

GAS

Menetelmästä sovellukseen

Toimittaneet

Seija Sukula, Kirsi Vainiemi ja Tanja Laukkala

GAS

GAS

Menetelmästä sovellukseen

Toimittaneet Seija Sukula, Kirsi Vainiemi ja Tanja Laukkala

© Kirjoittajat ja Kelan tutkimusosasto

julkaisut@kela.fi
www.kela.fi/tutkimus

ISBN 978-951-669-995-3 (nid.)
978-951-669-996-0 (pdf)

Juvenes Print
Tampere 2015

TIIVISTELMÄ

Kuntoutuksen tulee olla tavoitteellista ja kuntoutuksen menetelmien tulee tukea asetettujen tavoitteiden suuntaista toimintaa. Kela toi määrätietoisesti menetelmän tavoitteiden asettamiseen ja arvioimiseen Kelan kuntoutuksessa. Menetelmäksi valittiin kansainvälisesti kehitetty GAS-menetelmä (*Goal Attainment Scaling*). Kela julkaisi vuonna 2010 menetelmää koskevan käsikirjan suomeksi palveluntuottajien ja terveydenhuollon käyttöön. Lisäksi Kela tuotti lomakkeen tavoitteiden asettamiseen ja arvioimiseen.

Tämä kirja syntyi käytännön tarpeista tuoda lisää tietoa menetelmän käytännön toteutuksesta. Käsikirjan julkaisemisen jälkeen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset, jotka työskentelevät kuntoutuksen parissa, ovat toivoneet syventävää tietoa menetelmän käytöstä ja soveltamisesta eri kuntoutusmuodoissa ja etenevissä sairauksissa. Erityisesti tähän kirjaan on valittu kuntoutusmuotoja, joissa tavoitteiden asettaminen menetelmää käyttäen on sen käyttöönotosta lähtien ollut haasteellista. Kirja on tuotettu yhteistyössä GAS-menetelmää tutkineiden, koulutaneiden ja käytännön toteuttajien kanssa. Kirja kuvaa laajasti GAS-menetelmän sovelluksia ja sen haasteita suomalaisessa kuntoutusjärjestelmässä. Kirjan tavoitteena on toimia tavoitteiden laatimisen ja arvioinnin käytännön työkaluna. Kirja antaa käytännön neuvoja terveydenhuollon ja kuntoutuksen parissa työskenteleville, myös kuntoutujat saavat kirjasta käytännönläheistä tietoa.

Kirjan artikkeleissa kuvataan GAS-menetelmän käytännön sovelluksia. Kirja tarjoaa teoreettiset perustelut käytännönläheisesti ja avaa erityisesti menetelmän sovellusvaihtoehtoja laadittaessa tavoitteita eri kohderyhmille. Myös motivaatioteorian ja ICF-viitekehyksen merkitykset tavoitteiden laatimisen taustalla on käsitelty.

Kirja etenee tavoitteiden laatimisen ja arvioinnin käytännön toteutusjärjestyksessä. Aluksi käsitellään GAS-menetelmän taustaa ja käyttöä kirjallisuuden pohjalta eri kuntoutusmuodoissa. Kansainvälinen ICF-toimintakykyluokitus tarjoaa yhtenäisen ja kansainvälisesti sovitun viitekehyksen toiminnallisen terveyden kuvaamiseen. Motivaatiotekijöiden jälkeen käsitellään moniammatillista yhteistyötä tavoitteiden asettamisessa. Tämän jälkeen käydään läpi, miten GAS-menetelmää on käytetty eri kuntoutusmuodoissa. Menetelmän käytön erityiskysymyksiä tarkastellaan erityisesti ammatillisten tavoitteiden, etenevien sairauksien, perhekuntoutuksen, mielenterveyskuntoutuksen ja ikäihmisten kuntoutuksen näkökulmasta. Tavoitteiden laatimisen haasteita liittyy myös tilanteisiin, jossa asiakkaan toimintakyky pysyy lähtökohtaisesti samana tai huononee kuntoutuksen aikana. Lopuksi käsitellään vielä kootusti GAS-menetelmän käyttöönotossa vastaan tulleita haasteita ja ja toimivia ratkaisuja niihin kuntoutuksen palveluntuottajien kokemusten valossa.

Avainsanat: kuntoutus, tavoitteet, motivaatio, arviointimenetelmät, GAS-menetelmä, sovellukset

ALKUSANAT

Kela on keskeinen kuntoutuksen kehittäjä Suomessa. Vuosien varrella Kela on kehittänyt ikä-ihmisten, vaikeavammaisten, lasten ja nuorten perhekuntoutusta sekä työikäisten ja mielenterveyskuntoutusta. Osana näitä hankkeita on kehitetty erilaisia toimintakyvyn mittaamenetelmiä. GAS-menetelmä on yksi kokeilluista menetelmistä.

GAS-menetelmä on tuonut kuntoutukseen selvän struktuurin, selkeyttänyt tavoitteita ja motivoinut asiakkaita. Menetelmän käyttö oli myös haastavaa, sillä sen koettiin vievän paljon aikaa ja tavoitteiden laatiminen koettiin vaikeaksi. Menetelmän käyttö on vakiintunut vuosien varrella ja nyt sitä käytetäänkin jo lähes kaikissa Kelan kuntoutuspalveluissa. Tämä tarkoittaa lähes 70 000:ta tavoitetta vuodessa. Käyttö on laajentunut myös mm. terveydenhuoltoon ja työllistämispalveluihin.

Tavoitteet ovat kuntoutuksen ja hoidon selkäranka. Tavoitteet ohjaavat toimintaa ja kaiken moniammatillisen toiminnan tulisi olla yhteisten tavoitteiden mukaista. Terveydenhuollon ammattilaisina haluamme olla asiakaskeskeisiä, asiakasläheisiä tai asiakaslähtöisiä asiakastyössämme. Halvin ja helpoin keino päästä tähän tavoitteeseen on vastata niihin tarpeisiin, joita asiakkaalla on kysymällä asiakkaalta, motivoimalla asiakasta ja muovaamalla ammattilaisen taidolla arkisia tavoitteita asiakkaan kielelle.

Tämä kirjan tarkoitus on pohtia tavoitteiden laatimista erilaisissa elämäntilanteissa ja sitä, millaisilla menetelmillä voimme motivoida asiakasta ottamaan vastuuta itsestään. Kirja ei välttämättä anna vastausta kaikkiin tavoitteiden laatimisen ja arvioinnin kysymyksiin mutta antaa eväitä pohtia työyhteisössä, millaisia tavoitteita olisi hyvä laatia.

Helsingissä marraskuussa 2015

Toimittajat

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	9
2 GAS-MENETELMÄ (GOAL ATTAINMENT SCALING)	11
2.1 Menetelmän taustaa <i>Tanja Laukkala, Jenni Tuomi ja Seija Sukula</i>	11
2.2 Tavoitteiden laatiminen <i>Seija Sukula ja Kirsi Vainiemi</i>	13
3 ICF-KÄSITTEISTÖ TOIMINTAKYVYN ARVIOINNISSA	
<i>Marjatta Musikka-Siirtola ja Heidi Anttila</i>	16
3.1 ICF viitekehyksenä toimintakyvyn kuvaamiselle.....	16
3.2 Strukturoitu käsitejärjestelmä toimintakyvyn kuvaamiseen	17
3.3 Toimintakyvyn arviointi – mittaaminen ja kuvaaminen.....	19
3.4 Mitä tarkenteita käytetään?	20
3.5 Yhteinen kieli	21
3.6 Asiakaskeskeisyys lähtökohdaksi	21
3.7 Kontekstuaaliset tekijät määrittävät yksilöllisen tilanteen.....	22
3.8 Strukturoitu tavoite ohjaa kuntoutussuunnitelmaa	25
3.9 ICF ohjaa kuntoutusta.....	25
4 MOTIVAATIO TAVOITTEELLISEN KUNTOUTUKSEN TAUSTALLA	
<i>Annamari Tuulio-Henriksson ja Kristiina Härkäpää</i>	27
4.1 Motivaatio, tavoitteet ja itsesääntely	28
4.2 Motivaatio ja pystyvyys	29
4.3 Motivaatio kuntoutumisen edellytyksenä.....	29
5 ASIAKKAAN OSALLISUUDEN MAHDOLLISTAVA JA SITÄ TUKEVA HAASTATELUKESKUSTELU	
<i>Arja Veijola, Hilikka Honkanen ja Pirjo Lappalainen</i>	32
5.1 Muuttuva tavoitteen asettaminen	32
5.2 Asiakkaan osallisuuden mahdollistava toiminta	33
5.3 Dialogisen suhteen rakentaminen	34
5.4 Voimavaralähtöiset työmenetelmät	35
5.5 Motivoiva haastattelu mahdollistaa asiakkaan osallisuuden.....	37
5.5.1 Motivoiva haastattelu muutosprosessin eri vaiheissa	38
5.5.2 Motivoivan haastattelun vuorovaikutusperiaatteet.....	39
5.5.3 Motivoivan haastattelun vuorovaikutuskeinot	40
5.6 Osallistavan haastattelun haasteita.....	44
5.7 GAS-menetelmällä asiakaslähtöiseen työskentelyyn.....	46

6 GAS-MENETELMÄ MONIAMMATILISESTI ASIAKKAAN ARJESSA

<i>Ira Jeglinsky ja Salla Sipari</i>	47
6.1 Moniammatillisuus on osaamista yhdessä	48
6.2 Yhteisen näkemyksen rakentuminen GAS-tavoitteiden laadinnassa	50
6.3 GAS-menetelmän käyttö moniammatillisesti	54

7 KUNTOUTUKSEN TAVOITTEIDEN LAATIMINEN ERILAISSA KUNTOUTUSMUODOISSA JA ELÄMÄNTILANTEISSA

7.1 Ammatilliset tavoitteet	
<i>Hilkka Ylisassi ja Jari Turunen</i>	56
7.1.1 Mihin ammatillisilla tavoitteilla pyritään?	56
7.1.2 Ammatillisten tavoitteiden aikaansaamisen haaste	56
7.1.3 Hyvä ammatillinen tavoite on yksilöllinen ja ammatillisesti kehittävä	58
7.1.4 Tavoitetyöskentelyn virittäminen auttaa hyvin ammatillisiin tavoitteisiin pääsemisessä	59
7.1.5 Ammatillisesta tilanneanalyysistä perusta tavoitteille	61
7.1.6 GAS-menetelmän käyttö ammatillisissa tavoitteissa	66
7.1.7 Kynnysten yli ammatillista uudistumista tukeviin tavoitteisiin	69
7.2 Etenevät sairaudet	
<i>Päivi Hämäläinen, Maarit Karhula ja Anna-Liisa Salminen</i>	71
7.2.1 Etenevä sairaus ja kuntoutus	71
7.2.2 Tavoitteellisuus etenevän sairauden kuntoutuksessa	74
7.2.3 GAS-menetelmän ja SMART-periaatteen käyttö etenevissä sairauksissa	76
7.2.4 Kuntoutustavoitteiden yhteen nivominen ja seuranta etenevässä sairaudessa	81
7.3 Tavoitteenasettelu perhekuntoutuksessa	
<i>Mari Saarinen, Pia Röntynen ja Pekka Lyytinen</i>	81
7.3.1 Perhekuntoutuksen tavoitteen asettaminen on monivaiheinen prosessi	83
7.3.2 Mielekkään tavoitteen valitseminen	84
7.3.3 Lapsen osallisuus tavoitteiden määrittelyssä	89
7.3.4 Tavoitteen toteutumisen arviointi	91
7.3.5 Lopuksi	92
7.4 Mielenterveyskuntoutuksen tavoitteet	
<i>Kirsti Niskala</i>	93
7.4.1 Mielenterveysasiakkaan GAS-tavoitteiden kirjo	94
7.4.2 Esimerkkejä GAS-tavoitteiden asettelusta mielenterveysasiakkailta	95
7.4.3 Mietteitä GAS-tavoitteista mielenterveyskuntoutuksessa	99
7.5 Ikääntyneiden asiakkaiden tavoitteet gerontologisessa kuntoutuksessa	
<i>Aila Pikkarainen ja Mari Kantanen</i>	99
7.5.1 Ikääntynyt asiakas	100
7.5.2 Pilkotusta toimintakyvystä laaja-alaiseen toimijuuteen	103
7.5.3 Ikääntynyt asiakas ja GAS-menetelmä	107
7.5.4 Yhteenvedo	114
7.5.5 Suositukset	116

8 MIKÄ GAS-MENETELMÄSSÄ TYÖVÄLINEENÄ HAASTAA JA MIKÄ TUNTUU HELPOLTA?

Jari Turunen, Kari Hannonen ja Hilikka Ylisassi 117

8.1 GAS-työskentely käytännössä..... 117

8.2 GAS-klinikat yhteisen osaamisen kehittäjänä120

8.3 Lisävinkkejä tavoitteiden laatimisen avuksi.....122

9 LOPUKSI

Seija Sukula124

LÄHTEET126

KIRJOITTAJAT139

1 JOHDANTO

Tämän kirjan tavoitteena on toimia tavoitteiden laatimisen ja arvioinnin käytännön työkaluna sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille. Kirja tarjoaa teoreettiset perustelut käytännönläheisesti ja avaa menetelmän sovellusvaihtoehtoja laadittaessa tavoitteita eri kohderyhmille. Kirja koostuu ammattilaisten artikkeleista, joissa kuvataan GAS-menetelmän (*Goal Attainment Scaling*) käytännön sovelluksia.

GAS-menetelmä on tavoitteiden laatimisen ja arvioinnin apuväline, joka otettiin käyttöön Kelan kuntoutuksessa vuonna 2010. Kelassa käännettiin menetelmän käsitteet Kiresukin ym. (1994) englanninkielisistä alkuperäisteoksesta suomeksi. Ensimmäinen GAS-käsikirja valmistui Kelan laitosten kuntoutuksen palveluntuottajien tavoitteiden laatimisen työkaluksi samana vuonna. Nykyisellään menetelmää käytetään laajasti Kelan rahoittamassa kuntoutuksessa.

Kela haluaa kehittää GAS-menetelmän sovellettavuutta ja laadukasta käyttöä kuntoutuksessa. Tavoite on, että asiakkaan yksilölliset tavoitteet palvelevat kuntoutusprosessin suunnittelua ja arviointia ja että kuntoutuksen moniammatillinen henkilöstö osaa yhdessä asiakkaan kanssa laatia prosessin tavoitteet huomioiden toimintakyvyn eri ulottuvuudet.

Käyttäjiltä ja kouluttajilta saadun palautteen mukaan nykymuotoinen käsikirja ei palvele riittävästi GAS-menetelmän käyttäjiä. Erityisesti on toivottu tietoa menetelmän käytöstä eri kuntoutusmuodoissa (kuten eteneviä sairauksia sairastavien kuntoutuksessa ja perhekuntoutuksessa). Myös motivaatioteorian ja ICF:n merkitys tavoitteiden laatimiselle vaatii avaamista.

Kirja etenee samassa järjestyksessä kuin tavoitteiden laatiminen ja arvioinnin käytännön toteutus. Aluksi käsitellään GAS-menetelmän taustaa ja käyttöä eri kuntoutusmuodoissa (luku 2). Luvussa käydään myös lyhyesti läpi tavoitteiden laatimisen prosessi. Tarkempi kuvaus tavoitteiden laatimisen prosessista löytyy Kelan laatimasta GAS-käsikirjasta (Autti-Rämö ym. 2010).

ICF-toimintakykyluokitus tarjoaa yhtenäisen ja kansainvälisesti sovitun viitekehyksen toiminnallisen terveyden kuvaamiseen (luku 3). Vaikka Kela on sitoutunut ICF-luokituksen käyttöön kuntoutuksessa, on teorian soveltaminen käytännön kuntoutustyöhön vielä kesken. Tässä luvussa kerrotaan käytännönläheisesti, miten tavoitteiden laadinnassa voidaan asiakkaan toimintakykyä tarkastella kokonaisvaltaisesti.

Seuraavaksi valotetaan motivaation (luku 4) merkitystä tavoitteiden laatimisen pohjana. Miten motivaatio vaikuttaa sitoutumiseen ja miten työntekijä voi omalla työotteellaan ja haastattelumenetelmillä (luku 5) houkuttaa asiakasta tuomaan esille näkemyksiään ja kuntoutuksen tavoitteita? Tavoitteiden laatimisen lähtökohtana on asiakkaan voimaantuminen (luku 5).

Moniammatillinen yhteistyö (luku 6) jännevöittää kuntoutusprosessia. Yhdessä eri ammattiryhmät pystyvät tuomaan mukaan oman ammattiosaamisensa tavalla, joka helpottaa asiakasta ja työntekijöitä näkemään, mihin kuntoutuksella

pyritään. Yhteistyö myös vähentää päällekkäisten tavoitteiden määrää ja auttaa priorisoimaan tavoitteita.

Luvussa 7 kerrotaan, miten GAS-menetelmää on käytetty eri kuntoutusmuodoissa. Menetelmän käytön erityiskysymyksiä tarkastellaan ammatillisten tavoitteiden, etenevien sairauksien, perhekuntoutuksen, mielenterveyskuntoutuksen ja ikäihmisten kuntoutuksen näkökulmasta. Tavoitteiden laatimisen haasteita liittyy myös tilanteisiin, joissa asiakkaan toimintakyky pysyy lähtökohtaisesti samana tai huononee kuntoutuksen aikana.

Kirjan loppuksi (luku 8) käsitellään GAS-menetelmän käyttöönottoa kuntoutuksen ammattilaisten työssä. Luvussa paneudutaan myös kuntoutuksen palveluntuottajien kokemukseen menetelmän käytöstä ja sisäisestä kouluttamisesta.

2 GAS-MENETELMÄ (GOAL ATTAINMENT SCALING)

2.1 Menetelmän taustaa | [Tanja Laukkala](#), [Jenni Tuomi](#) ja [Seija Sukula](#)

GAS-menetelmä (*Goal Attainment Scaling*) on kehitetty mielenterveysasiakkaiden tavoitteiden asettamista ja arviointia varten (Kiresuk ja Sherman 1968), mutta sen käyttö on laajentunut myös muille kuntoutuksen alueille. Yksilöllisten mittareiden ja menetelmien käytöllä on merkitystä kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnissa, ja GAS-menetelmää voidaan käyttää sekä mittarina että menetelmänä parantamaan asiakkaan tietoisuutta toimintakyvystään suhteessa asetettuihin tavoitteisiin (Tam ym. 2008; Autti-Rämö ym. 2010; Gauggel 2011). GAS-menetelmää on käytetty jo 1978 (Woodward ym. 1978) perhekuntoutuksessa. Lasten ja nuorten kuntoutuksessa GAS-menetelmää on käytetty muun muassa CP-vammaisten, autististen sekä Downin syndroomaa ja sensorisen integraation häiriötä sairastavien lasten kuntoutuksen tulosten arvioinnissa (Tuomi 2014). Aikuisilla GAS-menetelmää on käytetty niin kroonisesta kivusta, TULES-ongelmista (Fisher ja Hardie 2002; Fisher 2008; Salminen ym. 2014) kuin vammojen jälkitiloista kärsivienkin asiakkaiden parissa (Rushton ja Miller 2002; Ertzgaard ym. 2011) sekä ikääntyneiden kuntoutuksessa. GAS-menetelmää on käytetty myös neuropsykologisen ja kognitiivisen kuntoutuksen seurannassa (Bouwens ym. 2009; Rasquin ym. 2010; Rannisto ym. 2014).

GAS-tavoitteiden realistinen ja motivoiva asettaminen vaatii aina perehtyneisyyttä juuri kyseisen asiakasryhmän oireisiin ja sairauden kulkuun. Asiakkaan lisäksi tulee huomioida mm. omaishoitajien ja perheenjäsenten toiveet ja odotukset osana kuntoutuksen kokonaisuutta (Ertzgaard ym. 2011). Asiakkaiden ja perheiden osallistumisen tavoitteiden asettamisen on nähty lisäävän heidän motivaatiotaan, mutta mahdolliset kognition ja kommunikaation ongelmat ovat haastavia tavoitteiden asettamisessa. Vaikka koko perhe hyötyy kuntoutuksesta, on tavoitteet asetettava ensisijaisesti nimetyn asiakkaan kuntoutustarpeista lähtien. Muokattuja GAS-menetelmän versioita alkuperäisestä poikkeavin pisteytyksin on myöhemmin kehitetty lisäämään menetelmän käyttökelpoisuutta ja käytettävyyttä eri kohderyhmillä.

GAS-menetelmää käytetään lääkinnällisen kuntoutuksen tuloksellisuuden arvioinnissa usein yhdessä muiden mittareiden kanssa. GAS-menetelmästä ammatillisessa kuntoutuksessa on toistaiseksi ollut niukemmin tietoa. Ylisassin (2012) raportti käsittelee menetelmän käyttökelpoisuutta työhön liittyvässä kuntoutuksessa. GAS-menetelmällä saattaisi olla annettavaa myös sosiaaliseen kuntoutukseen, joka lähenee menetelmän alkuperäistä käyttötarkoitusta.

SMART-periaatteen (ks. tarkemmin kappaleessa 2.2.) mukaisesti laadittu GAS-asteikko ja asiakkaan tai hänen lähiomaisensa osallistuminen tavoitteiden asettamiseen lisäävät asiakkaan motivaatiota kuntoutukseen ja auttavat pitämään asetettuja tavoitteita yllä myös kuntoutusjakson jälkeen. Vaikka GAS-menetelmää on kritisoitu tavoitteiden asettamiseen käytetystä ajasta, tavoitteiden asettamiseen vaikuttavista tekijöistä ja menetelmän tilastokäsittelystä (Krasny-Pacini ym. 2013;

Siegert ja Levack 2015a), se on toistuvasti arvioitu käyttökelpoiseksi tavoitteiden asettamisen työkaluksi (Stevens ym. 2013; Siegert ja Levack 2015b).

Kelan selvityksessä arvioitiin 114:n ASLAK-kuntoutuksessa olleen tavoitteita. Tulosten mukaan tavoitteet jakautuivat toimintakyvyn eri osa-alueille, mutta suurimmalle osalle (83 prosentille) asiakkaista laadittiin liikunnan lisäämiseen tähtääviä tavoitteita. Painon vähentäminen asetettiin tavoitteeksi 60 prosentille ja lihaskunnan kohottaminen 50 prosentille asiakkaista. ICF-ajattelumallin mukaan mielentoimintoihin liittyvät tavoitteet (esimerkiksi uni, motivaatio, ajanhallinta ja tunnetilojen säätely) liittyivät tavoitteisiin 27 prosentilla ja itsestä huolehtiminen (ruokavalion noudattaminen, tupakoinnin tai alkoholin käytön vähentäminen) 22 prosentilla asiakkaista. Fyysisten tavoitteiden laatiminen koetaan usein helpompina kuin muiden toimintakyvyn osa-alueiden tavoitteiden (Sukula 2013).

Von Bellin (2013) tutkimuksessa arvioitiin, miten asiakaslähtöisyys toteutuu terapeuttien työssä ja miten GAS-tavoitteet ovat vaikuttaneet terapian toteutukseen. Tulosten mukaan GAS-menetelmän koettiin ohjaavan terapian toteutusta yksilöllisistä tavoitteista lähteväksi eikä niinkään diagnoosilähtöiseksi. GAS-menetelmää pidettiin hyvänä keinona ohjata keskustelua siihen suuntaan, että myös asiakas ja perhe ottaisivat vastuuta kuntoutumisesta ja tavoitteiden saavuttamisesta. Kuntoutuksen toteutuksesta tulee asiakkaalle ymmärrettävämpää, kun tavoite on pilkottu asiakkaan kanssa yhdessä osiin. Näin asiakkaan on helpompi ymmärtää, mihin kuntoutuksella pyritään. Kirjallisesti laadittujen tavoitteiden koettiin myös konkretisoivan asiakkaalle terapian vaikuttavuutta, kun tavoitteet saavutetaan. Terapeutti on saattanut käyttää ammattilaisten kieltä, jolloin tavoitteet ovat voineet jäädä asiakkaalle omasta arjesta irralliseksi toiminnaksi. Oksasen ja Seppäläisen (2011) mukaan pitkän terapiasuhteen aikana terapeutti saattaa sokeutua asiakkaan toimintakyvyn muutoksille esimerkiksi etenevässä sairaudessa, jossa on pahe-nemisvaiheita. GAS-menetelmän käyttö auttoi terapeuttia ymmärtämään, mikä asiakkaan nykytila tällä hetkellä on ja mihin kuntoutuksessa on realistista pyrkiä.

Tuomen (2014) tutkimuksen tarkoitus oli selvittää fysio- ja toimintaterapeuttien käyttökokemuksia GAS-menetelmästä. Menetelmän suurimmiksi hyödyiksi koettiin asiakkaan sitoutuminen tai osallistuminen kuntoutukseen ja tavoitteiden konkreettisuus. Suurimmat haasteet GAS-menetelmän käytössä olivat sen asteikon laatimisen työläys ja se, että menetelmän käyttö vei paljon aikaa. Toisaalta useissa tutkimuksissa tuodaan esille se, että kun menetelmän käyttöön tulee rutiinia, ajan tarve vähenee (mm. von Bell 2013). Toisaalta Oksanen ja Seppäläinen (2011) toteavat, että vaikka tavoitteiden asettamiseen kulutettu aika oli huomattavasti pidempi kuin silloin, jos terapeutit eivät olisi käyttäneet GAS-lomaketta, koettiin kuntoutuksen suunnittelun käynnistyneen tavoitekeskustelun jälkeen perustellulta pohjalta ja kuntoutuksen toteutukseen tulleen mielekkyyttä. Tavoitekeskustelussa sekä asiakkaalle että terapeutille itselleen selvisi, mikä on kuntoutuksen idea ja mihin siinä pyritään.

GAS-menetelmä on arvioitu TOIMIA-tietokannassa soveltuvaksi kuntoutuksen tavoitteiden asettamiseen ja arviointiin eri ikäluokissa ja useissa eri sairausryhmissä (TOIMIA 2014). Tutkimuksia GAS-menetelmän psykometrisistä ominai-

suuksista on koottu myös vuonna 2014 julkaistussa pro gradu -työssä (Tuomi 2014). Molemmat selvitykset perustuvat huhtikuussa 2013 tehtyyn kirjallisuushakuun. Haku tehtiin seuraavista sähköisistä tietokannoista: Pubmed, Cochrane, Cinahl, PsyCinfo, SocINDEX, Sociological Abstracts, Assia, Medic, Arto ja Embase. Haku-sanat olivat: ”goal attainment scale” OR ”goal attainment scaling” OR ”goal attainment scales” AND ”psychometr* OR ”validity” OR ”reliability”. Haun tuloksena saatiin 171 artikkelia, joista hylättiin kommentit, posterit, muut kuin suomen-, ruotsin- tai englanninkieliset artikkelit sekä artikkelit, joissa näkökulmana ei ollut kuntoutus. Lisäksi hylättiin artikkelit, joissa GAS-menetelmän pätevyys- tai toistettavuusominaisuuksia ei ollut raportoitu. Kirjallisuuskatsaukseen hyväksyttiin 18 artikkelia, joissa GAS-menetelmän psykometrisiä ominaisuuksia oli tutkittu. Näiden lisäksi löytyi kaksi tutkimusta artikkeleiden lähdeluetteloista. Nämä artikkelit on koottu TOIMIA-tietokantaan¹.

2.2 Tavoitteiden laatiminen | Seija Sukula ja Kirsi Vainiemi

GAS-menetelmä mahdollistaa asiakkaan yksilöllisten tavoitteiden asettamisen yhdessä menetelmän hallitsevan ammattihenkilön kanssa. Menetelmä tuo systemaattisen tavan asettaa ja arvioida tavoitteiden toteutumista ja mahdollistaa erinomaisen näkökulman kuntoutusten tulosten tarkasteluun. Menetelmän avulla voidaan tarkastella sekä asiakkaan omien tavoitteiden toteutumista että ryhmätason tavoitteiden toteutumista standardoidun tilastollisen analyysin avulla (Smith 2009; Turner-Stokes 2009). Toisin kuin perinteisillä standardoiduilla mittausmenetelmillä (esim. Barthel Index), joissa on kaikille samat standardoidut saavuttamisen tasot, GAS-menetelmällä voidaan kunkin nykyinen tai tuleva suorituskky huomioiden laatia yksilöllisten tavoitteiden saavuttamisen tasot (Turner-Stokes 2009).

Jotta tavoitteet saavutettaisiin, on merkittävää, että tavoitteista on sovittu yhdessä asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa ennen kuntoutuksen aloittamista. Kaikilla osapuolilla tulee olla realistiset odotukset tavoitteiden saavuttamisesta. Rosewilliam ym. (2011) haastavat ammattilaiset pohtimaan omia työtapojaan. Heidän mukaansa asiantuntijat usein uskovat tekevänsä työtä asiakaslähtöisesti, mutta esimerkissä aivovamman jälkeisessä kuntoutuksessa vain neljännes osallistui omien tavoitteidensa laatimiseen. GAS-menetelmän käyttö lisää moniammatillista yhteistyötä sekä asiakkaan osallistumista tavoitteiden asettamiseen. Useat tutkimukset osoittavat, että asiakkaan osallistuminen tavoitteiden laadintaan lisää niiden saavuttamista. Tavoitteilla on myös terapeuttinen vaikutus. Näyttöä on myös siitä, että tavoitteiden saavuttaminen on hyvä tuloksellisuuden mittari, koska se reagoi herkästi muutoksiin. (Kiresuk ja Sherman 1968; Turner-Stokes 2009.)

¹ Ks. http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/mittariversio/2013/11/26/liite_GAS_artikkelit.pdf.

Hyvänä tavoitteen asettamisen apuvälineenä voidaan käyttää SMART-periaatetta (Bovend'Eerd ym.) (2009). SMART on lyhenne englanninkielisistä sanoista, ja suomennettuna se kuvaa menetelmän ideaa ”älykäs, nokkela, fiksu”. Tavoite on

- Specific = spesifinen, yksilöllinen, määritetty
- Measurable = mitattavissa
- Achievable = saavutettavissa
- Realistic/Relevant = realistinen ja merkityksellinen, kuntoutustoimenpitein saavutettavissa
- Timed = mahdollinen aikatauluttaa (Autti-Rämö ym. 2010; Bovend'Eerd 2009.)

Kelan kuntoutuksessa tavoitteiden asettaminen ja arvioiminen noudattaa alkupe-
räistä Kiresukin ohjeistusta ja asteikkoa. Tavoitteen laadintaa ohjaa laaja-alainen
käsitys toimintakyvystä ja ihmisestä osana luonnollista ympäristöään. (Sukula
ym. 2015.)

Tavoitteen laatiminen edellyttää **tavoitteen tunnistamista, nimeämistä, sille asetettua indikaattoria ja asteikon laadintaa**. Tavoitteet laativat asiakas ja kuntoutuksen ammattihenkilö yhdessä, ja niiden laadintaan ja arvioimiseen voivat osallistua perhe ja lähiomaiset.

Tavoitteen tunnistaminen perustuu asiakkaan haastatteluun, tutkimukseen, kyselyihin ja sen hetkisen tilanteen selvittämiseen. Asiakkaalle tärkeiden tavoitteiden tunnistamiseksi voidaan käyttää strukturoituja haastatteluja, jotka eivät etukäteen rajaa kysyttäviä ongelmia mutta joiden avulla voidaan selvittää kuntoutuksen kannalta merkitykselliset asiat (esim. COPM²). Asiakkaalta kysytään, millainen hänen toiminta- ja työkykynsä on ja millainen muutos omassa elämässä olisi tärkeä ja mahdollinen. Tämän jälkeen tavoitteelle annetaan nimi. Tavoitteen nimi voi olla esimerkiksi *päätöksenteko* tai *liikunta*. Kutakin tavoitetta kuvaamaan valitaan selkeä indikaattori, joka on sovittuna hetkenä arvioitavissa. Indikaattori on käyttäytyminen, tunnetila, taito tai prosessi, joka selkeimmin edustaa valittua tavoitetta ja edistymistä tavoitteen suuntaan. Se voi olla laadullinen tai määrällinen ilmaisu, kuten paino kiloina, unen kesto tai sanallisesti kuvattu muutos toiminnassa.

Seuraavaksi laaditaan asteikko (taulukko 1, s. 15) kuvaamaan muutoksen suuntaa. Asteikon laadinta on GAS-menetelmän haasteellisin vaihe ja edellyttää ammattihenkilöltä kuntoutuksen hyvää asiantuntemusta. Kuntoutuksen ammattilaisten on pystyttävä arvioimaan, mitä kyseisellä – käytettävissä olevalla tai asiakkaan motivaation ylläpitämisen kannalta sopivalla – aikavälillä on mahdollista saavuttaa. Tämä edellyttää ammattihenkilöltä hyvää kokemusta vastaavista asiakkaista.


Tavoitteiden saavuttamisen taso kuvataan viisiportaisella asteikolla (taulukko 1), jossa nolla kuvaa tilannetta, jolloin tavoite on saavutettu. Tällöin tavoite on asiakkaalle realistinen saavuttaa, se määritellään ensin. Seuraavaksi määritellään, milloin tavoite on realistinen saavuttaa, mutta lopputulos on enemmän kuin

2 Canadian Occupational Performance Measure (ks. esim. Harra ym. 2006; McDougall ja Wright 2009).

odotettiin (+1). Vastaavasti määritellään tilanne, jossa lopputulos on odotettua vähäisempi, mutta muutos on oikeansuuntainen (–1). Tämän jälkeen määritellään tilanne, joka on saavutettavissa optimaalisissa olosuhteissa (+2). Lopuksi määritellään tilanne, jossa muutoksella ei ole toiminnalle suurta merkitystä tai tilanne on ennallaan tai huonontunut (–2). Kun tavoitteet on määritelty, sovitaan, miten niihin voidaan päästä kuntoutuksen keinoin ja milloin tavoitteita arvioidaan.

Tavoitteiden saavuttaminen arvioidaan yhdessä asiakkaan kanssa sovittuna päivänä. Tällöin kunkin tavoitteen asteikosta katsotaan toteutuneet lukuarvot. Nämä toteutuneet lukuarvot lasketaan yhteen ja lasketaan tavoitteiden määrän mukainen T-lukuarvo (ks. Sukula ym. 2015). Tuloksia voidaan tarkastella kahdella tasolla: miten asiakas on saavuttanut tavoitteet ja miten ammattilainen on pystynyt ennustamaan, mitä kyseisellä kuntoutuksella voidaan saavuttaa (Turner-Stokes 2009).

Taulukko 1. GAS-asteikon muutoksen suunta.

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

3 ICF-KÄSITTEISTÖ TOIMINTAKYVYN ARVIOINNISSA | Marjatta Musikka-Siirtola ja Heidi Anttila

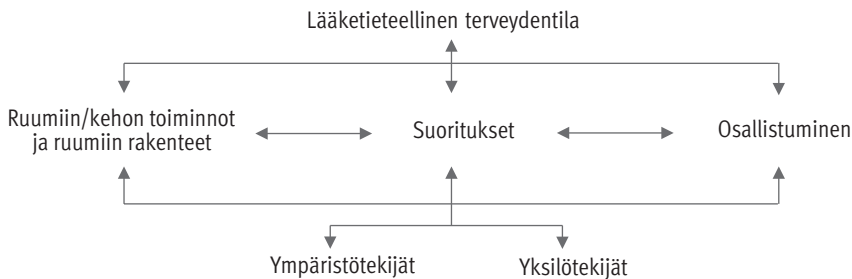
3.1 ICF viitekehyksenä toimintakyvyn kuvaamiselle

ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) kehitettiin kansainvälisenä yhteistyönä ja julkaistiin vuonna 2001 (WHO 2001). ICF on käännetty useille kielille ja Stakes suomensi sen vuonna 2004 nimellä *ICF – Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus* (Stakes 2004). Maailman terveysjärjestö (WHO) on päivittänyt ICF:ää vuosina 2010–2015. THL on kääntänyt päivitykset suomeksi ja julkaisi päivitetyn ICF:n nimellä *THL – ICF toimintakykykäsitteistön luokitus* Koodistopalvelimella keväällä 2015 (Kansallinen koodistopalvelu 2015). Lista vahvistetuista, suomeksi käännettyistä päivityksistä löytyy THL:n verkkosivuilta (THL 2015).

Toimintakykykäsitteiden luokitusta käytetään sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmissä kuvaamaan henkilöiden toimintakykyyn liittyvää tietoa rakenteisessa muodossa. Luokituksen avulla voidaan ilmaista, mitä toimintakyvyn eri osa-alueita ja niiden sisältämiä yksittäisiä kuvauskohteita voidaan kuvata erilaisilla toimintakyvyn arviointimenetelmillä ja -mittareilla. Luokitusta hyödynnetään kansalaisille suunnatuissa sähköisissä palveluissa, esimerkiksi Omahoitopolu-verkkopalvelussa.

ICF edustaa nykyaikaista biopsykososiaalista, kokonaisvaltaista näkökulmaa toimintakyvyn kuvaamisessa. Suppeampi tapa käsittää toimintakyky on biolääketieteellinen malli, johon perustui aiempi, vuonna 1980 julkaistu WHO:n *sairauden seurausten malli* ICIDH (*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*). Tähän malliin perustui ajattelu, jossa ihmisen kokemaa haitta määritellään seurauksena sairaudesta ja vammasta sekä niiden aiheuttamasta toimintarajoitteesta. ICF yhdisti tämän ns. lääketieteellisen mallin ja sosiaalisen mallin toimintakyvystä ja loi uudenlaisen viitekehyksen ja käsitteistön. Biopsykososiaalisessa mallissa toimintarajoitteet nähdään henkilön terveyden ja konkreettisen elämäntilanteen vaatimusten välisenä epäsuhtana. Jotta tämä epäsuhta voidaan minimoida, on henkilön terveydentilaan liittyvien tekijöiden lisäksi otettava huomioon myös ympäristö- ja yksilötekijöiden vaikutus. Näitä tekijöitä ovat esimerkiksi saatavilla oleva tuki ja palvelut, apuvälineet, työtilanne, perhe, harrastukset, motivaatio ja uskomukset.

WHO:n luokitusperheessä lääketieteellinen terveydentila kuvataan diagnosiin avulla (ICD-10) ja toimintakyky kuvataan sen rinnalla ICF-käsittein. WHO määrittelee *toimintakyvyn* lääketieteellisen terveydentilan ja kontekstuaalisten tekijöiden dynaamisena vuorovaikutuksena ja *toimintarajoitteet* tässä vuorovaikutuksessa esiin tulevina rajoitteina (kuvio 1, s. 17). ICF on neutraali viitekehys toimintakyvylle ja toimintarajoitteille. Se ei ota kantaa sairauden tai vamman syihin. Toimintakykyä arvioitaessa on otettava huomioon ruumiin rakenteet ja niissä olevat muutokset, ruumiin/kehon toiminnot ja vajeet toiminnoissa sekä suoritukset ja osallistuminen. Näiden lisäksi on huomioitava tilannetekijät, jotka liittyvät yksilöön ja siihen ympäristöön, jossa hän elää.

