Lisäksi pyrittiin tunnistamaan hankkeen parhaita piirteitä tai saavutuksia sekä raskaampia teemoja tai toimintatapoja.

Hankeryhmän mielestä hankeryhmän sisäinen yhteistyö toimi hyvin ja ryhmä koettiin aktiiviseksi ja keskusteleväksi. Myös hankkeen organisointi ja johtaminen toimivat hyvin ja rahoitusmalli mahdollisti GAS-teemaan keskittymisen. Myös yhteistyö Kelan edustajien kanssa oli sujuvaa, mikä näkyi esimerkiksi siinä, että hankkeen edustajilla oli mahdollista pitää palaveri Kelan edustajien kanssa sekä esitellä hanketta Kelan kuntoutusalan asiantuntijoille. Lisäksi Kelan edustaja osallistui hankkeen ohjausryhmään sekä hankkeen koulutuksiin. Hankkeessa tehdyt koulutuskoosteet ja puheterapeuttien GAS-ideapankki myös tunnistettiin hankkeessa hyvin toimineiksi seikoiksi.

Hankkeen parhaiksi saavutuksiksi tunnistettiin onnistuneet koulutukset ja työpaja sekä niissä käydyt keskustelut kollegoiden kanssa, yhdessä muodostettu puheterapeuttien GAS-ideapankki, kokemus GAS-ajattelun kehittymisestä sekä hankkeen aikainen yhteistyö Kelan edustajien kanssa. Toisaalta taas hankkeessa koettiin raskaaksi GAS-menetelmään sekä sen käyttöön ja luotettavuuteen liittyvät haasteet. Näitä ovat esimerkiksi menetelmän luotettavuus vertailun kannalta ja GAS-menetelmän käyttäminen terapian tuloksellisuuden mittarina. Kelan GAS-käsikirjan sääntöjen noudattamisen tarpeellisuudesta keskusteluun käytettiin aikaa, jotta linja hahmottui riittävän yhtenäiseksi koulutusten pitämiseen mennessä. Puheterapeuttien GAS-ideapankin esimerkkien muokkaaminen alkuperäisistä käsikirjan sääntöjen mukaisiksi oli työryhmälle vaikeaa ja aikaa vievää, vaikka työryhmässä oli mukana GAS-menetelmään erittäin perehtyneitä jäseniä. Lisäksi koronapandemian aiheuttamat muutokset hankeryhmän työskentelytavoissa koettiin raskaiksi. Myös pitkät etäyhteydellä toteutetut hankekokoukset koettiin ajoittain raskaiksi.



Hankeryhmän näkemyksen mukaan jo hankesuunnitteluvaiheessa olisi voitu enemmän kysyä asiakasnäkökulmaa. Nyt puhevammaisten henkilöiden omat kokemukset ja näkemykset jäivät kartoittamatta. Asiakasnäkökulma päädyttiin rajaamaan tämän hankkeen ulkopuolelle hankkeelle suunniteltujen painopisteiden vuoksi. Vaikka puhevammaiset henkilöt muodostavat ison Kelan kuntouttaman asiakasryhmän, heidän äänensä jää usein kuulematta ja heillä on usein rajoitteita täyttää Kelan vaatimuksia asiakkaan omasta osallistumisesta. Jatkossa onkin tärkeää tarkastella GAS-menetelmän soveltamista ja soveltuvuutta puheterapia-asiakkaiden näkökulmasta, ja sitä kuinka heitä voidaan tukea osallistumaan GAS-prosessiin.

## 6 Tulosten soveltaminen käytäntöön

Hankkeessa toteutettu valtakunnallinen kysely tuotti kattavasti tietoa puheterapeuttien GAS-käyttökemuksista ja asenteista. Näitä tuloksia hyödynnettiin GAS-koulutusten suunnittelussa. Lisäksi tuloksista tiedotettiin ohjausryhmän kokouksessa, Kelan edustajien kanssa pidetyssä palaverissa, Kelan kuntoutusalan asiantuntijoille pidetyssä esitelmässä sekä tässä julkaisussa. Tavoitteena on, että kyselyn tuloksia voidaan hyödyntää myös GAS-käsikirjan ja Kelan palvelukuvauksen seuraavia versioita laadittaessa.

Hankeryhmä piti keväällä ennen koulutuksia yhteistyöpalaverin Kelan kuntoutuspuolen edustajien kanssa. Tässä palaverissa käsiteltiin niitä ongelmakohtia, joita kyselyyn vastanneet puheterapeutit olivat nostaneet esiin. Palaverin tuloksena päädyttiin korostamaan koulutuksissa seuraavia teemoja:

- GAS-menetelmän käyttö tulee perustella ja motivoida. Sovittiinkin, että Kelan edustajat laativat aiheesta lyhyen puheenvuoron koulutustilaisuuteen.
- Asiakkaan kuulluksi tuleminen. GAS-viitekehyksessä keskeistä on asiakkaan osallistuminen. Tavoitteena on, että jokainen asiakas voi omalla kehitys- ja toimintatasollaan osallistua tavoitteiden laatimiseen. Tämä voi olla erityisen haasteellista puheterapeuttista kuntoutusta tarvitsevien asiakkaiden kohdalla, joista valtaosalla on erilaisia kommunikatiivisia, puheeseen liittyviä ja kielellis-kognitiivisia vaikeuksia.
- Tavoitteet pyritään kohdentamaan ICF-ajattelun kautta osallistumiseen. GAS-viitekehyksessä asiakkaan osallistumisen tukeminen on keskeistä. Onkin tärkeää tarkastella sitä, miten esimerkiksi puheterapeuttisin keinoin tuetaan asiakkaan osallistumista erilaisissa arjen tilanteissa.

- GAS-tavoitteet ovat vain yksi mittari. Tärkeää on kuitenkin varmistaa mittarin luotettavuus yhtenäisillä käytänteillä. Siksi onkin tärkeää, että koulutuksessa noudatetaan Kelan linjaa GAS-tavoitteen laatimisesta.

Puheterapeuteille suunnitellut koulutukset mahdollistivat sen, että kieleen, kommunikointiin ja vuorovaikutukseen sekä ruokailuun liittyvät GAS-tavoitteet ja asteikot olivat koulutusten keskiössä. Näin osallistujat pystyivät rakentamaan uutta tietoa aiemman osaamisensa päälle. Toisaalta myös kyseisiin aihepiiriin liittyviä vaikeuksia voitiin ottaa käsittelyyn. Koulutuksissa esitettiin konkreettisia ohjeita ja neuvoja GAS-tavoitteiden laatimiseen puheterapeuttien asiakkaille. Kooste koulutustilaisuuksista on myöhemmin nähtävillä Kelan kanavalla, joten koulutuksen teemoihin on mahdollista palata. Näin myös uudet Kelan palveluntuottajat voivat hyödyntää koostetta perehtyessään GAS-tavoitteiden laatimisprosessiin. Koulutukseen osallistuneille henkilölle toimitettiin tämän julkaisun liitteenä oleva Puheterapeuttien GAS-ideapankki. Se on myös ladattavissa Puheterapeuttiliiton kotisivuilla.

## 7 Pohdinta

Hankkeen tavoitteena oli GAS-menetelmän soveltamisen kehittäminen osana puheterapeuttista tavoitteen asettelua ja kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointia, puheterapeuttien GAS-osaamisen tarkastelu ja syventäminen sekä GAS-menetelmän luotettavuuden lisääminen yhtenäistämällä puheterapeuttien tapoja käyttää menetelmää. Hankkeen käyttämiä keinoja olivat kirjallisuuteen perehtyminen, kyselytutkimus (liite 1), koulutusten järjestäminen, julkaisun kirjoittaminen sekä Puheterapeuttien GAS-ideapankin kokoaminen (liite 2).

### 7.1 Kyselyn tulokset

Hankkeen toteuttamassa kyselyssä kerättiin kattavasti tietoa puheterapeuttien GAS-menetelmän käyttökokemuksista ja ajatuksista menetelmään liittyen. Kyselyn tulosten perusteella puheterapeutit kokivat GAS-menetelmän käyttämisen vaikeaksi, riippumatta siitä, minkä verran ja millaista GAS-koulutusta he olivat hankkineet. Toisaalta taas kokemuksella oli vaikutusta ja GAS-menetelmään pidempään käyttäneet vastaajat kokivat menetelmän hieman vähemmän vaikeaksi kuin ne vastaajat, jotka olivat olleen

enintään 20 GAS-prosessissa mukana. Myös Kelan GAS-käsikirjan ohjeiden soveltaminen koettiin haasteelliseksi. Kelly ym. (2019) totesivat, että kommunikatiivisiin taitoihin liittyvien tavoitteiden asettaminen oli vaikeaa, eikä onnistunut aina. Menetelmän vaikeaksi kokemista saattaa osittain selittää myös asiakkaiden kielellis-kognitiiviset vaikeudet, jotka voivat haitata heidän osallistumistaan prosessiin (Sallinen ym. 2015; Plant ym. 2016). GAS-menetelmän käytössä puheterapeutilla on oltava keinoja ja aikaa osallistaa puhevammaisen asiakas tavoitteiden laatimiseen. Toisaalta myös vanhemmat ovat todenneet GAS-tavoitteiden asettamisen ja arvioinnin olevan vaikeaa (Sipari ym. 2019). Asiakkaiden moniulotteisten ja laajojen taitojen sekä osallistumisen tavoitteiden muotoilu GAS-ohjeistuksen mukaiseksi voi selittää sitä, miksi menetelmän käyttö koetaan vaikeaksi (Steenbeck ym. 2007). Menetelmän käytössä pitäisi pystyä säilyttämään mitattavana olevan ilmiön moninainen luonne, mutta toisaalta se pitää pystyä rajaamaan yksimuuttujaiseksi ja mitattavaan muotoon. Muun muassa Schlosser (2004) on todennut, että puheterapeutit tarvitsevat jatkuvaa kouluttautumista GAS-menetelmän käytön suhteen, jotta menetelmän validiteetti ja reliabiliteetti olisivat kunnossa.

Vastaajien asenne GAS-menetelmää kohti oli keskiarvoltaan neutraali, mutta yksilöiden välistä vaihtelua oli havaittavissa. Lisäksi havaittiin yhteys asenteen ja GAS-menetelmän vaikeaksi kokemisen välillä siten, että mitä negatiivisempi vastaajan asenne oli, sitä vaikeammaksi hän menetelmän koki. Eli vaikka kirjallisuuden perusteella GAS-menetelmää pidetään toimivana ja terapeutit hyväksyvät sen mielellään työkalukseen (Steenbeck ym. 2007), on kuitenkin osalla terapeuteista negatiivinen asenne menetelmää kohtaan, mikä voi liittyä menetelmän vaikeaksi kokemiseen.

Kyselyn tulosten mukaan iso osa vastanneista puheterapeuteista käytti yhden asiakkaan yhteen GAS-prosessiin vähintään 2,5 tuntia, minkä voidaan ajatella olevan linjassa aiempien tutkimustulosten kanssa. Steenbeck ym. (2008) mukaan aikaa kuluu 45 minuuttia/tavoite terapeutin saaman koulutuksen määrästä riippumatta. Grantin ja Ponsfordin (2014) mukaan GAS-prosessi vei 2–4 tuntia aikaa, vaikka aivovammapotilaiden GAS-prosessin todettiin lisäävän asiakkaiden omien vaikeuksien tiedostamista ja realistista tavoitteen asettelua. Niin ikään Tuomi (2014) havaitsi toiminta- ja fysioterapeuttien käyttävän GAS-tavoitteiden laatimiseen runsaasti aikaa. Ajan käytön vaateen havaitsivat myös Sipari ym. (2019). Aiemmassa tutkimuksessa havaittiin erityisesti yksilöityjen pienempien osatavoitteiden laatimisen ja niiden jakamisen viiteen tasaväliseen tulostavoitteeseen olevan aikaa vievää, vaikka asiakkaat saivat yleensä itse muotoiltua päätavoitteensa (Grant ja Ponsford 2014). Riittävä aika mainittiin myös GAS-prosessia tukevana tekijänä, toisaalta taas ajan puute tunnistettiin GAS-prosessia vaikeuttavana tekijänä.

Kuitenkaan ajan tarve ei välttämättä ole huono asia, kun sillä haetaan yhteistä näkemystä asiakkaan tilanteesta kuntoutuksen yhteisten pyrkimysten määrittelemiseksi. Jotta Kelan myöntämän kuntoutusjakson aikana olisi mahdollista käydä lävitse huolellisesti GAS-prosessi, tulisi GAS-menetelmälle olla selkeästi kohdennettua aikaa. GAS-prosessiin käytettävä aika ei saisi vähentää itse kuntoutukseen käytettävää aikaa. Lasten ja vaikeavammaisten kuntoutettavien kohdalla on lähiympäristö motivoitava ja saatava mukaan tavoitteiden suunnitteluun, tämä työ ei saisi vähentää suoraan asiakkaalle myönnettyjä terapiakertoja. Ajantarve korostuu entisestään, kun asiakkaalla on useita terapioida. Ajankäyttöä pohdittaessa on hyvä pysähtyä miettimään GAS-menetelmän aiheuttamia kustannuksia. Olisi tärkeää pysähtyä arvioimaan, vastaako asiakkaiden, heidän läheistensä ja palveluntuottajien GAS-prosessiin käyttämä aika sitä hyötyä, joka menetelmää käyttämällä saadaan.