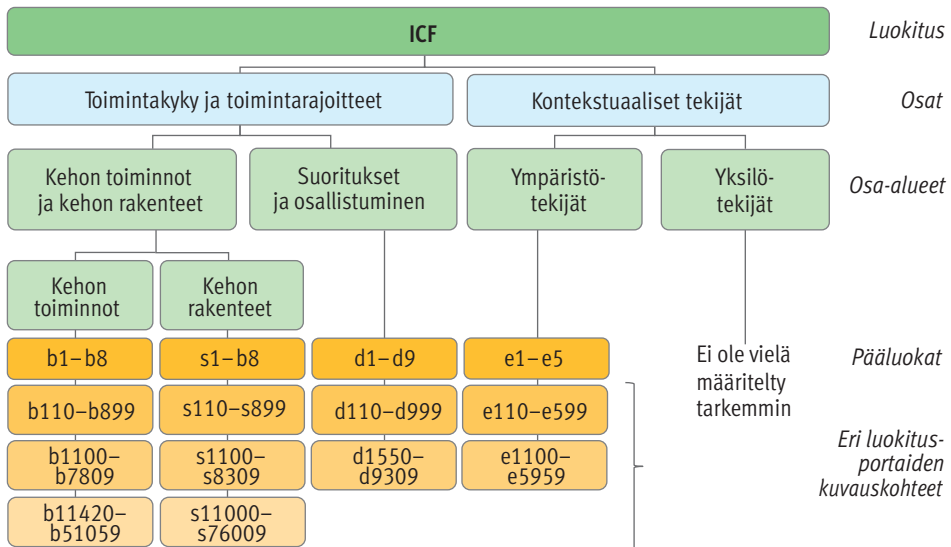
Kuvio 1. ICF:n osa-alueiden dynaamiset vuorovaikutussuhteet.

Todetusta sairaudesta tai vammasta ei voi päätellä niistä aiheutuvia toimintarajoitteita, vaan on arvioitava kaikki toimintakyvyn osa-alueet. Henkilöillä voi olla erilainen toimintakyky, vaikka diagnoosi olisi sama, tai eri diagnoosin saaneilla voi olla samankaltainen toimintakyky. Siksi pelkkä diagnoosi ei riitä toimintakyvyn kuvaamiseen, vaan lisäksi tarvitaan asiakkaan elämäntilanteeseen liittyvä toimintakyvyn ja ympäristötekijöiden kuvaus, jolla voi olla suuri merkitys terapiatavoitteiden asettamisessa. Esimerkiksi henkilö, jolla on vaikea polion jälkitila liikkumisrajoitteinen, voi olla taitava kokki ja osallistua aktiivisesti järjestötoimintaan ja muihin yhteiskunnallisiin asioihin.

3.2 Strukturoitu käsitejärjestelmä toimintakyvyn kuvaamiseen

ICF ohjaa siis kuvaamaan toimintakykyä ja toimintarajoitteita laajasti mukaan lukien ympäristötekijät. Jotta eri käsitteiden hahmottaminen helpottuu, ne on järjestetty osiin, osa-alueisiin ja pääluokkiin ja kukin käsite on määritelty sanallisesti. Ylä- ja alakäsitteet on järjestetty hierarkkisesti, minkä vuoksi tieto, joka on koodattu tarkemmin alatasolla, säilyttää merkityksen siirryttäessä ylätasolle. Seurattaessa luokituksen haaroja alaspäin voidaan päästä hyvin yleisestä hyvin yksityiskohtaiseen toimintakyvyn aspektien kuvaukseen.

ICF:n kaksi osaa ovat 1) toimintakyky ja toimintarajoitteet sekä 2) kontekstuaaliset tekijät (kuvio 2, s. 18). Kumpikin jakautuu kahteen osa-alueeseen, joita kuvaavia kirjaimia käytetään koodaamisessa. Kehon toimintoja kuvaa kirjain b, kehon rakenteita s, suorituksia ja osallistumista d sekä ympäristötekijöitä e. Yksilötekijöille ei ole tunnusta, mutta niistä voi käyttää merkintää pf (*personal factor*). Yksilötekijöiden luokittelusta luovuttiin eettisistä syistä vammaisjärjestöjen ja psykologien vastustuksen takia ja koska ICF luokittelee toimintakykyä, mutta ei ihmisiä. Kuitenkin joitain alustavia selvityksiä yksilötekijöiden luokitteluksi on tehty (Geyh ym. 2011).

Kuvio 2. ICF-luokituksen hierarkkinen rakenne ja koodit.

Lähde: THL.

Koska ICF:ssä on pyritty kattamaan kaikki toimintakykyyn liittyvät asiat, sen käsitteillä voidaan kuvata kenen tahansa toimintakykyä erilaisissa elämäntilanteissa. Tästä syystä käsitteitä on runsaasti. Vaikka käsitteitä on paljon, niitä kaikkia ei aina tarvita, vaan ne pitää valikoida asiakkaan kulloisenkin tilanteen mukaan. Esimerkiksi lääketieteellisestä terveydentilasta tai tietyistä tilanteesta katsottuna voidaan nähdä erilaisia rajoitteita toimintakyvyssä, joita voidaan käyttää arvioinnin lähtökohtana.

Valintaa helpottamaan WHO on kehittänyt 32 ydinlistaa. Niihin on koottu se minimimäärä ICF-kuvauskohteita, joita tarvitaan kuvaamaan toimintakykyä. Ydinlistoissa on tietyn sairauden ja sen eri vaiheiden mukaisia kuvauskohteita, mutta myös tiettyihin tilanteisiin, kuten ammatilliseen tai geriatriseen kuntoutukseen, soveltuvia ydinlistoja. Ydinlistoista voidaan valita asiakkaan diagnooseihin ja tilanteisiin sopivimmat. Kunkin ydinlistan kuvauskohteet on tunnistettu järjestelmällisen katsauksen, kliinisen tutkimuksen ja asiakas- ja ammattilaiskyselyjen avulla ja valittu kansainvälisessä konsensuskokouksessa Delfoi-menetelmällä. Näin arvioitavien kuvauskohteiden valinta ICF:stä helpottuu. Lisäksi WHO suosittelee, että mukaan liitetään aina sekä yleinen ydinlista että tarvittavat asiakkaan yksilöllistä tilannetta kuvaavat kuvauskohteet koko ICF:stä. Yleinen ydinlista sisältää seitsemän yleisintä kuvauskohdetta. Ne ovat valikoituneet tilastollisesti tärkeimmiksi kaikkien ydinlistojen perusteella. Ydinlistaa täydentämään on kehitetty myös ns. kuntoutus-ydinlista, jossa on 15 lisäkuvauskohdetta, sekä luettelo yleisimmistä ympäristötekijöistä, missä on kymmenen kuvauskohdetta. Luettelo kaikista ydinlistoista löytyy THL:n verkkosivuilta (THL 2014a), ja ydinlistojen kuvauskohteet löytyvät suomeksi ICF-eKuvauslomakkeesta (ICF Research Branch 2014).

Aina ei myöskään tarvita yksityiskohtaisia kuvauskohteita, vaan pelkät toisen luokitusportaan kuvauskohteet saattavat riittää. Ne löytyvät esimerkiksi ICF-taskukirjasta (THL 2014c), johon on otettu mukaan vain I ja II luokitusportaan aihealueet ja niiden 34 tai 362 kuvauskohdetta (THL 2014b). Myös ICF-ydinlistoissa on pitäydytty vain toisen luokitusportaan kuvauskohteisiin. Lisäksi sairaus- tai vammautumisprosessin eri vaiheissa painottuvat eri osa-alueiden käsitteistöt siten, että akuuttivaiheessa sairaalajakson aikana päähuomio arvioinnissa keskittyy ruumiin/kehon rakenteisiin ja toimintoihin. Kotiolosuhteisiin siirryttäessä huomio kohdentuu enemmän suorituksiin ja osallistumiseen, joissa yksilön oma elämän konteksti tulee vahvemmin mukaan. Siksi sairausspesifisissä ydinlistoissa on erikseen akuutin ja kroonisen vaiheen ydinlistoja. (THL 2014a.)

3.3 Toimintakyvyn arviointi – mittaaminen ja kuvaaminen

ICF-ydinlistat opastavat, mitä toimintakykyyn liittyviä asioita tulisi arvioida, mutta ne eivät kerro, millä tavoin tai mitä arviointimenetelmiä asiakkaan toimintakyvyn arvioinnissa tulisi käyttää. Toimintakykyä voi arvioida monin tavoin: havainnoimalla, haastatteleamalla, kyselyiden avulla, mittaamalla ja kliinisillä tutkimuksilla. Itsearviointinista puhutaan silloin, kun asiakas arvioi itse omaa toimintakykyään, esimerkiksi täyttämällä itse jonkin kyselyn. Arviointimenetelmien valinta ja käyttö jää asiantuntijan ratkaistavaksi asiakkaan tilanteen ja tarpeiden mukaisesti. Lisäksi hänen tulee tarkistaa, että valitut arviointimenetelmät ovat päteviä ja luotettavia. Tässä asiantuntija voi käyttää apunaan TOIMIA-tietokantaa. (Valkeinen ja Anttila 2014.)

Eri arviointimenetelmillä saatu tieto voidaan koota yhtenäiseksi toimintakykyprofiiliksi, kun ICF-kuvauskohteiden lisäksi käytetään ICF-tarkenteita. Tarkenteella tarkoitetaan ICF-koodien loppuun eli pisteen jälkeen merkittäviä numeroita. Niitä käytetään, kun toimintakyvystä halutaan antaa kokonaisarvio ja esittää se toimintakykyprofiilina. ICF-eKuvauslomake³ on karkea prototyyppi ja esimerkki siitä, miten tämä voitaisiin toteuttaa tietojärjestelmissä. Kun asiakkaan toimintakyky on kartoitettu, rastitetaan käytetty arviointimenetelmä ja saatu tulos ICF-eKuvauslomakkeelle. Tarvittaessa voidaan vapaatekstikenttään kirjata tarkempi kuvaus asiakkaan ongelmasta tai vahvuuksista sekä käytettyjen arviointimenetelmien nimet ja tulokset tai mahdolliset osatulokset. (Valkeinen ja Anttila 2014.)

Jotta eri toimintakyvyn arviointimenetelmistä saatu tieto yhdistyisi myöhemmin saumattomasti ICF-luokitukseen, tarvitaan sähköisiin tietojärjestelmiin kansallisesti sovitut luokitukset ja rakenteet näiden tietojen yhdistämiseksi. Tästä yhdistämistyöstä vastaa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen uusi Toimintakykyluokituksen ja toimintakykymittareiden tietorakenteiden asiantuntijaryhmä. Sen yhtenä tavoitteena on luoda kansallisiin tietojärjestelmiin tietorakenne, joka tukee

3 Ks. <http://www.icf-core-sets.org/fi/page0.php>.

arviointimenetelmillä mitatun tiedon ja kuvatun toimintakykytiedon yhteiskäyttöä rakenteisissa kertomuksissa, erilaisissa suunnitelmissa ja lausunnoissa.

3.4 Mitä tarkenteita käytetään?

Yksittäisten toimintakykykäsitteiden kohdalla ICF ohjeistaa käyttämään yleistä arviointiskaalaa 0–4 (ei ongelmia – ehdoton ongelma). Tarkenteet merkitään koodin jälkeen ja ne erotetaan koodista pisteellä(.). Ympäristötekijöissä käytetään tätä samaa asteikkoa; jos ympäristötekijä on edistävä, se merkitään koodin jälkeen plus(+)-merkillä (taulukko 2).

On huomattava, että tämä ICF-tarkenneasteikko ei ole tasavälinen järjestysasteikko. Koska kansallista määrittelyä tarkenteista ei ole tehty, niistä on Suomessa käytössä erilaisia sovelluksia, jotka eivät ole yhteismitallisia. Esimerkiksi Tampereen yliopistollisen sairaalan kuntoutustutkimusyksikössä on käytössä ICF-pohjaisia toimintakykykyselyitä, joissa asiakkaan vastausasteikko on jana, josta on erotettavissa kahdeksan tasavälistä porrasta. Oululaisessa Tervaväylän koulussa taas vastausasteikkona on tasavälinen 5-portainen asteikko (0 %, 25 %, 50 %, 75 % ja 100 %), jolla arvioidaan oppilaan avun tarvetta.

Yksilötekijöille ei ole kuvauskohteita eikä asteikkoa, vaikka käytännön arviointityössä voi yksilötasolla nousta esiin yllättävääkin osaamista ja vahvuuksia, mikäli niille annetaan tilaa ja esitetään oikeita kysymyksiä. Yksilötekijät tulee silti ottaa mukaan toimintakykyprofiliin ja ne voidaan kuvata vapaatekstinä.

Taulukko 2. ICF:n yleinen tarkenneasteikko.

Tarkenne	Selite	Prosentuaaliset rajat ^a
0 = Ei ongelmaa	Ei lainkaan, ei havaittavissa, olematon	0–4 %
1 = Lievä ongelma	Vähäinen, matala,...	5–24 %
2 = Kohtalainen ongelma	Keskimääräinen, melko,...	25–49 %
3 = Vaikea ongelma	Korkea, erittäin suuri,...	50–95 %
4 = Ehdoton ongelma	Suurin mahdollinen, täysin,...	96–100 %
8 = Ei määritelty	Riittävää tietoa ei ole saatavilla	
9 = Ei sovellettavissa	Kuvauskohdetta ei voida arvioida	

^aTarkoitettu käytettäväksi tapauksissa, joista on olemassa kalibroituja arviointimittareita tai vakioituja menetelmiä vaikeuden määrän arvioimiseen.

3.5 Yhteinen kieli

ICF:n keskeinen tavoite on tarjota eri ammattiryhmille kansallisesti ja kansainvälisesti yhteinen kieli, jonka avulla pystytään kuvaamaan toimintakykyä. Yhteinen kieli mahdollistaa yhtenäisen kokonaiskuvan muodostumisen ja kuntoutustavoitteen asettamisen sekä hoitohenkilökunnan työajan järkevämmän käytön ja moniammatillisen yhteistyön yli organisaatorajojen. Myös asiakkaan hoitopolku sujuvoituu.

ICF:n tulee olla käytettävissä siten, että se tukee toimintakyvyn sähköistä kirjaamista ja toimintakyvyn mittaamista myös muissa yhteyksissä, jotta toimintakyky tulisi yhtenäisellä tavalla ymmärrettäväksi eri ammattilaisten kesken. Jos eri ammattilaisten tekemiin toimintakykyarvioihin liitetään tieto siitä, mitä ICF-käsitettä on arvioitu tai mitattu, tieto voidaan välittää helpommin muille saman asiakkaan kanssa töitä tekeville ja käyttää sitä yhteisten tavoitteiden muodostamiseen. Lisäksi se mahdollistaa laadun seurannan ja vertailutiedon muodostamisen siitä, mitä ja missä saavutetaan paljon ja missä vähän vähemmän. Siksi yhtenäinen toimintakyvyn arviointijärjestelmä olisi tärkeää niin yksilön, organisaation kuin yhteiskunnankin kannalta.

ICF-pohjaisen toimintakyvyn ja ympäristötekijöiden arvioinnin avulla voidaan asiakkaista saada esiin sellainen suoritustaso ja -kyky, jotka eivät välttämättä muilla keinoilla tule esiin. Kun arvioidaan esimerkiksi kaikki Suoritukset ja osallistuminen -osa-alueen yhdeksän pääluokkaa (oppiminen ja tiedon soveltaminen, yleisluonteiset tehtävät ja vaateet, kommunikointi, liikkuminen, itsestä huolehtiminen, kotielämä, henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet, keskeiset elämänalueet sekä yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä), saadaan hyvä kokonaiskuva asiakkaan pärjäämisestä käytännön elämässä ja osallistumisesta oman ikäryhmänsä mukaiseen toimintaan.

3.6 Asiakaskeskeisyys lähtökohdaksi

Asiakkaan keskeinen rooli kuntoutuksessa on ymmärretty jo vuosikymmeniä, ja useimmiten asiakas osallistuu kuntoutussuunnitelmansa tekemiseen. Kuitenkin kuntoutussuunnitelmissa korostuvat edelleen asiantuntijoiden määrittelyt ja kuntoutusjärjestelmien antamat puitteet. Jos asiakasta ei kuunnella, ammattilaisen kehittämät tavoitteet eivät useinkaan innosta yksilöä. Kimmoke on löydettävä asiakkaan omasta elämäntilanteesta, kiinnostuksen kohteista ja elämänhistoriasta. Kun asiakkaat osallistuvat itse aktiivisesti keskeisimpien kuntoutustavoitteidensa määrittelyyn, se lisää heidän itsenäisyyden ja itsemääräämisoikeuden tunnettaan.

Keskusteleva, dialoginen lähestymistapa (ks. esim. Seikkula ja Arnkil 2013) ja riittävän laaja-alainen toimintakyvyn ja ympäristötekijöiden arviointi mahdollistavat asiakkaan oman elämäntilanteen huomioon ottavan asiakaskeskeisyyden, mikäli sille vain annetaan mahdollisuus ja pysähdytään kuulemaan asiakasta. Käytännön tilanteissa on tukeuduttu liikaa pelkästään toimintakyvyn rajoitteisiin,

joita pyritään poistamaan. Näin saatetaan menettää yksilölliset mahdollisuudet henkilökohtaisiin tavoitteisiin.

Moniammatillinen työryhmä voi olla apuna tässä työssä. Mikäli eri ammattilaisten kanssa käydyt keskustelut kirjataan samoilla termeillä samaan rakenteeseen (ICF), asiakkaan tilanteesta näin muodostuva toimintakykyprofiili voi toimia yhteisenä kielenä kuntoutustavoitteen asettamisessa. Toimintakykyprofiilista voidaan nähdä asiakkaan kokonaistilanne ja valita asiakkaan kannalta tärkeimmät asiat tavoitteiden pohjaksi.

Kuntoutustyössä todetaan usein, kuinka laaja-alainen perehtyminen asiakkaan tilanteeseen muuttaa kuntoutustavoitetta konkreettisemmaksi ja yksilön elämäntilanteeseen liittyväksi. Tämä on huomattu esimerkiksi vanhuspalveluissa, joissa kokonaisvaltainen arviointi ja suunnittelu sekä hoitoketjujen merkitys korostuvat. Tällöin yksilön tarpeiden systemaattisen arvioinnin avulla voidaan paremmin kohdentaa ja suunnitella voimavarojen käyttöä yksilön tarpeisiin. (Finne-Soveri ym. 2014.)

3.7 Kontekstuaaliset tekijät määrittävät yksilöllisen tilanteen

ICF on asiakaskeskeinen malli, koska sen avulla voidaan kuvata asiakkaan henkilökohtainen kokemus omasta toimintakyvystään osana hänen arjen toimintaympäristöään. Näillä kontekstuaalisilla eli ympäristötekijöillä on ICF:ssä hyvin keskeinen merkitys, sillä toimintakyky toteutuu aina terveydentilan sekä yksilön ja ympäristötekijöiden yhteisvaikutuksena. Konteksti sisältää kaksi osa-aluetta: ympäristötekijät ja yksilötekijät. Ympäristöä on ihmisen lähiympäristö ja laajempi, yhteiskunnallinen ja kulttuurinen ympäristö. Lähiympäristöä ovat fyysinen, sosiaalinen ja asenneympäristö ja laajempaa ympäristöä edustavat palvelut, hallinto ja politiikat. Ympäristötekijöiden merkitys arvioidaan aina yksilön tilanteesta lähtien toimintakykyä edistävänä tai rajoittavana asiana. Asiakas ja hänen kokemuksensa on keskeinen tässä arvioinnissa, eikä sitä pysty ulkokohtaisesti tekemään. Toinen osa kontekstuaalisia tekijöitä ovat yksilötekijät, jotka sisältävät useita yksilöä ja hänen elämänhistoriaansa kuvaavia tekijöitä sekä hänen elämänsenteensa ja selviytymiskeinonsa. Toimintakyky ei siis ole yksilön ominaisuus, vaan se vaihtelee samallakin yksilöllä erilaisissa elämäntilanteissa. Henkilö saattaa esimerkiksi toimia sellaisessa työyhteisössä, jossa hän voi käyttää koulutustaan tai taitojaan (molemmat yksilötekijöitä). Hän osaa laittaa ruokaa ja saa siitä positiivista palautetta asiakkailta ja työkavereilta. Hänen merkityksensä työyhteisössä koetaan välttämättömäksi, eikä työtehtävien ja työvuorojen jakamisessa tule ongelmia. Työilmapiiri on hyvä ja se antaa voimia myös työn ulkopuoliseen osallistumiseen.

Esimerkkinä kontekstuaalisten tekijöiden vaikutuksista toimintakyvyn ongelmien kompensoinnissa on 18-vuotiaan Teemun tilanne.

Kuvaus aivovamman saaneen nuoren asiakkaan toimintakyvystä

Teemu opiskelee rakennusalan ammattioppilaitoksessa. Hän joutui liikenneonnettomuuteen ja hänellä diagnosoitiin keskivaikkea aivovamma. Onnettomuustilanteessa hän oli lyhyen aikaa tajuttomana, mutta tajunnantaso palautui pian normaalksi. Hänellä on onnettomuuteen liittyvä noin kahden tunnin muistiaukko. Aivojen MRI-kuvissa tuli esiin selkeät rakenteelliset muutokset. Alkuvaiheen tutkimuksissa todettiin, ettei hänellä ole ongelmia liikkumisessa, käden motoriikassa tai tahdonalaisissa liiketoiminnoissa.

Neuropsykologisessa tutkimuksessa tuli esiin tarkkaavuuden säätelyn ja toiminnan suunnittelun vaikeus ja vaihteleva suoriutuminen lähimuistissa. Keskeisimpänä toimintarajoitteena todettiin aivovamman jälkitilassa yleinen väsymisherkyys. Tunnereagoinnissa on havaittavissa lievää herkistymistä onnettomuudesta keskusteltaessa, mutta se on hallittua.

Kotiotumisvaiheessa asiakas kävelee, keskustelee ja huolehtii itsestään. Lyhyen toipumisvaiheen jälkeen asiakas kyselee mahdollisuuttaan palata kouluun. Opiskelu on ollut nuorelle hyvin tärkeä ja mieleinen asia, hänellä on perheessä ja lähipiirissä useita rakennusalan ammattilaisia. Hän on ollut pienestä lähtien isän mukana rakennustyöissä ja hänen on mahdotonta nähdä itseään muulla kuin tällä alalla. Neuvottelu terveydenhuollon kuntoutustyöryhmän, opettajien ja perheenjäsenten kanssa varmistaa, että hän voi turvallisesti palata koulutyöhön. Terveydenhuollosta kuntoutusohjaaja ja neuropsykologi t seuraavat koulutyön käynnistymistä. Nuori tai hänen opettajansa voivat olla heihin yhteydessä mahdollisten pulmien ilmaantuessa.

Koska kyseessä on liikenneonnettomuus, toimeentuloturva ja terveydenhuollon palvelut kustannetaan liikennevakuutusyhtiöstä. Ensimmäisen viikon jälkeen lyhennetään koulupäiviä jaksamiongelmiin vuoksi, mutta vähitellen Teemu pystyy palaamaan kokopäiväiseen opiskeluun. Hänellä on koulussa useita ystäviä, jotka kannustavat häntä kouluasioissa ja pyytävät mukaan myös harrastustoimintaan. Koska isällä on paljon yhteyksiä muihin rakennusalan yrittäjiin, tämä mahdollistaa työharjoittelut ja auttaa suuntautumaan sellaisiin tehtäviin, joissa neuropsykologisten ongelmien haitat on minimoitu.

Ammattitutkinnon suorittamisen jälkeen Teemu on uuden haasteen edessä, sillä hänellä ei ole edellytyksiä selviytyä mistä tahansa rakennusalan työstä. Työkokeilun avulla hänelle löydetään työpaikka, jossa hän työskentelee kuusi tuntia päivässä ja jaksaa sen ohella harrastaa liikuntaa ja muita vapaa-ajan harrastuksia ja tavata muita ihmisiä.

Seuraavaksi kuvaamme, miten edellä narratiivisesti kirjattu toimintakyvykuvaus voidaan kuvata ICF-kuvauskohteilla (taulukko 3, s. 24). Koska Teemulla oli aivovamma, valitsimme kuvauskohteet aivovamma-ydinlistasta, liitimme mukaan yleisen ydinlistan sekä muutaman yksilöllisen kuvauskohteen koko ICF:stä. Suoritusten ja osallistumisen kuvauskohteiden arvioinnissa käytimme vain yhtä tarkennetta, jolla arvioitiin Teemun suorituksia nyky-ympäristössä eli suoritus-tasoa (*performance*). Tarkenteiden avulla kuvauskohteiden informaatio täydentyy ja voidaan muodostaa toimintakykyprofiili. Lopuksi tarkastelemme, miten tämä ICF-toimintakykyprofiili voidaan linkittää GAS-tavoitteisiin.

Taulukko 3. 18-vuotiaan pojan toimintakykykuvaus ICD- ja ICF-koodeilla sekä ICF-tarkenteilla.

ICD: T90.5 Aivovamman jälkitila	
ICF: aivovamma-ydinlistan kuvauskohteet, yleisen ydinlistan kuvauskohteet (G) sekä yksilöllisesti valitut kuvauskohteet (Y)	
b110.0	Tietoisuustoiminnot
b130.3	Henkinen energia ja viettitoiminnot (G)
b140.3	Tarkkaavuustoiminnot
b144.1	Muistitoiminnot
b152.1	Tunne-elämän toiminnot (G)
b164.3	Korkeatasoiset kognitiiviset toiminnot
b280.0	Kipuaistimus (G)
b760.0	Tahdonalaisten liiketoimintojen hallinta
s110.2	Aivojen rakenne
d230.1	Päivittäin toistuvien tehtävien ja toimien suorittaminen (G)
d350.0	Keskustelu
d430.0	Nostaminen ja kantaminen (Y)
d4440.0	Käden hienomotorinen käyttäminen (Y)
d445.0	Käden ja käsivarren käyttäminen (Y)
d450.0	Käveleminen (G)
d455.0	Liikkuminen paikasta toiseen (G)
d460.0	Liikkuminen erilaisissa paikoissa (Y)
d465.0	Liikkuminen välineiden avulla (Y)
d5.0	Itsestä huolehtiminen
d720.0	Henkilöiden välinen monimuotoinen vuorovaikutus
d760.0	Perhesuhteet
d845.3	Työnhaku, työpaikan säilyttäminen ja työn päättäminen
d850.3	Vastikkeellinen työ (G)
d920.1	Virkistäytyminen ja vapaa-aika
e115.0	Päivittäisen elämän tuotteet ja teknologiat henkilökohtaiseen käyttöön
e120.0	Henkilökohtaisen liikkumisen ja liikenteen tuotteet ja teknologiat sisä- ja ulkokäyttöön
e310+3	Lähiperhe
e320+3	Ystävät
e360+3	Muut ammattihenkilöt (Y)
e570+4	Sosiaaliturvaetuudet
e580+3	Terveystuotteet
e585+4	Koulutuspalvelut (Y)
pf	ammattillisena toiveena rakennusala, sosiaalisuus, yritteliäisyys, aktiivisuus

ICF-kuvauskohteita käyttämällä toimintakykytiedosta tulee rakenteista, jolloin tieto voidaan joko siirtää tietojärjestelmissä ammattilaiselta toiselle tai eri ammattilaiset voivat täyttää tietoja samaan paikkaan profiilin muodostamiseksi, jolloin tietoa käyttää osana tavoitteen asettelua. Teemun toimintakykyprofiilista nousevat selkeästi esiin ne kuvauskohteet, joissa hänellä on vaikeuksia. Perinteisessä kuntoutusajattelussa on kuntoutustavoite asetettu näiden toimintarajoitteiden pohjalta. Teemu ei tarvitse teknisiä apuvälineitä selviytyäkseen, mutta toimintakykyprofiili kuvaa monia muita kuntoutumista edistäviä ympäristö- ja yksilötekijöitä. Teemun keskeisenä tavoitteena on ammatillisten opintojen loppuun saattaminen ja siirtyminen työelämään. Kun GAS-tavoitteita asetetaan ja konkretisoidaan, auttavat ICF-kuvauskohteet kuntoutuksen kohdentamisessa ja tilannetekijöiden hyödyntämisessä. Teemun kohdalla tavoitteisiin pääseminen edellyttää mm. järjestelyjä koulutyöskentelyssä ja sopivien työharjoittelupaikkojen löytämistä.

3.8 Strukturoitu tavoite ohjaa kuntoutussuunnitelmaa

Toimintakykykuvauksesta voi tarkistaa asiakkaan tilanteen ja katsoa, mitä tavoitteita sieltä nousee ja mitä voidaan yhdessä lähipiirin kanssa tai terapian avulla tukea. Näin muodostuu yhteinen kuva asiakkaasta, hänen vahvuuksistaan ja tuen tarpeestaan. ICF:n avulla toteutettu toimintakykyprofiili on hyvä keskustelualusta, jolla voidaan varmistaa, että tavoitteet ymmärretään samalla tavoin. Tällä tavoin ICF:ää jo käytetään työkaluna realistisen kokonaiskuvan muodostamisessa opilaan toimintakyvystä helsinkiläisessä erityiskoulussa Ruskeasuolla (Rämä ym. 2013).

Kuntoutus määritellään yksilölähtöiseksi, tavoitteiseksi ja suunnitelmalliseksi toiminnaksi. Mitä konkreettisempia ja rajatumpia tavoitteita pystytään asettamaan, sitä paremmin pystytään arvioimaan kuntoutuksen tuloksellisuutta. Moniongelmaisen asiakkaan kohdalla saattavat eri ammattiryhmät nostaa esiin erilaisia tavoitteita, ja suunnitelma saattaa olla sarja erilaisia terapioita. Jos yhteinen päämäärä ja tavoite puuttuvat, saattavat eri terapeutit korostaa erilaisia asioita ja asiakas voi joutua sekasortoiseen tilanteeseen. Kuntoutusjärjestelmä säädöksineen ja kuntoutuspalvelujen saatavuus voivat muokata kuntoutussuunnitelmaa ja määritellyt tavoitteet saattavat muuntua tässä prosessissa. Kuntoutuksen yksilölähtöisyys tarkoittaa muutakin kuin yksilön keinottomuutta ja jaksamattomuutta. Asiakkaan ominaispiirteet ja toimintaympäristön eri tekijät saattavat suunnata kuntoutuksen uudella tavalla ja parantaa yksilön osallistumista yhteisöön.

3.9 ICF ohjaa kuntoutusta

Mitä jäsentyneemmin voidaan määritellä toimintakyky, sen rajoitteiden vaikeusaste sekä sitä edistävät tai estävät ympäristö- ja yksilötekijät, sitä tarkemmin voidaan muodostaa kuntoutuksen tavoite. Toimintakykykuvaus on ensimmäinen

askel minkä tahansa kuntoutuksen suunnittelussa (Wade 2009). Käyttämällä ICF:ää tai tiettyjä ydinlistoja, kuntoutuksen ammattilainen voi tehdä riittävän laajan toimintakykyarvion tavoitteiden asettamisen ja tarvittavien toimenpiteiden suunnittelua varten. Koska toimintakyky on dynaaminen tila, kuvaus voidaan tehdä myöhemmin uudelleen ja verrata sitä aiemmin tehtyyn toimintakykyprofiiliin (Rauch ym. 2008). Toimintakykyarvioinnin toistaminen ja muutosten seuraaminen on paikallaan hoidon, kuntoutuksen tai esimerkiksi asuinympäristön ja palvelujen muutosten jälkeen. Kun toimintakyvyn arviointi tehdään uudelleen, voidaan profiileita verrata keskenään ja tarkastella, missä määrin toimintakyvyn kuvauskohteissa näkyy muutoksia. Toimintakykyprofiilia voidaan käyttää myös yksilöllisten muutosten seurannassa. Koska toimintakyky on dynaaminen tila, kuvaus voidaan tehdä myöhemmin uudelleen ja verrata sitä aiemmin tehtyyn toimintakykyprofiiliin ja seurata siitä tapahtunutta muutosta.

Kuntoutuminen edellyttää asiakkaan sitoutumista ja pyrkimystä kohti tavoitetta. ICF auttaa näissä kummassakin pyrkimyksessä antamalla kokonaisvaltaisen viitekehyksen toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden kuvaamiseen. Siinä lähdetään arvioimaan yksilön omasta elämäntilanteesta muuttunutta suoritusta ja osallistumista. ICF tuo esiin yksilön ongelmat ja voimavarat, hänen yksilölliset vahvuutensa ja ympäristön tarjoamat edellytykset, jotka ovat tärkeitä kuntoutumisen elementtejä. Ammattilaisen on varmistettava, että asiakkaalla on keskeinen rooli kaikissa kuntoutumisprosessin vaiheissa: arvioitaessa toimintakykyä, asetettaessa kuntoutustavoitetta ja toteutettaessa kuntoutumisprosessia. ICF auttaa löytämään kuntoutuksen tavoitteet ihmisen läheltä, jolloin ne ovat mielekkäitä ja kiinnostavia.

4 MOTIVAATIO TAVOITTEELLISEN KUNTOUTUKSEN TAUSTALLA

Annamari Tuulio-Henriksson ja Kristiina Härkäpää

Motivaatio on ihmisen tila, joka ajaa yksilön toimintaan ja ohjaa käyttäytymistä johonkin suuntaan. Se koostuu ihmisen toiminnan viriämisestä, suuntautumisesta, voimakkuudesta ja pysyvyydestä. Motivaatio sisältää sen, miksi jotain asiaa tehdään ja miksi juuri nyt, miksi toiminta jatkuu, miksi se kohdistuu tiettyyn asiaan, miksi se muuttaa suuntaa ja miksi se loppuu. Motivaatio yhdistää yksilön tavoitteet ja käsitykset hänen toimintaansa. Motivaatio vaikuttaa siis siihen, ryhtyykö ihminen toimimaan, mihin toiminta suunnataan, kuinka paljon energiaa tai voimavaroja siihen panostetaan ja kuinka kauan aikaa tai kuinka sinnikkäästi toimintaa jatketaan. Motivaatioon vaikuttavat ihmisen sisäiset kokemukset, kuten tarpeet, kognitiot ja tunteet, mutta myös erilaiset ulkoiset tekijät. (Salmela-Aro ja Nurmi 2005; Reeve 2009.)

Motivaatio ei ole pysyvä persoonallisuuden piirre eikä vakaa tila. Se on altis muutoksille, ja se myös rakentuu tekemällä ja vuorovaikutuksessa. Motiivit ovat ihmisen sisäisiä kokemuksia: tarpeita, kognitioita ja tunteita, joista syntyy energia ihmisen tavoitteelliseen toimintaan. Motivaatio syntyy myös ulkoisista, ympäristöllisistä, sosiaalisista tai kulttuurisista lähteistä. Motivaatio on siinä kontekstissa, jossa toiminta tapahtuu, ja se muuttuu muiden ilmiöiden mukana. Konteksteja voivat olla ihmisen lähiympäristön eri tekijät, mutta myös ihmisen sisäinen tila – hyvinvointi tai pahoinvointi – muodostaa kontekstin, jossa motivaatio toimii. (Reeve 2009.)

Motivaatiota tuottavat tilat (esimerkiksi nälän torjuminen, stressin vähentäminen, hallinnan lisääminen) auttavat ihmistä sopeutumaan elämän muutoksiin. Motivaation vähetessä sopeutuminen ja resilienssi eli kyky joustaa ja kestää erilaisia tilanteita heikenevät.

Ihmisen motiiveja ja motivaatiota voidaan tarkastella kanadalaisten tutkijoiden mukaan kolmitasoisena hierarkiana, jonka muodostavat henkilökohtainen, kontekstuaalinen ja tilannekohtainen taso (Guay ym. 2003). Ensimmäisellä tasolla motivaatiota tarkastellaan osana ihmisen persoonallisuutta ja elämäntavoitteiden ja arvojen ilmentymänä. Kontekstuaalinen motivaatio liittyy puolestaan ihmisen erilaisiin elämämpiireihin, kuten sosiaalisiin suhteisiin, perheeseen, vapaa-aikaan ja työhön, ja tilannekohtainen motivaatio tiettyyn tilanteeseen tai toimintaan – esimerkiksi kuntoutukseen osallistumiseen. Nämä motivaation eri tasot ovat keskenään vuorovaikutuksessa ja voivat sekä vahvistaa että heikentää motivaation voimakkuutta. Jos esimerkiksi ammatilliseen kuntoutukseen osallistumista harkitsevan asiakkaan motivaatio palata työhön on vahva (kontekstuaalinen motivaatio), mutta hänen aikaisemmat kokemuksensa hoidon tai kuntoutuksen hyödyllisyydestä työhön paluun näkökulmasta ovat kielteisiä (tilannekohtainen motivaatio), voi motivaatio osallistua kuntoutukseen olla heikko. Toisaalta, jos kuntoutukseen osallistuvan asiakkaan tärkeän elämänsisällön muodostavat perhe tai kiinnostavat vapaa-ajan harrastukset (kontekstuaalinen motivaatio), voi kuntoutusmotivaatio (tilannekohtainen motivaatio) olla vahva mutta sen avulla

saavutettava tavoite (eläkkeelle pääsy) voi poiketa asiantuntijan olettamasta tai asettamasta tavoitteesta.

4.1 Motivaatio, tavoitteet ja itsesäätely

Motivaatio on aina tavalla tai toisella sidoksissa tavoitteelliseen toimintaan ja toisaalta toiminta on aina sidoksissa motivaatioon. Tästä vahvasta yhteydestä huolimatta ei Siegertin tutkijaryhmän mukaan kuntoutuksen tavoitteenasettelua koskevan keskustelun yhteydessä juuri lainkaan käsitellä motivaatioon liittyviä kysymyksiä (Siegert ym. 2004; Siegert ja Taylor 2004). Tavoitteiden määrittely on kuitenkin yksi olennainen, ellei tärkein kuntoutusprosessin vaihe.

Tavoitteiden ja motivaation yhteys muodostuu ihmisen itsesäätelymekanismien tuloksena. Itsesäätely perustuu useimpien sitä koskevien tutkimusten mukaan seuraaviin periaatteisiin: 1) suurin osa ihmisen käyttäytymisestä on tavoitteellista, 2) ihmiset pyrkivät yleensä samanaikaisesti useaan tavoitteeseen, 3) tavoitteen saavuttamiseen tai siinä epäonnistumiseen liittyy erilaisia tunnereaktioita, 4) tavoitteen saavuttamisen aste, motivaatio ja tunnereaktiot liittyvät ja vaikuttavat voimakkaasti toisiinsa ja 5) suuri osa halutun tavoitteen saavuttamisesta määräytyy ihmisen kyvystä säädellä ajatuksiaan, käsityksiään, tunteitaan ja käyttäytymistään. (Siegert ym. 2004.)