Ajan säästämiseksi kliinisessä työssä Krasny-Pacini ym. (2017) kokeilivat kolmeportaisen GAS-asteikon käyttöä. He määrittivät lähtötason -2:ksi, odotettavissa olevan 0:ksi ja parhaan mahdollisen +2:ksi. Tavoitteissa yhdistettiin tutkivan tahon tiedot perheen ja hoitavan tahon näkemyksiin. Kolmiportaisella "Kevyt-GAS"-asteikolla olisi ajan säästämisen lisäksi helpompaa kielellistä tavoitteet kolmella kuin viidellä kuvauksella siitä, mikä on kuntoutuksen mahdollinen tulos. Väliportaiden kielellinen kuvaaminen lisää virhelähteitä, kun muun muassa monimuuttujaisuuden riski asteikoissa kasvaa. GAS-menetelmän muokkauksella kolmiportaiseksi voitaisiin lisätä menetelmän käytön luotettavuutta.

Kyselyn mukaan puheterapeutit kokivat tekevänsä GAS-tavoitteet ensisijaisesti Kelaa, eivät asiakasta tai omaa työtään varten. Toisaalta vastaajien arvioiden mukaan GAS-menetelmä sitoutti asiakasta kuntoutukseen heikosti, mutta terapeuttia vahvemmin. Lisäksi havaittiin, että suuri osa vastaajista koki tavoitteiden olevan pääsääntöisesti peräisin joko asiakkaan lähipiiristä tai terapeutilta itseltään ja vain kolmasosa vastaajista mainitsi asiakkaan itsensä. Näiden tulosten voidaan ajatella kuvastavan näkemystä, jonka mukaan GAS-tavoitteiden ajatellaan olevan enemmän muiden kuin asiakkaan itsensä muotoilemia tavoitteita ja niitä tehdään ulkopuolisen määräyksestä, mikä vaikuttaa myös tavoitteisiin sitoutumiseen. Näin voi erityisesti olla tilanne lapsiasiakkaiden kohdalla, mutta myös aikuisten kanssa. Arnold ym. 2020 totesivatkin, että tavoitteiden asettaminen oli usein terapeuttijohtoista. Myös Sipari ym. (2019) totesivat, että kuntoutuskursseille osallistuneista lapsista osalle tavoite oli jäänyt epäselväksi, tavoite ei ollut motivoiva tai he eivät halunneet harjoitella tavoitteena olevaa asiaa. Myöskään lasten vanhemmat eivät aina muistaneet, mitä tavoitteet olivat. Olisikin siis tärkeä motivoida ja sitouttaa asiakkaat, heidän läheistensä ja puheterapeutit GAS-menetelmän käyttöön. Näin GAS-tavoitteet osallistavat asiakasta ja hänen

läheisiään, nousevat asiakkaan arjesta, ovat mielekkäitä sekä realistisia (Grant ja Ponsford 2014; Krasny-Paciniym. 2013 ja 2016).

Asiakkaan toimintakyvyn muutosta pystyi kuvaamaan kyselyn vastaajista 39 %:n mielestä vähintäänkin useimmiten, lisäksi 50 % vastaajista koki tämän olevan mahdollista joskus. Voidaan ajatella, että tämä tulos on linjassa aiemman kirjallisuuden kanssa (Schlosser 2004; Steenbeek ym. 2007; Krasny-Pacini ym. 2013; Grant ja Ponsford 2014; Finch 2019) GAS-menetelmän herkkyydestä muutoksen tunnistamiselle. Tässäkin kohdassa on muistettava ottaa huomioon näkökulma mittarin luotettavuudesta ja sen yhteydestä GAS-menetelmää yhdessä asiakkaan kanssa käyttävän terapeutin osaamiseen (Schlosser 2004; Steenbeek ym. 2007).

Kun tarkasteltiin laadullisesti GAS-menetelmän käyttämistä tukevia ja estäviä teemoja, kolme eniten mainittua tukevaa teemaa olivat perhe ja läheiset, asiakas ja kuntoutussuunnitelma. Estävien teemojen eniten mainintoja saivat kielellisten taitojen GAS-malliin taipuminen, ajanpuute ja aikatauluhaasteet ja ennakkoinnin vaikeudet. GAS-menetelmän tavoitteena on osallistaa asiakasta oman kuntoutuksessaan tavoitteen asetteluun. Ahl ym. (2005) totesivatkin, että yhteisesti asetetut tavoitteet lisäävät lähiympäristön osallisuutta kuntoutusprosessiin. Voidaan myös ajatella, että aktiivinen ja osallistuva asiakas ja lähiyhteisö tukevat siis omalla osallistumisellaan kuntoutusprosessia. Toisaalta puheterapeuttien asiakaskunnalla on lähes poikkeuksetta sellaisia kommunikatiivisia ja/tai kognitiivisia häiriöitä, jotka tekevät asiakkaan osallistamisen tavoitteiden asettamiseen haasteelliseksi. Myös asiakkaan itsetiedostamisen vaikeus monimutkaistaa GAS-prosessia (Malec 1999). Tämä nousee esille erityisesti lapsiasiakkaiden ja vaikeavammaisten asiakkaiden kohdalla, joiden osalta asiakkaan määritelmä on laajennettava sisältämään myös asiakkaan lähiympäristö. Puheterapeuttien on kuultava vanhempien ja laajemman lähiympäristön tavoitetoiveita sen lisäksi, että asiakkaan oma ja kuntoutussuunnitelman näkökulma tulevat huomioituiksi. Asiakkaiden, joilla on kielellis-kognitiivisia haasteita, tavoitteiden laatimisen tueksi tarvitaan kommunikointia tukevia keinoja (ks. esim. Mykkänen ja Puikkonen 2014; Brown ym. 2020). Lapsiasiakkaan kohdalla puheterapeutti usein selvittää tavoiteasiat muualla kuin verkostopalaverissa. Tähänkin tarvittaisiin nykyistä parempia työvälineitä, esimerkiksi keskustelumaton hyödyntämistä tavoitteen asettelussa (Murphy 2012). Lapsen osallistuminen verkostopalaveriin olisi hyvä arvioida hänen kehitystasonsa kannalta. Nykyisellään Kela vaatii asiakkaan läsnäoloa kaikkiin verkostopalaveriin ainakin osaksi aikaa. On tavallista, että lapset eivät halua määrätietoisesti uusia taitoja harjoitella, ja heillä on oikeus säilyttää luottamus siihen, että turvalliset aikuiset tietävät ja päättävät, mikä heille on hyväksi. On

myös tunnistettava ne tilanteet, joissa vaikeavammaiselta henkilöltä ei luotettavasti saada näkemystä omista tavoitteistaan, tai lähiympäristö asettaa erilaisia tai jopa ristiriitaisia tavoitteita kuin asiakas itse. Steenbeck ym. (2007) totesivatkin, että mitä vaikeavammaisemmasta asiakkaasta on kyse, sitä heikomaksi tavoitteiden saavuttaminen saattaa jäädä. Monikulttuuristen perheiden kanssa puuttuu yhteinen tavoitekeskustelun kieli ja tulkin käyttötarve haastaa tavoitteiden asteikollista muotoilemista yhdessä myös ajankäytöllisesti. Asiakkaiden tai heidän läheistensä on usein vaikea itse kuvata muutostarvettaan kielellisesti. Mikäli GAS-tavoitteiden tulisi paremmin kuvata ICF:n aktiviteetin ja osallistumisen osa-alueita, puheterapiaan kaivattaisiin enemmän arjen toimintakykyä kuvaavia mittareita tai tavoiteasettelua helpottavaa motivoivan haastattelun struktuuria, joissa olisi huomioitu nimenomaan puheterapian sisältöalueet. Motivoivaan haastatteluun kehitetty eGAS pyrkii myös vastaamaan tähän tarpeeseen (Kucheria ym. 2020).