Yksi tapa tarkastella edellä todettuja periaatteita on Decin ja Ryanin ns. itse-määräämisteoria (Deci ja Ryan 1985), jonka mukaan ihmisen perustarpeita ovat autonomia eli tarve tehdä omaa toimintaa koskevia ratkaisuja, pystyvyys eli tarve ympäristön ja siinä esiintyvien haasteiden hallintaan ja yhteenkuuluvuus eli tarve kuulua yhteisöihin. Näiden kolmen perustarpeen pohjalle perustuvat sekä psyykinen kasvu että hyvinvointi. Perustarpeista tärkeimpänä pidetään autonomiaa eli itsemääräämistä tai -ohjautuvuutta.

Motivaatioon vaikuttavat monet sisäiset ja ulkoiset tekijät (Reeve 2009). Sisäinen motivaatio syntyy psykologisista tarpeista, sisäisistä kasvupyrkimyksistä ja autonomian tarpeesta. Sisäinen motivaatio edellyttää, että psykologiset perustarpeet ja perusmotiivit ovat riittävästi toteutuneet. Kun ihminen on sisäisesti motivoitunut, hän toimii kiinnostuksesta, asian haasteellisuuden vuoksi sekä siksi, että asia tuntuu hänestä toiminnan arvoiselta. Sisäinen motivaatio voi syntyä myös yhteenkuuluvuuden kautta ja halusta osallistua yhteisiin pyrkimyksiin. Toiminta syntyy spontaanisti ilman, että siihen tarvitaan ulkoisia yllykkeitä. Sisäisesti motivoitunut ihminen haluaa toimia ja uskoo pystyvänsä siihen: ”Tulin kuntoutukseen, koska haluan jaksaa työelämässä”. Toiminta kohti tavoitetta on yleensä sitä sinnikkäämpää, mitä vahvemmin ihminen on sisäisesti motivoitunut.

Ulkoisen motivaation käynnistäjänä ovat erilaiset välinearvoa sisältävät tavoitteet: ”Jos teen tämän, saan tuon”. Ulkoinen motivaatio heikkenee herkemmin kuin sisäinen. Sen ylläpitämiseen tarvitaan yleensä kannustimia, ja sen pysyvyys on paljon niistä riippuvaista.

4.2 Motivaatio ja pystyvyys

Motivaation taustalla on aina oma halu ja pystyvyyden tunne. Pystyvyys tarkoittaa ihmisen käsitystä tai uskoa, että hän voi omalla toiminnallaan saada muutoksia aikaan tai saavuttaa tavoitteensa. Se on vahva henkilökohtainen voimavara sekä ihmisen kehityksen että muutoksen aikaansaamisen kannalta. Heikko pystyvyyden tunne johtaa niiden tilanteiden välttämiseen, joista ihminen ei usko selviytyvänsä. Toisaalta vahva pystyvyyden tunne tukee ihmistä yrittämään vaikeuksista huolimatta. Pystyvyyden tunne vaikuttaa siis henkilön toimintaan ja sen kokemiseen, tapaan, jolla hän pyrkii sopeutumaan erilaisiin tilanteisiin, erilaisten ympäristöjen valintaan ja uskoon selviytyä tilanteista ja saavuttaa tavoitteita (Bandura 2004). Pystyvyys ei kuitenkaan ole samaa kuin kyvykkyys, vaan pystyvyys on kykyjen käyttöön saamista. Heikko pystyvyyden tunne heikentää motivaatiota ja johtaa käyttäytymisen tasolla ratkaisuihin, jotka voivat olla esimerkiksi jonkin tarpeellisen muutoksen kannalta epätydyttäviä.

4.3 Motivaatio kuntoutumisen edellytyksenä

Kuntoutustyössä motivaatio on usein ymmärretty suhteellisen pysyväksi ihmisen ominaisuudeksi tai persoonallisuuden piirteeksi, joka vaikuttaa asiakkaan mahdollisuuksiin hyötyä kuntoutuksesta. Motivaation puute tulkitaan tällöin hänen henkilökohtaiseksi ominaisuudekseen, joka muodostuu kuntoutumisen esteeksi. Se ei kuitenkaan ole pysyvä ominaisuus, vaan luonteeltaan dynaaminen tila. Ihmisen tavoitteet, niihin tähtäävä toiminta ja erilaiset tavoitteiden asettamiseen vaikuttavat tekijät yksilön elämäntilanteessa ja toimintaympäristössä ovat keskeisiä tekijöitä motivaation viriämisessä ja säilymisessä. Motivaation näkökulmasta on näin ollen tärkeää ymmärtää, miten ihmiset päättävät erilaisten tavoitteiden tärkeydestä, millaiset tavoitteet he arvioivat mahdollisiksi saavuttaa ja millaisista syistä aikaisempien tavoitteiden saavuttaminen on epäonnistunut. (Härkäpää ym. 2014.)

Kuntoutuminen on tavoitteellinen ja suunnitelmallinen muutosprosessi, jonka tarkoitus on auttaa asiakasta hallitsemaan oma elämäntilanteensa. Kuntoutukseen hakeutuminen on osa kuntoutusprosessia ja motivaatio kuntoutukseen lähtemiseen on olennaista onnistuneen kuntoutusprosessin kannalta. Hyvä motivaatio on siis kuntoutumisen edellytys. (Järvikoski ja Härkäpää 2011.)

Kuntoutuksen alkaessa, esimerkiksi alkuhaastattelun aikana, käytetty motivoiva toimintatapa korostaa ihmisen voimavaroja ja toimijuutta. Se luo kuntoutuksen alkuun ajattelu-, asennoitumis- ja vuorovaikutusmallin, joka vahvistaa muutosmotivaatiota. Samalla se antaa keinoja ja työkaluja asiakkaalle arvioida omaa toimintaansa kuntoutuksen aikana. Motivoiva asenne on erityisen tärkeä kuntoutuksen alussa, mutta sitä tarvitaan koko prosessin ajan.

Motivaatio rakentuu tekemällä ja vuorovaikutuksessa kuntoutusprosessin eri elementtien kanssa. Motivoituminen voi lisääntyä, vähentyä tai muuttaa suuntaan-

sa kuntoutuksen aikana. Kuten motivaatiota yleensäkin, myös kuntoutusmotivaatiota pitää huoltaa kuntoutusprosessin aikana. Usein tarvitaankin tuntosarvia, jotka aistivat asiakkaan motivaatiossa tapahtuneet muutokset. Vaikka toisen ihmisen motivaatiota ei voi nähdä, motivoituneisuuden tunnistamista voi opetella – sitä voi tehdä sekä ihminen itse että ulkopuolinen havainnoitsija. Motivaation määrää voi havainnoida käyttäytymisestä: millainen on ihmisen tarkkaavaisuus asiaa kohtaan ja miten hän keskittyy siihen, millaisella pyrkimyksen vahvuudella ja millaisella viiveellä hän ryhtyy toimintaan, millaisia valintoja hän tekee. Motivaatio voi ilmetä myös kasvojen ilmeissä ja kehon liikkeissä. Motivaatiosta voi siis tehdä epäsuoria päätelmiä käytöksen, toiminnan, emotionaalisen ja kognitiivisen sitoutumisen perusteella tai kysymällä suoraan. Kyse on usein siitä, mitä ihminen haluaa, mihin hän kokee pystyvänsä ja millaisia mahdollisuuksia hän itsellään näkee olevan (Reeve 2009). Motivaatiosta onkin tärkeää keskustella aika ajoin kuntoutuksen aikana. Se edistää yhteisymmärrystä asiakkaan ja kuntoutuksen ammattilaisen välillä ja auttaa avaamaan mahdollisia työskentelyyn syntyneitä solmuja. Aika ajoin on myös hyvä tarkistaa, että asiakkaalla ja työntekijällä on sama käsitys kuntoutumissuunnitelmasta ja sen tavoitteista. (Järvikoski ja Härkäpää 2011.) Asiakkaan heikentyneen motivaation taustalla voi joskus olla se, että tavoitteet ovat kyllä tuttuja ja hyviä työntekijän mielestä, mutta asiakkaalle epäselviä ja vieraita.

Hyvin asetetut tavoitteet parantavat suoritusta. Tavoitteiden tulee olla kullekin yksilölle sopivia ja riittävän haastavia, jotta ne energisoivat, ja riittävän spesifisiä, jotta ne ohjaavat tiettyyn suuntaan. Tälle on motivaatioon perustuva selitys. Riittävän haastavat tavoitteet lisäävät yrittämistä ja sinnikkyyttä. Riittävän spesifiset tavoitteet ohjaavat tarkkaavaisuutta ja päämäärään pääsemisen suunnittelua. Niiden avulla tarkkaavaisuus voi kohdistua käsillä olevaan tehtävään ja samalla pois epäolennaisesta. Liian vaikeat tavoitteet vievät energiaa, ja monesti tarvitaankin tavoitteiden säätämistä motivaation säilymiseksi.

Kun ihminen pohtii kuntoutuksessa omia yksilöllisiä tavoitteitaan, hän tuo samalla mukaan pohdintaan oman ympäristönsä. Tavoitteet heijastavat hänen ympäristönsä odotuksia ja mahdollisuuksia. Samalla ne motivoivat häntä suuntaamaan toimintansa omaan ympäristöönsä. Tavoitteen nimeämisestä keskustellaan asiakkaan kanssa ja tunnistetaan hänen kannaltaan tärkeimmät muutosta kaipaavat asiat. Motivaatio antaa avaimen muutokseen, ja tavoitteita asetettaessa kuntoutustyöntekijän ammattitaito tehdä epäsuoria päätelmiä ihmisen motivoituneisuudesta auttaa motivaation herättelyssä. Herkät korvat auttavat myös siinä, että muutosta vaativat asiat saadaan muokattua saavutettavissa olevaan tavoitteen muotoon.

Kuntoutustavoitteen asettelussa hyvää motivoituneisuutta edistävät tavoitteen merkitys juuri tälle asiakkaalle, tavoitteen saavuttamiselle asetettu aikataulu, asiakkaan ympäristössä olevien mahdollisten estävien tekijöiden tunnistaminen ja mahdollisuudet niiden poistamiseen sekä asiakkaan kyky ja mahdollisuudet säädellä tavoitteen saavuttamiseen sekä siihen sitoutumiseen liittyviä ajatuksia ja tunteita. Emootiot eli erilaiset tunnereaktiot liittyvät motivaatioon.

Emootiot energisoivat ja ohjaavat käyttäytymistä. Niiden kautta välittyy tietoa esimerkiksi siitä, ollaanko tavoitetta kohti menossa ”hyvällä vai pahalla mielellä”. Myönteiset tunnereaktiot liittyvät yleensä motivaation lisääntymiseen ja kielteiset sen heikentymiseen.

Kuntoutusmotivaation ylläpito ja huoltaminen noudattavat samaa SMART-periaatetta kuin GAS-tavoitteen asettaminen. On kuitenkin syytä pitää mielessä, että tavoitteen asettaminen ei itsessään ole sama asia kuin motivaation aikaansaaminen tai sen kohentaminen. ”Osaan tehdä sen” ja ”se tulee onnistumaan” ovat motivoituneen toiminnan kognitiivisia peruskiviä. Kun tavoitteet on asetettu siten, että ne ovat yksilöllisiä, realistisia, yksinkertaisia ja selkeitä, ne itsessään ylläpitävät ja lisäävät motivaatiota ja uskoa siihen, että ”pystyn ainakin tähän”. Koska motivaatiokin sitoutuu aikaan, myös tavoitteiden aikarajan asettaminen on välttämätöntä. Aikaan sitomaton tavoite on epämääräinen ja väljähdyttää myös motivaation.

Vaikka kuntoutuksen tavoitteet ovat yksilöllisiä ja asiakkaan oman tarpeen mukaan asetettuja, motivaatio tavoitteiden saavuttamiseen ja kuntoutusprosessiin sitoutumiseen voi saada uutta energiaa esimerkiksi hyvin toimivassa ryhmässä: hyvä motivaatio voi ”tarttua” ryhmän jäseneltä toiselle. Toisaalta ryhmässä, jossa asiat eivät tunnu sujuvan toivotusti, voi taustalla olla jonkun ryhmän jäsenen heikko motivoituminen, joka on vähitellen vaikuttanut muidenkin ryhmän jäsenten motivaatioon. Näiden tilanteiden tunnistaminen on tärkeää, jotta ryhmästä saatu vertaistuki ei ala toimia väärään suuntaan. Vertaistuen hyödyllisyys ryhmämuotoisessa kuntoutuksessa edellyttääkin vertaisuuden ammatillista ohjausta. Sillä on suora vaikutus kuntoutumisen edellyttämien tavoitteita kohti suuntautuvan ja positiivista energiaa tuottavan motivaation säilymiseen.

Monet sekä asiakkaaseen että hänen ympäristöönsä liittyvät asiat voivat vaikuttaa siihen, ettei kuntoutuksen alussa asetettuja yksilöllisiä tavoitteita ole mahdollista saavuttaa. Hyväkään motivaatio ei sitä aina takaa. Kuntoutuksen avulla voidaan kuitenkin vahvistaa asiakkaan sisäisen motivaation ja omien kasvupyrkimysten kehittymistä yleisellä tasolla, esimerkiksi kelpaamisen tunnetta lisäämällä, itsetuntoa ja osallistumista vahvistamalla, tietoa jakamalla tai työelämässä jaksamista tukemalla.

5 ASIAKKAAN OSALLISUUDEN MAHDOLLISTAVA JA SITÄ TUKEVA HAASTATTELUKESKUSTELU | Arja Veijola, Hilkka Honkanen ja Pirjo Lappalainen

5.1 Muuttuva tavoitteen asettaminen

Kuntoutus on aina tavoitteellista toimintaa ja perustuu kokonaisnäkemykseen asiakkaan tilanteesta sekä sen pohjalta laadittuun kuntoutussuunnitelmaan. Kuntoutukselle asetetut tavoitteet ohjaavat kuntoutuksen kohdentumista niin, että sen keinoilla vahvistetaan asiakkaan omatoimisuutta ja itsenäistä suoriutumista hänen arkielämässään. Tutkimusten (mm. Levack ym. 2006; Doig ym. 2010; Hale 2010; Øien ym. 2010; Krasny-Pacini ym. 2013) mukaan tiedetään, että asiakkaan rooli tavoitteiden asettamisessa on tärkeä ja hänen motivaationsa on korkea sekä mahdollisuudet tavoitteiden saavuttamiseen lisääntyvät, kun hän osallistuu itse tavoitteidensa asettamiseen. Lisäksi ne asiakkaat, jotka asettavat itse tavoitteensa, tekevät enemmän töitä niiden saavuttamiseksi.

Tavoitteiden on osoitettu edelleen olevan tyyppillisesti ja merkittävällä tavalla vammalähtöisiä ja -keskeisiä osallisuuskulman sijaan. Asiakkaat ovat kuitenkin kiinnostuneempia saavuttamaan tavoitteita, jotka liittyvät osallisuuteen ja aktiivisuuteen arjessa. (McDougall ja Wright 2009.) Asiakkaan elämään kiinnittyvät, laadullisesti hyvät ja oleelliseen muutostarpeeseen vastaavat tavoitteet edistävät hänen kuntoutumistaan. Tällöin kuntoutumisen ytimessä on kuntoutuja asiakkaana. (Nair 2003; Koukkari 2010.)

Kuntoutuksen taustalla vaikuttanut vajavuuksia korostava ajattelumalli on muuttunut kohti voimavarasuuntautunutta ja ekologista mallia, missä korostuu asiakas ja hänen fyysisen, sosiaalisen ja kulttuurisen ympäristönsä suhde. Ekologista toimintamallia voidaan kutsua myös valtaistavaksi tai voimaannuttavaksi (*empowerment*) toimintamalliksi. Voimavaralähtöisellä tai -suuntautuneella työmenetelmällä tarkoitetaan toimintatapoja, joiden painopiste on asiakkaiden voimavarojen ja mahdollisuuksien etsimisessä, käyttöön saamisessa sekä uusien vahvuuksien synnyttämisessä. (Riikonen ja Vataja 2009.) Voimavarakeskeiseen työskentelyyn yhdistetään usein ratkaisukeskeisyys. **Ratkaisukeskeisyys** ei ole teoria vaan toimintamalli, jolle on ominaista voimavaroihin keskittyminen. Toiminnassa korostuu asiakkaan oman tilanteen määrittelyn ja merkityksen ensisijaisuus. (O’Hanlon ja Weiner-Davis 1990; Dejong ja Kim Berg 2002.) Myös kuntoutuksen uusi paradigma eli yleisesti hyväksytty ajattelutapa painottaa asiakkaan vaikutusmahdollisuuksia ja aktiivista osallistumista sekä yksilön ja ympäristön välistä suhdetta.

Tavoitteenasettelussa huomio kiinnittyy asiakkaan arkirutiinien merkitykseen ja elin- ja toimintaympäristöjen laatuun, erityisesti asiakkaan selviytymistä mahdollistaviin ja rajoittaviin tekijöihin arjessa. Tärkeimmät tekijät, joihin myös kuntoutustavoitteiden tulisi kiinnittyä, löytyvät usein pienistä ja tavallisista arkielämään liittyvistä asioista ja tilanteista. Ainoastaan asiakkaat itse voivat olla niiden asiantuntijoita. Tärkeää on viedä kuntoutustoiminta yksilön toimintaympäristöön ja tehdä asiakkaasta oman elämänsä subjekti. Tavoitteen asettamiskeskustelussa tarvitaan työmuotoja, joissa ongelmakeskeisyyden sijaan keskitytään

voimavaroihin ja joiden tavoitteena on tuottaa toiveikkautta ja uskoa selviytymiseen (Kokko 2007).

Käsitlemme luvussa 5 asiakkaan osallisuuden mahdollistavaa ja sitä tukevaa tavoitteen asettamisen toimintamallia. Sen edellytyksenä ovat asiakkaan aktiivista osallisuutta tukeva ja mahdollistava toimintaympäristö sekä lähestymistapa ja asiakkaan voimavaroja hyödyntävät työmenetelmät. Lähestymme teemaa ensin asiakkaan osallisuuden mahdollistumisen kautta. Sen jälkeen avataan dialogisen suhteen rakentumisen edellytyksiä ja tarkastellaan voimavaralähtöisten työmenetelmien perusteita. Luvussa keskitytään motivoivaan haastatteluun, jota lähestytään sekä ajattelu- että toimintamallina, jossa yhdistyvät asiakkaan osallisuus, dialogin välttämättömyys sekä ratkaisuja ja voimavaroja hakeva työskentely. Lisäksi esitlemme motivoivan haastattelun konkreettisia työvälineitä. Tavoitteen asettamisessa on enemmän kyse keskustelusta kuin haastattelusta. Käytämme luvussa molempia käsitteitä.

5.2 Asiakkaan osallisuuden mahdollistava toiminta

Yksittäinen asiakas kohtaa tavoitteitaan asettaessaan palveluntuottajien käytännöt ja toimintamallit, joiden tuella hänen tulee luoda omaa tarvettaan vastaavat ja tilanteeseensa sopivat tavoitteet. Tavoitteen tunnistaminen liittyy kuntoutuksen suunnitteluprosessiin, jota voidaan kuvata kuntoutuksen asiantuntijan ja asiakkaan välisenä neuvotteluna.

Osapuolilla voi olla erilaisia näkemyksiä kuntoutuksen tavoitteista, tausta-arvoista, edellytyksistä sekä mahdollisista hyödyistä ja haitoista. Heillä on myös erilaisia odotuksia toistensa rooleista ja vastuista sekä palvelujen perusteista, määristä ja ajoituksesta. (Järvikoski ja Härkäpää 2008.) Nikkasan (2010) mukaan asiakkaan ja työntekijän tiedon ja tietämisen tavan on katsottu lähtevän eri pohjalta. Ammatillisilla on asiantuntijuutensa ja asemansa puolesta asiakkaaseen nähden tietoon ja valtaan perustuva auktoriteettiasema, joka on tärkeä tunnistaa myös tavoitteita määriteltäessä (Kokko 2003; Nikkanen 2010). Asiakas ja työntekijä kohtaavat usein silloin, kun asiakkaan elämäntilanne on käännekohdassa ja hänen mielessään asiat voivat olla kaaoksessa. Työntekijän tehtävä onkin asiantuntemustaan hyödyntäen ottaa puheeksi sekä määrittää yhdessä asiakkaan kanssa tälle tärkeimmät ja merkityksellisimmät asiat. (Kiviniemi ym. 2007.)

Tavoitteen asettamisen käytäntö voi rajautua organisaatioiden olemassa olevaan palvelutarjontaan, jolloin ulkopuolelle voivat jäädä asiakkaan omat tulkinnat avun ja palveluiden tarpeestaan. Työntekijän toimintaa voi ohjata palvelujärjestelmänäkökulma, mikä johtaa siihen, että tavoitteen asettamisen keskustelua ohjaa palvelujen tarjoaminen eli ammatillaiset pohtivat, millä palveluilla ratkaistaan mikäkin ongelma. Toimintatapa korostaa helposti ammatillislähtöisyyttä, jolle on ominaista, että työntekijä esittää kysymyksiä ja samanaikaisesti itse tulkitsee asiakkaan motivaatiota ja suhtautumista kuntoutukseensa. Asiakkaan rooliksi tulee helposti ainoastaan vastaajan rooli. Asiakkaille esitetään usein paljon kysymyksiä, mutta

hänen ei aina edes odoteta vastaavan niihin eikä vastauksia pysähdytä miettimään. Tämä johtaa siihen, että työntekijä tarjoaa asiakkaalle tavoitteita ja kuntoutuksen toteutustapoja, joita asiakas ei koe omikseen tai tarpeellisiksi. (Sipari ja Mäkinen 2012; Karhula ym. 2014.)

Asiakas ei pysty aina vastaamaan hänelle esitettyyn kysymykseen ”Mitkä ovat sinun omat kuntoutumistavoitteesi?”. Silloin työntekijä esittää yleensä uusia kysymyksiä tarkoituksenaan auttaa asiakasta. Todellisuudessa asiakas ajetaan tilanteeseen, jossa hänellä on vastattavanaan useita erilaisia kysymyksiä. Nopeimmin ratkaisu löytyy, kun työntekijä esittää vielä tarkennuksen ”Voisiko se olla ...”, ja näin hän tulee päättäneeksi asian asiakkaan puolesta.

Asiakkaan osallistumisen mahdollistamiseksi tarvitaan dialogia rakentavia toimintatapoja ja -työvälineitä. Ominaista dialogia rakentaville työmenetelmille on konteksti- ja tilannesidonnaisuus, missä työntekijän rooli muuttuu tilanteen mukaan. Dialogin kehittyminen edellyttää tietoisuutta niistä tekijöistä, joista onnistunut dialogi rakentuu. (Mm. Mönkkönen 2001 ja 2002.) Työmenetelmän käyttö ei tarkoita jonkin tavan teknistä noudattamista, vaan ennen kaikkea sitä, että työntekijä ammattitaitoaan hyödyntäen koko ajan arvioi, miten menetelmä toimii. Ammattilaisten suhtautumis- ja ajattelutapa sekä asenne ovatkin keskeistä dialogisuudessa, ei tekninen osaaminen.

Aidon osallisuuden rakentuminen edellyttää osallistujien kokemustiedon ottamista toiminnan suunnittelun pohjaksi. Se edellyttää osallistujien ihmisarvoista ja oikeudenmukaista kohtelua sekä vallankäytön uudelleenjakoa työntekijän ja asiakkaan kesken. Dialogisten menetelmien käyttö lisää asiakkaiden tietoisuutta omasta tilanteestaan. Asiakkaalla tulee olla myös mahdollisuus valita ja saada riittävästi ymmärrettävää tietoa tarvitsemistaan asioista tavoitteiden asettamisprosessin aikana. Asiakkaan osallisuus tähtää siihen, että hän tekee päätöksiä ja kantaa vastuun tekemisistään. (Shier 2001; Thomas 2002; Karhula ym. 2014.)

5.3 Dialogisen suhteen rakentaminen

Dialogi tulee kreikan kielen sanasta *diálogos*, joka tarkoittaa keskustelua. Dialogin syvin olemus voidaankin ymmärtää tiedonmuodostuksen prosessiksi. Dialogi tarkoittaa vuoropuhelua, kaksinpuhelua tai keskustelua kahden tai useamman henkilön välillä. Keskustelun dialogisuus kuvaa myös ihmiskäsitystä ja maailmankuvaa, jotka vaikuttavat tapaamme kohdata toiset ihmiset. (Mönkkönen 2007.) Keskeistä dialogisessa vuorovaikutuksessa on dialogin merkitys eli tavoitteena on saavuttaa keskustelijoiden kesken uusi ymmärrys, jonka pohjalle muodostetaan myöhempi ajattelu ja toiminta (Isaacs 2001). Dialoginen vuorovaikutus on enemmän kuin tavallinen vuorovaikutus.

Dialogi on erilaisuuden hyväksymistä, vaikkei olisikaan samaa mieltä. Se on empatiaa, toisen asemaan asettumista, luottamusta sekä kunnioitusta. Dialogissa pyritään ymmärtämään toisten oletuksia ja ollaan tietoisia omista oletuksista sekä vältetään nopeita tulkintoja omien oletusten varassa. Dialogissa annetaan aikaa

johtopäätösten tekemiselle. Dialogisen vuorovaikutuksen rakentumisen tärkeimpiä osa-alueita on toisen kuunteleminen keskittyen, kritiikittä ja tuomaroimatta. (Heikkilä ja Heikkilä 2001.) Toisin kuin asiantuntijalähtöisessä toiminnassa, jolle on ominaista ongelma- ja yksilökeskeisyys sekä ammattihenkilöiden valta, dialogisessa suhteessa kenelläkään ei ole parempaa tai pätevämpää näkemystä keskustelun kohteena olevasta asiasta kuin toisella. Tavoitteen asettamiskeskusteluun osallistuvat tuovat omat näkemyksensä, mielipiteensä ja tietonsa sekä kokemuksensa keskusteluun. Dialogissa ei yritetä muuttaa toisen näkökulmaa vaan ymmärtää erilaisia näkökulmia. Dialogiin ei siis kuulu toisen osallistujan kokemusten ja käsitysten tulkitseminen toisen puolesta. Dialogissa rakentuu uusi ymmärrys asiasta, mikä on aina moniulotteinen ja -tasoinen ilmiö, jotakin paljon enemmän kuin yksikään yksin pystyy tuottamaan. Merkityksellistä dialogissa on se, että kaikki oppivat myös toisiltaan. (Mönkkönen 2002; Koskimies ym. 2012.)

Kuntoutuksen tavoitteen asettamisessa dialogin rakentaminen on aina ammattihenkilöiden vastuulla. Työntekijän rooli on merkittävä asioiden merkitysten rakentamisessa (Mönkkönen 2002). Aina yhteistyö ei onnistu, vaan se voi olla myös haastavaa ja asiakkaan näkökulmasta jopa epäonnistunutta. Epäonnistunut työskentely voidaan tulkita jakamattomana toimijuutena, jolloin asiakkaan osallistuminen oman asiansa käsittelyyn estyy eri tavoin. Asiakkaan oman näkemyksen ja hänen hiljaisen tietonsa esiin saaminen voi olla joskus haasteellista, mutta aina mahdollista. Tämä edellyttää aitoa kohtaamista, aikaa ja erilaisten dialogisten menetelmien hallintaa ja käyttöä. Nämä yhdessä mahdollistavat asiakkaan osallistumisen, osallisuuden tunteen saavuttamisen. Oleellista on turvallinen ilmapiiri, jossa asioista voidaan puhua avoimesti. (Mm. Koskimies ym. 2012.) Kumppanuuteen perustuvissa kohtaamisissa sekä asiakas että työntekijä käyttävät ääntään, tulevat kuulluiksi ja ovat aktiivisia toimijoita samanaikaisesti (Valokivi 2008).

5.4 Voimavaralähtöiset työmenetelmät

Kuntoutuksen taustalla olevat teoreettiset näkökulmat ovat sidoksissa myös käytettyihin kuntoutuksen työmenetelmiin. Aiemmin kuntoutuksen taustalla olevan teoreettisen viitekehyksen mukaan kuntoutustoiminnan tavoite oli vajavuuksien ja rajoitusten vähentäminen. Nykyisen valtaistavan tai ekologisen ajattelun mukaan kuntoutuksen tavoite sen sijaan on voimavarojen vahvistuminen, elämäntilanteen sekä työssä jaksamisen ja sosiaalisen selviytymisen paraneminen. (Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma 2003.)

Voimavaralähtöisessä työmenetelmässä asiakasta ei lähestytä potilaana, ammattihenkilöiden toiminnan kohteena olevana ilmiönä, vaan aktiivisena toimijana. Merkityksellistä on hänen omien toimintatapojensa, yksilöllisten vahvuksiensa ja tarpeidensa sekä valintojensa ja päätöksensä huomiointi. Jokaisen ihmisen oma perhekulttuuri ja elinympäristö säätelevät viime kädessä sen, millaisiin muutoksiin asiakas on arkielämässään valmis ja halukas oman kuntoutumisensa suhteen. Ihmisellä on kyky järjestää ja ymmärtää arkielämänsä ja antaa sille merkitys.

Asiakas ei ole vain ulkopuolisten voimien uhri, joka mukautuu aina ympäristön vaatimukseen vaan itsenäisesti omaa elämäänsä ja ulkoisia olosuhteita muokkaava toimija. Ihminen muokkaa jatkuvasti itse sosiaalista ympäristöään ja päivittäisiä rutiinejaan omaan elämäntilanteeseensa sopivaksi. Tyypillistä onkin, että asiakas on jo muuttanut arkeaan kuntoutumistaan edistääkseen. (Mm. Gallimore ym. 1989; Bernheimer ym. 1990; Riikonen ja Vataja 2009.)

Voimavaralähtöisyys ei tarkoita silmien sulkemista asiakkaan elämää kuormittavilta ongelmilta. Hänen selviytymistään omassa elämässään voidaan tarkastella kompensaaation kautta, arvioimalla, miten hän pärjää voimavarojen heikkenemisestä huolimatta. Malli rajoitteita korvaavasta käyttäytymisestä pitää henkilön omia kokemuksia terveydestään ja selviytymisestään tärkeinä. (Mm. Helin 2000.) Voimaantumisen edellytyksiä voidaan esittää, mutta ihmisiä ei voi voimaannuttaa, ihmiset voivat voimaantua vain itse. Yksilön äänen kuuleminen on keskeistä voimaantumisprosessissa. (Rodwell 1996.) Kirjallisuudessa valtaistuminen määrittellään enemmän moniulotteiseksi prosessiksi kuin olemassa olevaksi pysyväksi tilaksi (Järvikoski 1994; Nutbeam 1998).

Voimavarasuuntautuneiden työmenetelmien käytön tavoitteena on asiakkaan sisäisen voimantunteen kehittämisen tukeminen. Tällöin voimaantumiseen liitetään usein autonomisuus, vastuu, valta, valinnan mahdollisuus, tukeminen, motivaatio ja oikeutus (Rodwell 1996; Siitonen 1999). Keskeisiä ulottuvuuksia voimaantumisen ovat tietoisuuden lisääntyminen omasta itsestä eli asiakkaan tietoisuus omista voimavaroista ja niitä kuormittavista tekijöistä sekä vaikuttamisen mahdollisuus ja aktiivisuus toimintaympäristöissä. Voimaantumisen luonne on muuntuva ja siihen liittyy vahvistava tunnekokemus itsestä. (Mahlakaarto 2010.) Voimaantunut yksilö hahmottaa oman elämäntilanteensa syy- ja seuraussuhteita ja kykenee arvioimaan vaihtoehtoisia toimintatapoja. Voimavarasuuntautuneilla toimintamalleilla on selvä yhteys ratkaisukeskeiseen (*solution focused*) toimintaan.

Ratkaisu- ja voimavarakeskeisessä työskentelyssä korostetaan hyvin muodostettuja tavoitteita. Ajatuksena on, että tavoitteet ovat muutoksen lähtökohta. (DeShazer 1991.) Työtapa koetaan asiakasta aktivoivaksi ja tavoitteelliseksi sekä motivoivaksi ja joustavaksi. Sen vahvuutena on, että se antaa konkreettisia työmenetelmiä asiakkaan arkipäivän asioiden tarkasteluun ja hänen omien voimavarojensa käyttöön ottamiseen. Asiakas on prosessissa vastuullinen ja vastavuoroinen osapuoli, hänen kykynsä, taitonsa ja osaamisensa hyödynnetään tavoitteiden asettamisessa. Työtapa ei sulje pois muita asiakastyön menetelmiä.

Ratkaisukeskeisyydellä ei ole yhtenäistä teoriaa, mutta sitä voidaan perustella selkeillä prosessikuvauksilla ja malleilla (O’Hanlon ja Weiner-Davis 1990; DeShazer 1991; Visser 2013). Ratkaisukeskeisissä työmenetelmissä asiakkaan tunteita ja ei-sanallisia viestejä ei analysoida erikseen muista kokemuksista, eikä varsinkaan tulkita niiden merkitsevän muuta kuin mitä ihmiset itse sanovat niiden merkitsevän (Dejong ja Kim Berg 2002).

Ratkaisukeskeisessä työskentelyssä oletuksena on, että ”mikään ei tapahdu aina”. Ratkaisu ongelmaan on olemassa silloin, kun ongelmaa ei tilapäisesti esiinny. Työskentelyssä keskitytään ongelmien sijasta myönteisiin poikkeuksiin ja näkyviin

myönteisiin piirteisiin, joihin myös tavoitteet voidaan kiinnittää. Ratkaisut löytyvät suuntaamalla huomio resursseihin ja tulevaisuuteen. (Riikonen ja Vataja 2009.)

Työtapa on vastavuoroista vuorovaikutusta, jossa kiinnitetään huomiota erityisesti puhetapaan, minkä avulla asiakasta keskustelutilanteissa pyritään aktivoimaan ja motivoimaan. Työmenetelmässä ydin voidaan kiteyttää kolmeen asiaan: 1) Jos jokin ei ole rikki, älä yritä korjata sitä. 2) Kun tiedät mikä toimii, jatka samalla tavalla. 3) Jos jokin ei toimi, tee jotain muuta. (DeJong ja Kim Berg 2002.) Ratkaisu- ja voimavarakeskeisessä lähestymistavassa keskeistä ovat kysymykset. Tavoitteen asettamisessa työntekijän roolissa on keskeistä se, mitä hän sanoo ja mitä jättää sanomatta. Kysymyksen asettaminen on silloin ydinosaa. Työntekijä voikin erilaisia kysymyksiä tietoisesti käyttämällä tukea asiakasta itse asettamaan itselleen tavoitteita.

5.5 Motivoiva haastattelu mahdollistaa asiakkaan osallisuuden

Asiakas joutuu kuntoutumisprosessinsa aikana monesti muuttamaan toimintaansa ja käyttäytymistään. Muutokset voivat liittyä arjen toimintaan, esimerkiksi päivärutiineihin tai elintapoihin, joihin myös kuntoutuksen tavoitteiden tulee kiinnittyä. Työntekijä voi tukea sekä tavoitteiden asettamista että kuntoutumiseen liittyvää muutosta motivoivan haastattelun avulla, jonka on osoitettu johtavan muutokseen paremmin kuin tavanomaisen keskustelun (mm. Rubak ym. 2005).

Motivoiva haastattelu on William Millerin 1980-luvulla kehittämä asiakaslähtöinen ja motivoiva toimintatapa. Motivoivassa haastattelussa vahvistetaan asiakkaan sisäistä motivaatiota muutokseen. Menetelmän käyttäminen työmenetelmänä pyrkii vahvistamaan asiakkaan muutosmotivaatiota ja itsereflektion kehittymistä. Keskiössä on asiakkaan sisäinen motivaatio ja myönteinen suhtautuminen kuntoutukseen. Asiakasta ei yritetä suostutella muutokseen hänen omasta tahdostaan riippumattomien ulkoisten syiden takia. Motivoivassa haastattelussa motivaatio ymmärretään asiakkaan subjektiiviseksi kokemukseksi, sisäisen motivaation tilaksi, johon asiakas voi vaikuttaa ja jota myös ympäristö voi muokata. Työmenetelmässä korostuvat vuorovaikutus ja luottamuksellinen ilmapiiri, jotka edistävät avointa kommunikaatiota. Vuorovaikutuksessa työntekijällä on mahdollisuus herättää, kasvattaa, vahvistaa, heikentää tai tuhota asiakkaan motivaatiota. (Miller ja Rollnick 2013.)

Miller ja Rollnick korostavat (2013) motivoivan haastattelun olevan ennen kaikkea tapa ja tyyli olla asiakkaan kanssa. Motivoivan haastattelun henki koostuu seuraavista elementeistä: 1) yhdessä työskentely, kumppanuus, 2) hyväksyntä, 3) herättely ja 4) myötätunto. Sen ytimen muodostaa yhteistyö työntekijän ja asiakkaan välillä, missä oleellista on yhteistyön laatu. Kirjoittajat korostavat yhteistyön aktiivista ja vuorovaikutteista luonnetta, yhteistä työskentelyä ja kumppanuutta. Yhteistyö on koko ajan muuttuvaa. Se on samalla sekä asiakaskeskeistä – kannustavaa ja asiakasta kuuntelevaa – että direktiivistä, keskustelua asiakkaan määritlemää muutostavoitetta kohden ohjaavaa.

5.5.1 *Motivoiva haastattelu muutosprosessin eri vaiheissa*

Motivoivassa haastattelussa työntekijän tarkoitus on tukea ja vahvistaa asiakkaan muutospyrkimystä etenemällä asiakkaan muutosprosessin tahdissa. Asiakkaan muutosvaiheen arvioimiseen ja haastattelutavan valitsemiseen voidaan käyttää apuna käyttäytymisen muutosvaihemallia ja muutoksen prosessimaisuutta (Prochaska ja Norcross 2013).

Olennaista yhteistyösuhteen luomisessa on se, että työntekijä pysyttelee asiakkaan näkökulmassa ja arvioi, missä vaiheessa tämä on suhteessa muutokseen: asiakas ei tunnista muutostarvetta, tunnistaa muutostarpeen ja alkaa haluta sitä, pyrkii muutokseen tai toimii sen aikaansaamiseksi ja muuttaa toimintaansa. Muutosprosessi etenee seuraavien vaiheiden kautta: esiharkinta-, harkinta-, valmistautumis-, toiminta- ja ylläpitovaihe sekä pysyvän toiminnan vaihe. Asiakkaan kuntoutumisprosessilleen asettamien tavoitteiden tulee kiinnittyä aina vallitsevaan muutosprosessin vaiheeseen. Alla kuvataan muutoksen vaiheet, niihin liittyvä asiakkaan toiminta sekä työntekijän keinot tukea asiakasta eri vaiheissa. (Prochaska ja Norcross 2013; Prochaska ym. 2013.)

Esiharkintavaiheessa asiakkaalla ei ole aikomusta muuttaa toimintaansa lähitulevaisuudessa. Tässä vaiheessa asiakas voi välttää muutokseen liittyvää tietoa ja oman toimintansa ajattelemista tai hän kokee muutokseen liittyvän viestinnän painostamisena. Vaarana on, että työntekijä määrittelee asiakkaan motivoitumattomaksi eikä usko hänen olevan halukas muuttamaan toimintaansa. Esiharkintavaiheessa työntekijä voi herätellä asiakasta ajattelemaan toimintaansa, jotta tämä tulisi tietoisesti kuntoutumiseensa vaikuttavista tekijöistä sekä tunnistaisi oman toimintansa vaikutukset ja omakohtaisen muutostarpeen. Ammattihenkilön esittämät kysymykset auttavat asiakasta ajattelemaan muutoksen mahdollisuutta ja kiinnittämään tavoitteita sen mukaan.

Harkintavaiheessa asiakas on tietoinen muutoksen tarpeellisuudesta ja aikoo muuttaa toimintaansa lähitulevaisuudessa mutta ei ole vielä ryhtynyt toimimaan. Hän suhtautuu myönteisesti tietoon ja tarkastelee mahdollisen muutoksen etuja ja haittoja. Asiakas haluaa muuttaa toimintaansa, mutta todellinen motivaatio muutoksen tekemiseen on vähäinen. Harkintavaihe voi kestää pitkään. Harkintavaiheessa työntekijä voi auttaa asiakasta ratkaisemaan vallitsevan ristiriitatilanteen rohkaisemalla häntä arvioimaan muutoksen etuja ja haittoja. Muutoksesta koituvien omakohtaisten hyötyjen tiedostaminen on tärkeää. Asiantuntijan rohkaiseva palaute ja käytännön esimerkit motivoivat asiakasta. Valmistautumisvaiheessa yhdistyvät aikomus ja käyttäytyminen. Asiakas näkee muutosten edut suurempina kuin haitat, ja hänellä on jo suunnitelma toiminnasta. Hän etsii erilaisia mahdollisuuksia muuttaa toimintaansa, hakee asiantuntija-apua ja on valmis osallistumaan kuntoutumista edistävään toimintaan. Asiakasta kannustetaan itsearvioinnissa ja ratkaisujen tekemisessä sekä autetaan tavoitteiden asettamisessa. Työntekijä etsii asiakkaan kanssa tavoitteiden saavuttamista tukevia toimintatapoja ja tarjoaa erilaisia vaihtoehtoja.

Toimintavaiheessa asiakas työskentelee aktiivisesti toteuttaakseen muutoksen ja kokeilee uusia toimintatapoja. Hän muuttaa käyttäytymistään sekä ympäristöönsä, ja toiminta on ulkopuolisen havaittavissa. Toiminnassa voi tulla myös askeleita taaksepäin tai repsahduksia. Työntekijän keskeinen tehtävä tässä vaiheessa on keskustella onnistumisista, epäonnistumisista ja muutkokokemuksista asiakkaan kanssa. Keskustelun avulla pyritään tunnistamaan vaikeita hetkiä muutoksen toteuttamisessa, valmistautumaan niihin ja etsimään uusia toimintavaihtoehtoja. Tavoitteiden tarkastelu ja uudelleen asettaminen, kuntoutumissuunnitelma ja sen arviointi kuuluvat toimintavaiheeseen.

Ylläpitovaiheessa asiakas tekee töitä, jotta muutos vakiintuu ja vahvistuu ja ettei repsahduksia tulisi. Ylläpitovaihe voi jatkua kuudesta kuukaudesta viiteen vuoteen. Repsahduksia ehkäistään riskitilanteita ennakoimalla ja tarkastelemalla niitä oppimistilanteina. Asiakasta rohkaistaan itsearviointiin. Työntekijä auttaa asiakasta arvioimaan muutoksen ylläpitämistä ja siihen sitoutumista. Asiakasta tuetaan käytännön taitojen harjoittelussa sekä korvaavien toimintojen ja vaihtoehtojen pohdinnassa. Pysyvän muutoksen vaiheessa asiakkaalla ei ole enää riskiä palata entiseen toimintaan eikä hänen tarvitse tehdä työtä repsahduksen välttämiseksi. Asiakas kykenee säätelemään käyttäytymistään ja pystyy säilyttämään toimintatavan, vaikka olosuhteet muuttuvat. Työntekijän tehtävä on tukea asiakkaan aktiivisuutta ja voimavaroja sekä arvioida yhdessä asiakkaan kanssa tämän toimintaa.

Motivoivan haastattelun lähtökohtana on näkemys siitä, että asiakas motivoituu muutokseen, kun hän huomaa, että nykyinen käyttäytyminen ei ole johtanut niihin muutoksiin, mitä kuntoutumista edellyttävässä elämäntilanteessa tulisi tapahtua. Motivoivassa haastattelussa vahvistetaan asiakkaan sisäistä motivaatiota muutokseen etsimällä ja ratkaisemalla asiakkaan muutosta kohtaan tuntema ristiriita. Haastattelussa on keskeistä asiakkaan näkemyksiä ja arvoja kunnioittava työskentelytapa ja se, että asiakasta ei leimata. Asiakasta kannustetaan vastuunottoon, tuetaan hänen uskoaan itseensä ja muutoskykyynsä sekä kunnioitetaan asiakkaan oikeutta valita itse omat tavoitteensa. Muutoksen edellytykset ovat olemassa asiakkaassa itsessään ja työntekijän tehtävä on saada ne esiin.

5.5.2 Motivoivan haastattelun vuorovaikutusperiaatteet

Motivoivan haastattelun vuorovaikutusperiaatteet voidaan tiivistää neljään tekijään: 1) myötätunnon osoittaminen, 2) ristiriidan voimistaminen, 3) väittelyn välttäminen ja 4) asiakkaan uskon vahvistaminen omaan muutoskykyynsä (Miller ja Rollnick 2013).

Myötätunnon osoittaminen. Miller ja Rollnick (2013) käyttävät empatia-käsitteen sijasta myötätuntoa (*compassion*). Tällä käsitteellä he haluavat korostaa myötätunnon aktiivista ja toiminnallista luonnetta. Myötätuntoinen työntekijä edistää aktiivisesti asiakkaan hyvinvointia keskittyen asiakkaan tarpeisiin. Käsitteellä tarkoitetaan myötätuntoista toimintaa, kun taas empatialla eläytymistä ja ymmärrystä, mikä kuvaa lähinnä tunnetilaa, ei toimintaa asiakkaan hyväksi.

Työntekijän myötätunto on hyväksyntää ja ymmärryksen ja kiinnostuksen osoittamista sanoin ja elein. Reflektiivinen kuunteleminen ja tunteiden salliminen tukevat asiakkaan kokemusta ymmärretyksi tulemisesta, mikä puolestaan edistää avoimuutta ja auttaa asiakasta esittämään ajatuksiaan ja kokemuksiaan.

Ristiriidan voimistaminen. Muutoksen motivointiin pyritään tukemalla asiakasta tutkimaan ja ratkaisemaan muutosta kohtaan tuntemiaan myönteisiä ja kielteisiä tunteita sekä tästä sisäisestä ristiriidasta syntyvää muutosvastaisuutta. Asiakas on tilanteessa, jossa hän samanaikaisesti sekä haluaa että ei halua muutosta. Hän näkee sekä nykyisessä elämäntavassa että tulevaisuudessa hyviä ja huonoja puolia. Ristiriitatilanteessa asiakas ajattelee, että hänen pitäisi muuttaa toimintaansa tai elämäntapojaan, mutta hän ei toisaalta ole kovin halukas luopumaan nykyisistä. Ristiriidan voimistamisessa ammattihenkilö osoittaa vähitellen ja lempeästi, miten nykyinen käyttäytyminen ei johda muutostavoitteeseen vaan etäännyttää siitä. Ristiriidan voimistaminen auttaa asiakasta puhumaan muutoksen puolesta. Jos asiakas kieltää tai vähättelee ongelmaa, ammattihenkilö ei vastusta häntä eikä väittele hänen kanssaan, vaan kiertää vastarinnan tutkimalla ja selvittämällä edelleen asiakkaan näkemyksiä.

Väittelyn välttäminen. Keskustelussa tulisi välttää vastakkain asettumista, väittelyä, suoraa ohjailua ja varottelua. Nämä saattavat herättää asiakkaassa tarpeen vastustaa (reagoida vastahyökkäyksellä), joka syntyy epämukavuuden kokemuksesta ja tuottaa konflikteja, kyräilyä, pelkoja ja haluttomuutta olla yhteistyössä. Asiakkaan vastustus ilmenee tyypillisesti väittelynä, vastaanhangoiteluna, keskeyttämisenä, näennäisinä samanmielisyyksinä, välinpitämättömyytenä, passiivisuutena tai tapaamisista pois jäämisinä.

Asiakkaan uskon vahvistaminen omaan muutoskykyynsä. Keskustelun aikana on tärkeää, että työntekijä tunnistaa ja vahvistaa asiakkaan muutospyrkimyksiä ja muutospuhetta. Vahvistamisen tarkoitus on kiinnittää asiakkaan huomio muutoksen kannalta myönteisiin asioihin ja tukea asiakkaan luottamusta kykyyn muuttua. Ammattihenkilön verbaalinen ja nonverbaalinen rohkaisu ja tuki vahvistavat asiakkaan muutosvalmiutta ja luovat toiveikkuutta.

5.5.3 *Motivoivan haastattelun vuorovaikutuskeinot*

Motivoivassa haastattelussa käytetään toiminnalle ominaisia vuorovaikutuskeinoja: 1) avoimet kysymykset, 2) refleктоiva kuuntelu, 3) vahvistaminen ja kannustaminen, 4) yhteenvedot ja 5) tiedon antaminen ja ohjaus (Miller ja Rollnick 2013).

Avoimet kysymykset. Motivoivan haastattelun ja keskustelun tärkein työkalu ovat avoimet kysymykset. Niiden tarkoitus on saada asiakas puhumaan tilanteestaan, tunteistaan ja ajatuksistaan. Avoimet kysymykset antavat asiakkaalle mahdollisuuden tuottaa itseään motivoivaa puhetta ja tukevat näin asiakkaan motivoitumista muutokseen. Suljetut kysymykset sopivat asioiden tarkentamiseen, mutta ne eivät edistä motivoitumisprosessia. Ne voivat myös korostaa työntekijän asiantuntijaroolia ja jättää asiakkaan passiiviseksi vastaajaksi. Suljettuja kysymyk-

siä ei kannata käyttää, jos haluaa rohkaista asiakasta aktiiviseksi ja puhumaan oma-aloitteisesti.

Refleктоiva kuuntelu. Refleктоiva, heijastava kuunteleminen on motivoivan haastattelun tärkeimpiä ja haastavimpia taitoja. Refleктоivassa kuuntelemisessa on olennaista, miten työntekijä vastaa siihen, mitä asiakas kertoo. Sillä voidaan vahvistaa asiakkaan merkityksellistä puhetta ja hänen rooliaan. Työntekijän olisi hyvä heijastaa asiakasta motivoivia lauseita kertomalla sanatarkasti kuulemansa, koska tällöin asiakas kuulee oman toteamuksensa uudelleen. Heijastaminen on tarkoituksenmukaista myös avointen kysymysten jälkeen, kun työntekijä tarkentaa asiakkaan vastauksia.

Vahvistaminen ja kannustaminen. Keskustelun aikana on tärkeää, että työntekijä tunnistaa ja vahvistaa asiakkaan muutospyrkimyksiä ja muutospuhetta. Asiakasta rohkaistaan muutospuheeseen käymällä läpi muutokseen liittyviä tunteita, ajatuksia, toiveita ja arvoja sekä tarkastelemalla muutoksen etuja ja haittoja. Muutospuhe voi ilmetä asiakkaan ilmaisemana haluna muuttua, uskona omaan muutospuheytyykseen, muutossyyyn tai muutostarpeen ilmaisuna, sitoutumisena muutokseen ja muutoksen etenemisen kuvauksena. Asiakkaan muutospuhe ilmenee ongelman tunnistamisena, huolen ilmauksena, muutosaikomuksena tai muutosoptimisminä.

Yhteenvedot. Yhteenvedo voi olla työntekijän lyhyt tiivistelmä, jossa hän kokoaa yhteen asiakkaan puheesta merkittäviä teemoja eri keskustelukerroilta. Refleктоivaa yhteenvedoa voi käyttää myös keskustelun alussa ja lopussa, jolloin sen avulla siirrytään toiseen aihealueeseen tai lopetetaan keskustelu.

Tiedon antaminen ja ohjaus. Työntekijän on tärkeintä tiedostaa tapa, miten tietoa ja ohjausta annetaan. Motivoivassa haastattelussa tietoa ei anneta ylhäältäpäin, asiantuntijatietona. Dialogissa työntekijä saa käsityksen asiakkaan tiedon tasosta ja tiedon ymmärtämisestä. Asiakkaan tilanteesta irrallinen tieto ja ohjaus saavat asiakkaan asettumaan vastarintaan, hän ei koe ohjausta omaan tilanteeseensa sopivana eikä häntä hyödyttävänä. Taulukkoon 4 on koottu yhteenvedona motivoivan haastattelun vuorovaikutuskeinot esimerkkien avulla.

Taulukko 4. Motivoivan haastattelun vuorovaikutuskeinot.

Motivoivan haastattelun vuorovaikutuskeinot	Esimerkki
<p>Avointen kysymysten esittäminen Kysymysten avulla saadaan paljon tietoa ja ne johdattelevat asiakkaan ajattelemaan omaa tilannettaan, tarpeitaan ja tavoitteitaan. Käytetään kysymyssanoja mitä, mikä, miten, missä, milloin, kuka, kenen kanssa, kuinka. Vrt. suljetut kysymykset alkavat verbillä, johon liitetään kysymyspartikkeli -ko tai -kö, kuten oletko, haluatko, aiotko, teetkö... Näihin kysymyksiin asiakas vastaa usein: kyllä, ei, joo.</p>	<p>”Mitä mieltä olet liikuntatottumuksistasi? ”Mikä sinua huolestuttaa...?” ”Mitä tekisit toisin?” ”Mistä itse huomaat muutoksen?” ”Ketkä huomaavat muutoksesi?” ”Miten elämäsi muuttuu tuon muutoksen jälkeen?” ”Ketkä voivat tukea sinua muutoksessa?” ”Mitä sinun pitäisi mielestäsi tehdä, jotta olisit parantuu?” ”Mikä voisi olla ensimmäinen asia, jota voisit muuttaa päiväjärjestyksessäsi?”</p>

Taulukko 4 jatkuu.

Jatkoa taulukkoon 4.

Motivoivan haastattelun vuorovaikutuskeinot	Esimerkki
<p>Reflektioiva kuuntelu Reflektioivassa eli heijastavassa kuuntelussa työntekijä toimii asiakkaan ajatusten peilinä ja nostaa kuulemastaan esiin asioita, joista haluaa asiakkaan kertovan tarkemmin. Heijastaminen voi olla sanojen toistoa eli toistetaan se, mitä asiakas on juuri sanonut, tai sanojen uudelleen muotoilua, ilmaistaan toisin sanoin asia, jonka asiakas on esittänyt. Työntekijä voi myös esittää arvauksensa siitä, mitä asiakas on mahdollisesti puheessaan tarkoittanut, jolloin asiakkaalle jää mahdollisuus korjata sanomaansa tai lisätä siihen jotakin.</p>	<p>”Ymmärsinkö oikein, kun ymmärsin asian näin.” ”Kerroit, että liikkuisit enemmän, jos sinulla olisi aikaa, kertoisitko enemmän päiviesi sisällöstä.” ”Minusta kuulosti hyvältä, kun kerroit aloittaneesi kävelyn, kerrotko mikä auttoi tässä päätöksessä.” ”Tarkoitat siis, että äitisi auttaa sinua liikaa.” ”Ymmärrän puheestasi, että sinua ei ole kuunneltu.” ”Huomaan sinun usein toistavan sanaa väärin-ymmärretty, kerrotko enemmän tästä tunteesta.”</p>
<p>Vahvistaminen ja kannustaminen Asiakkaan huomio kiinnitetään muutoksen kannalta myönteisiin asioihin. Työntekijän vilpittömän verbaalinen ja nonverbaalinen rohkaisu ja tuki vahvistavat asiakkaan muutosvalmiutta ja luovat asiakkaassa toiveikkautta.</p>	<p>”Minusta on hienoa, että haluat tehdä tälle ongelmalle jotain.” ”Minusta vaikuttaa, että olet päättäväinen ja sisukas ihminen. Vaikka elämäntilanteesi on noin vaikea, olet päättänyt tehdä ongelmalle jotain.” ”Ymmärrän, että olet päättänyt tehdä asialle jotain. Siitä kertoo sekin, että tulit tänne omaehtoisesti.”</p>
<p>Yhteenvedot Keskustelun aikana työntekijä kokoaa yhteen asioita, varsinkin ristiriitaisia asetelmia, joita asiakas on siihen mennessä sanonut. Yhteenvedot antavat asiakkaalle mahdollisuuden kuulla omia, itseä motivoivia lauseitaan uudelleen. Yhteenvedot lisäävät asiakkaan tietoisuutta ja hallinnan tunnetta.</p>	<p>”Aika alkaa loppua, haluaisin koota yhteen sen, mitä olemme tänään käsitelleet, jotta näkisimme, missä olemme ja mihin suuntaan olemme etenevässä – –.” ”Tässä vaiheessa kerään yhteen, mistä olemme keskustelleet ja mitä päättäneet – –”</p>
<p>Tiedon antaminen ja ohjaus Tieto sovitetaan asiakkaan esille nostamiin tiedon tarpeisiin. Tiedon antaminen ja ohjaus tapahtuu keskustelemalla asiakkaan kanssa, dialogina.</p>	<p>”Halusit asettaa tavoitteeksesi vähentää painoasi viisi kiloa kesään mennessä, haluatko tietoa terveellisestä painonvähennyksestä? Millaista tietoa ja ohjausta tarvitset onnistuaksesi?”</p>

Esimerkkejä motivoivan haastattelun vuorovaikutuskeinoista

Avointen kysymysten esittäminen. Kysymysten avulla saadaan paljon tietoa ja ne johdattelevat asiakkaan ajattelemaan omaa tilannettaan, tarpeitaan ja tavoitteitaan. Käytetään kysymyssanoja mitä, mikä, miten, missä, milloin, kuka, kenen kanssa, kuinka.

”Mitä mieltä olet liikuntatottumuksistasi?”

”Mikä sinua huolestuttaa?”

”Mitä tekisit toisin?”

”Mistä itse huomaat muutoksen?”

”Ketkä huomaavat muutoksesi?”

”Miten elämäsi muuttuu tuon muutoksen jälkeen?”

”Ketkä voivat tukea sinua muutoksessa?”

”Mitä sinun pitäisi mielestäsi tehdä, jotta olosi parantuu?”

”Mikä voisi olla ensimmäinen asia, jota voisit muuttaa päiväjärjestyksessäsi?”

Suljetut kysymykset alkavat verbillä, johon liitetään kysymyspartikkeli -ko tai -kö, kuten oletko, haluatko, aiotko, teetkö... Näihin kysymyksiin asiakas vastaa usein: kyllä, ei, joo.

Reflektioiva kuuntelu. Reflektioivassa eli heijastavassa kuuntelussa työntekijä toimii asiakkaan ajatusten peilinä ja nostaa kuulemastaan esiin asioita, joista haluaa asiakkaan kertovan tarkemmin. Heijastaminen voi olla sanojen toistoa eli toistetaan se, mitä asiakas on juuri sanonut tai sanoja muotoillaan, ilmaistaan toisin sanoin asia, jonka asiakas on esittänyt.

Työntekijä voi myös esittää arvauksensa siitä, mitä asiakas on mahdollisesti puheessaan tarkoittanut, jolloin asiakkaalle jää mahdollisuus korjata sanomaansa tai lisätä siihen jotakin.

”Ymmärsinkö oikein, kun ymmärsin asian näin?”

”Kerroit, että liikkuisit enemmän, jos sinulla olisi aikaa. Kertoisitko enemmän päiväsi sisällöstä?”

”Minusta kuulosti hyvältä, kun kerroit aloittaneesi kävelyn. Kerrotko mikä auttoi tässä päätöksessä?”

”Tarkoitat siis, että äitisi auttaa sinua liikaa?”

”Ymmärrän puheestasi, että sinua ei ole kuunneltu.”

”Huomaan sinun usein toistavan sanaa väärinymmärretty. Kerrotko enemmän tästä tunteesta?”

Vahvistaminen ja kannustaminen. Asiakkaan huomio kiinnitetään muutoksen kannalta myönteisiin asioihin. Työntekijän vilpittömän verbaalinen ja nonverbaalinen rohkaisu ja tuki vahvistavat asiakkaan muutosvalmiutta ja luovat asiakkaassa toiveikkautta.

”Minusta on hienoa, että haluat tehdä tälle ongelmalle jotain.”

”Minusta vaikuttaa, että olet päättäväinen ja sisukas ihminen. Vaikka elämäntilanteesi on noin vaikea, olet päättänyt tehdä ongelmalle jotain.”

”Ymmärrän, että olet päättänyt tehdä asialle jotain. Siitä kertoo sekin, että tulit tänne omasta halustasi.”

Yhteenvedot. Keskustelun aikana työntekijä kokoaa yhteen asioita, varsinkin ristiriitaisia asetelmia, joita asiakas on siihen mennessä sanonut. Yhteenvedot antavat asiakkaalle mahdollisuuden kuulla itseään motivoivia lauseita uudelleen. Yhteenvedot lisäävät asiakkaan tietoisuutta ja hallinnan tunnetta.

”Aika alkaa loppua. Haluaisin koota yhteen sen, mitä olemme tänään käsitelleet, jotta näkisimme, missä olemme ja mihin suuntaan olemme etenemässä.”

”Tässä vaiheessa kerään yhteen, mistä olemme keskustelleet ja mitä päättäneet.”

Tiedon antaminen ja ohjaus. Tieto sovitetaan asiakkaan esille nostamiin tietoon tarpeisiin. Tiedon antaminen ja ohjaus tapahtuu keskustelemalla asiakkaan kanssa, dialogina:

”Halusit asettaa tavoitteeksesi vähentää painoasi viisi kiloa kesään mennessä? Haluatko tietoa terveellisestä painonvähennyksestä? Millaista tietoa ja ohjausta tarvitset onnistuaksesi?”

Motivoivan haastattelun käyttäminen edellyttää menetelmään tutustumista sekä siihen liittyvien menetelmien käytön harjoittelua.

5.6 Osallistavan haastattelun haasteita

Tavoitteen tunnistamisprosessiin tulee kiinnittää erityistä huomiota silloin, kun kyseessä on henkilö, jolla on vaikeuksia ymmärtää asioita ja tehdä omia ratkaisuja (mm. Sivula 2010). Suomen Vammaispoliittisen ohjelman 2010–2015 (STM 2010) mukaan jokaisella on oikeus elää omaa elämäänsä, saada arvostusta ja tulla kuulluksi ja ymmärretyksi omilla viestintätavoillaan, -keinoillaan ja -muodoillaan. Vilkkumaan (2013) mukaan itsemääräämisoikeuden näkökulmasta on kyse päätöksenteon harmaasta alueesta, kun joudutaan etsimään välineitä, jotka entistä paremmin takaisivat itsemääräämisoikeuden käytännössä silloin, kun asiakas ei pysty teknisesti ilmaisemaan itseään tai ajatuksellisesti päättämään mahdollisten vaihtoehtojen välillä. Jokaisen työntekijän tulee kunnioittaa kaikkia ihmisiä ja

nähdä heidän potentiaalinen kykynsä tehdä omia ratkaisuja. Asiat tulee selvittää mahdollisimman ymmärrettävällä tavalla välttäen vaikeaa ammattikieltä. (Sivula 2010.)

Esimerkiksi asiakkaan neurologiset rajoitteet tuovat tutkimusten (mm. Rosewilliam ym. 2011) mukaan haasteita asiakaslähtöiseen tavoitteen laatimisen toteutumiseen. Haasteet liittyvät mm. asiakkaan käsitykseen itsestään ja taidoistaan tavoitteenasetteluun. Toisaalta myös työntekijät voivat olettaa, ettei asiakkaalla ole asiantuntemusta tavoitteidensa asettamiseen, jos hänellä on ymmärtämisen tai kommunikoinnin ongelmia. Tavoitteen asettamisen vaativuutta kuvaavissa tutkimuksissa nimetään usein erityisen haasteelliseksi toiminta asiakkaiden kanssa, joilla on afasia. Kuntoutustyöntekijät kokevat haasteelliseksi myös tilanteet, joissa yhteinen kieli on vaillinainen. (Nair 2003; Mangset ym. 2008; Worrall ym. 2011.)

Asiakkaan toimintakyvyn muutokset johtavat usein rajoituksiin asiakkaalle merkityksellisiin arkielämän toimintoihin osallistumisessa. Tutkimusten (Wressle ym 1999; Worrall ym. 2011) mukaan aivoverenkiertohäiriön sairastaneiden asiakkaiden toiveet ja tavoitteet liittyivät ennen sairastumista vallinneen elämäntilanteen ja toimintakyvyn palautumiseen. Asiakkaan itse asettama tavoite kuntoutumiselle on arvokas ja ainutkertainen. Se voi olla unelma tai haave sellaisestakin, jonka toteutuminen ei näytä aluksi realistiselta (Koukkari 2011).

Myös lapsiasiakkaalla tulee olla oikeus olla mukana ja tulla kuulluksi omine päämäärineen ja toiveineen itseään koskevassa tavoitteenasettelussa (Koivikko ja Louhiala 2001). Tutkimusten (Sturgess ym. 2002; Sturgess ja Ziviani 1995) mukaan jopa 4-vuotiaat lapset kykenevät muodostamaan mielipiteen itsestään, olemuksesta ja taidoistaan. Tutkimuksissa on kuitenkin todettu esimerkiksi pienten lasten tärkeinä pitämien, kehittymistä tarvitsevien toimintojen olevan hyvinkin erilaisia kuin aikuisten (Missiuna ym. 2006). Mailloux kumppaneineen (2007) muistuttaa siitä, kuinka tärkeää on pyytää vanhempia kertomaan lapsestaan, hänen vahvuuksistaan ja mielenkiinnon kohteistaan sekä huolta herättävistä asioista. Myös perheen tyyppillinen päivä- ja viikko-ohjelma antavat arvokasta tietoa juuri kyseisen lapsiasiakkaan yksilöllisten tavoitteiden tunnistamiseen.

Muuttuneessa elämäntilanteessa on erittäin tärkeää, että asiakasta autetaan löytämään uusia keinoja, joiden avulla hän suoriutuu jokapäiväisestä arjestaan itseään tyydyttävällä tavalla (Kristensen ym. 2011). Mikäli asiakkaalla ei ole voimavaroja – kykyjä tai voimia – oman tahtonsa ilmaisuun, on häntä tarpeen ja yleensä mahdollista tukea niin, että päätökset voidaan tehdä yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Tällöin on kyse tuetusta päätöksenteosta. (STM 2010.) Tuettu päätöksenteko on vammaisten oikeuksien ja asiakaslähtöisyyden kehittämiseen tähtäävä periaate. Sen tarkoitus on kannustaa, opettaa, rohkaista ja tukea henkilöä tekemään omaa elämäänsä koskevia päätöksiä. Tuetun päätöksenteon pitää lähteä henkilön omista toiveista ja tarpeista. (Vilkkumaa 2013.) Asiakas itse määrittää ne asiat, joihin hän tarvitsee ja haluaa tukea, sekä ne asiat, jotka hän haluaa päättää täysin itsenäisesti. Esimerkiksi kehitysvammaisilla henkilöillä tuetun päätöksenteon tarvetta aiheuttavat erityisesti puutteelliset tiedonkäsittelytaidot. Asioiden havaitseminen, tiedon vastaanottaminen ja sisäistäminen sekä soveltaminen uu-

nessa tilanteessa ovat heille usein vaikeita. (Sivula 2010.) Kun omainen tai joku muu henkilö esittää asioita sekä omasta että asiakkaan puolesta, on työntekijän hyvä ohjata häntä konkreettisesti näihin rooleihin: ”Kun nyt olet esittänyt omat näkemyksesi ja mielipiteesi asiasta, mitä sinä luulet, että Ville itse tässä tilanteessa sanoisi?”

5.7 GAS-menetelmällä asiakaslähtöiseen työskentelyyn

Asiakkaan elämään kiinnittyvät tavoitteet motivoivat häntä kuntoutumistaan edistävien muutosten ja tekojen toteutuksessa. GAS-menetelmä on hyvä tavoitteen asettamisen ja saavuttamisen arvioinnin väline. Menetelmän käyttö itsessään ei takaa asiakaslähtöisen toiminnan periaatteiden ja asiakkaan osallisuuden toteutumista.

Ammattilaisten puhekäytännöt ovat asiakkaan osallistumista tukevia tai estäviä keskustelukäytänteitä. Menetelmää voidaan käyttää myös hyvin asiantuntijalähtöisesti, vanhoja toimintakulttuureita ja asenteita noudattaen. Mikäli ammattihenkilö ei tiedosta omaa rooliaan ja systemaattisesti reflektoi sitä, on vaara, että tavoitteen asettamistilanteesta rakentuu asiakkaan valtaistumista estävä ja hänen riippuvuuttaan ammatillisista lisäävä. Asiakkaan on koettava, että hänelle merkitykselliset asiat ovat tavoitteen asettamisen keskiössä. Tämän kautta vahvistuu hänen uskonsa siihen, että hänellä on tietoa ja taitoa ratkoa omaan kuntoutukseensa liittyviä asioita.

GAS-menetelmän onnistunut käyttö edellyttää toimintakulttuureissa asiakkaan osallisuutta rajoittavien ajattelu- ja toimintamallien tunnistamista ja muuttamista. Toiminta edellyttää myös työntekijöiltä asiakasta osallistavien dialogisten työmenetelmien taustojen ja työvälineiden hallintaa. Motivoiva haastattelu tarjoaa GAS-menetelmän käyttöön tavan olla asiakkaan kanssa tasa-arvoisessa vuorovaikutuksessa, missä keskeistä on asiakkaan osallisuus ja hänen omien voimavarojensa hyödyntäminen.

6 GAS-MENETELMÄ MONIAMMATILLISESTI ASIAKKAAN ARJESSA

Ira Jeglinsky ja Salla Sipari

Moniammatillista työotetta pidetään yhtenä hyvän kuntoutuskäytännön kulmakivistä. Moniammatillinen työote tarkoittaa tässä sitä, että eri alojen ammattilaiset työskentelevät yhdessä yhteisen GAS-tavoitteen mukaisesti. Hyvässä ja toimivassa moniammatillisessa yhteistyössä kuntoutusta suunnitellaan kokonaisvaltaisesti asiakkaan tarpeiden mukaisesti ja hänen kanssaan. Kuntoutuksen tavoitteet ja toimenpiteet määritellään kuntoutussuunnitelmassa, joka laaditaan julkisessa terveydenhuollossa. Kuntoutuksessa asiakkaat ovat monesti usean eri palvelun käyttäjiä ja siten tarvitaan eri asiantuntijoiden yhdessä toimimista. Asiakkaan näkökulmasta tarkasteltuna moniammatillisen yhteistyön tärkein merkitys on siinä, että hänen kuntoutumisestaan rakentuu mielekäs kokonaisuus. Tällä tarkoitetaan sitä, että hajanaisen ja sektoreihin jakautuneen ja jopa päällekkäisten kuntoutustoimintojen sijaan eri toimijoilla on yhteinen päämäärä ja tavoitteet. Tällaiseen moniammatilliseen, sektorirajat ylittävään suunnitteluun, tavoitteidenasetteluun ja toimintaan GAS-menetelmä sopii erinomaisesti, koska se ei rajoitu yhteen tieteenalaan tai yhden ammattikunnan käyttöön. Kuntoutus on monialaista, ja tämä asettaa ammattilaisille oman erityisosaamisen lisäksi haasteen laajentaa asiantuntijuuttaan yhteisölliseksi asiantuntijuudeksi.

Ammatillista asiantuntijuutta voidaan tarkastella yksilön tai yhteisön näkökulmasta. Yksilön asiantuntijuus voidaan jaotella vertikaaliseen ja horisontaaliseen osaamiseen. Vertikaalisessa ulottuvuudessa kehitytään oman ammatillisen osaamisen suhteen aloittelijasta ekspertiksi. Horisontaalisessa osaamisessa puolestaan opitaan yhdessä. Moniammatillinen toiminta edellyttää tahtoa ja kykyä oppia toisilta ja kykyä jakaa omaa erityisosaamistaan muille. Tällaisessa toiminnassa on kunnioitettava toisten osaamista ja luotettava siihen, että toisella ammattilaisella on erityisosaamista, joka täydentää kokonaisuutta.

Yhteisöllinen asiantuntijuus voidaan ymmärtää yhdessä oppimiseksi, koska eri toimijoiden osaamista yhdistämällä tuotetaan yleensä jokin uusi näkökulma tai toimintakokonaisuus, joka on enemmän kuin osiensa summa. Yhdessä oppiminen edellyttää kykyä jakaa oma näkökulma, toisten näkökulman näkemistä sekä taitoa rakentaa yhteistä uutta tietoa ja ymmärrystä. Vuorovaikutustaidot ja niiden jatkuva vahvistaminen ovat avainasemassa moniammatillisessa toiminnassa.

Yhteisöllisessä osaamisessa toimintaympäristön merkitys korostuu. Tilannekohtaiset tekijät ja toimintakulttuuri vaikuttavat yhdessä tekemiseen. Asiantuntijuus on siten sidoksissa GAS-menetelmän sisältötietoon, sosiaalisesti muodostuneisiin tehtäviin ja toimintaympäristöön. Osa asiantuntijuudesta on sidoksissa myös organisaation määrittämiin tehtäviin ja tilanteisiin. GAS-menetelmän yhteisöllinen osaaminen ja käyttö voivat käytännön tilanteen mukaan vaihdella suurestikin. GAS-menetelmän moniammatillinen käyttö yhdessä asiakkaan kanssa on kompleksinen ja dynaaminen kokonaisuus, mihin ei voi antaa yhtä oikeaa toimintatapaa. Tämän takia GAS-menetelmän käytölle olisi tärkeää kuvata paikalliset hyvän moniammatillisen käytännön perusteet.

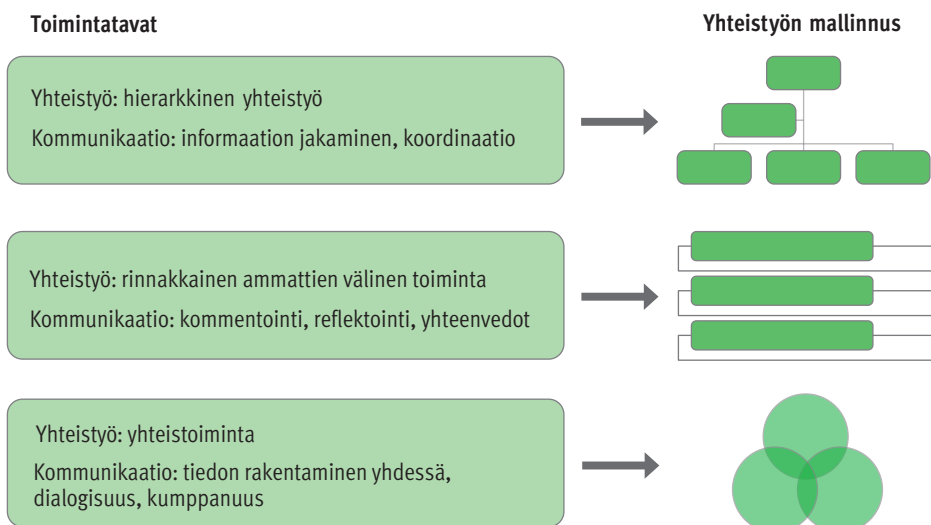
Asiakas tulisi myös nähdä asiantuntijana ja siten yhtenä moniasiantuntijuuteen perustuvan yhteisön tasaveroisena jäsenenä. Asiakas on oman elämäntilanteensa ja elinympäristönsä, toimintakulttuurinsa, arkensa sekä tarpeidensa asiantuntija, ja siksi tavoitteenasettelussa hän on avainhenkilö. Edelleen yhteisölliseen asiantuntijuuteen voivat liittyä asiakkaan tarpeista lähtien hänelle läheiset ihmiset. (Rajavaara 2008; Jeglinsky 2012.)

6.1 Moniammatillisuus on osaamista yhdessä

Yhteistyö tai yhdessä toimiminen voi toteutua monella eri tavalla. Hierarkkisessa yhteistyössä tieto kulkee yhdensuuntaisesti. Esimerkiksi ammattilainen tiedottaa GAS-tavoitteista toiselle ammattilaiselle. Ammattien välisessä rinnakkaistoiminnassa ammattilaiset yhdistävät asiakkaan kanssa laatimansa GAS-tavoitteet yhdeksi kokonaisuudeksi. Yhteistoiminnassa asiantuntijuus on jaettua ja GAS-tavoitteet laaditaan yhdessä (kuvio 3).

Ammattilaisten ja asiakkaan välinen yhteistoiminta soveltuu hyvin GAS-menetelmän käyttöön, koska GAS-tavoitteet ovat konkreettisia asiakkaan tarpeista lähteviä asioita, ei niinkään yhden ammattikunnan ydinsisältöä. Yhteistoiminnalla kyetään laatimaan tavoitteita, jotka vastaavat asiakkaan monimuotoisiin arjen haasteisiin. Yhteistoiminnallisia menetelmiä on kehitetty paljon, ja ne poikkeavat ammattilaisjohtoisesta haastattelusta siten, että yhteistä ymmärrystä tavoitteista rakennetaan asiakaslähtöisesti dialogissa ja kumppanuuteen perustuen. GAS-tavoitteiden laadinnassa SMART-periaatteiden mukaisesti tarvitaan ammattilaisten osaamista ja asiakasymmärrystä sekä asiakkaan arjen asiantuntijuutta, jotta GAS rakentuu mielekkääksi osaksi kuntoutumisprosessia.

Kuvio 3. Yhteistyön monet eri toimintatavat.