GAS-tavoitteet on myös määriteltävä asiakkaan omina tulostavoitteina, eikä ympäristön prosessitavoitteina, mikä on usein edellytys asiakkaan taitojen kehittymiseksi muun muassa puhetta tukevien ja korvaavien keinojen käytön harjoittelussa. Puheterapiassa olisi mielekäs tapa osallistaa ympäristöä asettamalla lähihenkilöille omia GAS-tavoitteita esimerkiksi AAC-keinojen mallittamiseen. Lisäksi terapiatyössä on huomioitava myös asiakkaan ja hänen läheistensä näkökulma ja jaksaminen. Jotta motivaatio ja yhteistyö usein pitkänkin terapiaprosessin aikana säilyisi, on tärkeää huolehtia positiivista kokemuksista. Tavoitteen saavuttaminen on yksi positiivisen kokemuksen mahdollisuus ja hyvin asetetut tavoitteet voivat tukea kuntoutumista (Tuulio-Henrikson ja Härkäpää 2015; Alanko ym. 2017). Yleensä puheterapia kohdistuu ensin tietyn taidon hankkimiseen ja yleistämisvaiheen tavoitteet, jotka rinnastuvat aktiviteetin ja osallistumisen osa-alueisiin, harjoitellaan myöhemmin, tällöin usein ympäristön aktiivisesti tukemana. On myös hyvä muistaa, että GAS-prosessi ei vähennä eikä korvaa standardoitujen arviointimenetelmien tarvetta kuntoutustarpeen määrittelyssä (Turnes-Stokes 2009).

Lasten kuntoutustutkimuksissa on GAS-menetelmällä saatu rohkaisevaa, vaikka vielä näytönasteeltaan heikkoa näyttöä kuntoutuksen vaikuttavuudesta, kunhan menetelmän hallinta ja pisteytys saataisiin vakioitua (Harpster ym. 2019). Mikäli jatkossa pyritään arvioimaan kuntoutuksen vaikuttavuutta GAS-menetelmän avulla, on hyvä muistaa, että GAS-menetelmän käytön kannalta kriittinen kohta on menetelmää käyttävien terapeuttien GAS-osaaminen (Schlosser 2004). GAS-menetelmän ominaisuuksien aiheuttama heikompi vaikuttavuus arjen toimintakykyyn vaikeavammaisten asiakkaiden kohdalla ei saisi vaikuttaa esimerkiksi päätöksen tekoon resurssien suuntaamiseksi vain helpoimmin kuntoutuville tai

niille kuntoutujille, joiden toimintakyvyn muutokset on helpompi indikoida ja asettaa asteikolle. Terapiajaksoja on supistettu suositelluista. Kelan ei pitäisi tehdä GAS-arvioiden perusteella päätelmiä asiakkaiden tulevasta kuntoutustarpeesta, sillä GAS-menetelmän käyttöön liittyy merkittäviä ongelmia. Siinä roolissa on kuntoutusta suositteluva vastuutaho, joka päättyy moniammatillisen työryhmän kattavan arvioinnin perusteella annettuihin kuntoutussuosituksiin. Palvelukuvaus ohjeistaa viimeisimmän Omat tavoitteeni -lomakkeen lähettämistä Kelaan terapiapalautteen liitteenä. GAS-arviointien vertailukelpoisuus ei toteudu, kun niitä tehdään erilaisille tarkasteluajanjaksoille kuukaudesta vuoteen, eikä edes saman asiakkaan koko kuntoutusjakson aikaista tavoitteiden asettamisen kokonaisuutta arvioida, puhumattaakaan niistä tavoitteista, joille GAS-asteikkoja ei muodosteta.

Vaikka GAS-menetelmän tarjoaa välineen moniammatilliseen yhteistyöhön ja asiakaskeskeiseen työskentelyyn (Steenbeek ym. 2007), niin kyselyn tulosten perusteella puheterapeutit eivät tee paljon yhteisiä tavoitteita muiden terapeuttien kanssa. Tilanne on siis säilynyt samanlaisena kuin Sallinen ym. kuvasivat vuonna 2015 ilmestyneessä julkaisussaan. Syitä tähän voi olla useita. Yksi mahdollinen syy voi olla se, että yhteisten tavoitteiden muodostaminen vaatii asiakkaalta aktiivista verkoston koollekutsumista, mihin asiakkaalla voi olla vaikea nähdä tarvetta ja löytää voimavaroja. Toisaalta tämän voidaan ajatella johtuvan siitä, että terapeutit lähestyvät tavoitteita edelleen vahvasti omien kuntoutusmenetelmiensä kautta. Lisäksi taustalla voi olla pelkoa oman työn merkityksellisyyden katoamisesta, jos tavoitteet ovat kauempana terapeutin ydinosamisalueesta. Jatkossa onkin tärkeää korostaa asiakkaan ja hänen lähipiirinsä tärkeää roolia GAS-prosessin toimijana. Lisäksi tulevaisuudessa GAS-koulutuksissa onkin tärkeää motivoida ja opastaa moniammatilliseen yhteistyöhön asiakkaan GAS-tavoitteiden laadintaprosessissa.

## 7.2 GAS-menetelmä logopedisessä viitekehyksessä -koulutukset

Tässä hankkeessa toteutettiin koulutuksia, joiden tavoitteena oli yhtenäistää puheterapeuttien GAS-menetelmän käyttöä, sillä GAS-menetelmän validiteetin ja reliabiliteetin kannalta terapeuttien GAS-osaamisen on todettu olevan keskeistä (mm. Schlosser 2004; Steenbeek ym. 2007). Koulutuksissa yhdistettiin GAS-menetelmän teoreettiseen hallintaan liittyviä aineksia sekä logopediseen asiakaskuntaan ja kuntoutuksen osa-alueisiin liittyviä teemoja, jotta voitiin tukea terapeuttien ammatillista osaamista juuri logopediseltä kannalta. Näin voitiin tukea puheterapeuttien ammatillista osaamista, mikä on olennaista kuntoutuksen suunnan ennustamisessa (Paltamaa ym. 2011). Voidaankin ajatella, että tämän hankkeen

lisäarvo verrattuna yleisiin GAS-menetelmäkoulutuksiin on ollut alakohtainen erityispiirteiden ja tavoite-esimerkkien pohdinta.

Hankkeen järjestämät koulutustilaisuudet saivat runsaasti osallistujia ja koulutukset koettiin tarpeellisiksi. Koulutuksissa käsiteltiin aktivoivien keskustelujen ja logopedisten esimerkkien avulla juuri niitä GAS-prosessin vaiheita, joissa vaaditaan erityisosaamista. Puheterapiassa kuntoutuksen keskiössä ovat usein kielellis-kognitiiviset ongelmat, jotka ovat luonteeltaan monimuuttujaisia ja siksi vaikea GAS-protokollan mukaisesti tavoittaa (Krasny-Pacini ym. 2014). Toisaalta taas arjen näkökulmasta merkityksellisten, realististen tavoitteiden rajaaminen yksittäisiksi kapeiksi mitattavissa oleviksi asioiksi voi pahimmillaan kaaputtaa esimerkiksi kielellisten ja kognitiivisten toimintojen laaja-alaisuuden ymmärtämistä. Kuntoutuksen kohteena olevat taidot eivät kehity useinkaan hierarkisesti, joten niiden asettaminen loogiseen järjestykseen asettuvalla asteikolle voi olla mahdotonta. Kuitenkin GAS-menetelmässä asteikko rakentuu aina yksimuuttujaiseksi ja hierarkisesti (Autti-Rämö ym. 2016).

Kun GAS-kouluttaminen on systemaattista, GAS-osaamista välitetään ja viestitään oikein ja menetelmän validiteetti ja reliabiliteetti säilyvät hyvinä (Schlosser 2004). Vaikka yliopistot ja ammattikorkeakoulut huolehtivat terapeuttien peruskoulutuksesta, ja sen osana tavoitteen asettelun kouluttamisesta, ei näitä instansseja voida velvoittaa sisällyttämään GAS-menetelmää perusopintoihin, sillä GAS-menetelmä on vain yksi menetelmä muiden joukossa. Jatkossakin Kelalla kuntoutusta järjestävänä ja GAS-menetelmän käyttöä vaativana tahona on velvollisuus huolehtia riittävän kattavasta, ajantasaisesta ja tarvittaessa myös terapiamuotokohtaisesta ohjeistuksesta GAS-menetelmän käyttöön. Tärkeää on huolehtia myös siitä, että eri terapiamuodoille suunnattua koulutusta GAS-menetelmän käyttöön on saatavilla. Näin uudet Kelan palveluntuottajapuheterapeutit kuin jo pidempään Kelan asiakkaita kuntouttaneet terapeutit voivat hankkia ja päivittää GAS-osaamistansa ja siten ylläpitää GAS-menetelmän validiteettia ja reliabiliteettia. Lisäksi GAS-menetelmän validiteetin ja reliabiliteetin kannalta keskeistä on menetelmän soveltamien yhdenmukaisesti valtakunnallisesti sekä ammattiryhmien välillä että sisällä.

### 7.3 Puheterapeuttien GAS-ideapankki

Hankkeen aikana havaittiin tarpeelliseksi koostaa Puheterapeuttien GAS-ideapankki, johon koottiin kattavasti puheterapeuttien asiakkaiden GAS-tavoitteita ja asteikkoja. Samanlaisen GAS-ideapankin kokoa-



mista ovat aiemmin pohtineet Kelan kouluttamat GAS-kouluttajat (Sallinen ym. 2015). Ideapankin esimerkkitaivoitteita ei ole tarkoitus kopioida sellaisenaan, vaan ne ovat ideoinnin pohjana ja mallittavat puheterapeuteille erityisesti indikaattorin määrittelyn ja asteikon yksimuuttujaisuuden tarpeellisuutta. Tavoitepankkeja käytettäessä on syytä edelleen tiedostaa asiakkaan yksilölliset tavoitteet ja mahdollisuudet niiden saavuttamiseksi, muuten tavoitteiden alkuperäinen yksilöllisyys hämärtyy (Grant ja Ponsford 2014).

Puheterapeuttien GAS-ideapankkia kootessa hanketyöryhmä totesi hyvin harvan GAS-tavoitteen noudattavan GAS-käsikirjan sääntöjä ennen työryhmän tekemää muokkausta. Havaintoa tukee aiempi kirjallisuus, jossa on todettu GAS-tavoitteiden laatimisen olevan haastavaa (ks. esim. Schlosser 2004; Krasny-Pacini ym. 2016). Osassa GAS-ideapankkiin tulleista GAS-tavoitteista muokkaaminen häivytti alkuperäisen kliinisesti merkityksellisen tavoitteen tunnistamattomaksi. Parhaiten operationaalistuivat mekaanisimmat numeerisimmat tavoitteet sellaisiksi, että niiden psykometriset ominaisuudet täyttäisivät GAS-käsikirjan vaatimukset. Lisäksi osa GAS-tavoitteista jouduttiin hylkäämään, sillä niiden muokkaustrytykset osoittautuvat mahdottomiksi. Myös aiemmassa kirjallisuudessa esitetyissä GAS-esimerkeissä oli samanlaisia virheitä kuin ideapankkiin analysoimissamme tavoitteissa eli GAS-asteikot eivät täyttäneet menetelmän vaatimuksia (ks. esim. Gaines ja Gabory 2004). Myös Steenbeek ym. (2008) ovat tehneet samanlaisia havaintoja uudelleenmuotoilutarpeista erityisesti yksimuuttujaisuuden, asteikon tasavälisyyden, mitattavuuden ja spesifisyyden suhteen. GAS-menetelmän reliabiliteetti ja valideetti ovat riippuvaiset oikein toteutetusta tavoitteen laatimisesta (ks. esim. Steenbeek ym. 2007).

## 7.4 Jatkokehitys- ja tutkimusideat

Tämän hankkeen pohjalta on tunnistettu seuraavat jatkokehittämis- ja tutkimusteemat:

**Eri alojen terapeuttien tekemien GAS-tavoitteiden analyysi.** Olisi tärkeää analysoida sitä, kuinka GAS-menetelmän periaatteiden mukaisia nykyään laaditut GAS-tavoitteet ovat ja mitkä ovat niiden yleisimmät virhetyypit. Se antaisi välttämätöntä tietoa GAS-menetelmän pätevyydestä, jotta voitaisiin arvioida menetelmän käytettävyyttä vaikuttavuuden arviointiin. Toisaalta se antaisi tietoa GAS-menetelmäkoulutuksen tarpeesta. Tähän arviointiin tarvitaan sekä GAS-menetelmän hallintaa että kuntoutuksen substanssiosaamista.

**Asiakasnäkökulma.** Olisi tärkeää tehdä laadullista tutkimusta puheterapia-asiakkaiden näkökulmasta, eli siitä miten he kokevat GAS-prosessin ja millaisia kehittämissideoita he nostavat esiin. Erityisesti GAS-keskustelun esteettömyyden kehittämiseen on jatkossa kiinnitettävä huomiota, jotta myös sellaiset asiakkaat, joilla on kielellis-kognitiivisia haasteita, pääsevät omien tavoitteidensa asettelussa tasavertaisesti osallisiksi. Lasten osallistumiseksi tarvitaan myös nykyistä parempia keinoja. Vanhemmat tarvitsisivat pohdintansa tueksi logopedistä toimintakykyä kuvaavia arviointikeinoja.