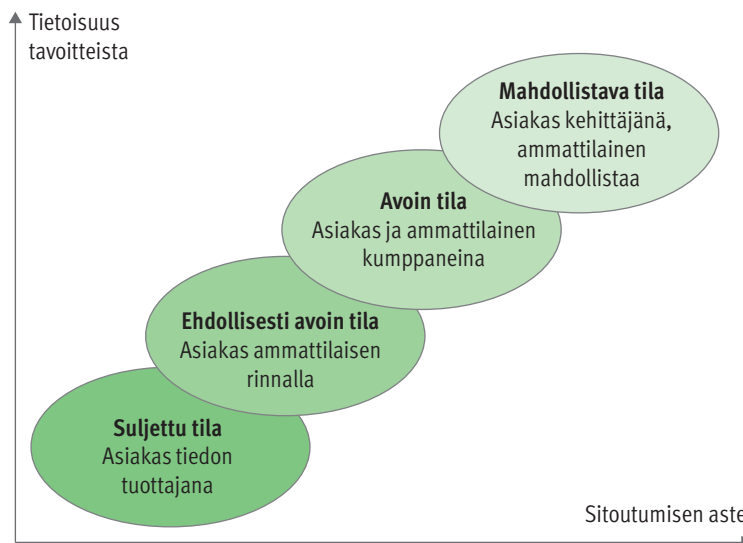
Moniammatillinen- ja monialainen -käsitteitä käytetään käytännössä arkikielessä toisiinsa nivoutuneina. Moniammatillisuus painottaa ammatillista asiantuntijuutta. Monialaisuus puolestaan korostaa monitieteistä ja koulutusalojen rajat ylittävää ilmiölähtöistä toimintaa (ks. Choi ja Pak 2006; Hakkarainen ja Paavola 2006; Salmelainen 2008; Isoherranen 2012). GAS-menetelmän käyttöä tulisi kouluttaa moniammatillisesti ja monialaisesti, jotta sen mielekäs käyttö mahdollistuu parhaalla tavalla. Edelleen GAS-menetelmän hyvää käytäntöä ja käyttöä arjessa tulisi kehittää ammattilaisten ja asiakkaiden yhteistyönä.

Ammattilaisten tapa kohdata asiakas on merkityksellinen kuntoutumisen tuloksellisuuden kannalta eli tavoitteiden saavuttamisessa. Ammatillisilla on mahdollisuus asettaa asiakas tiettyyn asemaan yhteisessä kuntoutusprosessissa. Yksinkertaisimmillaan asiakas voidaan asettaa passiiviseksi toiminnan kohteeksi tai kannustaa aktiiviseksi toimijaksi. Kuntoutuksen järjestämisen kannalta asiakas voidaan puolestaan kohdata kuluttajana, joka valitsee ja ottaa vastaan tarjottuja palveluja, tai kehittäjäkumppanina, jolloin ammatilliset ja asiakas yhdessä rakentavat asiakkaan tarpeisiin perustuvaa kuntoutustoimintaa ja yksilöllisiä palveluja.

Asiakkaan asema voidaan ymmärtää eri tavoin riippuen siitä, miten tietoinen asiakas on tavoitteistaan ja mikä on hänen sitoutumisensa aste kuntoutumisprosessissaan (Nordlund 2009). Kuviossa 4 on mallinnettu asiakasymmärryksen tasoja, jotka ilmentävät asiakkaan asemaa kuntoutumisprosessissa (Mäkinen 2014).

Suljetussa tilassa asiakas on tiedon tuottajan roolissa kuntoutusprosessissa. Tällöin tiedon tuottaminen on ammattilaisten kyselyiden ja haastatteluiden varassa. Toiminta voi olla asiakaskeskeistä, vaikka se olisi lähtökohdiltaan hierarkkista.

Kuvio 4. Asiakasymmärryksen tasot.



Lähde: Mäkinen 2014.

Ehdollisesti avoimessa tilassa toimitaan rinnakkain. Asiakkaalla ja ammattilaisilla voi olla rinnakkaisia toimintoja meneillään ja he kommentoivat ja reflektoivat asioita keskenään. Toiminta voi olla asiakaslähtöistä eli lähteä liikkeelle asiakkaan tarpeista, mutta se etenee ammattilaisjohtoisesti. Suhde ei ole tällöin tasavertainen. Kyseessä on hierarkkinen sosiaalinen valta, joka perustuu eriarvoiseen suhteeseen.

Avoimessa tilassa asiakkaan ja ammattilaisten yhteistoiminta perustuu kumppanuuteen. Kumppanuus edellyttää luottamuksellista ja tasa-arvoista vuorovaikutussuhdetta. Asiakas osallistuu omien tavoitteidensa laatimiseen ja sitoutuminen on vahvaa. Kumppanuussuhteessa valta perustuu yhteisyyteen eli yhteisiin päämääriin ja mahdollisuuteen tehdä asioita yhdessä. Tällaisessa kollektiivisessa valtaistumisen mallissa tuotetaan uusia verkostoista nousevia voimavaroja.

Mahdollistavassa tilassa asiakas omistaa oman kuntoutumisprosessinsa. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että asiakkaan toimijuus on määritelty yhdessä ammattilaisten kanssa siten, että asiakas on hyvin tietoinen tavoitteisiinsa vaikuttavista velvollisuuksistaan ja oikeuksistaan oman osaamisensa ja motivaationsa lisäksi. Mahdollistava tila ilmentää asiakkaan valtaistumista kuntoutumisessa. Tällöin asiakkaan henkilökohtainen elämänhallinta ja vaikutusvalta lisääntyvät.

Ammattilaisten tehtävä on, mahdollisuuksien mukaan myös yhdessä asiakkaan kanssa, pohtia, mikä on asiakkaan asema kuntoutusprosessissa ja GAS-menetelmän käytössä (ks. kuvat 3 ja 4). Asiakkaalle kuntoutustoiminta näyttää hankalalta, jos ammattilaiset kohtaavat hänet eri tavoin. GAS-menetelmä on lähtökohdiltaan asiakaskeskeinen. Tämä tarkoittaa sitä, että tavoitteet asetetaan asiakkaan tarpeista lähtien yhdessä ammattilaisten kanssa asiakkaan toiminnallisiksi ja arkeen nivoutuviksi tavoitteiksi.

GAS-menetelmän konkreettisessa käytössä ja tavoitteiden laadinnassa asiakkaan asema voi vaihdella hänen omien edellytystensä mukaisesti. Ammattilaisten osaamiseen kuuluu tunnistaa, missä vaiheessa kuntoutumisprosessia asiakkaan on mahdollista olla aktiivinen toimija ja ottaa vastuu omasta elämästään, siirtyä kuntoutettavasta oman elämänsä kulkijaksi.

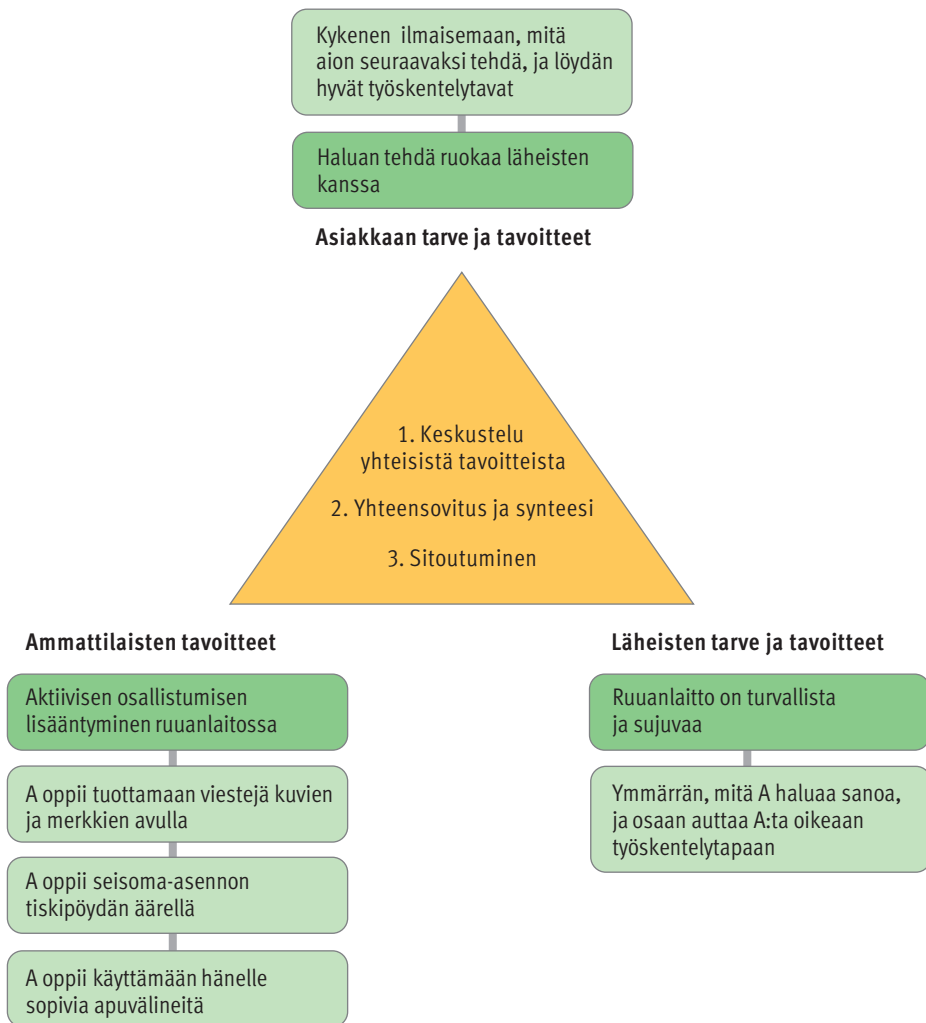
6.2 Yhteisen näkemyksen rakentuminen GAS-tavoitteiden laadinnassa

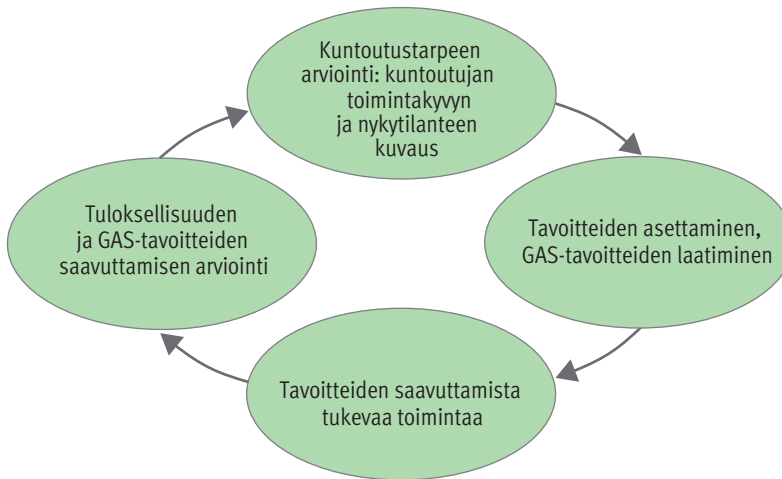
Kuntoutuksessa tavoitteita asetetaan usealle eri tasolle eri näkökulmista tarkasteltuna. Asiakkaan kuntoutussuunnitelmaan määritellään kuntoutuksen tavoitteet. Nämä ovat usein etätavoitteita tai pitkän aikavälin tavoitteita, jotka laaditaan vuodeksi tai kolmeksi vuodeksi. Asiakkaan toiminnalliset tavoitteet arjessa ovat kuntoutumisen GAS-tavoitteita. Myös asiakkaan läheisillä saattaa olla oma näkemys kuntoutuksen tavoitteista. Edelleen moniammatillisessa toiminnassa kullakin ammattilaisella on omat ammatilliset tavoitteet. Kuviossa 5 (s. 51) on esimerkki toimijoiden tavoitteista sekä yhteisen näkemyksen rakentumista.

Kuntoutussuunnitelman, asiakkaan GAS-tavoitteiden, asiakkaan läheisten ja ammattilaisten tavoitteiden tulisi olla yhteneväiset toistensa kanssa. Tavoitteiden laatimisen järjestys eri tasoilla ei ole yksinkertainen asia. Yhtäältä olisi mielekästä

asiakaskeskeisesti ensimmäiseksi määrittää asiakkaan tarpeet ja GAS-tavoitteet ja tämän perusteella suunnitella kuntoutumisen toteutus. Toisaalta kuntoutumisprosessissa tavoitteen laatimista edeltää toimintakyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi ammattilaisten ja asiakkaan yhdessä rakentamana kuvauksena. Tämän perusteella on määriteltävissä kuntoutumisen pitkän aikavälin päämäärä kuntoutussuunnitelmaan (kuviot 6, s. 52). Asiakkaan nykytilanteen arviointiin kuuluu myös mm. resurssien ja ongelmien tunnistamista sekä ongelmien taustatekijöiden ja asiakkaan tavoitteiden ymmärtämistä.

Kuvio 5. Aivohalvauksen saaneen miehen kuntoutumisen tavoitteita eri näkökulmista. Yhteisen ymmärryksen rakentuminen kolmessa vaiheessa.



Kuvio 6. GAS-tavoitteet kuntoutusprosessissa.

Jokainen asiakkaan kanssa toimiva ammattilainen ei voi laatia asiakkaan kanssa erikseen GAS-tavoitteita. Muutoin asiakkaalle, jolla on esimerkiksi kolme terapiaa, saattaa tulla yhdeksän erilaista toiminnallista tavoitetta. Tämä on enemmän kuin ihminen kykenee yleensä hallitsemaan. Suositeltavaa on asettaa kolme tavoitetta. Sellaiselle asiakkaalle, joka tarvitsee paljon eri kuntoutumistoimintoja, joudutaan priorisoimaan yhteisessä neuvottelussa tärkeimmät toiminnalliset tavoitteet asiakkaan arjessa, joihin kukin ammattilainen sovittaa kuntoutumiskeinot. Tässä moniammatillisen yhteistyön yhteisöllisyys ja vuorovaikutustaidot tulevat konkreettisesti esille. Toimijoiden on hyväksyttävä tavoitteiden priorisointi ja luotava ammattitaidollaan keinoja, joilla voi päästä asiakkaan kanssa GAS-tavoitteisiin. Ammattilaisen on myös tunnistettava, että asiakkaan kuntoutusprosessissa on vaiheita ja jaksoja, jolloin oman ammatin ydinosaaminen ei ole ensi sijalla.

Tavoitteen muotoilussa on tärkeää pohtia, kenen sanomisena tai tekoina tavoite esitetään. Hyvin usein tavoitteet kirjataan passiivissa tai keinona, jolla tavoite saavutetaan, esimerkiksi: ”istuma-asennon harjoittelu, puheen tuottamisen tukeminen tai motivoituminen harjoitteluun”. GAS-tavoite suositellaan kirjattavaksi asiakkaan aktiivisena tekemisenä ja minä-muotoon, esimerkiksi: ”kävelen ilman tukea” (vrt. itsenäinen kävely). Myös me-muoto voi olla mielekäs, jos kyseessä on esimerkiksi perhekuntoutus.

Taulukossa 5 (s. 53) on esimerkki asiakkaan tavoitteesta, joka on laadittu GAS-menetelmää käyttäen. Asiakkaan GAS-tavoitteiden tulee olla suhteessa kuntoutussuunnitelman tavoitteisiin. Kuntoutussuunnitelmassa tulisi myös olla toiminnan luonteen tarkempi täsmentäminen ja kuvaus. GAS-lomakkeessa tavoitteet olisi hyvä olla mahdollisimman lyhyesti kuvattuja, ja asteikon välit määräytyvät yksilöllisesti asiakkaan tarpeiden mukaan.

Taulukko 5. Esimerkki lapsen GAS-tavoitteista.

Asiakkaan oma päämäärä: nukkeleikki kaverin kanssa		
Kuntoutussuunnitelmassa sovittu tavoite: leikkitaitojen vahvistuminen		
GAS-tavoite: leikin kaverin kanssa yhdessä		Arvioinnin ajankohta
Asteikko		
Lapsi leikkii yksin	-2 selvästi odotettua matalampi	19.8.2013
Lasten rinnakkaisleikissä otetaan hetkellisesti kontakti (esim. lelujen vaihto)	-1 jonkin verran odotettua matalampi	9.1.2014
Lapset leikkivät hetkittäin yhteisleikkiä (alle 5 min)	0 tavoitetaso	31.5.2014
Lapset leikkivät yhteisleikkiä yhtäjaksoisesti 5–15 min, mutta leikki ei muodosta toiminnallista kokonaisuutta	+1 jonkin verran odotettua korkeampi	
Lapset leikkivät yhteisleikkiä leikin alusta loppuun ja kesto on leikin kannalta tarkoituksenmukainen	+2 selvästi odotettua korkeampi	

Taulukossa 6 (s. 54) oleva lapsen oma GAS-tavoite priorisoidaan ohjaamaan lapsen kuntoutumisprosessia, jolloin lapsen motivoituminen ja sitoutuminen kuntoutumiseensa vahvistuu. Lapsen läheisten tavoitteet sekä ammattilaisten päiväkodissa tai koulussa laatimien suunnitelmien (tai muun toimintaympäristön) tavoitteet integroidaan lapsen kuntoutustoiminnan tavoitteisiin. Toimijoiden tavoitteet voivat olla hyvinkin erilaisia, joten tavoitteiden ja toiminnan yhteen sovittaminen vaatii moniammatillista yhteistyötä.

Tavoitteiden laatimisen jälkeen voidaan määritellä tarkoituksenmukaisesti kuntoutusta tukevat toiminnot ja moniammatillisen kuntoutusverkoston toimijat. Asiakkaan toiminnalliset GAS-tavoitteet tulisi laatia ja toteuttaa siellä, missä asiakkaan arki tunnetaan. Kuntoutuksen tuloksellisuutta arvioidaan suhteessa asetettuihin tavoitteisiin (kuviot 6).

Taulukko 6. Esimerkki erilaisista tavoitteista.

Asiakkaan ja hänen läheistensä sekä ammattilaisten tavoitteet kuntoutukselle	
Lapsen oma tavoite	Nukkeleikki kaverin kanssa
Vanhempien tavoite	Syö pöydän ääressä perheen kanssa
Fysioterapian tavoitteet	Keskivartalon hallinnan ja silmä-käsi-koordinaation paraneminen, itsenäinen istuminen
Toimintaterapian tavoitteet	Oppii tarttumaan esineeseen ja pinsettiotteeseen, oma-aloitteisuuden lisääntyminen
Puheterapian tavoitteet	Sana- ja käsivarausten vankentuminen, keskustelun aloittaminen, oppii tuottamaan äänteen k
Ympäristön tavoitteet	Hankitaan istuma-asentoa tukeva tuoli
Päiväkodin tavoite	Lapsi on mukana yhteisleikissä

6.3 GAS-menetelmän käyttö moniammatillisesti

Useat eri tahot, organisaatiot ja toimijat järjestävät kuntoutusta. Siten moniammatillinen kuntoutus on käytännössä verkostotoimintaa. Verkostot voidaan kuvata sosiaalisten suhteiden systeeminä, mutta ne voivat olla myös toiminnallisia ja tavoiteperustaisia. Kuntoutumisen kannalta olisi oleellista muodostaa toimintaverkko, johon eri toimijat ja tahot tahtovat sitoutua ja toimia yhteisten GAS-tavoitteiden mukaisesti. Kuntoutuksen verkostoja voidaan siten tarkastella asiakkaan arjen kannalta. Verkosto voi rakentua asiakkaan tavoitteellisen toiminnan ja tarpeiden pohjalta. Tätä verkostotoimintaa ohjaa enemmän ihmisen elinympäristö kuin institutionaalisten palvelujen tarjonta.

Kaikki kuntoutusverkoston toimijat eivät aina voi osallistua GAS-tavoitteiden laadintaan, jos toimijoita on paljon. Kuka GAS-tavoitteet sitten laatii? Tähänkään ei ole olemassa yhtä ratkaisua, vaan osallistujat on päätettävä joko paikallisen käytännön mukaan tai asiakkaan tarpeiden ja toiveiden mukaisesti.

Esimerkki muuntuvasta moniammatillisesta ryhmästä. Julkisella sektorilla on sovittu asiakkaan yhteyshenkilö (palveluohjaaja, koordinaattori, *case manager* tai vastaava), joka kokoaa moniammatillisen työryhmän. Työryhmä ei ole automaattisesti aina sama moniammatillinen ryhmä, vaan se kootaan asiakkaalle taroituksenmukaisesti ja hänen tarpeensa ja toiveensa huomioiden. Työryhmässä voi olla edustajia eri sektoreilta. Tärkeää on, että työryhmässä on mukana asiakkaan lisäksi henkilöitä, jotka tuntevat asiakkaan arjen, kuten avoterapeutit, ohjaajat, opettajat yms. Tämä työryhmä laatii yhdessä asiakkaan kanssa hänen GAS-tavoitteensa. Mahdollista on myös se, että asiakas haluaa tehdä GAS-tavoitteensa kahden kesken yhteyshenkilönsä kanssa.

GAS-menetelmän moniammatillisessa käytössä suurin työ on muodostaa käytäntö, jonka mukaisesti kaikki toimijat toimivat yhdessä. Tämä tarkoittaa sitä, että

tunnistetaan eri toimijoiden osaaminen, ja sen lisäksi määritellään toimijoiden vastuut ja oikeudet kuntoutusprosessissa. Edelleen kaikkien toimijoiden, myös ammattilaisten, toiveet ja tunteet on huomioitava, jotta sitoutuminen moniammatilliseen työhön ja toimimiseen asiakkaan kanssa yhdessä onnistuu parhaalla tavalla. Tällöin ei määritellä vain asiakkaan aktiivista toimijuutta, vaan kuvataan myös ammattilaisten tilannekohtainen toimijuus. Verkostotoiminnassa on havaittu vastuun katoaminen sen sijaan, että määriteltäisiin yhteisvastuu.

Rakentamalla yhteistoimijuutta voidaan havaita päällekkäinen työ. Työnjaon lisäksi määritellään yhteinen toiminta. Yhteisen ymmärryksen kuntoutusprosessin kokonaisuudesta ja GAS-menetelmän merkityksestä tässä kokonaisuudessa tulisi ohjata yhteistä toimintaa (taulukko 6).

Kuntoutuksen kokonaisuuteen kuuluu siitä vastaava taho, kuntoutusta järjestävä ja toteuttava taho sekä asiakas omassa elinympäristössään. GAS-menetelmän käytössä näiden eri tahojen toimijoiden tehtävät ja roolit on mahdollista yhdistää asiakkaan kannalta mielekkäällä tavalla. Toimijuus eli osaaminen, vastuu, oikeus, motivaatio ja sitoutuminen sovitaan yhdessä. Tähän ei siis ole olemassa yhtä oikeaa ja valmista prosessia tai mallia vaan hyvät käytännöt on luotava paikallisesti ja asiakaskohtaisesti.

7 KUNTOUTUKSEN TAVOITTEIDEN LAATIMINEN ERILAISISSA KUNTOUTUSMUODOISSA JA ELÄMÄNTILANTEISSA

7.1 Ammatilliset tavoitteet | [Hilkka Ylisassi ja Jari Turunen](#)

7.1.1 *Mihin ammatillisilla tavoitteilla pyritään?*

Ammatillisilla tavoitteilla tarkoitetaan sellaisia työhön liittyviä kuntoutumistavoitteita, joiden avulla asiakas voi – omasta tilanteestaan ja kuntoutusmuodosta riippuen – päästä työelämään tai jatkaa työuraansa sekä säilyttää ja parantaa työkykyään, työssä selviytymistään ja työhyvinvointiaan. Ammatillisten tavoitteiden tarkoitus on saada aikaan näitä tarkoituksia tukevia muutoksia asiakkaan toiminnassa.

Ammatilliset tavoitteet voivat olla hyvinkin monenlaisia riippuen asiakkaan työkykyä uhkaavasta yksilöllisestä tilanteesta sekä asiakkaan saaman kuntoutuspalvelun muodosta. Tavoitteet voivat liittyä esimerkiksi työllistymiseen tähtäävän urasuunnitelman tekemiseen, erilaisten työssäkäynnin esteiden poistamiseen, ammatilliseen kehittymiseen tai jaksamisen parantamiseen omassa työssä. Ammatillisten tavoitteiden tarkoitus on myös vahvistaa asiakkaan toimijuutta työssään.

Ammatillisia tavoitteita asetetaan yleensä ammatillisessa tai muussa työhön liittyvässä kuntoutuksessa ja mahdollisesti myös muissa kuntoutusmuodoissa (esim. tuki- ja liikuntaelinsairauksia sairastavien ja muu työssä käyvien sairausryhmäkohtainen kuntoutus) silloin, kun kuntoutustarve liittyy työhön ja työssä selviytymiseen tai ammatilliset tavoitteet edistävät kuntoutumista. Tässä luvussa ammatillisia tavoitteita tarkastellaan työikäisten kuntoutuksen (työhön kuntoutuksen sekä ns. työurapalvelujen, kuten ammatillisen kuntoutuspalveluksen, työkokeilun ja työhönvalmennuksen) näkökulmasta.

7.1.2 *Ammatillisten tavoitteiden aikaansaamisen haaste*

Ryhmämuotoisen ammatillisen kuntoutuksen (esimerkiksi aiemmat ASLAK ja Tyk) tuloksista ja vaikuttavuudesta on oltu jo pitkään huolissaan. Ammatillinen ryhmäkuntoutus on ajautunut kehityksessään irralleen työstä eli siitä kontekstista, jossa nykyisin suurin osa työkykyongelmista syntyy ja jossa ne ilmenevät. Erityisesti ASLAK-kuntoutuksen liittyminen työhön on todettu heikoksi, eikä yhteys työpaikoille ole aina toteutunut riittävästi. Ammatillisen ryhmäkuntoutuksen on arvioitu vaikuttavan lähinnä terveyteen, liikuntatottumuksiin ja elintapoihin, vähemmän työhön tai työjärjestelyihin. Kuntoutuksen toimenpiteet eivät ole suuntautuneet riittävästi itse työhön tai asiakkaan ja työn suhteeseen. Yhteys työhön on jäänyt heikoksi eikä kuntoutusprosessi ole ulottunut työn osalta asiakkaan arkeen eli työpaikalle. Viimeaikaisissa tutkimuksissa ei ole saatu näyttöä myöskään elintapojen muutoksista, sairauspoissaolojen vähenemisestä tai ennenaikaisen eläköitymisen ehkäisystä ja terveystavoitteista (ks. esim. Salmelainen ym. 2002; Kurki 2004; Turja 2009; Ylisassi 2009; Saltychev 2012). Viime vuosina on Kela yhdessä palveluntuottajien kanssa kehittänyt työikäisten kuntoutusta. Kehittämisen

tavoitteena on ollut kuntoutuksen saattaminen vastaamaan yhtäältä työelämän ja yhteiskunnan tarpeisiin ja toisaalta asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin. Työhönkuntoutuksen kehittämishanke koostui kahdesta vaiheesta (TK-hanke ja TK2-hanke) vuosina 2007–2014. Hankkeiden arviointi osoitti, että uusi kuntoutusmalli sekä mahdollistaa entistä paremmin eri osapuolten yhteistyön että vastaa yksilöiden ja työpaikkojen tarpeisiin (Seppänen-Järvelä 2014; Hinkka ym. 2015). Kehittämistyön pohjalta luotiin uusi Aura-kuntoutus.

Huomion kiinnittäminen tavoitteiden asettamiseen nähdään yhdeksi keinoksi parantaa vaikuttavuutta. Hyvä tavoitteiden asettaminen tähtää vaikuttavuuden parantamiseen, mutta osuvien ja vaikuttavaan toimintaan johtavien ammatillisten tavoitteiden synnyttäminen vaatii nykyisen työelämän, työn muutoksen, asiakkaan työkontekstin ja työhön liittyvän terveyden ja hyvinvoinnin dynamiikan tuntemusta. Tässä luvussa tarkastellaan niitä lähtökohtia, joista käsin ammatilliset tavoitteet voivat johtaa vaikuttavaan kuntoutukseen.

Vuosina 2010–2012 tutkimme ammatillisten tavoitteiden asettamistapaa ja kokeilimme GAS-menetelmää Kelan ASLAK-kuntoutuksessa (Ylisassi 2012). Tarvetta ammatillisten tavoitteiden erityiseen huomioimiseen ja tavoiteprosessin uudistamiseen vahvistivat havainnot, joiden mukaan ammatillisia tavoitteita syntyy varsin vähän. Tähänastinen tavoitteiden asettamisen käytäntö on lisäksi johtanut siihen, että tavoitteet ovat yleisluontoisia ja niitä on usein liikaa yhdellä asiakkaalla. Lisäksi asiakkaat joutuvat asettamaan etenkin ammatilliset tavoitteensa liian vähäisellä ohjauksella, kun taas terveys- ja kuntotavoitteisiin asiakkaat saavat suosituksia ja ohjeita. Viimeksi mainittujen tavoitteiden asettamista tukevat myös erilaiset vakiintuneet mittarit ja testit.

Asiakkaan työhön liittyvien ongelmien selvittelyä ja tutkimista varten kehitettyjä vakiintuneita välineitä on tarjolla paljon vähemmän. Tällöin kuntoutustyöntekijä saattaa luottaa liiaksi asiakkaan käsitykseen siitä, mitä hän tarvitsee jaksakseen paremmin. Näin ongelmia ja eri näkökulmia avaava vuoropuhelu asiakkaan kanssa jää puutteelliseksi. Käytössä on kyselyitä ja inventaareja, joista saadaan viitteitä esimerkiksi psyykkisen kuormituksen tilasta, mutta ne eivät avaa konkreettisia yhteyksiä työ- tai toimintakykyyn ja niiden ilmenemiseen arjessa. Tämän takia tavoitteiden asettamisessa työtä koskeva tilanneanalyysi ja sen pohjalta käytävä tavoitekeskustelu on äärimmäisen tärkeä.

Mikäli työhön liittyviä asioita käsitellään pelkästään ryhmätasolla, ei käsittelyn pohjalta muodostu asiakaskohtaista tilanteen jäsenystä, joka virittäisi eri tahot pohtimaan yksittäisten asiakkaiden ammatillisia tavoitteita. Yksilöllisissä tapauksissa työasioita voivat käsitellä useat eri ammattilaiset, jolloin on haasteellista muodostaa yhtenäistä kokonaiskuvaa ammatillisesta tilanteesta.

Kokeiluhankkeen perusteella ensisijaiseksi kehittämiskohteeksi nähtiin työikäisten ammatillisen kuntoutuksen työkytkennän kehittäminen siten, että asiakkaan työtilannetta erittelemällä voidaan synnyttää merkittäviä ammatillisia tavoitteita. GAS-menetelmän tuomien mahdollisuuksien ohella kokeilut toivat käytännössä hyvin esille myös pulmia, joita uuden välineistön käyttöönotto yhdessä aiemman toimintamallin kanssa tuo ratkaistavaksi. GAS-menetelmän

käyttö vaatii opettelua ja se vaikuttaa koko kuntoutusprosessin rakenteeseen. Tavoitteen asettamista mekaanisesti irrallisena muusta kuntoutustoiminnasta tulee myös välttää. Kokeiluhankkeen tulokset vahvistivat näkemystä huolellisen tilanneanalyysin välttämättömyydestä sekä työtä että terveyttä koskevien kuntoutustavoitteiden asettamisessa. Tämä on huomioitu myös työhönkuntoutuksen kehittämishankkeisiin perustuvassa uudessa, vuonna 2016 alkavaksi suunnitellussa AURA-kuntoutusmallissa. Malliin sisältyy yksilöllinen tilanneanalyysi, joka huomioi asiakaskohtaiset tarpeet kuntoutusprosessin aikana. Kuntoutusprosessin räätälöitävyyttä voitiin siten lisätä. Kuntoutusohjelman teemoissa työn osuutta ja työpaikan kanssa tehtävää yhteistyötä vahvistettiin. Uutta mallia ei kuitenkaan oteta käyttöön, koska Sipilän hallitusohjelmassa 29.5.2015 AURA-kuntoutus päätettiin lakkauttaa ennen kuin se ehtii käynnistyäkään.

7.1.3 Hyvä ammatillinen tavoite on yksilöllinen ja ammatillisesti kehittävä

Onnistunut ammatillinen tavoite edistää asiakkaan työelämään pääsemistä tai parantaa työssä jaksamista, työhyvinvointia ja työkykyä sekä vie asiakasta eteenpäin ammatillisessa kehityksessään. Tavoitteen avulla asiakas kykenee muuttamaan ongelmalliseksi muodostunutta työtilannettaan niin, että parantunut tilanne on todettavissa arvioinnin yhteydessä. Tärkeää on, että myös asiakas itse kokee tilanteensa parantuneen. Hyvä ammatillinen tavoite täyttää luonnollisesti myös hyvälle tavoitteelle yleisesti nimetyt tunnuspiirteet, esimerkiksi GAS-tavoitteisiin liitettävät SMART-ominaisuudet.

Ammatillisten tavoitteiden synnyttämistä ja niiden ominaisuuksia voidaan tarkastella erilaisista työ- ja työkykykäsityksistä juontuvana menetelmällisenä ja yksilöllisesti nousevana 'portaikkona'. Ensimmäisellä portaalla (taso 1) keskustellaan asiakkaan tai asiakasryhmän kanssa työasioista yleisellä tasolla. Kuntoutuksen asiantuntija esittelee keskustelun pohjaksi esimerkiksi työn positiivisia ilmiöitä, joiden vahvistamiseen kannattaa pyrkiä. Vastaavasti käsitellään työn negatiivisia ilmiöitä ja yleisiä kuormitustekijöitä, joita pyritään poistamaan. Näitä asioita keskustellaan ryhmässä ja asiakkaat saavat itse pohtia, miten niitä voi hyödyntää omien tavoitteiden asettamisessa. Tällaisen työskentelyn heikkous on, että keskustelu jää yleiselle tasolle eikä se tavoita arjen monimuotoisuutta ja yksilöllisiä tilanteita. Työskentely tuottaa yleisluontoisia, ei-spesifisiä tavoitteita, jotka ovat usein toiveenomaisia lausumia tai laiveita aikeita, joille on vaikea määritellä indikaattoria ja asteikkoa.

Toisella portaalla (taso 2) käsitellään joko asiakasryhmän kanssa tai asiakaskohtaisesti työasioita, esimerkiksi kuormitustekijä/voimavaratekijä-tarkistuslistan tai vastaavan välineen avulla, ja arvioidaan, ovatko nämä asiat kunkin kohdalla kunnossa vai eivät. Korjattavista asioista muodostuu asiakkaan tavoite. Tavoitteet koskevat tyypillisesti työn rajaamista, epäkohtien korjaussuosituksia tai työn keventämistä. Tämän kaltainen kartoittaminen ei kuitenkaan syvennä riittävästi

kuvaa asiakkaan ammatillisesta tilanteesta ja hänen toiminnastaan muuttuvassa työssä.

Muuttuvassa työelämässä on tarpeen tarkastella asiakkaan ammatillista tilannetta hänen työstään ja sen muutoksesta käsin. Asiakkaan työtehtävän ja työn sujumisen tarkastelu kytketään työpaikan toimintaan ja siellä tapahtuviin muutoksiin, ja ratkaisuja tulkitaan asiakkaan ammatillisen kehittymisen näkökulmasta. Tällä kolmannella portaalla (taso 3) käsitellään työasioita aina asiakaskohtaisesti, kehityksellisten ja muutosta koskevien mallien avulla. Tarkoitus on synnyttää tavoitteita, jotka asiakas tunnistaa merkityksellisiksi, omakohtaisiksi ja toteuttamiskelpoisiksi kehittymistehtäviksi. Ne voivat liittyä uusien haasteiden vastaanottamiseen työssä, uusien työtehtävien tai roolien haltuunottoon, erikoistumiseen tms. Oma tilannetta puntaroidaan keskustelussa, johon tuodaan havaintoja työn arjesta ja jaksamisesta esimerkiksi työpäiväkirjan avulla. Kuntoutustyöntekijän tehtävä on tarjota asiakkaalle näiden havaintojen jäsentämisvälineitä ja auttaa asiakasta tilanteen tulkinnan pohjalta asettamaan ammatillisia tavoitteita.

7.1.4 Tavoitetyöskentelyn virittäminen auttaa hyvin ammatillisiin tavoitteisiin pääsemisessä

Hyvän ammatillisen tavoitteen asettaminen lähtee liikkeelle asiakkaan työhön liittyvän kuntoutustarpeen arvioinnista. Kuntoutustarve ja siihen perustuvat tavoitteet täsmennetään kuntoutuksen alussa asiakkaan ammatillisen tilanteen analyysin avulla. Usein asiakas tulee ammatilliseen kuntoutukseen saatuaan suositukset, joissa terveydelliset ja toimintakykyyn liittyvät ongelmat on selkeästi ja vakiintunein menetelmin kartoitettu, kun taas työssä selviytymisen pulmia on kuvattu joko yleisemmällä tasolla tai yksittäisinä asioina. Asiakkaan ja kuntoutuksen asiantuntijan ja lähitahojen, kuten esimiehen, kanssa yhdessä tehtävä ammatillisen tilanteen tarkempi erittely ja muutostarpeen tunnistaminen on välttämätöntä. Vain siten tavoitteet kohdistuvat oikein ja asiakas pystyy asettamaan tavoitteita, jotka ovat kuntoutumisen kannalta hänelle tärkeitä ja joihin hän on valmis sitoutumaan.

Jotta asiakkaita koskettaviin ja heidän kannaltaan merkityksellisiin asioihin päästään käsiksi, tarvitaan ammatillisten tavoitteiden virittämiseen lisätyökaluja. Tällaisia apukeinoja otettiin käyttöön GAS-kokeiluhankkeessa. Niitä ovat työohjeiksi ja apuvälineiksi kuntoutustyöntekijöille tarkoitetut, työasioiden avaamiseen ja työhön liittyviin tavoitteisiin motivoivat apukysymykset, jotka rohkaisevat asiakasta tarkastelemaan tilannettaan uudesta näkökulmasta. Myös SMART-periaatteiden avaaminen apukysymysten avulla voi parantaa tavoitteiden laatua ja ohjata asiakasta pysymään työkontekstissa tavoitekeskustelussa.

Työhönkuntoutuksen asiakkaiden ennako-odotukset liittyvät tunnetusti muuhun kuin työasioiden käsittelyyn (Ylisassi 2009; Ylilahti 2013). GAS-kokeiluhankkeessa ilmeni, että myös useimmat esimiehet näkevät kuntoutuksen ensisijaisesti kunnan ja terveyden kohentamisen keinona, jotta työssä jaksattaisiin paremmin. Kuitenkin esimiehet pitivät tärkeänä, että työhön liittyviä tavoitteita

käsiteltäisiin esimiehen kanssa (Ylisassi 2012). Katse kannattaakin kääntää kuntoutuksen sisältöihin ja työskentelymenetelmiin. Ryhmäkuntoutuksen perinne ja puutteellinen tiedottaminen työpaikoille kuntoutuksen tarkoituksesta ovat omiaan orientoimaan asiakkaita toisenlaiseen kuntoutukseen, jossa virkistäytyminen, elämäntavat ja liikunta ovat keskiössä. Tällöin on hyvä avata kyseisen kuntoutusmuodon tarkoitusta ja työhön liittyviä yleisiä tavoitteita. Ristiriitaa odotusten ja kuntoutuksen työhön liittymisen välillä voidaan tarkastella esimerkiksi pohtimalla, ratkeavatko työssä jaksamisen ongelmat fyysisen vahvistamisen tai virkistäytymisen kautta.

Työhön liittyviä tavoitteita koetaan syntyvän useammin ja helpommin ns. työurakuntoutuksessa kuin ammatillisessa ryhmäkuntoutuksessa. Havainto viittaa siihen, että orientaatio kuntoutukseen ja tieto kuntoutuksen tarkoituksesta ovat työurakuntoutuksessa selkeämpiä, mutta myös siihen, että näissä palveluissa sisällöt kohdistuvat selkeämmin juuri työelämään ja työssä selviytymiseen. Näissä kuntoutusmuodoissa (esim. ammatillinen kuntoutusselvitys ja työkokeilu) ammatillisten tavoitteiden haaste on sen sijaan käytännöllisten, realististen ja rajattujen tavoitteiden muodostaminen laajoista, koko tulevaa työuraa koskevista suunnitelmista tai työtä tai ammattia koskevista tulevaisuuden pyrkimyksistä.

Asiakkaat eivät kuntoutukseen tullessaan läheskään aina näe mahdollisuuksia muuttaa omaa tilannettaan työssä, vieläpä kuntoutuksen avulla. Työssä olevat asiakkaat saattavat nähdä kuntoutuksen päinvastoin tilaisuutena erkaantua hetkeksi kuormittavista työasioista (Ylisassi 2009). Kyseessä on sekä työhyvinvoinnin että kuntoutumisen ongelma. Kuntoutustyöntekijöiden tehtävänä on herättää asiakas näkemään mahdollisuudet vaikuttaa työhönsä. Kuntoutuksessa voidaan käsitellä ammatillisiin tavoitteisiin usein liitettäviä esteitä ja 'mahdottomuuksia' ja rohkaista positiivisten esimerkkitapausten avulla asiakkaita tarttumaan asioihin.

Kuntoutusprosessissa asiakasta kannattaa alusta lähtien ohjata pohtimaan ammatillisia tavoitteitaan työnsä kautta. Työasiaa voi avata aluksi työtä koskevien kysymysten avulla: millaisia muutoksia työpaikallasi on viimeisten vuosien aikana tehty? Miten nämä muutokset ovat vaikuttaneet työhösi? Miten muutokset ovat vaikuttaneet työssä jaksamiseesi? Mitä pitäisi tapahtua, että työt sujuisivat paremmin? Mitä tavoitteita voisit oman työsi suhteen asettaa, joko itse tai muiden tuella?

Käytännössä esim. ryhmäkuntoutusprosessin aikana asiakas pohtii ja työstää tavoitteitaan koko kuntoutuksen ajan. Tavoitteita ei voi tehdä aina kerralla valmiiksi eikä niitä saa lukita muuttumattomiksi. Ryhmien vertaistuen avulla asiakkaat voivat ryhmissä pohtia alustavia muutoskohteitaan ja muutoksen indikaattoreita. Yleisten opetustuokioiden tai ryhmäkeskustelujen sijaan yksilöt tarvitsevat välineitä ja ohjausta, joiden avulla he voivat eritellä omaa työtään ja työhyvinvointiaan ja sitä kautta tunnistaa omat muutostarpeensa. Ryhmäohjaukselle ja yksilöllisille tavoitekeskusteluille tarvitaan riittävästi aikaa kuntoutusohjelmassa. Yksilökohtaisissa tavoitekeskusteluissa tavoitteet muotoillaan ja mittarit laaditaan tai viimeistellään yhdessä kuntoutustyöntekijän kanssa.

Tavoitteiden asettaminen aidosti yhdessä asiakkaan kanssa on haastavaa. Kuntoutustyöntekijä ei voi toimia tällöin perinteisen asiantuntijan roolissa suositusten

jakajana eikä hän voi jättää asiakasta myöskään yksin miettimään tavoitteitaan. Kuntoutustyöntekijän on autettava asiakasta itse tarkastelemaan ja puntaroimaan tilannettaan työn käsittelyn ja tilanneanalyysissä toteutuneen yhteisen keskustelun pohjalta. Kyseessä on uudenlainen asiantuntijuus, jossa yhdistyvät dialogiset taidot ja uudenlainen kuntoutusalan sisällöllinen ja menetelmällinen asiantuntemus. Tähän asiantuntemukseen sisältyy työelämän tunteminen, työn erittelyn ja kehittämisen perusteiden osaaminen sekä työn ja työhyvinvoinnin keskinäisen yhteyden tunteminen.

Työhön liittyvän kuntoutuksen tavoitteen asettamista koskevista hankkeista saadun kokemuksen mukaan työntekijät ovat yhtäältä tottuneet ehdottamaan asiakkaalle tavoitteita, joita he pitävät tutkimus- ja mittaustulosten valossa tärkeinä asiakkaan terveydelle ja toimintakyvylle huolimatta siitä, että asiakas itse ei koe niitä omikseen. Toisaalta tavaksi on voinut vakiintua asiakkaan itse esittämien tavoitteiden 'siunaaminen' ilman, että perusteluja tai keskusteluja tavoitteista olisi käyty lainkaan.

Nykyisten mittareiden antama tieto ei aina kerro itse kuntoutustarpeesta, vaan huonoistakin tuloksista huolimatta asiakas voi kokea selviytyvänsä työssään hyvin. Tämä pätee myös toisin päin: vakiintuneiden mittarien antamat hyvät tulokset eivät aina paljasta kuntoutuksen todellista tarvetta.

7.1.5 Ammatillisesta tilanneanalyysistä perusta tavoitteille

Ammatillisessa, työlähtöisessä tilanneanalyysissä jäsennetään asiakkaan nykyinen työtilanne tai työelämästä poissa olevien kohdalla (esim. ammatillinen kuntoutus selvitys) nykyinen elämäntilanne suhteessa työhön ja aikaisempi työhistoria ja sen käännekohtat. Työssä selviytymisen tai työhön paluun ongelmien tarkastelussa kuntoutuksen ammatilliset tarvitsevat sekä työelämän ja työtoiminnan että työhyvinvoinnin ilmiöiden ymmärtämistä. Tilanneanalyysiä ei tee kuntoutuksen asiantuntija yksin, vaan se tehdään yhdessä asiakkaan kanssa yhteisen ymmärryksen ja tulkinnan saavuttamiseksi ja osuvien tavoitteiden laatimista varten.

Puuttuva tai puutteellisesti tehty tilanneanalyysi voi johtaa tavoitteiden synty-mättä jäämiseen tai tavoitteisiin, jotka eivät kohdistu oleellisiin asioihin asiakkaan tilanteessa eivätkä siten auta asiakasta ratkaisemaan työhön liittyviä ongelmia. Erityisesti ammatillisessa ryhmäkuntoutuksessa työtilanteen käsittelyn on todettu vaihtelevan kuntoutuslaitoksittain huomattavasti eikä systemaattisen tilanneanalyysin toteuttamiseksi ole aina ollut sopivia välineitä eikä riittävää osaamista.

Tavoitteiden perustaksi tehtävä ammatillinen tilanneanalyysi toteutetaan yhdessä keskustelemalla asiakkaan kanssa. Kuntoutuksen asiantuntija tuo tilanneanalyysissä käytävään keskusteluun apuvälineitä, joiden avulla asiakas tarkastelee ja jäsentää omaa tilannettaan. Tällaisia apuvälineitä voivat olla esimerkiksi erilaiset haastattelurungot, jäsenyslomakkeet ja piirroukset. Tärkeää on, että välineet perustuvat käsitykseen siitä, mitkä asiat vaikuttavat työssä jaksamiseen tai työkykyyn, mitä työ on ja millaiset asiat ilmentävät työhyvinvointia. Ammatillisen

tilanneanalyysin pohjalta asiakkaalle muodostuu kuva muutostarpeistaan. Siitä edetään hahmottamalla asiakkaalle merkityksellisiä ja mahdollisia vaihtoehtoja muutoksen tavoittelemiseksi tilanteessaan. Tältä pohjalta haluttu muutos asetetaan tavoitteeksi GAS-menetelmän mukaisesti.

Tilanneanalyysin perustana uusi työhyvinvointikäsitys

Kuntoutuksen oppimisprosessiluonne sopii hyvin tavoitteiden asettamisen lähtökohdaksi. Ammatillisen tilanteen analyysi ei siten ole asiantuntijan tekemä kartoitus tai mittaus, vaan tietoiseksi asiakkaan oppimisinterventioksi rakennettu prosessi, jota kuntoutusasiantuntija ohjaa. Tavoitteen muodostamiseen johtavat teot ovat oppimistekoja, joita tarvitaan, jotta muutosmotivaatio syntyy ja tavoite voi konkretisoitua asiakkaan omaksi pyrkimykseksi (ks. Kansaneläkelaitos 2014, 92–96).

Ns. työlähtöisen kuntoutuksen ammatillisen tilanneanalyysin malli perustuu toiminnan teorian ja kehittävän työntutkimuksen viitekehykseen (Engeström 1995) sekä siitä johdettuun näkemykseen työhyvinvoinnista (Mäkitalo 2005; Mäkitalo ja Launis 2007). Näihin perusteisiin tukeutuvaa ammatillista tilanneanalyysiä on kehitetty ja käytetty 2000-luvulta alkaen Verven työkuntoutuksessa ja Kelan kokeiluhankkeissa (TK-hankkeen Modulo-malli ja TK2-malli) (ks. Aalto ja Hinkka 2011; Kansaneläkelaitos 2014; Seppänen-Järvelä 2014; Hinkka ym. 2015). Tilanneanalyysin lähtökohtana on työhyvinvoinnin kytkeytyminen työhön ja näkökulmina työhyvinvoinnin yhteys työn muutokseen, työn sujumiseen sekä työntekijän ammatilliseen kehitykseen.

Työelämän muutokset ovat tuoneet paljon hyvää työssä jaksamiseen, mutta muutokset myös koettelevat työhyvinvointia ja kuormittavat työntekijöitä uudella tavalla. Työelämän murroksessa työpaikkojen tuotanto- ja palvelukonseptit sekä toimintatavat muuttuvat jatkuvasti. Sekä työpahoinvointia (väsymys, uupumus, kiire, kuormittuneisuus) että työhyvinvointia voidaan tarkastella ilmiöinä, jotka saavat selityksensä työn muutoksen eri vaiheista. Työn sujumista haittaavaa häiriökuormitusta ilmenee erityisesti työn muutosvaiheissa, jolloin muutokset sekoittavat työn oletetun normaalikulun (Mäkitalo ja Launis 2007; Mäkitalo 2010). Siksi muutos työssä on keskeinen työterveyden riskejä ja työkyvyttömyyden uhkaa aiheuttava tekijä. Työn mielekkyyden kokemisen ilmiöt ja työn sujumisen vaihtelu kytkeytyvät niin ikään työn muutokseen.

Kuntoutustyöntekijä kohtaa usein työn muutoksissa pyristelevän asiakkaan, jonka jaksamisen ongelmista on kutoutunut monimutkainen vyyhti tules-vaivoineen ja masennus- ja työuupumusoireineen ja jossa psyykinen ja fyysinen kuormitus kietoutuvat toisiinsa. Työn muutos koskettaa myös niitä asiakkaita, jotka ovat joutuneet työn ulkopuolelle tai joiden työura on uhattuna työkyvyttömyyden vuoksi. Muuttuvissa töissä ja työmarkkinoilla työhön sijoittumisen ja oman paikan löytämisen kannalta on tärkeä tunnistaa nykytyöelämän vaatimuksia ja luonne sekä sen tarjoamat mahdollisuudet ammatilliseen uudistumiseen.

Yhteisen työn muutos vaikuttaa jokaisen henkilön kohdalla eri tavoin. Työn monet muutokset saattavat aiheuttaa ylimääräistä kuormittumista ja haasteita työn sujumiselle ja työssä jaksamiselle. Muutos voi myös ajaa henkilön ammatillisella polullaan vaiheeseen, jossa hän kokee motivaation puutetta tai turhautuneisuutta tai jossa oma työidentiteetti hämärtyy. Kehitys voi edetä myös niin päin, että nykyinen työ ei tyydytä henkilöä, jolloin hän elää ristiriitaisessa tilanteessa omien intressiensä ja nykyisen tilanteen välissä. Tällöin hän tarvitsee uuden motivaation lähteen. Työstä kuormittuminen voi ilmetä hyvin monenlaisena, yhtä lailla somaattisena kuin psyykkisenä, terveyteen ja hyvinvointiin liittyvänä oireiluna.

Ammatillista kehitystä voidaan jäsentää työikäisten kuntoutuksessa käytetyn, toiminnan teoriaan pohjautuvan *ammatillisen kehityksen syklimallin* avulla. Malli perustuu toiminnan teoriaan ja teoriaan kohdehyvinvoinnista (Mäkitalo 2005). Mallia on käytetty sekä asiakkaan työtilanteen arvioimisessa ja muutosta eteenpäin vievien ratkaisujen (tavoitteiden) hahmottamisen apuvälineenä että ammatillisen tilanteen etenemistä arvioitaessa. Tilanneanalyysissä voidaan käyttää kehittävän vuoropuhelun menetelmää, jossa teemoitetun dialogin tarkoituksena on saada asiakas jäsentämään omaa tilannettaan työssä. Jäsentämisen tuloksena syklimallille kiteytetään asiakkaan nykyinen ammatillisen polun kohta, johon muutostarve ja tavoitteet paikannetaan. Asiakas voi olla työnsä suhteen muutoksen tarvetilavaiheessa, uusien ratkaisujen hakuvaiheessa, jo muuttuneen tilanteen haltuunoton ja opetteluun vaiheessa tai toiminnan vakiinnuttamisen vaiheessa. Asiakkaan ammatillista tilannetta tulkitaan ja ratkaisuja hahmotellaan aina myös suhteessa työpaikan toimintaan ja siinä tapahtuviin muutoksiin, jotka voivat vaikuttaa ratkaisevasti yksittäisen työntekijän työssä jaksamiseen ja työssä selviytymiseen. Työn muutosta on hyvä jäljittää yhdessä esimiehen ja muun työyhteisön kanssa. Kun ammatillista syklimallia käytetään työurakuntoutuksessa ilman työsuhdetta olevien asiakkaiden kanssa, asiakasta autetaan tarkastelemaan oman työ- tai elämänuransa vaiheita ja työelämää kytkeytyviä käännekohtia ja omia mielenkiinnon kohteita.

Tilanneanalyysin tarkoitus on vahvistaa asiakkaan toimijuutta oman tilanteensa arvioinnissa ja tavoitteiden hahmottelussa. Tätä varten kuntoutuksen asiantuntija ohjaa asiakasta tarkastelemaan tilannettaan tehtävien ja jäsennysvälineiden avulla. Tarkastelussa hyödynnetään asiakkaan omia töitä ja jaksamistaan koskevia havaintoja, joita voidaan kerätä esimerkiksi työ- ja häiriöpäiväkirjojen avulla. Työskentelyn tuloksena asiakkaalle kiteytyy käsitys omasta tilanteestaan sekä vaihtoehtoja ja konkreettisia etenemisen askelia, joiden avulla hänen työhyvinvointinsa paranee ja ammatillinen kehitys etenee. Kuntoutustavoitteet perustuvat tähän työskentelyyn ja tähtäävät konkreettisiin ja realistisiin askeliin tilanteen muuttamiseksi. Ammatillisissa tavoitteissa on tärkeä ottaa huomioon usein tarvittava esimiehen ja muun työyhteisön tuki.

Tällaiseen prosessiin liittyy myös omien ajattelu- ja toimintatapojen ravistelu, joka voi johtaa omaa toimijuutta rajoittavien uskomusten kyseenalaistamiseen ja sitä kautta asioihin tarttumiseen. Vaihtoehtoiset ratkaisuideat muotoillaan kehitystehtäviksi, joihin muutostavoitteet liittyvät. Tavoitteita asetettaessa oleel-

linen asia on asiakkaan arki ja elämänpiiri, olipa kyseessä mikä kuntoutusmuoto tahansa. Tavoitteen tulee olla realistinen, mahdollinen toteuttaa ja merkityksellinen. Tuloksen tulisi näkyä muutoksena siinä arjen toiminnassa, missä ongelma on ilmennytkin. Kahden asiakkaan samannäköiseen ongelmaan voi harvoin olla kahta täysin samanlaista ratkaisua.

Tilanneanalyysin toteutus

Kuntoutusprosessi ja kuntoutuksen tavoitteiden pohjustaminen käynnistyy tilanneanalyysillä. Ryhmäkuntoutuksen haasteena on runsaan ryhmätyöskentelyn hyödyntäminen niin, että se tukee asiakkaiden yksilöllisten tavoitteiden asettamista ja niissä etenemistä. Tämä mahdollistuu työskentelemällä yksilöllisesti ryhmässä ja huolehtimalla siitä, että työskentelyn tulokset kirjataan asiakaskohtaisesti sen sijaan, että muodostetaan ryhmälle yhteinen tulkinta ja yhteisiä ratkaisumalleja, kuten usein tehdään.

Tavoitteiden asettamisen keskeinen idea on synnyttää juuri asiakaskohtaisia, kunkin tilanteeseen parhaiten vastaavia spesifisiä tavoitteita. Tämän takia on tärkeää, että jokainen asiakas muodostaa kuvan omasta tilanteestaan ja jokaisen tilanne tulee käsitellyksi. Asiakkaalle muodostuu oma konkreettinen kirjallinen tuotos, joka täydentyy kuntoutusprosessin edetessä. Ryhmälle yhteistä toimialan muutosta tai usean asiakkaan yhteisen organisaation muutosta voidaan luonnollisesti tarkastella taustoittavana kehikkona, mutta jokaisen asiakkaan tulee saada yksilölliseen tilanteeseensa ja työyksikköön kytkeytyvä jäsenyys.

Työhön liittyvän kuntoutuksen kohdalla on huomattava, että työsuhteessa olevan asiakkaan toiminta ja muutokseen tähtäävät tavoitteet tekoineen liittyvät usein niin kiinteästi yhteisölliseen työtoimintaan, ettei esimiestä ja muun työyhteisön merkitystä voida sivuuttaa. Ammatillisen tilanneanalyysin idea on osallistaa asiakas ja esimies yhdessä prosessiin. Esimiehen mukanaolo tilanneanalyysissä mahdollistaa yhteisen tulkinnan työtoiminnan muutoksesta, työn sujumisen ongelmista ja työntekijän ammatillisen kehityksen vaiheesta ja tuen tarpeista. Tältä pohjalta voidaan asettaa tavoitteita, joihin työntekijällä on heti esimiehen tuki. Yhdessä tehty tilanneanalyysi vahvistaa asiakkaan ja esimiehen yhteistä toimijuutta työhön liittyvien tavoitteiden asettamisessa. Kuntoutuksen päättyessä vastaavasti arvioidaan yhdessä esimiehen kanssa tavoitteissa eteneminen ja tarvittava jatkotyöskentely. Myös työterveyshuollon edustajan on toivottavaa osallistua tilanneanalyysiin.

Tavoitteiden tulee olla merkityksellisiä ja arkeen sopivia. Työssä toimiminen on ammatillisen kuntoutusasiakkaan arkea, jonka osaksi tavoitteiden tulisi nivoutua. Asiakasta ei pidä jättää yksin sellaisten tavoitteiden kanssa, jotka edellyttävät neuvottelua tai sopimista esimiehen kanssa tai muun työyhteisön tukea. Asiakas voi yleensä toteuttaa esim. omissa työtavoissaan ja päivittäisessä tekemisissään monenlaisia asioita yksinkin, mutta esimerkiksi työtehtävien muokkaamisesta, osaamisen kehittämisestä tai vaikkapa työajoista hän ei voi päättää yksin.

Ihannetilanne on, että asiakkaan kokonaistilanteen analyysi muodostuisi rinnakkain tehtävistä ammatillisen ja terveydellisen tilanteen analyyseistä. Käsitys asiakkaan kokonaistilanteesta ja muutosalueista hahmotetaan tällöin asiakaslähtöisesti. Vaikka terveys ja työ liittyvät ammatillisen kuntoutuksen näkökulmasta toisiinsa, ne ovat kuitenkin alueita, joissa tarvitaan erilaista asiantuntemusta ja erityisiä välineitä ja menetelmiä. Käytännössä usein tarvitaankin samanaikaisesti sekä ammatillisia että terveystavoitteita.

Asiakasta tuetaan ja aktivoidaan tavoitteiden asettamisessa ja niissä etenemisessä. Myös hänen lähiyhteisönsä aktivoidaan tarvittavilta osin mukaan kuntoutusprosessiin. Yksilön tarve ja tilanne ovat kuntoutukseen tulon ja kuntoutumisen lähtökohtia. Ammatillisen kuntoutuksen asiakkaan konteksti on ennen kaikkea työ, joten tavoitteet koskettavat usein asiakkaan lisäksi hänen työympäristöään. Samalla työssä olevien asiakkaiden kuntoutuksen tavoitteena on myös työyhteisötason vaikuttavuus. Tämä edellyttää yhteistyötä työpaikan toimijoiden kanssa.

Ammatilliseen kuntoutukseen tullessaan asiakkaalla on sellaisia työhön liittyviä ongelmia, joihin muutostarve kohdistuu ja joiden korjaamiseksi laaditaan ammatillisia tavoitteita. Ammatilliset tavoitteet ovat olennaisia työkyvyn edistämiseksi, mutta niitä ei ole kuitenkaan järkevää aina asettaa. Joskus tilanneanalyysissä voidaan päätyä siihen, että ammatillisen tavoitteen asettaminen ei ole ajankohtaista tai tarkoituksenmukaista – esimerkiksi silloin, jos ensisijaiset muutostarpeet liittyvät terveyteen tai yksityiselämän tilanteeseen, asiakkaalla ei ole merkittävää työhön liittyvää muutostarvetta tai asiakkaan kokonaistilanne on muuten sellainen, että ammatillinen tavoite on syytä jättää odottamaan. Asiakkaan ei tulisi asettaa tavoitteita jokaisen asiantuntijan kanssa erikseen, vaan tavoitteenasettelu pitäisi tehdä yhdessä asiakkaan kanssa etsimällä ne oleelliset asiat, joihin tavoitteet voidaan kiinnittää. Herkästi käy niin, että jokainen asiantuntija ohjaa laatimaan tavoitteita omalta asiantuntijuusalueeltaan (terveys, kunto, työ, muu elämä). Tilanneanalyysin tavoitteena onkin hahmottaa oleellinen muutoskohde, mitä ei esiselvittelyjen perusteella vielä voida päätellä. Tilanneanalyysissä tulee antaa tilaa asiakkaan omille ajatuksille ja auttaa asiakasta jäsentämään tilannettaan uudesta näkökulmasta.

Asiakkaan asettamat, työhön liittyvät tavoitteet perustuvat ammatillisessa kuntoutuksessa koko ammatillisen osion työskentelyyn (tilanneanalyysi, ryhmäosiot ja yksilöllinen osuus). Tavoitteissa etenemistä tuetaan ja arvioidaan ryhmäjaksoilla vertaistukea hyödyntäen. Työssä olevien asiakkaiden toiminnan muutoksia ja uusia ratkaisuja tulkitaan aina yhteistyössä esimiehen ja työpaikan kanssa; tulkintaa voidaan työstää yhteistyötilaisuuksissa ja työpaikkatapaamisissa.

Kuntoutusprosessin aikana ammatillista tilannetta pitää päivittää ja tarkastella tavoitteiden tarkoituksenmukaisuutta ja niissä etenemistä. Tavoitteita tai niiden indikaattoreita ja GAS-asteikkoja tulee muuttaa tarvittaessa. Tavoitteiden saavuttamisen arviointi on osa kuntoutusprosessin kokonaisarviointia. Ammatilliset tavoitteet arvioidaan normaalin GAS-menetelmän avulla. Arvioinnin yhteydessä on luontevaa palata ammatillisesta tilanteesta tehtyyn tulkintaan ja arvioida, onko

asiakkaan työssä jaksaminen parantunut eli veivätkö tavoitteet oikeaan suuntaan, ja laatia jatkosuunnitelma.

7.1.6 GAS-menetelmän käyttö ammatillisissa tavoitteissa

Ammatillisia tavoitteita asetettaessa noudatetaan normaaleja GAS-menetelmän mukaisia periaatteita ja vaiheita. Tavoitteiden laatua voidaan parantaa esimerkiksi SMART-periaatteeseen liittyvien apukysymysten avulla. Näitä apukysymyksiä on kehitetty ja kokeiltu ASLAK-kuntoutuksessa GAS-menetelmän käyttöönoton yhteydessä. Apukysymysten tarkoitus ammatillisten tavoitteiden kohdalla on erityisesti nivoa tavoite työkontekstiin (ks. taulukko 7, s. 67).

Ammatillisen tavoitteen indikaattoriksi on luontevaa määritellä kriteeri, joka on todettavissa jokapäiväisessä työssä, työssä selviytymisessä tai vastaavasti työhön paluun tai työllistymisen konkreettisessa edistymisessä. Esimerkiksi työkokeilu- ja kuntoutustutkimusasiakkaille syntyy usein ammatillisia tavoitteita, joista tyyppillisistä ovat sopivan alan tai työn löytäminen. Haasteena on kuntoutusammattilaisten mielestä se, miten näistä isoista tavoitteista saadaan aikaa riittävän pieniä ja konkreettisia askelia.

Seuraava esimerkki on työkokeilusta, jossa asiakas laati tavoitteen kolmen kuntoutuspäivän aikana kuntoutuslaitoksessa. Ohjeistus tavoitteisiin annettiin ryhmässä ja tavoite muotoiltiin asiakaskohtaisessa tavoitekeskustelussa. Arviointi sovittiin tehtäväksi työkokeilun päätyttyä kuntoutuslaitoksessa. Tavoitteena on asiakkaan sitoutuminen työkokeiluun. Asiakas haluaa päästä työelämään, hänellä on ollut aikaisemmin motivoitumisen ongelmia työssä ja siitä seuranneita aiheettomia poissaoloja, joihin työura on katkennut. Tavoite on asiakkaalle merkityksellinen ja hänen itse ehdottamansa indikaattori mittaa selkeästi sitoutumisen astetta. Melko tyyppillistä on, että +1- ja +2-tasojen määrittämiseksi tarvitaan avuksi uusia indikaattoreja – tässä tapauksessa ne ovat työkokeilun sujuminen ja työnantajan arvio työkokeilusta. Syynä tähän on se, että työstä poissaolopäivien paras mahdollinen tulos on saavutettu nollassa. Emme ole katsoneet tätä yleensä ongelmaksi, jos asteikko on muutoin looginen ja järkevä.

Tavoite: Sitoutuminen työkokeiluun

- 2 = Työstä poissaolopäiviä enemmän kuin kaksi työkokeilun aikana
- 1 = Työstä poissaolopäiviä yksi tai kaksi työkokeilun aikana
- 0 = Ei työstä poissaolopäiviä
- +1 = Ei poissaoloja ja hoidan työkokeilussa minulle annetut tehtävät
- +2 = Ei poissaoloja ja työnantajan arvio hyvä

Taulukko 7. SMART-periaatteet ja niitä avaavia apukysymyksiä tavoitteiden laatimiseksi.

SMART-ominaisuus	Apukysymyksiä tavoitteen SMART-laadun tarkistamiseksi
<p>SPECIFIC (spesifinen, yksilöity, yksilöllinen, määritetty) = Onko tavoite selkeä, konkreettinen, muiden ymmärrettävissä</p> <p>MEASURABLE (mitattavissa) = Onko tavoitteen saavuttaminen mitattavissa laadullisesti (kriteerit) tai määrällisesti (mitta-asteikko)</p>	<p>Mitä tämä tarkoittaa käytännössä sinun työssäsi/elämässäsi? Mitä tämä sisältää työssäsi/työhön paluussasi?</p> <p>Mistä tiedät tai huomaat, että olet saavuttanut tavoitteen tai päässyt lähemmäksi asettamaasi tavoitetta? Mikä on muuttunut, jos olet saavuttanut tavoitteen? Miten tavoitteen saavuttamista voisi parhaiten mitata?</p>
<p>ACHIEVABLE (saavutettavissa) = Onko tavoite ylipäätään saavutettavissa a) kuntoutusprosessin aikana ja b) kuntoutujan toimin</p> <p>Huomi tavoitteen täytyy olla sellainen, että kuntoutuja voi omalla toiminnallaan vaikuttaa sen saavuttamiseen; tavoitteen ei tarvitse kuitenkaan olla yksin kuntoutujan saavutettavissa</p>	<p>Voitko omalla toiminnallasi vaikuttaa tämän tavoitteen saavuttamiseen? Muiden tuella, mutta myös omilla toimillasi? Mitä voisit tehdä tämän tavoitteen saavuttamiseksi? (Jos tavoite kuulostaa mahdollomalta tai hankalalta saavuttaa): pitääkö tavoitetta pienentää, niin että se olisi saavutettavissa? Voisiko tästä tavoitteesta muokata jonkin osatavoitteen?</p>
<p>REALISTIC/RELEVANT (realistinen ja merkityksellinen) = Tavoitteen merkitys kuntoutujan ongelman kannalta (ratkaiseeiko kuntoutujan ongelmaa), tavoitteiden kontekstuaalisointi kuntoutujan tilanteeseen ja toimintaympäristöön (= onko tavoitteella merkitystä työssä selviytymisen kannalta tai työhön paluun kannalta)</p>	<p>Miten tämä tavoite auttaa sinua selviytymään paremmin työssäsi tai palaamaan työhön? Vaikuttaako tämä ongelmaasi työssäsi tai työhön palaamisessasi? Onko tällä tavoitteella merkitystä sinun työssä jaksamisesi tai työhön paluusi kannalta? Heipottaako tämän tavoitteen saavuttaminen työsi sujumista?</p>
<p>TIMED (mahdollinen aikatauluttaa) = Onko asetettu tavoite saavutettavissa kuntoutusprosessin aikana? Millainen aikataulu tavoitteelle asetetaan? Milloin tavoitteessa etenemistä arvioidaan?</p>	<p>Onko asettamasi tavoite tämän kuntoutuksen tai jakson aikana saavutettavissa? Miten pitkän ajan arvioit tarvitsevasi tavoitteen saavuttamiseen? Mikä osatavoite siitä olisi kuntoutuksen tai jakson aikana saavutettavissa?</p>

Toinen esimerkki on kuntoutustutkimusasiakkaan tavoite, 'Suunnan löytyminen työelämään puolen vuoden aikana'. Myös tässä tavoiteohjeistus annettiin ryhmälle ja asiakkaat lähtivät pohtimaan alustavasti omia tavoitteitaan. Tavoitekeskustelu pidettiin 12 vuorokautta kestäneen kuntoutusprosessin viidentenä päivänä, mutta tavoitetta työstiin ja asteikkoa viimeisteltiin vielä prosessin lopussa. Tavoitteen arviointi sovittiin seurantapäiväksi noin puolen vuoden kuluessa kuntoutuksen päättymisestä. Tällöin ammatillisia vaihtoehtoja oli löytynyt useampia, mutta asiakas mietti vielä omaa alaansa. Hänelle sopivia vaihtoehtoja lähdettiin selvittämään ammatillisella kuntoutuskurssilla. Asiakas oli saavuttanut tavoitteensa (0).

Tavoite: Suunnan löytyminen työelämään

- 2 = Ei ole ammatillista suunnitelmaa lainkaan
- 1 = On alustavia ajatuksia ammatillisesta kuntoutuksesta
- 0 = On ammatillisia vaihtoehtoja, joita selvittää
- +1 = Ammatillinen suunnitelma selvillä
- +2 = Ammatillinen suunnitelma käynnistynyt

Kun tavoite on asetettu, indikaattori mietitty ja aikataulu sovittu, tarvitaan suunnitelma ja sopimus siitä, mitä asiakas tekee tavoitteeseen edetäkseen. Mitä tukea hänelle on siihen saatavissa kuntoutuksen toimijoilta ja lähitahoilta (työhönkuntoutuksessa lähinnä esimieheltä, työyhteisöltä ja työterveyshuollolta)? Keinot tavoitteisiin pääsemiseksi kirjataan.

Tärkeää onkin se, miten asiakasta autetaan näkemään oma tilanteensa ja omat mahdollisuutensa toimijana uudella tavalla. Miten onnistutaan herättämään kiinnostus oman tilanteen muuttamiseen ja pääsemään siitä eteenpäin erilaisten keinojen avulla, ei vain sopeutumaan tai pakenemaan tilanteesta? Asetetut tavoitteet kertovat toimijuuden ilmenemisestä tavoitteen asettamisprosessissa, kun taas toimijuus tekoina näkyy tavoitteiden toteutumisessa.

Kuntoutustyöntekijöitä askarruttaa kysymys siitä, minkä tasoihin tavoitteisiin asiakkaita pitäisi ohjata ja miten sinänsä selkeisiin tavoitteisiin löydetään keinot, jotka vievät asiakasta aidosti eteenpäin. Seuraava työssä käyvän asiakkaan esimerkki valottaa tätä kysymystä.

Asiakkaan työhön liittyvän ongelman kuvaus: Voimakkaasti muuttuneessa työssä työntekijällä on työtehtävien kasaantumisen ja ajan hallinnan ongelmia, joiden seurauksena hän kokee uupumisoireita, stressiä ja kiirettä. Työntekijän ruokatauot ja kahvitunnit jäävät usein pitämättä.

Asiakkaan asettama tavoite oli ajan hallinta työssä ja mittarina työn tauottaminen.

Tavoite: Ajan hallinta työssä

- 2 = Pidän ruokatauon yhtenä työpäivänä viikossa
- 1 = Pidän ruokatauon 2–4 työpäivänä viikossa
- 0 = Pidän joka päivä ruokatauon ja joskus kahvitaumat
- +1 = Pidän normaalit ruoka- ja kahvitaumat
- +2 = Pidän normaalit kahvi- ja ruokataumat ja lisäksi pidän pieniä taukoja päivittäin

Taukojen pitäminen on sinänsä selkeä mittari ja helppo arvioitava. Tällaisessa tavoitteessa nousee tärkeäksi kysymys keinoista, joilla asiakas tavoitteeseen pääsee. Mitä asiakkaan tulisi tehdä, jotta hän hallitsisi aikaansa ja taukojen pitäminen mahdollistuisi? Millä keinoin hän onnistuisi järjestämään työnsä tai muuttamaan toimintatapansa niin, että tauot mahdollistuisivat? Entä jos tavoitteeseen on päästy, tauot pidetty, mutta tuloksena onkin entistä enemmän ongelmia ja stressiä töiden kasaantumisesta? Kannattaa pohtia, lähdetäänkö tavoitteita hahmottamaan pelkästään ilmiongelmaan tarttumalla (esim. päättämällä raivata taukoja työhön, jotta jäisi aikaa hengähtää kiireen keskellä) vaiko muuttamalla ja analysoimalla kiireen ja työn hallinnan tunteen menettämisen taustalla olevia asioita (esim. tutkimalla työyksikön tai omia toimintatapoja, yhteistyötä, työvälineistöä tai töiden jakoa). Keinot kannattaisi valita siten, että ne vaikuttavat koko työtoimintaan ja työympäristöön. Tällöin tulevan muutoksen seurannaisvaikutukset tulevat ymmärrettäväksi ja saavutettu muutos on luonteeltaan pysyvämpi.

7.1.7 Kynnysten yli ammatillista uudistumista tukeviin tavoitteisiin

Aikaisemmin on todettu ammatillisten tavoitteiden asettamisen vaikeus. Joskus tavoitteet jäävät löytymättä, kun esille tuotuja muutostarpeita ei osata muotoilla tavoitteiksi. Tällöin tärkeitä tavoitteita voi jäädä kirjaamatta lomakkeelle, jolloin niissä etenemistä ei myöskään tule tuettua ja seurattua. Esimerkiksi työhönkuntoutuksen yhteistyöpäivänä syntyvät ideat voivat olla sellaisia, joista hyvinkin voisi muodostua asiakaskohtaisia tavoitteita, mutta jäädessään puheen tasolle tai yleisluontoiseen muistioon ne saattavat hautautua eikä niitä viedä eteenpäin.

Kun kokeiluhankkeessa kiinnitimme huomiota tavoitteen asettamiseen ja tavoiteprosessi suunniteltiin huolellisesti, havaitsimme, että tavoitteen asettamisen tapa muuttui. Asiakkaita tuettiin yksilöllisesti tavoitteiden asettamisessa ja tavoitteen asettaminen linkitettiin ammatillisten osioiden sisältöihin ohjaamalla asiakkaita miettimään tavoitteitaan samalla, kun käsiteltiin työasioita.

Tavoitteen virittämisen lisävälineet auttoivat kiinnittämään huomiota ammatillisten tavoitteiden syntymiseen ja laatuun (työhön kytkeminen ja SMART-periaate). Virittämistävälineet eivät kuitenkaan yksin riitä sellaisten työhön liittyvien tavoitteiden synnyttämiseen, jotka auttavat asiakasta hänen ongelmissaan muuttuvassa työssä. Tätä varten tarvitaan ajanmukaiset ammatilliset sisällöt,

kuntoutustyöntekijöiden osaaminen ja menetelmät, jotka auttavat asiakasta oman ammatillisen tilanteensa selvittämisessä ja vaihtoehtojen pohtimisessa.

Tavoitteiden asettamisessa ja asteikkojen laatimisessa ilmenevät vaikeudet ja virheet vähenevät todennäköisesti kokemuksen ja osaamisen myötä. Kuitenkin virheet vaikeuttavat arviointia esimerkiksi silloin, kun asteikolta ei löydy lainkaan sellaista kohtaa, mihin arvionsa voisi asettaa. Arvioinnissa punnitaan indikaattorin ja asteikkojen osuvuus. Epämääräisiä ilmaisuja (esimerkiksi 'jonkin verran' tai 'vähän') on asiakkaan itsensäkin vaikea arvioida jälkepäin. Arvioinnin haasteena on myös, mitä tehdä tavoitteille, jotka osoittautuvat epätarkoituksenmukaisiksi, kun tilanteet työssä ovat muuttuneet oleellisesti tai indikaattori ja asteikko osoittautuvat epäkelvoiksi. Tällaisissa tilanteissa tavoitteita tulee muuttaa. Huomiota kannattaa kiinnittää myös keinojen määrittelyyn. Keinot jäävät herkästi liian vähälle pohdinnalle, kun panostetaan tavoitteiden ja asteikkojen muotoilemiseen.