**Terapeuttien näkökulma.** Tässä tutkimuksessa kerätyn pääasiallisesti määrällisen tiedon lisäksi olisi tärkeää tarkastella GAS-prosessia myös laadullisesti esimerkiksi teemahaastattelun kautta myös terapeuttien näkökulmasta. Näin voitaisiin muodostaa moniulotteinen käsitys terapeuttien GAS-menetelmän käyttökokemuksista ja hyödyntää myös niitä menetelmän soveltamisen kehittämisessä.

**Moniammatillisen yhteistyön toteutuminen.** Kyselyn tulosten perusteella GAS-prosessi ei välttämättä aina toteudu moniammatillisesti, vaikka asiakkaalla olisi useita terapeutteja. Olisi tärkeää tarkastella tämän syitä sekä mahdollisia keinoja, joilla moniammatillinen GAS-prosessi saataisiin toteutumaan.

**ICF-näkökulma.** Olisi tärkeää kerätä monipuolisesti tietoa siitä, kuinka ICF-ajattelu toteutuu asiakkaiden GAS-prosesseissa ja tavoitteissa. Parhaimmillaan koko GAS-prosessi viedään lävitse ICF-ajattelun kautta. Suomessa ei kuitenkaan ole tietoa siitä, kuinka usein näin on ja miten tätä voitaisiin tukea. Lisäksi olisi tärkeää analysoida jo tehtyjen GAS-tavoitteiden sijoittumista ICF:n eri osa-alueille.

**Elämänlaatu ja toimintakyky kommunikatiivisesta näkökulmasta.** Suomessa ei juurikaan ole käytössä puheterapiaan soveltuvia elämänlaatu- tai toimintakykymittareita, jolla voitaisiin kartoittaa asiakkaan tilannetta ja kuntoutuksen tavoitteita.

## 8 Johtopäätökset ja suositukset

Hankkeessa tarkasteltiin puheterapeuttien näkemyksiä GAS-menetelmän käytöstä, järjestettiin puheterapeuteille suunnatut GAS-koulutukset, kirjoitettiin julkaisukäsikirjoitus ja kerättiin GAS-esimerkkejä ideapankin muodostamiseksi. Kyselyyn vastasi 296 puheterapeuttia ja koulutuksiin osallistui 258 puheterapeuttia ja 107 logopedian opiskelijaa. Hankkeen johtopäätöksiä voidaan todeta, että puheterapeutit käyttävät paljon aikaa GAS-prosessiin ja kokevat menetelmän käytön vaikeaksi. Asiakkaan, joka usein miten on lapsi tai kielellisiltä taidoiltaan heikentynyt, on vaikea muotoilla tavoitteitaan itse.

Johtopäätöksenä todetaan myös, että GAS-prosessin laatuun vaikuttaa keskeisesti puheterapeuttien GAS-osaaminen eli puheterapeutin kyky ennakoida asiakkaan kuntoutumista tietyssä aikaikkunassa sekä yksinkertaistaa arjen monimuuttujaisia kielellis-kognitiivisia haasteita GAS-käsikirjan ohjeita noudattaviksi yksimuuttujaisiksi asteikoiksi. GAS-koulutuksissa tarvitaan GAS-osaamisen lisäksi myös substanssiosaamista, jotta koulutuksessa voidaan tarkastella juuri kyseiselle asiakaskunnalle tyypillisiä haasteita. Mikäli GAS-menetelmää halutaan käyttää luotettavasti kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointiin, tulee varmistua menetelmän reliabiliteetista ja validiteetista sekä arvioida tehtyjä puheterapian GAS-tavoitteita myös laadullisesti eli täyttävätkö ne GAS-käsikirjan vaatimukset.

Toisaalta, mikäli keskeinen motivaatio GAS-menetelmän käyttöön on tulevaisuudessa asiakkaan osallistaminen ja sitouttaminen, niin silloin GAS-menetelmän tarkkoja määrämuotovaatimuksia voisi väljentää, jotta GAS-tavoitteiden laatiminen helpottuisi nykyisestä. Yksilöllisesti laadittu konkreettinen GAS-tavoite mahdollistaa edelleen yksilötason muutoksen kuvaamisen ja kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnin, mutta ei eri terapiamuotojen tai ryhmätason vertailua. Lisäksi johtopäätöksenä todetaan, että Kelan GAS-käsikirjaa on hyvä muokata GAS-menetelmän kliinistä käyttöä ajatellen ja menetelmän validiteettia tukevaksi yhdessä sidosryhmien kanssa.

Kehittämishankkeen päättyessä hankeryhmä on päätnyt tekemään seuraavat suositukset:

- Asiakkaalle olisi hyvä mennä ennakkotietoa GAS-prosessista jo kuntoutuspäätöksen mukana. Näin asiakas ja/tai hänen lähipiirinsä ehtisi perehtyä prosessiin jonkin verran jo etukäteen sekä pohtia GAS-tavoitteen asettelua asiakkaan arjen toimintakyvyn lisäämisen näkökulmasta.
- GAS-prosessiin tarvitaan aikaa, koska se vaatii yhteistä pohdintaa asiakkaan ja lähiyhteisön kanssa. Ajan tarve korostuu, jos GAS-prosessin läpikäyntiä suositellaan useita kertoja vuodessa, GAS-prosessia toteutetaan moniammatillisesti, asiakkaan oma kommunikointikyky on vähäinen tai asiakkaan arkikieli ei ole suomi tai ruotsi. Sellaisen asiakkaan kanssa, joka on mukana GAS-prosessissa ensimmäistä kertaa, aikaa tarvitaan erityisesti. Siksi toivotaankin GAS-prosessin tarvitseman ajan tarpeen huomioimista uudessa palvelukuvauksessa ja ns. GAS-käyntejä, joilla GAS-prosessia voidaan rauhassa toteuttaa ilman, että GAS-tapaamiset veisivät aikaa ARKI-käynneiltä tai terapiakerroilta.
- GAS-menetelmän luotettavuuden kannalta on tärkeää, että menetelmän käyttöön liittyvä ohjeistus on yhdenmukaista, kattavaa ja menetelmää sovelletaan yhtenevästi eri terapeuttiyhmien

sisällä sekä välillä. Tarvitaan säännöllistä alakohtaista koulutusta ja oikein laadittuja alakohtaisia esimerkkejä GAS-osaamisen parantamiseksi.