Asiakas ei aina ole valmis asettamaan tavoitteita vielä siinä vaiheessa, kun niitä pitäisi jo laatia, sillä osa heistä voi tarvita perusteellista pohdintaa ja kypsyttelyä tavoitteen määrittämiseksi. Jos asiakas ei heti löydä itselleen merkityksellisiä tavoitteita, niitä ei pidä runnoa väkisin. Toisaalta jos tavoitteet asetetaan riittävän aikaisin kuntoutusprosessissa, voidaan asiakasta tukea tehokkaammin niiden edistämässä prosessin aikana. Asiakas voi myös suunnata tavoitteensa sellaisiin kohteisiin, jotka voivat olla kuntoutusasiantuntijasta epätarkoituksenmukaisia. Asiakas voi juuttua yhteen ratkaisuun eikä näe vaihtoehtoja. Näissä tilanteissa asiakkaan kanssa on välttämätöntä käydä rakentava ja moninäkökulmaiseen tarkasteluun ohjaava keskustelu. Vaikka asiakkaat pitävät yleensä asettamiaan tavoitteita itselleen merkityksellisinä, osa asetetuista tavoitteista saattaa jäädä heille ulkokohtaiseksi. Asiakas laatii tavoitteen, koska se kuuluu hänen tehtäviinsä kuntoutuksen aikana.

Ammatillisessa kuntoutus selvityksessä haasteena on löytää sopivan mittainen ja mitattavissa oleva tavoite. Asiakkaat haluavat usein laatia isoja, koko tulevaisuuttaan koskevia tavoitteita, jolloin kannattaa painottaa tavoitteiden realistisuutta ja saavutettavuutta pienten askelten kautta. Silloin ne ovat arvioitavissa seuranta-jakson tai kuntoutusprosessin aikana.

7.2 Etenevät sairaudet | Päivi Hämäläinen, Maarit Karhula ja Anna-Liisa Salminen

7.2.1 Etenevä sairaus ja kuntoutus

Erilaisten etenevien sairauksien vaikutukset toimintakykyyn vaihtelevat sairaus- ja tapauskohtaisesti. Eri sairauksilla on tyypilliset alkamis- ja/tai toteamisajankohdat, kuten lapsuusiässä todettava Duchennen lihasdystrofia ja AGU-tauti (aspartyyli-glukosaminuria), varhaisaikuisuudessa todettava multippelliskleroosi eli MS-tauti ja keskiässä ja ikääntyessä todettava muistisairaus, kuten Alzheimerin tauti, tai liikehäiriösairaus, kuten Parkinsonin tauti. Osa etenevistä sairauksista on perinnöllisiä. Kuvaamme yleisellä tasolla, miten etenevä sairaus vaikuttaa asiakkaan kuntoutumistavoitteiden asettamiseen.

Etenevät sairaudet aiheuttavat erilaisia kuntoutushaasteita sairastumisistä, sairauden etenemistahdista ja sen aiheuttamista toimintakykyrajoitteista riippuen. Yhteistä eteneville sairauksille on se, että kuntoutuksen tarve on tavallisesti elinikäinen eikä rajoitu pelkästään sairastumisen alkumetreille. Etenevän sairauden kulku on yleensä ennustamaton. Kun asiakkaalla ja hänen läheisillään ei ole tietoa siitä, miten sairaus etenee, on heidän opittava käsittelemään jatkuva epävarmuutta. Kun osa toiminnoista ei suju totutulla tavalla, on asiakkaan etsittävä uusia tapoja toimia ja selviytyä arjesta. Samalla asiakas joutuu prosessoimaan sitä, että tietyt toiminnot eivät onnistu totutulla tavalla ja on löydettävä uusia tapoja toimia. Etenkin etenevässä muistisairaudessa sekä lapsena sairastuttaessa omaisten ja läheisten merkitys korostuu ja myös heitä on kuultava ja tuettava jo sairastumisen alkuvaiheissa.

Taulukossa 8 (s. 72) on esitetty esimerkinomainen lähestymistapa etenevän sairauden vaiheisiin ja kunkin vaiheen kuntoutushaasteisiin ja joitakin esimerkkejä kuntoutustavoitteista. Terveystuollossa akuuttivaiheessa jaettavan tiedon ja tuen sekä mahdollisen kuntoutuksen jälkeen sairauden varhaisvaiheissa on tärkeää, että asiakas ja läheiset saavat tietoa sairaudesta, mahdollisuuden vaihtaa ajatuksia ja kokemuksia muiden vastaavassa tilanteessa olevien kanssa sekä keinoja itsestä huolehtimiseen työ- ja toimintakykynsä säilyttämiseksi. Etenevän sairauden varhaisvaiheessa oireisto ja sen aiheuttamat toimintakykyrajoitteet saattavat olla vähäisiä. Tällöin on tärkeää, että asiakas saa tukea ja eväitä siihen, ettei sairauden vuoksi tarvitse muuttaa koko elämäänsä. Aktiivinen huolehtiminen omasta hyvinvoinnista on toimintakyvyn säilyttämisen edellytys. Sairauden eteneminen saattaa aiheuttaa enenevää arjen haittaa. Tällöin tulisi kiinnittää erityistä huomiota siihen, että sairaudesta huolimatta voi jatkaa toimimista ja osallistumista eri elämäntilanteilla, mm. koulussa, opiskellessa, työssä ja harrastusten parissa. Tämän vuoksi opiskelu- ja työkyvyn tukemiseen on tärkeää panostaa jo varhaisessa vaiheessa. On tärkeää, että toimintakyvyn rajoitteet kartoitetaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti huomioiden myös useisiin eteneviin sairauksiin liittyvät ns. ei-näkyvät haitat. Niitä ovat suolen ja rakon toimintahäiriöt sekä ajattelun, tiedonkäsittelyn, kommunikoinnin ja tunne-elämän säätelyn häiriöt (Paltamaa ym. 2011). Oirehallintaa tukevalla ohjauksella ja kuntoutuksella voidaan sekä tutkimusten että kliinisen kokemuksen perusteella auttaa asiakasta löytämään

vaihtoehtoisia toimintatapoja pärjätä toimintakykyrajoitteidensa kanssa. Hyvä oirehallinta on aktiivisen osallistumisen edellytys.

Taulukko 8. Esimerkkitaulukko etenevän sairauden vaiheista, tyypillisistä kuntoutushaasteista ja kuntoutuksen tavoitteiden aihepiireistä.

Tyypillistä sairauden vaiheelle	Tyypillisiä kuntoutushaasteita	Esimerkkejä kuntoutuksen tavoitteiden aihepiireistä
Sairauden varhaisvaihe		
Hämmennys Sairauden luonteesta riippuen erilaisia oireita ja toimintakykyrajoitteita	Elämänhallinta, uuteen tilanteeseen sopeutuminen (myös läheiset) Vertaistuki Oirehallinta ja motivaatio itsehoitoon	Sairauden ja sen vaikutusten ymmärtäminen Vaihtoehtoisten toimintatapojen etsiminen Omatoimiseen itsestä huolehtimiseen aktivoituminen
Lisääntyvä haitta		
Opiskelu- ja työkyvyttömyyden uhka Haitta lisääntyy	Oppimisen tukeminen Työkykyisyys Aktiivinen osallistuminen Oiretiedostus ja -hallinta, itsehoito	Opiskelu- ja työkyvyn säilyttäminen Itselle tärkeisiin harrastuksiin ja toimintoihin osallistuminen Vaihtoehtoisten toimintatapojen etsiminen oirehallinnan tueksi
Huomattava haitta		
Toimintakyky heikkenee Oirekirjo levenee Aktiivisen osallistumisen vähenemisen uhka	Omatoimisuus, aktiivinen osallistuminen Oiretiedostus ja -hallinta Läheisten jaksaminen Ympäristön mukauttaminen	Osallisuus päivittäisissä toiminnoissa (esim. opiskellessa, työssä, kotitoimissa (pyykinpesu, astianpesukoneen tyhjenys, laskujen maksaminen jne.)) Osallistuminen muuhun itselle mielekkääseen toimintaan Oirehallinta (esim. kivun, rakontoimintahäiriöiden ja mielialan hallinta) Avustamisen helpottuminen, läheisten voimavarojen tukeminen, apuvälineiden käyttöönotto ja niiden käytön harjoittelu

Etenevä sairaus koskettaa myös läheisiä ja perhettä. Etenkin lapsen tai nuoren sairastaessa etenevää sairautta sekä kognitiivista toimintakykyä heikentävissä sairauksissa perheen ja läheisten rooli korostuu heti alkuvaiheesta lähtien. Sairauden tuomien oireiden hallinta vaatii tavallisesti perheen tukea ja uusien toimintamallien omaksumista. Etenevää sairautta sairastavaa lasta tai nuorta on tuettava kehityksessä ja ns. normaaleissa kehitykseen liittyvissä uusissa haasteissa ja toiminnoissa. Lapselle ja nuorelle on annettava mahdollisuus osallistua niihin toimintoihin, jotka näihin ikävaiheisiin kuuluvat.

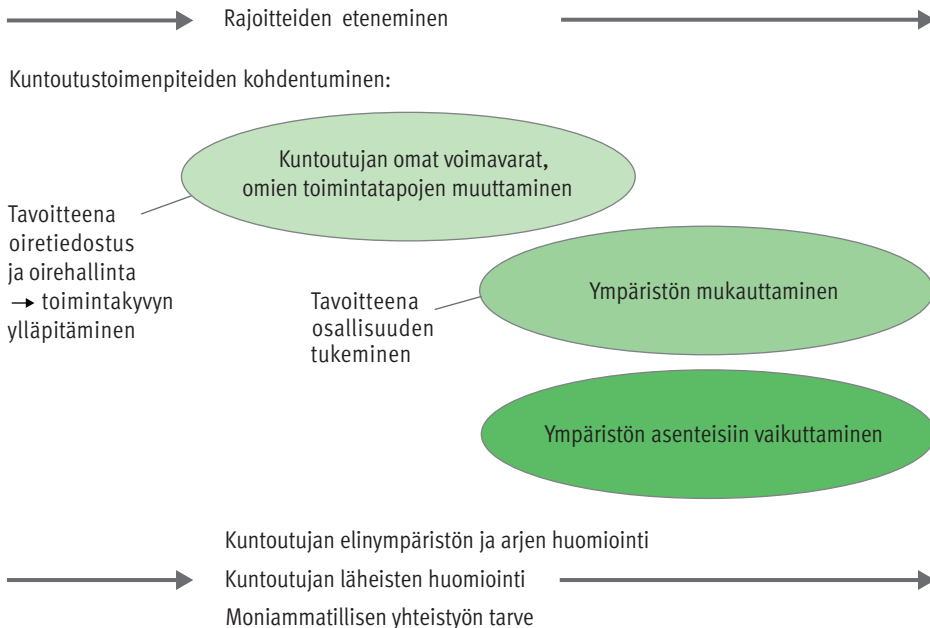
Omatoimisuuden tukeminen nousee tavallisesti keskeisimmäksi kuntoutuksen haasteeksi, kun sairaus on edennyt vaiheeseen, jolloin se aiheuttaa vaikeavammaisuutta. Tällöin kuntoutuksen tavoitteiden määrittäminen vaatii tavallisesti moniammatillista yhteistyötä. Työryhmä kartoittaa yhdessä asiakkaan kanssa usein varsin moninaiset aktiivisen osallistumisen esteet ja etsii yhdessä vaihtoehtoisia toimintatapoja osallistumisen turvaamiseksi.

Pyörätuolilla liikkuvan, käsien voimattomuudesta ja hahmottamisen vaikeuksista kärsivän asiakkaan tavoitteena saattaa olla esimerkiksi astianpesukoneen tyhjentäminen tulevaisuudessakin. Tavoitteen saavuttamiseksi asiakas tekee käsien lihasvoimaa ylläpitäviä harjoitteita, opettelee ergonomisia toimintatapoja, opettelee jaksottamaan tehtävänsä ja päätyy tekemään uudelleenjärjestelyjä keittiössään. Sairauden edetessä edelleen saman tavoitteen ja toimintakyvyn säilyttäminen vaatii uusia toimenpiteitä ja toiminnan mukauttamista sekä toimintaa tukevan ympäristön luomista. Sairauksissa, joissa uusien toimintamallien oppiminen vaikeutuu, on usein tarpeen asettaa tavoitteeksi uusien toimintamallien opettelu jo ennen kuin toiminnan mukauttaminen olisi tehtävän kannalta tarpeellista. Esimerkiksi kommunikaatiokyvyn tai kognitiivisten taitojen heikentymisen uhatessa on tarpeen suunnitella ja harjoitella etukäteen kompensatiokeinoja, jotka tukeutuvat asiakkaalle luontaisesti vahvoihin ja mieluisiin toimintatapoihin.

Etenevän sairauden alkuvaiheissa tuki perheeltä, läheisiltä ja ystäviltä on ensiarvoisen tärkeää. Tämän lisäksi asiakas tarvitsee kuitenkin usein ohjaavaa, itsehoitoon kannustavaa ja vertaistukea hyödyntävää kuntoutusta. Alkuvaiheen kuntoutushaasteisiin voidaan tavallisesti parhaiten vastata ryhmämuotoisella sopeutumisvalmennuksella sekä lyhytkestoisilla, itsehoitoon ohjaavilla avoterapioilla. Tällaisia ovat esimerkiksi fysioterapia, josta asiakas saa itselleen ohjeita aktiiviseen liikkumiseen, tai vaikkapa neuropsykologinen kuntoutus, jonka avulla asiakas löytää toimintatapoja selviytyäkseen lievistä muistin tai keskittymisen häiriöistä. Sairauden aiheuttaessa laaja-alaisia toimintakyvyn ja osallistumisen rajoitteita sekä vaikeavammaisuutta on tavallista, että kuntoutus vaatii osaavien kuntoututtavan hoitotyön ammattilaisten sekä terapeuttien yhteistyötä. Tässä vaiheessa asiakkaan omien voimavarojen ohella kuntoutus kohdentuu enenevässä määrin ympäristötekijöihin. Asiakkaan arjessa selviytymistä ja aktiivista osallistumista arjen pieniinkin toimintoihin tuetaan mm. apuvälinein sekä ohjaamalla läheisiä tai esimerkiksi henkilökohtaista avustajaa (kuvio 7, s. 74). Itsenäisen suoriutumisen tai omatoimisuuden rinnalla kuntoutuksessa korostuu asiakkaan itsemääräämisoikeuden tukeminen ja elämänhallinnan tunteen säilyttäminen.

Kuvio 7. Kuntoutuksen kohdentuminen etenevää sairautta sairastavalla. Sairauden etenemisen myötä kuntoutuksen haasteet kasvavat.

Kuntoutus muuttuu sairauden tai rajoitteiden edetessä:



7.2.2 Tavoitteellisuus etenevän sairauden kuntoutuksessa

Etenevää sairautta sairastavan kuntoutumistavoitteet riippuvat sairaudesta, sairauden vaiheesta ja ennen kaikkea hänen omista tarpeistaan, mielenkiinnon kohteistaan ja toiveistaan. Etenevässä sairaudessa luopuminenkin voi olla tavoite. Asiakas voi surra menetyksiään ja samalla löytää tapoja uuden tilanteen hyväksymiseen. Osana prosessia sairastava jollakin tapaa ymmärtää toimintakykynsä puutteet, jotta motivaatio etsiä vaihtoehtoisia toimintatapoja löytyy. Tavoitteeksi ei useinkaan voida asettaa ruumiin/kehon toimintojen tai suoritusten kohenemista eikä edes säilymistä. Asiakkaan voi kuitenkin olla vaikeaa hyväksyä nykyistä toimintakykyään heikompia tavoitteita tai tavoitteita, joissa asiakas ei itse tee jotain, vaan tavoitteena on löytää uusia toimintatapoja esim. avustettuna tai apuvälinettä käyttämällä.

Yleisellä tasolla tavoitteiden tulisi liittyä osallistumiseen, osallisuuden säilymiseen ja jopa kohenemiseen (Ruutiainen 2003). Luopumisesta huolimatta on tärkeää ylläpitää sairastavan toiveikkuutta ja samalla pyrkiä realismiin ja käytännönläheisyyteen tavoitteiden asettamisessa (Högström ja Granö 2009). Parhaassa tapauksessa luopumiseen tai toisin tekemiseen liittyvät tavoitteet käyn-

nistävät asiakkaassa prosessin, jota kautta hän löytää jotain uutta tavoiteltavaa kuntoutuksestaan.

Lyhytkestoisessa kuntoutuksessa yksittäisiin suorituksiin tai toimintoihin kohdentuvat tavoitteet voivat olla helpompia saavuttaa ja arvioida. Esimerkiksi yhtäjaksoisen laituskuntoutusjakson realistisena tavoitteena voi olla kävelykyvyn parantuminen: ”jaksan kävellä yli 100 metriä ilman lepotaukoa rollaattorin avulla kolmen viikon kuluttua”. Tavoitteen taustalla voi olla asiakkaan osallistumisen tasolle kohdentuva tavoite käydä itsenäisesti kaupassa tai vieraila ystävien luona. Yhtäjaksoisella laituskuntoutusjaksolla ei kyetä arvioimaan tämänkaltaisia osallistumisen tasolle kohdentuvia tavoitteita, jolloin esimerkiksi kävelyn koheneminen saattaa olla mielekäs tavoite, jonka saavuttaminen tukee asiakkaan osallistumismahdollisuuksia. Sen sijaan useissa jaksoissa toteutettavassa kuntoutuksessa kuntoutustavoitteet voi asettaa suoraan osallistumisen tasolle, kuten itsenäiseen kaupassakäyntiin tai ystävien luona vierailuun.

Esimerkiksi MS-tautia sairastavalle saattaa tavoitteiden asettaminen pidemmälle aikavälille, vaikkapa kahden vuoden päähän, tuntua vaikealta. Jos sairaus on viime aikoina edennyt rajummin, voi olla vaikeaa luottaa siihen, että tavoitteita voisi asettaa pidemmän ajan päähän. Näin silloinkin, kun samanaikaisesti vaikutetaan asiakkaan sairaudesta riippumattomiin ympäristötekijöihin. Tosin pitkän aikavälin tavoitteita voi olla helpompi asettaa sairauden alkuvaiheessa tai silloin, kun toimintakyvyssä on vähän rajoitteita. Pitkälle aikavälille tavoitteita voi olla helpompi asettaa, kun pohtii niitä suhteessa arjen elämään: mitkä asiat ja toiminnot ovat minulle tärkeitä, mitä minä vielä kahden vuoden päästä haluaisin tehdä, mitkä asiat ovat sellaisia, joista olen valmis luopumaan? Mitä toimintoja voisin jättää vähemmälle?

On tärkeä ymmärtää, mitä asiakas todella haluaa: joko jatkaa etenevästä sairaudesta huolimatta tai haluaisi yrittää, ja asettaa tavoitteet tämän mukaan. Asiakas saattaa haaveilla matkasta Madeiralle. Tämän voisi asettaa tavoitteeksi vaikkapa vuoden kuluttua. Kuntoutuksessa työskennellään tavoitteen saavuttamiseksi. Se vaatii muun muassa uskallusta, itsensä ylittämistä, harjoittelua vieraassa paikassa toimimiseen ja rohkeutta lähteä matkaan avustajan kanssa (Salminen ym. 2014). Tavoitetason asettaminen on etenevää sairautta sairastavan kohdalla tavallisesti haasteellista muuttuvien elämäntilanteiden ja sairauden ennustamattomuuden takia. Tavoitetason asettaminen vaatii vuoropuhelua asiakkaan ja terapeutin tai moniammatillisen työryhmän välillä. Ammattilaiselta se vaatii avoimuutta kuunnella, kykyä rohkaista asiakasta kertomaan omista toiveistaan ja tarpeistaan sekä valmiuksia jakaa omaa tietämystään asiakkaalle. Yhdessä on pohdittava muun muassa, onko tavoiteltava asia sellaisenaan realistinen sairauden oireiden ja etenemisen vuoksi. On tärkeää, että tavoitteenasettelu lähtee liikkeelle asiakkaan omista tavoitteista, vaikka tavoitetta sitten yhdessä muutettaisiinkin. Alkuperäisestä tavoitteesta keskustelu auttaa tavallisesti asiakasta hahmottamaan paremmin tilanteensa ja asettamaan realistisia, osallisuutta tukevia tavoitteita. Etenevissä sairauksissa tavoitteiden asettaminen on tavallisesti varsin prosessiluonteista. Vaikka tavoite asetettaisiin tiettyyn ajankohtaan, sairaus- tai elämäntilanne saattaa

muuttua ja kuntoutuksen tavoitteita pitää tämän seurauksena säätää uudelleen. Tavoitteiden tarkistaminen ja väliarviointi on tärkeä osa kuntoutusprosessia.

Läheisten merkitys tavoitteiden asettamisessa korostuu etenkin silloin, kun asiakas on lapsi tai hänellä on kognitiivisia rajoitteita. Läheisten kertomat tarinat asiakkaan elämästä voivat tuoda esiin asiakkaalle tyypillisiä toimintoja tai asioita, jotka ovat olleet hänelle merkityksellisiä. On tärkeää turvata kaikin mahdollisin tavoin asiakkaan osallisuus kuntoutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa silloinkin, kun hänen kykynsä aktiivisesti vaikuttaa päätöksentekoon heikkenee.

Asetettaessa tavoitteita lapselle tai nuorelle asiakkaalle on tarkasteltava kokonaisuutta; lähestyttävä tavoiteltavana olevaa asiaa sekä sairauden mukanaan tuomien että myös kehityksellisten haasteiden näkökulmasta. Esimerkiksi lihassairautta sairastavan lapsen kuntoutustarve painottuu tavallisesti sairauden tuomien oireiden näkökulmasta fyysisen toimintakyvyn ylläpitämiseen. Kehityksellisesti lapsi voi sairauden aiheuttamien haasteiden keskellä tarvita tukea myös itsetunnon ja sosiaalisten taitojen kehittämisessä.

Usein etenevää neurologista sairautta, esimerkiksi Parkinsonin tautia tai MS-tautia, sairastavilla tavoitteiden asettamisessa ja toteutumisen seurannassa tulee muistaa, että taudin ei-motoriset ilmentymät saattavat olla toiminnallisen kokonaisuuden ja elämänlaadun kannalta erityisen merkittäviä. (Parkinsonin tauti 2010.)

7.2.3 GAS-menetelmän ja SMART-periaatteen käyttö etenevissä sairauksissa

Etenevää sairautta sairastavan tavoitteiden laatiminen GAS-menetelmällä tuo mukanaan omat huomioitavat seikkansa. GAS-menetelmää käytettäessä on oleellista **tunnistaa** sellaiset asiakkaan elämäntilanteesta arkeen liittyvät asiat ja toiminnot, joihin hän tarvitsee ja haluaa tukea tai muutosta. Tavoitteena olevat asiat on kuvattava mahdollisimman konkreettisesti. Asiakkaan omien tavoitteiden tunnistaminen on vaativa prosessi sekä asiakkaalle että ammattilaiselle riippumatta siitä, mistä syystä asiakas on kuntoutuksen tarpeessa (ks. Khan ym. 2008; Turner-Stokes ym. 2009).

Kun tavoitealue on tunnistettu, voi tavoitteen **nimeämisessä ja tarkemmassa määrittämisessä** käyttää tukena ns. SMART-periaatetta (Bovend'Eerd ym. 2009). Tällöin tavoite muotoillaan niin, että se on yksilöity (*Spesific*), mitattavissa (*Measurable*), saavutettavissa (*Achievable*), realistinen ja merkityksellinen (*Realistic/Relevant*) sekä mahdollista sitoa aikaan eli aikatauluttaa (*Timed*).

Esimerkki MS-tautia sairastavan asiakkaan tavoitteista

40-vuotias, MS-tautia sairastava perheenäiti ilmaisi tavoitekeskustelussa tärkeimmäksi huolenaiheekseen, ettei hän kykene rentoutumaan ja keskittymään yhteen asiaan kerrallaan. Keskustelussa ilmeni, että tämä vaikutti hänen arjen toimin-

taansa esimerkiksi niin, että kodinhoitoon liittyviä tehtäviä jää suorittamatta tai ne jäivät kesken. Hän ei kokenut varsinaisesti uupuvansa, mutta asioiden jääminen kesken vaikutti mielialaan ja huolestutti etenkin siksi, että aiemmin tekeminen oli ollut sujuvampaa. Mietittäessä, mikä olisi sellainen arjen tekeminen tai tilanne, josta asiakas tunnistaisi, että hän oli oppinut rentoutumaan, asiakas nosti tärkeimpänä asiana esiin perheen yhteisen ajan ja tavan katsoa elokuvia yhdessä. Elokuvan katsominen ei onnistunut kuin pienissä pätkissä, koska asiakas ei pystynyt keskittymään elokuvan katsomiseen 10 minuuttia pidempään. Tämä häiritsti myös muuta perhettä. Asiakas toivoi, että hän pystyisi katsomaan yhtäjaksoisesti edes puoli tuntia elokuvaa yhdessä perheensä kanssa.

Etenevä sairaus saattaa aiheuttaa oireita, jotka vaikuttavat monille elämänalueille. Usein tavoitealue ilmaistaankin ensin oiretasolla, melko abstraktina asiana tai yleisellä tasolla (esimerkiksi mielialan parantuminen, omatoimisuuden säilyminen tai kävelykyvyn säilyminen). SMART-periaatteen mukaisesti esimerkkitapauksessa tarkennettiin tunnistettua tavoitetta ”rentoutumisen oppiminen” niin, että se saatiin sidottua konkreettisesti tiettyyn tilanteeseen ja ympäristöön. Jotta tavoitteesta voitaisiin muotoilla realistinen ja saavutettavissa oleva, on tärkeää pohtia tavoitetta asetettaessa jo mahdollisia keinoja. Voiko tavoitteen saavuttaa, vaikka asiakkaan oireet säilyisivät tai jopa etenisivät? Millaisia mahdollisia keinoja on olemassa? Tässä vaiheessa ammattilaisen tulisi antaa asiakkaalle tietoa siitä, mitkä ovat realistiset mahdollisuudet saavuttaa tavoite ja millaiset keinot voisivat olla avuksi.

Tapausesimerkki jatkuu: Asiakkaan kanssa pohdittiin, onko hänen tavoitteensa mahdollista saavuttaa ja millä edellytyksillä. Keskusteltiin muun muassa mahdollisista syistä sille, miksi asiakas ei kykene keskittymään ja rentoutumaan, sekä keinoista, jotka voisivat auttaa häntä rentoutumisessa. Keskustelujen tuloksena päädyttiin siihen, että on olemassa keinoja, joilla voidaan tukea tavoitteen saavuttamista ja että tavoite on realistinen ja saavutettavissa.

Tavoitteen mitattavuus ja aikatauluttaminen liittyvät läheisesti **indikaattorin valintaan** GAS-menetelmällä tavoitetta asetettaessa. Mitattavuuden osalta etenevää sairautta sairastavan asiakkaan tavoitteiden asettamisessa on huomioitava samanlaisia seikkoja kuin muutenkin tavoitteita asetettaessa. Sen sijaan tavoitteen aikatauluttaminen on vaikeampaa sairauden kulun ennustamattomuuden vuoksi. **Asteikkoa laadittaessa** etenevässä sairaudessa on kiinnitettävä erityistä huomiota tavoitteen saavutettavuuteen ja realismuuteen. Kun sairaus on etenevä, erityisesti odotettua paremman tavoitteen saavuttamistason löytäminen voi olla vaikeaa. Odotettua korkeampienkin tavoitetasojen tulisi olla realistisia, mikä vaatii tavoitteen tarkkaa analysointia ja uskallusta määrittää ennustamattomassa tilanteessa optimaalinen, realismuuden äärirajoilla oleva tavoitetaso. Esimerkkejä osallistumisen ja suorituksen tasolle asetetuista tavoitteista on esitetty taulukossa 9 (s. 78).

Taulukko 9. Esimerkkejä osallistumisen ja suorituksen tasolle asetetuista tavoitteista.

Osallistumisen tasolle asetetut tavoitteet
Liikkuminen luonnossa, kahden vuoden tavoite
-2 = Käyn liikkumassa luonnossa harvemmin kuin kerran kuukaudessa
-1 = Käyn liikkumassa luonnossa kerran kuukaudessa
0 = Käyn liikkumassa luonnossa 2 kertaa kuukaudessa
+1 = Käyn liikkumassa luonnossa 3 kertaa kuukaudessa
+2 = Käyn liikkumassa luonnossa vähintään 4 kertaa kuukaudessa
Säännöllisen uintiharrastuksen aloittaminen, yhden vuoden tavoite
-2 = En käy uimassa lainkaan
-1 = Käyn harvemmin kuin 1 x/vk uimassa MS-yhdistyksen uintivuorolla
0 = Käyn 1 x/vk uimassa MS-yhdistyksen uintivuorolla
+1 = Käyn 1 x/vk uimassa MS-yhdistyksen uintivuorolla sekä toisen kerran viikossa muutoin
+2 = Käyn uimassa 1 x/vk MS-yhdistyksen uintivuorolla ja enemmän kuin kerran viikossa muutoin
Suorituksen tasolle asetetut tavoitteet
Yöllisten WC-käyntien vähentyminen kahden kuukauden aikana
-2 = Käyn yöllä WC:ssä yli 3 kertaa
-1 = Käyn yöllä WC:ssä 2 tai 3 kertaa
0 = Käyn yöllä WC:ssä yhden kerran
+1 = En käy yöllä WC:ssä, mutta aamulla on kova kiire pissalle
+2 = En käy yöllä WC:ssä eikä aamullakaan ole kiirettä pissalle

Esimerkkিতavoitteen muotoileminen SMART-periaatetta käyttäen

Asiakkaan selkeä toive oli, että hän voisi katsoa pidempään elokuvaa perheen kanssa, joten indikaattoriksi valittiin aika. Varsinaisen tavoitetason eli 0-tason määrittäminen sujui melko helposti. Asiakas koki, että realistisesti arvioiden hän voisi katsoa puolisen tuntia elokuvaa yhtäjaksoisesti, mikäli keskustelussa esille tulleita keinoja harjoiteltaisiin ja käytäisiin läpi myös perheenjäsenten kanssa. Asiakas halusi asettaa tavoitteensa vuoden päähän. Odotettua matalamman tavoitetason määrittäminen tuntui niin ikään helpolta. Selkeästi odotettua matalammaksi tavoitetasoksi määriteltiin nykyinen tilanne ja jonkin verran odotettua matalammaksi tavoitetasoksi selkeä edistyminen, mutta ei kuitenkaan tilanne, jonka asiakas halusi saavuttaa. Odotettua korkeampien ja etenkin selvästi odotettua korkeamman tavoitetason määrittäminen tuntui asiakkaasta sekä turhautavalta että myös jossain määrin ahdistavalta. Asiakas epäili, ettei varmaankaan pystyisi katsomaan koko elokuvaa yhtäjaksoisesti. Tavoitteen yhdessä asiakkaan kanssa laatinut kuntoutustyöntekijä kuitenkin rohkaisi asiakasta uskaltamaan asettaa odotettua korkeamman tavoitetason selkeästi korkealle, koska huomasi, kuinka motivoitunut asiakas oli. Asiakkaan kanssa sovittiin, että vaikka tavoite on asetettu vuodeksi, tarkistetaan tavoitetta ajoittain ja se helpotti asiakkaan kokemaa turhautumista odotettua korkeampien tavoitetasojen laadinnassa. Loppujen lopuksi melko pitkän tavoitekeskustelun jälkeen asiakas oli tyytyväinen laadittuun

tavoitteeseen ja koki, että jo pelkkä tavoitekeskustelu herätti toivoa paremmasta ja auttoi lähestymään ongelmallista asiaa eri näkökulmasta.

Tavoite: Elokuvan katsominen rentoutuneesti

- 2 = Katson elokuvaa perheen kanssa yhtäjaksoisesti alle 20 minuuttia
- 1 = Katson elokuvaa perheen kanssa yhtäjaksoisesti 20–29 minuuttia
- 0 = Katson elokuvaa perheen kanssa yhtäjaksoisesti vähintään 30 minuuttia (korkeintaan puoliväliin)
- +1 = Katson elokuvaa perheen kanssa yhtäjaksoisesti reilusti yli puolenvälin, mutta en koko elokuvaa
- +2 = Katson koko elokuvan perheen kanssa yhtäjaksoisesti

Etenevä sairaus saattaa muuttaa totuttuja rutiineja äkillisestikin. Tavoitteen tunnistaminen voi vaatia myös aiempien tapojen ja tottumusten selvittämistä. Aiemman mielenkiinnon kohteen uudelleen herättäminen ja toiminnan uudelleen löytäminen voivat lisätä asiakkaan motivaatiota tavoitella sellaisia asioita, jotka ovat olleet hänelle tärkeitä ja tällä tavoin vahvistaa asiakkaan elämänhallintaa ja elämänlaatua. Esimerkkejä etenevän sairauden mukanaan tuomista erityispiirteistä tavoitteen määrittämisessä sekä keinoista näiden huomioimiseksi on esitetty taulukossa 10 (s. 80).

Esimerkki MS-tautia sairastavan asiakkaan tavoitteiden asettamisesta SMART-periaatteen avulla

55-vuotias MS-tautia sairastava mies koki elämänsä ja sosiaalisten suhteidensa kaventuneen pari vuotta sitten hänen jäädessään työkyvyttömyyseläkkeelle. Mies kuvasi, että päivät olivat vain oleilua; vaimo oli päivät töissä, lapset jo omillaan eivätkä entiset työkaverit tai muutkaan ystävät ja tuttavat ehtineet käydä häntä tapaamassa. Keskustelussa kävi ilmi, että eniten mies kaipasi entistä tapaa käydä päivittäin paikallisella huoltoasemalla kahvilla ja juttelemassa päivän kuulumiset tuttujen kanssa. Kun mies kertoi tästä tavasta, hänen olemuksensa muuttui valoisammaksi ja ääni oli innostunut. Seuraavan kahden vuoden tavoitteeksi asetettiin vanhan tavan verestäminen. Jo tavoitteen asettamisvaiheessa kirjattiin muistiin tekijät, jotka tällä hetkellä estävät huoltoasemalla kahvilla käymisen (esteellinen ympäristö, oma jaksaminen, kulkeminen huoltoasemalle), jotta varmistuttiin, että asetettava tavoite on saavutettavissa ja realistinen.

Tavoite: Nesteellä kahvilla käyminen, kahden vuoden tavoite

- 2 = Käyn Nesteellä kahvilla 0 kertaa viikossa
- 1 = Käyn Nesteellä kahvilla 1 kerran viikossa
- 0 = Käyn Nesteellä kahvilla 2 kertaa viikossa
- +1 = Käyn Nesteellä kahvilla 3 kertaa viikossa
- +2 = Käyn Nesteellä kahvilla 4 kertaa viikossa

Taulukko 10. Etenevän sairauden tuomat haasteet SMART-periaatteen käytössä sekä keinoja haasteiden voittamiseen.

SMART-periaate	Haasteita	Keinoja
S = spesifinen, yksilöity, määritelty	Yksittäinen oire voi vaikuttaa usealle eri elämäntilanteelle, etenevän sairauden ja moninaisten rajoitteiden keskellä tavoitteita voi olla monia. Oirehallinta voi tuntua tärkeämmältä tavoitteelta kuin osallistuminen.	Kannusta asiakasta priorisoimaan tavoitteita. Ohjaa asiakasta keskittymään kohtuulliseen määrään tavoitteita. Pohtikaa asiakkaan kanssa yhdessä, miksi on tärkeää harjoittaa esim. koordinaatiota tai tasapainoa (minkä se mahdollistaa).
M = mitattavissa	Etenevissä sairauksissa esimerkiksi toimintakykyä kuvaavat arviointimenetelmät huonoja (Barthelin indeksi, FIM) – positiiviset muutokset eivät juuri tule esiin.	Aina kun mahdollista, aseta tavoite osallistumisen tasolle. Tällöin arviointi on helpompaa. Konkretisoi asiakkaan kanssa tavoiteltava asia, jotta se on helpommin mitattavissa (vrt. aiemmat esimerkit).
A = saavutettavissa	Sairauden yksilöllinen eteneminen asettaa haasteen saavutettavissa olevan tavoitteen määrittelylle. Toisinaan tavoitteet muotoillaan liian helpoiksi sairauden etenemisen pelossa.	Kannusta asiakasta asettamaan mielekkäitä ja tärkeältä tuntuvia tavoitteita. Tavoitteiden saavuttamisen keinojen pohdinta ja tuki niiden käyttöön edistävät tavoitteiden saavuttamista.
R = realistinen ja merkityksellinen	Sairauden etenemisen takia voi olla vaikea arvioida, millainen on realistinen tavoite. Vaarana on liian helppojen tavoitteiden asettaminen. Kognitiivisesti oireilevan ja lapsen voi olla vaikea ilmaista, millainen tavoite on merkityksellinen.	Yhteinen pohdinta ja keskustelu auttaa asettamaan realistisia tavoitteita. Tue asiakasta haastavien tavoitteiden asettamisessa. Keskustele tavoitteista myös läheisten kanssa.
T = mahdollinen aikatauluttaa	Lyhytkestoiseen kuntoutukseen on vaikea asettaa osallistumisen tason tavoitteita. Etenevässä sairaudessa pitkän aikavälin tavoitteet voivat olla haasteellisia.	Lyhytkestoisessa kuntoutuksessa voi asettaa myös suoritustason tavoitteita, jos ne ovat asiakkaalle tärkeitä. Rohkaise asiakasta miettimään myös pitkän aikavälin tavoitteita. Muistuta asiakasta, että tavoitteita tarkistetaan ja muutetaan tilanteen mukaan.

7.2.4 Kuntoutustavoitteiden yhteen nivominen ja seuranta etenevässä sairaudessa

Etenevän sairauden kuntoutumishaasteet ovat usein moninaisia, ja kuntoutusprosessia saattavat tukea perheen ja läheisten lisäksi useat toimijat: terveydenhuolto, yksittäiset terapeutit ja moniammatillinen työryhmä (ks. Salminen ym. 2014). Asiakkaan tulisi olla omien kuntoutustavoitteidensa omistaja ja osata hyödyntää ammattilaisten osaamista. Kaikkien kuntoutusprosessiin osallistuvien tulisi toimia yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Tästä syystä tiedonkulku toimijoiden välillä pitää varmistaa siten, että kaikki kuntoutusprosessiin osallistuvat tietävät kuntoutumisen tavoitteen. Lisäksi tavoitetta tulisi tarkistaa säännöllisin väliajoin.