- Mikäli Kela käyttää GAS-aineistoa vaikuttavuuden mittaamiseen, tulee Kelan arvioida huolellisesti asiakkaille tehtyjen GAS-tavoitteiden laatua eli täyttävätkö ne mittarille asetettuja ehtoja. Mikäli näitä GAS-asteikkojen t-lukuarvoja halutaan käyttää vaikuttavuuden osoittamiseen, tulee huolehtia siitä, että tarkasteluun valitut GAS-asteikot noudattavat yhtenäistä GAS-käsikirjan ohjeistusta. Tässä arvioinnissa tarvitaan sekä menetelmä- että substanssiosaamista.
- Omat tavoitteeni -lomaketta tulisi päivittää uudessa palvelukuvauksessa. Lomakkeessa tarvitaan tilaa keinoille tavoitteiden saavuttamiseen ja sovituille toimenpiteille ja indikaattorille. Lisäksi logopedisestä näkökulmasta "minä"-muodon käyttöä ohjaavan ohjeistuksen väljentäminen antaisi mahdollisuuden eettisesti kestävään tavoitteiden kirjaamiseen silloin kun asiakas on pieni lapsi tai erittäin vaikeasti vammaisen henkilö. Asiakas voi olla laajemmin lähiyhteisö, silloin kun asiakas on lapsi tai henkilö, jolla suuria kielellis-kognitiivisia vaikeuksia. Minä-muodon käyttäminen Kelan lomakkeissa pitäisi olla tapauskohtaista, asiakkaan osallistumiskyvyn mukaisesti.

## Lähteet

- Ahl LE, Johansson E, Granat T, Carlberg EB. Functional therapy for children with cerebral palsy. An ecological approach. *Developmental Medicine & Child Neurology* 2005; 47: 613–619.
- Alanko T, Karhula M, Piirainen A, Kröger T, Nikander R. [Kuntoutuksen osallistaminen tavoitteenasettamisprosessiin ja tavoitteiden saavuttamisen arviointiin](#). Helsinki: Kela, työpapereita 113, 2017. Viitattu 10.4.2018.
- Arnold H, Wallace SJ, Ryan B, Finch E, Shrubsole K. Current practice and barriers and facilitators to outcome measurement in aphasia rehabilitation. A cross-sectional study using the theoretical domains framework. *Aphasiology* 2020; 34: 47–69.
- Autti-Rämö I, Vainiemi K, Sukula S. [Tavoitteiden laaminen](#). Julkaisussa: Sukula S, Vainiemi K, toim. GAS-menetelmä. Käsikirja, versio 4. Helsinki: Kela, 2016. Viitattu 22.4.2021.
- Behn N, Marshall J, Togher L, Cruice M. Setting and achieving individualized social communication goals for people with acquired brain injury (ABI) within a group treatment. *International journal of language & communication disorders* 2019; 54: 828–840.
- Berg K, Torunn A, Balandin S, Armstrong E, Rise M. Experiences of participation in goal setting for people with stroke-induced aphasia in Norway. A qualitative study. *Disability and Rehabilitation* 2017; 39: 1122–1130.
- Bouwens SF, Van Heugten CM, Verhey FR. The practical use of goal attainment scaling for people with acquired brain injury who receive cognitive rehabilitation. *Clinical Rehabilitation* 2009; 23: 310–320.
- Brown SE, Brady MC, Worrall L, Scobbie L. A narrative review of communication accessibility for people with aphasia and implications for multi-disciplinary goal setting after stroke. *Aphasiology* 2020; 35: 1–32.

- Calculator SN. Description and evaluation of a home-based, parent-administered program for teaching enhanced natural gestures to individuals with Angelman syndrome. *American Journal of Speech-Language Pathology* 2016; 25: 1–13.
- Grant M, Ponsford J. Goal Attainment Scaling in brain injury rehabilitation. Strengths, limitations, and recommendations for future applications. *Neuropsychological Rehabilitation* 2014; 24: 661–677.
- Escher AA, Amlani AM, Viani AM, Berger S. Occupational therapy in an intensive comprehensive Aphasia program. Performance and satisfaction outcomes. *The American Journal of Occupational Therapy* 2018; 72. DOI: 10.5014/ajot.2018.026187.
- Evans JJ. Goal setting during rehabilitation early and late after acquired brain injury. *Current opinion in neurology* 2012; 25: 651–655.
- Evans-Rogers DL, Sweeney JK, Holden-Huchton P, Mullens PA. Short-term, intensive neurodevelopmental treatment program experiences of parents and their children with disabilities. *Pediatric Physical Therapy* 2015; 27: 61–71.
- Finch E, Cornwell P, Copley A, Doig E, Fleming J. Remediation of social communication impairments following traumatic brain injury using metacognitive strategy intervention. A pilot study. *Brain injury* 2017; 31: 1830–1839.
- Finch E, Copley A, McLisky M, Cornwell PL, Fleming JM, Doig, E. Can goal attainment scaling (GAS) accurately identify changes in social communication impairments following TBI? *Speech, Language and Hearing* 2019; 22: 183–194.
- Gaines BR, Gaboury I. Toddler talk. Outcomes from a parent-focused intervention for children with speech/language problems. *Revue d'orthophonie et d'Qudiologie* 2004; 28.
- Harpster K, Sheehan A, Foster EA, Leffler E, Schwab SM, Angeli JM. The methodological application of goal attainment scaling in pediatric rehabilitation research. A systematic review. *Disability and Rehabilitation* 2019; 41: 2855–2864.
- Herdman KA, Vander Morris S, Davidson S, Au A, Troyer A. Comparable achievement of client-identified, self-rated goals in intervention and no-intervention groups. Reevaluating the use of Goal Attainment Scaling as an outcome measure. *Neuropsychological Rehabilitation* 2018. DOI: 10.1080/0960211.2018.1432490
- Hersh D, Sherratt S, Howe T, Worrall L, Davidson B, Ferguson A. An analysis of the “goal” in aphasia rehabilitation. *Aphasiology* 2012; 26: 971–984.
- Karhula M, Veijola A, Ylisassi H. Tavoitteiden asettamisen käytäntö. Julkaisussa: Autti-Rämö I, Salminen A-L, Rajavaara M, Ylinen A, toim. Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim, 2016: 225–238.
- Kela. [Kelan terapian palvelukuvaus. Vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen terapiat](#). Helsinki: Kela, 2019. Viitattu 26.8.2020.
- [Kelasto-tietokanta](#). Helsinki: Kela, 2021. Viitattu 13.4.2021.
- Kelly G, Dunford C, Forsyth R, Kavčič A. Using child-and family-centred goal setting as an outcome measure in residential rehabilitation for children and youth with acquired brain injuries. The challenge of predicting expected levels of achievement. *Child: Care, Health and Development* 2019; 45: 286–291.
- Kiresuk TJ, Smith A, Cardillo JE. Goal attainment scaling. Applications, theory, and measurement. New Jersey, NY: Lawrence Erlbaum Associates, Psychology Press, 1994.
- Krasny-Pacini A, Hiebel J, Pauly F, Godon S, Chevignard M. Goal attainment scaling in rehabilitation. A literature-based update. *Annals of physical and rehabilitation medicine* 2013; 56: 212–230.

- Krasny-Pacini A, Limond J, Evans J, Hiebel J, Bendjelida K, Chevignard M. Context-sensitive goal management training for everyday executive dysfunction in children after severe traumatic brain injury. *The Journal of head trauma rehabilitation* 2014; 29: E49–E64.
- Krasny-Pacini A, Evans J, Sohlberg MM, Chevignard M. Proposal of criteria for appraising Goal Attainment Scales used as outcome measures in rehabilitation research. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2016; 97: 157–170.
- Krasny-Pacini A, Pauly F, Hiebel J, Godon S, Isner-Horobeti ME, Chevignard M. Feasibility of a shorter Goal Attainment Scaling method for a pediatric spasticity clinic—the 3-milestones GAS. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* 2017; 60: 249–257.
- Kucheria P, Sohlberg MM, Machalicek W, Seeley J, DeGarmo D. A single-case experimental design investigation of collaborative goal setting practices in hospital-based speech-language pathologists when provided supports to use motivational interviewing and goal attainment scaling. *Neuropsychological Rehabilitation* 2020; 1–32.
- [Käypä hoito -suositus. Kehityksellinen kielihäiriö \(kielen kehityksen häiriö, lapset ja nuoret\)](#). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Foniatriit ry:n ja Suomen Lastenneurologisen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019. Viitattu 22.12.2020.
- Malec JF. Goal attainment scaling in rehabilitation. *Neuropsychological Rehabilitation* 1999; 9: 253–275.
- Marsh K, Bertanou E, Suominen H, Venkatachalam M. An economic evaluation of speech and language therapy. Final Report. Matrix evidence, 2010.
- Miettinen L, Heikkinen E, Juhala S, Suvanto A, Vikkula L, Vuorio E. [Kielellisen erityisvaikeuden hyvä kuntoutus – Hyvät puheterapiakäytännöt \(pdf\)](#). Helsinki: Puheterapeuttiliitto, 2016. Viitattu 25.5.2018.
- Murphy J, Boa S. Using the WHO-ICF with Talking Mats to enable adults with long-term communication difficulties to participate in goal setting. *Augmentative and Alternative Communication* 2012; 28: 52–60.
- Mykkänen M, Puikkonen V. Tuettu päätöksenteko. Opas päätöksentekijälle ja tukihenkilölle. Kuopio: Savon vammaisasuntosäätiö, 2014.
- Palisano RJ, Haley SM, Brown DA. Goal attainment scaling as a measure of change in infants with motor delays. *Physical Therapy* 1992; 72: 432–437.
- Paltamaa J, Karhula M, Suomela-Markkanen T, Autti-Rämö I. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suositukseen vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Helsinki: Kela, 2011.
- Plant SE, Tyson SF, Kirk S, Parsons J. What are the barriers and facilitators to goal-setting during rehabilitation for stroke and other acquired brain injuries? A systematic review and meta-synthesis. *Clinical Rehabilitation* 2016, 30: 921–930.
- [Puheterapeuttiliitto. Puheterapia](#). Viitattu 29.3.2019.
- Railosvuo S. [Asiakkaan oma ääni kuuluviin](#). Asiakslähtöinen COPM-haastattelu Talking Mats® -menetelmällä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, 2016. Viitattu 22.12.2020.
- Rice DB, McIntyre A, Mirkowski M ym. Patient-centered goal setting in a hospital-based outpatient stroke rehabilitation center. *PM&R* 2017; 9: 856–865.
- Ruble L, McGrew JH, Toland MD. Goal attainment scaling as an outcome measure in randomized controlled trials of psychosocial interventions in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2012; 42: 1974–1983.

- Sallinen M, Bärlund E, Koivuniemi M, Heinonen T. [Kohti yhteisiä tavoitteita - GAS-koulutuksen arviointihankkeen loppuraportti](#). Helsinki: Kela, Kelan työpapereita 79, 2015. Viitattu 22.4.2021.
- Schlosser RW. Goal attainment scaling as a clinical measurement technique in communication disorders. A critical review. *Journal of Communication Disorders* 2004; 37: 217–239.
- Scobbie L, McLean D, Dixon D, Duncan E, Wyke S. Implementing a framework for goal setting in community based stroke rehabilitation. A process evaluation. *BMC Health Services Research* 2013; 13: 190.
- Simeonsson RJ, Bailey DB, Huntington GS, Brandon L. Scaling and attainment of goals in family-focused early intervention. *Community Mental Health Journal* 1991; 27: 77–83.
- Sipari S, Vänskä N, Pollari K. [Lapselle merkityksellinen toiminta kuntoutumisessa. Lapsen Metkut](#). Helsinki: Metropolia Ammattikorkeakoulu, Lapsen oikeus osallistua kuntoutukseensa – Lapsen edun arviointi (LOOK)-hanke, 2017. Viitattu 12.5.2021.
- Sipari S, Vänskä N, Lehtonen K, Pihlava J. [GAS-menetelmän käyttö Kelan sopeutumisvalmennuskursseilla. Kuntoutujan omat tavoitteet -tutkimus](#). Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan raportteja 20, 2019. Viitattu 22.4.2021.
- Steenbeek D, Ketelaar M, Galama K, Gorter JW. Goal attainment scaling in paediatric rehabilitation. A critical review of the literature. *Developmental Medicine & Child Neurology* 2007; 49: 550–556.
- Steenbeek D, Ketelaar M, Galama K, Gorter JW. [Goal Attainment Scaling in paediatric rehabilitation. A report on the clinical training of an interdisciplinary team](#). *Child: Care, Health and Development* 2008; 34: 521–529. Viitattu 12.5.2021.
- Steenbeek D, Ketelaar M, Lindeman E, Galama K, Gorter JW. Interrater reliability of goal attainment scaling in rehabilitation of children with cerebral palsy. *Archives of physical medicine and rehabilitation* 2010; 91: 429–435.
- Sukula S, Vainiemi K. [GAS-menetelmä. Käsikirja, versio 4](#). Helsinki: Kela, 2016. Viitattu 22.4.2021.
- Suvanto A, Piirto H. [ICF-perustietoa puheterapeuteille](#). Helsinki: Suomen Puheterapeuttiliitto, 2019. Viitattu 22.12.2020.
- Tuomi J. Kyselytutkimus fysio- ja toimintaterapeuteille GAS-menetelmän käyttökokemuksista. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 2014.
- Turner-Stokes L. Goal attainment scaling (GAS) in rehabilitation. A practical guide. *Clinical rehabilitation* 2009; 23: 362–370.
- Tuulio-Henriksson AM, Härkäpää K. Motivaatio tavoitteellisen kuntoutuksen taustalla. Julkaisussa: Sukula S, Vainiemi K, Laukkala T, toim. GAS Menetelmästä sovellukseen. Helsinki: Kela, 2015: 27–31
- Veijola A, Honkanen H, Lappalainen P. Asiakkaan osallisuuden mahdollistava ja sitä tukeva haastattelukeskustelu. Sukula S, Vainiemi K, Laukkala T, toim. GAS Menetelmästä sovellukseen. Helsinki: Kela, 2015: 32–46.
- Worrall L, Sherratt S, Rogers P ym. What people with aphasia want. Their goals according to the ICF. *Aphasiology* 2011; 25: 309–322.

## Liiteluettelo

Liitteet ovat [erillisessä tiedostossa Helda-julkaisuarkistossa \(helda.helsinki.fi\)](https://helda.helsinki.fi).

**Liite 1.** GAS-kysely

**Liite 2.** Puheterapeuttien GAS-ideapankki