Tavoitteen yhtenä tehtävänä on suunnata sekä asiakkaan ja hänen läheistensä että eri ammattilaisten voimavaroja olennaisiin asioihin. GAS-menetelmällä tavoitetta asetettaessa on tärkeää muistaa, että hyvä kuntoutumista tukeva tavoite on SMART-periaatteiden mukainen ja samalla toivoa ylläpitävä sekä elämänhallintaa edistävä. Tavoite, joka ylläpitää toivoa positiivisesta muutoksesta ja edistää elämänhallintaa sairauden etenemisen aiheuttamassa epävarmassa tilanteessa, vahvistaa kuntoutusmotivaatiota ja asiakkaan kokemusta oman tilanteensa hallinnasta.

7.3 Tavoitteenasettelu perhekuntoutuksessa | [Mari Saarinen, Pia Röntynen ja Pekka Lyytinen](#)

Tässä luvussa kuvataan tavoitteenasettelua Mannerheimin Lastensuojeluliiton (MLL) Lasten ja Nuorten Kuntoutussäätiön toteuttamassa perhekuntoutuksessa. Säätiön asiakkaita ovat perheet, joissa lapsella on pitkäaikaissairaus tai vamma. Suurimmalla osalla asiakkaista on neuropsykiatrinen oirekokonaisuus. Kuntoutuksen työote on kokonaisvaltainen, moniammatillinen ja voimavarakeskeinen. Kuntoutuksen toteuttamista ohjaavat perheiden yksilölliset tarpeet, hyvä kuntoutuskäytäntö sekä voimassa olevat Kelan laituskuntoutuksen standardit.

Lapsen kehitys on yksilöllinen ja ainutlaatuinen prosessi, johon läheiset ihmissuhteet vaikuttavat olennaisesti ja jota perintö- ja ympäristökijät muovaavat. Tässä prosessissa tapahtuu myös kaikki oppiminen ja kuntoutuminen. Pitkäaikais-sairas tai vammaisen lapsi tarvitsee usein yksilöllisesti suunniteltua kuntoutusta ja pitkään kestävää seurantaa, joissa yhdistellään monia näkökulmia (mm. Hostler 1999 ja Nijhuis ym. 2008). Lapsen vamma tai pitkäaikaissairaus vaikuttaa koko perheeseen, joten kaikkien perheenjäsenten huomioiminen kuntoutuksessa on tärkeää.

Perhekuntoutus pyrkii tukemaan perheen vahvuuksia ja eheyttä, vahvistamaan perheenjäsenten välisiä vuorovaikutussuhteita ja luomaan mahdollisuuksia uudenlaiseen yhdessä toimimiseen (Melamies ym. 2004; Linnakangas ym. 2010). Perhekuntoutuksella vaikutetaan koko perheen toimintakykyyn tarjoamalla mahdollisuus harjoitella uudenlaisia toimintatapoja turvallisissa olosuhteissa työntekijöiden tukemana. (Miller ja Törrönen 2010). Perhekuntoutuksessa ollaan usein tekemisissä laajojen ja monisäikeisten asia- ja ongelmakokonaisuuksien kanssa.

Tästä syystä myös lähestymistavan on oltava psykososiaalinen ja ennen kaikkea kokonaisvaltainen. Mannerheimin Lastensuojeluliiton Lasten ja Nuorten Kuntoutussäätiöllä on yli kahdenkymmenen vuoden kokemus perhekuntoutuksesta. Lapsen ja perheen sekä heidän yksilöllisen elämäntilanteensa kunnioitus, avoimuus ja kaikkien perheenjäsenten tasapuolinen huomioiminen ovat perhekuntoutuksen kulmakiviä. Perheen kuunteleminen ja aito kiinnostus jokaista perheenjäsentä kohtaan mahdollistavat luottamuksellisen yhteistyösuhteen syntymisen (Miller ja Törrönen 2010).

Perhekuntoutuksen keskeinen kantava ajatus on, että lapsi ja perhe ovat tasavertaisia kumppaneita kuntoutusta koskevassa päätöksenteossa. Tämä korostuu kuntoutuksen tavoitteiden asettamisessa. On tärkeää, että tavoitteet ovat lapselle ymmärrettäviä, perhekuntoutuksen puitteissa saavutettavia ja perheen elämänkokonaisuuteen suhteutettuna tarkoituksenmukaisia ja ajankohtaisia (mm. Mitchell ja Cusick 1998). Tasapainon löytäminen lapsen toimintakyvyn haasteiden sekä voimavarojen ja selviytymiskeinojen välillä on tärkeää. Tästä huolehtiminen on viime kädessä lapsen läheisten aikuisten ja kuntoutustyöntekijöiden vastuullinen tehtävä (Pärnä ym. 2011).

Perhekuntoutuksen tavoitteet tähtäävät useimmiten lapsen ja perheen osallistumismahdollisuuksien lisääntymiseen. Tällaisten tavoitteiden asettaminen edellyttää hyvää tietämystä lapsen toimintakyvyn haasteista ja vahvuuksista sekä perheen resursseista ja voimavaroista. WHO:n ICF-luokitus toimii tässä hyvänä viitekehysenä ja kokonaisuuden jäsentäjänä. Vuonna 2007 julkaistussa lasten ja nuorten toimintakykyluokituksessa (ICF-CY, ks. WHO 2007) on kiinnitetty erityistä huomiota kehityksellisiin näkökohtiin ja lapsuuden kuvaamiseen erityisenä ja tärkeänä kehitysvaiheena. Malli tarjoaa hyvän pohjan kokonaisvaltaisen kuntoutussuunnitelman tekemiselle erityisesti silloin, kun tukea tarvitaan monilla elämän osa-alueilla ja elämänkaaren eri vaiheissa. Tästä syystä se soveltuu erityisen hyvin perhekuntoutukseen, joka edellyttää aina kokonaisvaltaista lähestymistapaa. MLL:n Lasten ja Nuorten Kuntoutussäätiön toteuttamassa perhekuntoutuksessa korostuvat ICF-luokituksen osa-alueista erityisesti osallistuminen sekä yksilö- ja ympäristötekijät, joihin myös kuntoutuksen tavoitteet usein kohdentuvat.

GAS-menetelmän käytöstä tavoitteiden asettamisen apuvälineenä ja kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnissa on lasten kuntoutuksessa saatu pääasiassa hyviä tuloksia (Siebes ym. 2007; Steenbeek ym. 2008; Sukula 2013). GAS-menetelmän käytön on todettu lisäävän kuntoutuksen läpinäkyvyyttä ja sitä kautta edistävän hyvää yhteistyötä vanhempien kanssa. Menetelmän avulla myös lasta voidaan auttaa paremmin ymmärtämään, mihin perhekuntoutuksella pyritään (Siebes ym. 2007). Tämä on keskeistä lapsen tai nuoren tavoitteisiin sitoutumisen ja kuntoutusprosessiin motivoitumisen näkökulmasta (Mitchell ja Cusick 1998).

7.3.1 Perhekuntoutuksen tavoitteen asettaminen on monivaiheinen prosessi

Perhekuntoutuksen tavoitteet ovat monitasoisia. Yksittäisen taitotason tavoitteen asettamisen sijaan on hyvä asettua yhdessä lapsen ja perheen kanssa pohtimaan perheen arkielämää mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja miettimään, millaisia muutoksia perheenjäsenet toivoisivat arkeensa. Näin saadaan tavoitteenasettelun kannalta tärkeää tietoa perheen arjesta. Tämän lisäksi tarvitaan kuntoutustyöntekijöiden ammattitaitoa lapsen normaalikehityksestä sekä vamman tai sairauden vaikutuksesta siihen (Miller ja Törrönen 2010). MLL:n Lasten ja Nuorten Kuntoutussäätiön asiakkaista suurimmalla osalla on yksi tai useampi neuropsykiatrinen oireisto, kuten aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriö tai autismin kirjon oirekokonaisuus. Myös psyykkiset häiriöt ja tietynlainen moniongelmaisuus ovat lisääntyneet kuntoutukseen tulevilla perheillä.

Lapsen erityistarpeet ja haastava perhetilanne voivat aiheuttaa vanhemmissa voimakkaan avuttomuuden tunteen ja kriisiyttää parisuhteen. Tästä syystä myös vanhempien parisuhteen tai kuormittuneen sisaruksen tukeminen voi nousta keskeiseksi teemaksi kuntoutuksen aikana.

Perheen kulttuuriin tutustuminen ja sen kunnioitus ovat aina keskeisiä kuntoutuksen toteutusta määritteleviä asioita. Ulkomaalaistaustaisten perheiden kanssa työskennellessä nämä korostuvat entisestään. Tarvittaessa käytetään apuna kielten tulkkeja. Kuntoutustyöntekijän pitää tiedostaa oma arvomaailmansa sekä mahdolliset ennakkoluulonsa ja -käsityksensä ja huolehtia siitä, etteivät ne vaikuta perheen kanssa työskentelyyn.

Kuntoutustyöntekijöiden vastuulla on aina huolehtia siitä, että lapsen ja vanhempien kanssa käydään riittävän yksityiskohtaisella ja käytännönläheisellä tasolla läpi perheen arkea. Tavoitteen asettamisen eri tasojen hahmottaminen on tärkeä osa kuntoutustyöntekijän ammattitaitoa. Perhettä autetaan näkemään, mitä sinänsä moniselitteiset käsitteet, kuten ”toiminnanohjauksen taidot” tai ”ajankäytön hallinta”, voivat tarkoittaa lapsen ja perheen arjessa. Näin perheen ja työntekijöiden välille syntyy yhteinen ymmärrys siitä, mihin kuntoutuksella ollaan pyrkimässä ja millaisiin asioihin kuntoutuksella on mahdollista vaikuttaa. Viime kädessä perhekuntoutus tähtää yksittäisen lapsen lisäksi koko perheen elämänlaadun ja hyvinvoinnin lisäämiseen. On tärkeä käydä keskustelua lapsen ja hänen vanhempiensa kanssa myös siitä, mitä tekemällä kuntoutukselle asetettuihin tavoitteisiin voitaisiin päästä. (Pärnä ym. 2011.)

Perhekuntoutuksen tavoitteiden määrittelyyn vaikuttavat käytettävissä oleva aika sekä kuntoutuksen muoto ja kesto. Kuntoutuksen yleiset tavoitteet ohjaavat luonnollisesti perhekohtaista tavoitteenasettelua. Kuntoutustyöntekijöiden tärkeä tehtävä on pitää samanaikaisesti mielessä kuntoutuksen yleiset raamit ja tavoitteet ja auttaa perhettä asettamaan yksilöllisiä tavoitteita suhteessa niihin. Tärkeää on myös pohtia, millaisiin muutoksiin kyseisen kuntoutusmuodon puitteissa pyritään pääsemään tai millaisia tuloksia ylipäätään on mahdollista saavuttaa. Jaksoitetulle, pitkäkestoiselle perhekuntoutukselle asetetaan erilaisia tavoitteita kuin lyhyemmälle sopeutumisvalmennuskurssille. Pitkä kuntoutus voi olla kestoltaan

esimerkiksi 28 vuorokautta jaksotetusti toteutettuna, jolloin kuntoutusprosessi jakautuu tavallisesti noin vuoden ajalle. Jaksottaminen on tarkoituksenmukaista mm. lasten koulunkäynnin sujumisen ja vanhempien työssäkäynnin näkökulmasta. Pitkä prosessi mahdollistaa tavoitteiden täsmentymisen tai jopa muuttamisen prosessin aikana. Usein määritetään myös erikseen pitkän ja lyhyen aikavälin tavoitteet, jolloin lyhyen aikavälin tavoitteet toimivat välietappeina pitkän aikavälin tavoitteiden saavuttamiselle.

Sopeutumisvalmennuskurssi on lyhytkestoinen, ja siinä painottuvat vertaistuen ja tiedon tarjoaminen. Tästä syystä ryhmien kokoamiseen pitää kiinnittää erityistä huomiota, jotta asiakas, vanhemmat ja sisarukset saavat mahdollisuuden jakaa ajatuksiaan ja kokemuksiaan elämästä ammatillisesti ohjatuissa vertaisryhmissä.

Kelan järjestämään kuntoutukseen pääsy edellyttää, että lähettävä taho on tehnyt kuntoutussuunnitelman, johon on kirjattu lapsen ajankohtaiset kuntoutustarpeet. Toisinaan kuntoutussuunnitelmaan kirjatut tavoitteet lapsen ja perheen kuntoutukselle ovat hyvin abstrakteja ja vaikeasti arkielämään sijoitettavissa olevia. Esimerkkejä tällaisista ovat perheen myönteisen vuorovaikutuksen tukeminen, vanhempien voimavarojen lisääntyminen tai lapsen sosioemotionaalisen kehityksen tukeminen. Tällöin keskeinen perhekuntoutuksen alkuvaiheen haaste on yhdessä perheen ja työryhmän kanssa pilkkoa ja jäsentää näitä laajoja kokonaisuuksia havaittavissa ja mitattavissa oleviksi tavoitteiksi.

Myös muilla lapsen ja perheen kanssa työskentelevillä tahoilla on usein ajatuksia ja toiveita siitä, mitä osa-alueita kuntoutuksessa olisi hyvä painottaa. Tällaisia tahoja voivat olla esimerkiksi kunnan sosiaalitoimi, mahdolliset terapeutit sekä päivähoidon tai koulun edustajat. Myös perhekuntoutusta toteuttavalle työryhmälle herää usein jo ennen perheen kuntoutusprosessin alkua alustavia ajatuksia siitä, mitä tavoitteita perheen kuntoutukselle olisi mahdollisesti hyvä asettaa. Perheen luvalla tehtävä verkostoyhteistyö kuntoutuksen kannalta merkittävien yhteistyötahojen kanssa on keskeinen kuntoutuksen sisältö. Koulun tai päivähoidon mukaan ottaminen kuntoutuksen suunnitteluun ja arviointiin on usein tarkoituksenmukaista, koska niiden merkitys lapsen arjessa on suuri. Lapsen edun mukaisesta on, että eri tahot käyvät vuoropuhelua keskenään ja ovat tietoisia toistensa toimintatavoista ja menetelmistä. Tärkeää on myös varmistaa, että kaikki työskentelevät yhteisten tai vähintään riittävän samansuuntaisten tavoitteiden saavuttamiseksi.

Tavoitteenasettelussa lähdetään aina liikkeelle lapsen ja perheen omista ajatuksista ja muutostoiveista. Tämän lisäksi kuntoutustyöntekijöiden vastuulla on tuoda keskusteluun mukaan muiden tahojen näkemykset ja odotukset kuntoutukselle ja yhdessä perheen kanssa miettiä, miten nämä asiat kytkeytyvät toisiinsa.

7.3.2 Mielekkään tavoitteen valitseminen

Jotta kuntoutukselle saadaan asetettua mielekkäät ja toteuttamiskelpoiset tavoitteet, ne pitää muotoilla huolellisesti ja kärsivällisesti. Tavoitteen asettamisen prosessi alkaa jo kuntoutustyöntekijän ja perheen välisestä puhelinkeskustelusta

ennen ensimmäistä kuntoutusjaksoa. Kuntoutustyöntekijä haastattelee perheen vanhempaa ja varmistaa, että työryhmällä on käytössä kaikki kuntoutuksen toteutuksen kannalta keskeiset esitiedot lapsesta ja perheestä. Perheen odotukset kuntoutuksesta ja tavoitekysymykset nousevat usein ensimmäisen kerran esiin jo tässä yhteydessä.

Ensimmäisen kuntoutusjakson alussa moniammatillinen kuntoutustyöryhmä ja perhe tapaavat kuntoutuksen alkukeskustelussa, jonka aikana käydään koko perheen kanssa läpi lapsen hoidon ja kuntoutuksen kokonaistilanne sekä mietitään perhekuntoutuksen osuus tässä kokonaisuudessa. Lapselle ja perheelle on tärkeä selittää ymmärrettävästi, mistä perhekuntoutuksessa on kysymys. Tällä varmistetaan, että perhe ymmärtää kuntoutuksen yleiset tavoitteet ja mahdollisuudet. Tästä voidaan edetä keskusteluun perheen kuntoutustarpeista ja muutostoiveista. Kuntoutustyöntekijöiden tehtävä on varmistaa, että jokainen perheenjäsen saa puheenvuoron ja mahdollisuuden tuoda esiin oman näkökulmansa. Usein on hyvä sopia, että joku moniammatillisen työryhmän jäsenistä pitää erityistä huolta siitä, että lapsen näkökulma on riittävästi esillä. Kuntoutustyöntekijät huolehtivat myös siitä, että lähettävän tahon laatimaan kuntoutussuunnitelmaan kirjatut tavoitteet otetaan mukaan keskusteluun.

Kuntoutustyöntekijät kohtaavat työssään monenlaisia perheitä ja perheenjäseniä. Tavoitteita asetettaessa on aina varmistettava, että perheenjäsenet ja työntekijät ymmärtävät toisiaan mahdollisimman hyvin. Perheiden erilaiset taustat ja vanhempien koulutustaso vaikuttavat siihen, millaisia käsitteitä keskusteluissa kannattaa käyttää. Myös kuormittavaan perhetilanteeseen liittyvät tekijät voivat vaikuttaa kykyyn keskittyä, ajatella ja ymmärtää monimutkaista käsitteellistä kieltä.

Kuntoutuksen ammattilaisen vastuulla on huolehtia siitä, että yhteiset keskustelut käydään sellaisella kielellä ja käsitteellisellä tasolla, jota kaikki osallistujat ymmärtävät, ja tarvittaessa selkiyttää esimerkiksi lääkärin lausunnossa käytettyä ammattikieltä. (Melamies ym. 2004; Miller ja Törrönen 2010). Lasten kohdalla on erityisen tärkeä kiinnittää huomiota ilmaisun selkeyteen ja käytettävän kielen ymmärrettävyyteen. Mikäli jostain syystä päädytään käyttämään vaikeasti ymmärrettäviä tai monitulkintaisia käsitteitä, tulee niiden rinnalla aina käyttää riittävästi kuvaavia esimerkkejä ja sitä kautta myös osoittaa keskusteltavien asioiden merkitys perheen arjessa.

Kuntoutuksen alkuvaiheen tavoitekeskustelussa kaikilta perheenjäseniltä kysytään, mihin asioihin he toivovat muutosta kuntoutuksen kuluessa. Aikuisten ja viime kädessä kuntoutustyöntekijöiden vastuulla on varmistaa, että lapsia kuunnellaan. (Pärnä 2010b, 212–222.) Lapsilla on usein selkeitä ajatuksia ja toiveita siitä, millaisiin asioihin he toivovat muutosta. Esimerkki lapsen muutostoiveesta voi olla toive siitä, että hänellä olisi enemmän kavereita. Kuntoutusmotivaation ja luottamuksen rakentumisen kannalta työryhmän on tärkeä tarttua tämän tyyppisiin aloitteisiin nopeasti ja pyrkiä tarkentavilla kysymyksillä saamaan mahdollisimman tarkka käsitys lapsen kuvaamasta tilanteesta ja siitä, millaista muutosta hän toivoo. Keskeistä on siis pyrkiä ymmärtämään tilannetta lapsen kokemusmaailmasta

käsin. Lapselle välittyy tällaisen keskustelun myötä myös viesti siitä, että aikuiset alkavat etsiä tilanteeseen muutosta lapsen kannalta toivottuun suuntaan.

Perhekuntoutusprosessin alkuvaiheessa vanhempien muutostoiveet saattavat kohdistua ensisijaisesti lapsen ei-toivotun käyttäytymisen vähenemiseen, varsinkin jos lapsen oireilu on voimakasta ja perhe on ollut pitkään kuormittunut. Kuntoutustyöryhmän tärkeä tehtävä on tällöin auttaa vanhempia näkemään perheen toiminta ja vuorovaikutus laajempina kokonaisuutena, jossa vanhemmilla on mahdollisuuksia vaikuttaa lapsensa käyttäytymiseen ja heidän väliseen suhteeseensa. Tätä voidaan tukea valitsemalla perheen kanssa työskentelyn tueksi sellaisia kuntoutusmenetelmiä, joiden avulla voidaan lisätä perheen sisäistä myönteistä vuorovaikutusta. Vanhempien on kuitenkin tärkeä saada ensin riittävästi puhua lapsen kuormittavasta käyttäytymisestä ja kokea tulleeensa kuulluiksi ja ymmärretyiksi. Tämän jälkeen vanhempien kanssa on yleensä helpompi päästä keskustelemaan perheen sisäisestä vuorovaikutuksesta ja vanhemman tärkeästä roolista lapsen säätelytaitojen oppimisessa ilman, että vanhemmat syyllistyvät. (Mm. Lajunen ja Laakso 2011.) Myös työntekijöiden on tärkeä saada realistinen käsitys lapsen taidoista vanhemman näkökulmasta.

Kun perheen ajankohtaiset kuntoutustarpeet ja muutostoiveet sekä kuntoutussuunnitelmaan kirjatut tavoitteet on käyty yhteisesti läpi, perheelle esitellään lyhyesti GAS-menetelmän periaatteet. Tällöin heille alkaa hahmottua, kuinka yksityiskohtaiselle tasolle tavoitteen määrittely on tarkoitus viedä. Perhe ja kuntoutustyöryhmä pyrkivät muotoilemaan esiin nousseista muutostoiveista sellaisia mitattavissa olevia tavoitteita, jotka ovat perhekuntoutuksen puitteissa saavutettavissa. Vanhempien rohkaiseminen aktiiviseen osallistumiseen ja lastaan koskevaan päätöksentekoon on ensiarvoisen tärkeää, jotta kuntoutukselle saadaan asetettua perheen arkielämän sujumista ja hyvinvointia lisääviä, saavutettavissa olevia tavoitteita.

Varsinaiselle GAS-keskustelulle on mahdollisuuksien mukaan hyvä varata perheiden ohjelmaan oma aika, sillä menetelmään kuuluva asteikon laadinta on usein prosessin aikaa vievin ja hankalin vaihe (Sukula 2013). Lasten osallistumisesta prosessin tähän vaiheeseen on myös hyvä tehdä jo etukäteen yksityiskohtainen suunnitelma.

Asetettavien tavoitteiden lukumäärä mietitään aina tapauskohtaisesti. Lyhytkestoisessa kuntoutuksessa on useimmiten tarkoituksenmukaista pitäytyä pienessä tavoitemäärässä. Pitkässä kuntoutusprosessissa uusia tavoitteita voidaan asettaa prosessin edetessä, jolloin tavoitteiden kokonaismääräkin voi olla suurempi. Myös muutostoiveiden tärkeysjärjestystä mietitään tässä yhteydessä, jonka jälkeen aletaan muodostaa niin sanottuja päätavoitteita kuntoutukselle. Tavoitteiden asettaminen vaatii usein enemmän kuin yhden keskustelun. Lyhyissä kuntoutusprosesseissa tavoitteiden yksityiskohtaisempi määrittely voi alkaa jo edeltävässä yhteydenpidossa, koska kuntoutuksen aikana tavoitteiden määrittelyyn on käytössä vähemmän aikaa.

Kuntoutuksen tavoitteet liitetään aina lapsen ja perheen sillä hetkellä vallitsevaan kokonaistilanteeseen. Asetettujen tavoitteiden tarkoituksenmukaisuus ja

ajankohtaisuus arvioidaan uudelleen jokaisella jaksolla. Kuntoutusprosessin aikana perhetilanteessa tapahtuvat muutokset huomioidaan, ja tavoitteita tarkistetaan suhteessa niihin. Toisinaan äkilliset, hyvinkin vakavat kriisitilanteet vaativat nopeaa reagointia ja välittömiä toimenpiteitä. Tarvittaessa tavoitteita ja työskentelytapoja muutetaan vastaamaan paremmin perheen sen hetkiseen elämäntilanteeseen.

GAS-lomakkeen täyttämiseen varataan kuntoutusohjelmasta erillinen aika. Keskusteluun osallistuvat perheen vanhemmat ja mahdollisuuksien mukaan lapsi sisaruksineen sekä yksi tai kaksi moniammatillisen kuntoutustyöryhmän työntekijää. Etenkin pienille tai vaikeavammaisille lapsille on hyvä varata keskustelutilaan muutakin tekemistä ja oma työntekijä. Lapset voivat osallistua keskusteluun myös osa-aikaisesti. Joissain tapauksissa voi olla perusteltua, ettei lasta vaadita osallistumaan GAS-asteikon laadintaan. On kuitenkin tärkeää, että valmis asteikko käydään myöhemmin yhteisesti lapsen ja vanhempien kanssa läpi, ja lapsi saa ilmaista mielipiteensä ja esittää mahdollisia muutosehdotuksia. Aina pyritään varmistamaan, että lapset ovat tietoisia prosessin kulusta ja itseään koskevasta keskustelusta.

Tavoitteet on hyvä pyrkiä rakentamaan siten, että korostetaan sitä myönteistä lopputulosta, johon kuntoutuksessa pyritään. Kielteisten asioiden välttämistä kuvaavat ilmaisut eivät kuvaa tavoiteltavaa tilaa, joten ne ovat haasteellisia tavoitteen toteutumisen arvioinnin näkökulmasta (esimerkki: lapsi ei karkaa vs. lapsi pysyy kotipihassa).

Esimerkki sosiaalisten taitojen vahvistumisesta

Kuntoutussuunnitelman mukaisena tavoitteena oli Villen sosiaalisten taitojen vahvistuminen kuntoutusprosessin aikana.

Tavoite: Ville (5 v) osallistuu yhteisiin leikkeihin muiden lasten kanssa

- 2 = Ville seuraa toisten lasten leikkiä sivummalta aikuisen kanssa.
- 1 = Ville valmistautuu menemään mukaan yhteiseen leikkiin. (Aikuinen tukee Villen liittymistä lapsiryhmään auttamalla Villeä ja toisia lapsia huomioimaan toistensa vuorovaikutusaloitteita nimeämällä ja vahvistamalla niitä.)
- 0 = Ville osallistuu kuntoutusjakson aikana leikkiin yhden tai useamman lapsen kanssa aikuisen tuella.
- +1 = Ville suunnittelee ja neuvottelee leikistä yhden tai useamman lapsen kanssa aikuisen tuella.
- +2 = Ville valitsee itse leikin ja kertoo toisille lapsille, että haluaa leikkiä tätä leikkiä.

Tavoitteiden asettamisen ohella vähintään yhtä tärkeää on yhteinen pohdinta lapsen ja perheen kanssa siitä, miten perhekuntoutus voi auttaa asetettuihin tavoitteisiin pääsemisessä. Myös tämän suunnitelman on tärkeä olla mahdollisimman havainnollinen, jotta sen toteutumista voidaan seurata: kenen tai keiden on tehtävä jotakin, mitä tämän tekemisen tulee olla, missä ympäristöissä se tapahtuu, kuinka

usein ja millä ajalla. Työntekijät ja vanhemmat pohtivat yhdessä, miten asetetut tavoitteet pilkkotaan eri perheenjäsenten kanssa työstettäviksi kokonaisuuksiksi. Esimerkissä tavoitteen toteutumista arvioidaan Villen toiminnan näkökulmasta, mutta aikuisen rooli tavoitteeseen pääsemisessä on keskeinen.

Esimerkki vaativaan perhetilanteeseen liittyvästä tavoitteesta

Kodin ilmapiiri on riitaisa, erityisesti Ville ja sisar tappelevat vaarallisesti. Lähettävän tahon tavoite oli perheen arjen toiminnan rakenteiden ylläpitäminen ja äidin vanhemmuuden vahvistaminen. Kuntoutuksen alkukeskustelussa perhe ja työryhmä yhdessä pohtivat, mitä lähettävän tahon tavoitteet voisivat sisältää. Keskustelun alussa äiti arvioi perheen hyvinvoinnin lisääntymisen kannalta keskeiseksi asiaksi sen, että asiakkaan (Villen) täytyy löytää keinoja rauhoittumiseen. Keskustelun edetessä todettiin kuitenkin yhteisesti, että koska Villellä itsellään ei tällä hetkellä ole keinoja itsensä rauhoittamiseen, tulee kuntoutuksessa pyrkiä niitä lisäämään. Tässä puolestaan tultiin yhteisesti siihen tulokseen, että pystyäkseen säätelemään tunteitaan ja rauhoittamaan käytöstään Ville tarvitsee äidiltä apua. Tämän pohjalta tavoitteeksi muotoutui äidin toimintatavan muuttuminen sellaiseksi, että Ville saa apua tunteidensa ja käyttäytymisensä säätelemiseen.

Tavoite: Äiti löytää keinoja auttaa Villeä rauhoittumaan

- 2 = Äidillä ei ole keinoja ilman voimakasta kehollista rajoittamista rauhoittaa Villeä hänen suuttuessaan. (Ville ei kuuntele puhetta, poistuu itse tilanteesta ja tyyntyy itseksensä.)
- 1 = Äiti pystyy pitämään itsensä rauhallisena Villen suuttuessa.
- 0 = Äiti pysyy lähellä Villen suuttuessa, vaikka ei Villen kovan vastustelun vuoksi voisi koskettaa Villeä.
- +1 = Äiti löytää sellaisen tavan koskettaa, joka auttaa Villeä rauhoittumaan.
- +2 = Äidin autettua Villeä rauhoittumaan he keskustelevat yhdessä tilanteesta.

Yksittäiselle kuntoutusjaksolle tai sopeutumisvalmennuskurssille tulisi asettaa yleensä sellaisia tavoitteita, joiden toteutumista on mahdollista arvioida kurssin päätteeksi. Jaksotetussa kuntoutuksessa GAS-asteikolle laadittavat tavoitteet voivat olla sellaisia, joissa tavoitteen saavuttaminen on arvioitavissa perheen arjessa kotona. Kuntoutusjaksolla näitä asioita harjoitellaan laitosympäristössä ja tehdään suunnitelma siitä, miten onnistuneet muutokset ovat siirrettävissä perheen arkeen. Tässä käytetään apuna myös välitehtäviä, joiden avulla vanhempia autetaan kytkemään kuntoutusjaksolla asetettuja tavoitteita kotioloihin. Välitehtävät suunnitellaan aina yhdessä perheen kanssa. Ne voivat olla monimuotoisia vaihdellen harjoiteltavasta asiasta jonkin ilmiön havainnointiin. Oleellista on, että välitehtävä tukee asetetun tavoitteen saavuttamista. Välitehtävästä sovitaan kunkin kuntoutusjakson lopulla arviointikeskustelussa, ja se kirjataan kuntoutuspäiväkirjaan. Tehtävän toteutuminen ja hyödyllisyys arvioidaan seuraavan jakson alussa. Jos kuntoutukselle asetettu päätavoite liittyy esimerkiksi perheen sisäisen ilmapiirin

parantumiseen, voidaan välitehtäväksi sopia jokin perheen yhteinen tekeminen tiettyinä aikoina.

Esimerkki lapsiperheen arjen muuttamisesta sujuvammaksi

Lapsen kuntoutussuunnitelmaan on kirjattu tavoitteeksi perhekuntoutukselle perheiden arkitilanteiden muuttuminen sujuvammiksi. Ensimmäisellä kuntoutusjaksolla perheen kanssa sovittiin, että aloitetaan tavoitteen asettelu miettimällä ruokailutilanteita kotona.

Tavoite: Perhe ruokailee yhdessä

- 2 = Perheenjäsenet ruokailevat olohuoneessa tai keittiössä kukin silloin, kun on nälkä.
- 1 = Vanhemmat yhdessä sopivat lapsille säännölliset ruoka-ajat ja huolehtivat niiden toteutumisesta.
- 0 = Koko perhe ruokailee yhdessä viikonloppuisin.
- +1 = Koko perhe ruokailee yhdessä vähintään kerran päivässä.
- +2 = Yhdessä ruokailemisesta on tullut perheelle säännöllinen arkirutiini.

7.3.3 Lapsen osallisuus tavoitteiden määrittelyssä

Lapset osallistuvat tavoitteen asettamiseen aktiivisesti mutta kuitenkin omien edellytystensä mukaisesti. Aikuisten ja viime kädessä kuntoutustyöntekijöiden vastuulla on tehdä olosuhteista sellaiset, että ne mahdollisimman hyvin tukevat lapsen osallistumista. Lapselle keskustelun käyminen voi olla haastavaa paikallaan istuen, mutta se voi onnistua oikein hyvin esimerkiksi jonkin yhteisen tekemisen lomassa (Mellenius 2013). Yksi hyvä keino on pyytää perhettä kuvailemaan mahdollisimman tarkkaan sellaista arkea, jossa kaikilla perheenjäsenillä on hyvä olla. Tätä kuvausta voidaan täydentää esimerkiksi piirtämällä tai maalaamalla. Lasten saaminen mukaan tällaiseen työskentelyyn on yleensä helppoa, ja samalla päästään helposti myös GAS-lomakkeelle pilkottavaan tavoitteeseen. Koska lapset ja nuoret ovat kiinnostuneita pelaamisesta, voi pelien käyttäminen olla tulevaisuudessa hyvä keino lisätä heidän aktiivista osallistumistaan tavoitteenasetteluun. Tästä esimerkkinä on tämän luvun kirjoittamishetkellä kehitteillä oleva Spiral-lautapeli, josta on alustavasti saatu hyviä käyttökokemuksia myös MLL:n Lasten ja Nuorten Kuntoutussäätiön järjestämällä nuorten sopeutumisvalmennuskursseilla (Koskinen 2015).

Kaikille perheenjäsenille ymmärrettävän kielen käyttäminen sekä perheen arvojen ja keskeisten ajattelutapojen kunnioitus on olennainen osa kuntoutustyötä. Työntekijä on vastuussa siitä, että kaikki perheenjäsenet tulevat kuulluiksi ja ymmärretyiksi. Esimerkiksi sana ”tavoite” on lapsen vaikea ymmärtää ja usein hankala liittää arkielämäänsä. Sanan merkitys on tärkeä avata lapselle kuvaavin esimerkein tai mahdollisesti valita sen tilalle jokin havainnollisempi ilmaisu.

Lapsen on helppo sitoutua sellaiseen kuntoutustavoitteeseen, jonka toteutuminen näkyy positiivisena muutoksena hänen arjessaan ja jonka hän kokee itselleen tärkeäksi. (Pärnä 2010a, 251–273.) Perheen vanhemmilla on tärkeä rooli lapselle havainnollisten, kotiarjessa näkyvää muutosta kuvaavien ilmaisujen löytämisessä. Vanhemmat ja työntekijät pyrkivät yhdessä valitsemaan sellaiset ilmaisut, jotka vastaavat lapsen ymmärryskykyä. Tähän on syytä varata riittävästi aikaa. Lapsen ja perheen kanssa yhdessä mietitään, mitä tavoitetasoon pääseminen kunkin perheenjäsenen kohdalla voisi tarkoittaa, ja minkälaisia toimenpiteitä se keneltäkin edellyttää. Kuntoutustyöntekijät toimivat apuna tässä prosessissa ja huolehtivat kirjaamisesta. Usein on hyvä kirjata tavoitteet ensin isolle paperille, jotta ne ovat kaikille näkyvillä. Varsinainen puhtaaksikirjoittaminen GAS-lomakkeelle voidaan tehdä viimeiseksi. Valmiit tavoitteet kopioidaan perheen kuntoutuspäiväkirjan kansilehdelle, jolloin kuntoutuksen tavoitteet ohjaavat menetelmien valintaa ja kaikkea työskentelyä perheen kanssa. Sekä perhe että työryhmä arvioivat kuntoutusjakson aikana päivittäin työskentelyn tavoitteellisuutta.

Esimerkki toiminnanohjauksen tavoitteiden laatimisesta

Lähettävä taho on kirjannut Villen (13 v) kuntoutussuunnitelmaan tavoitteeksi perhekuntoutukselle oman toiminnanohjauksen taitojen vahvistumisen. Perheen kanssa tavoitekeskustelussa pohditaan, missä arkisessa tilanteessa oman toiminnan ohjauksen taitojen vahvistuminen erityisesti parantaisi perheen arjen sujumista. Keskustelussa päädytään Villen omasta aloitteesta siihen, että asetetaan tavoitteeksi Villen omatoiminen kouluun lähteminen. Ville, vanhemmat ja kuntoutustyöntekijät tekevät myös suunnitelman siitä, miten perhekuntoutuksen keinoin voidaan edistää tähän tavoitteeseen pääsemistä.

Tavoite: Ville oppii lähtemään aamuisin itsenäisesti kouluun

- 2 = Vanhemmat muistuttavat Villeä aamutoimista ja huolehtivat siitä, että hän ehtii koulutaksiin.
- 1 = Ville pukee itsenäisesti (Picture Communication Symbols- eli pcs-kuvat tarvittaessa apuna) ja sen jälkeen suoriutuu loppuista aamutoimista vanhempien ohjauksen avulla.
- 0 = Villen aamutoimet on jaettu kuvitettuihin vaiheisiin, ja hän pystyy suoriutumaan näistä yksi kerrallaan vanhempien auttaessa sanallisesti siirtymään vaiheesta toiseen.
- +1 = Ville siirtyy kuvitetusta vaiheesta toiseen omatoimisesti.
- +2 = Ville suoriutuu aamutoimista itsenäisesti ilman kuvallista tukea. Vanhempien ohjausta tai kuvitettua tukea tarvitaan vain niissä tilanteissa, jotka poikkeavat normaaleista aamurutiineista.

7.3.4 *Tavoitteen toteutumisen arviointi*

Kaikki perheenjäsenet osallistuvat kuntoutuksen tavoitteiden toteutumisen arviointiin. Perheenjäsenten esiin tuomista arjessa tapahtuneista muutoksista ja huomioista keskustellaan yhdessä. Tavoitteen saavuttamisen numeerisen arvon ohella on tärkeä huolellisesti pohtia toteutuneita muutoksia laadullisesti ja miettiä niihin johtaneita syitä. Myös tavoitteen saavuttamisen muista myönteisistä vaikutuksista esimerkiksi lapsen tai vanhempien itsetuntoon ja perheen sisäiseen vuorovaikutukseen on tärkeä muistaa riittävästi käydä keskustelua. Kun tapahtunut muutos on toivottu ja myönteinen, on erityisen tärkeää etsiä perheenjäsenten kanssa keinoja, jotka tukevat myönteisen muutoksen pysymistä ja estävät takaisin alkutilanteeseen luisumista. Myös mahdollisen jatkotyöskentelyn tarvetta tavoitteen saavuttamiseksi on tärkeä miettiä. Parhaimmillaan tällainen pohdinta auttaa perhettä tulemaan tietoisemmaksi ongelmanratkaisukeinoistaan ja vahvuuksista, jotka voivat auttaa heitä tulevaisuudessakin selviämään paremmin haastavista tilanteista.

Lapsen osallistuminen kuntoutuksen tavoitteiden saavuttamisen arvioimiseen on tärkeää. Työntekijän tehtävänä on osata kysyä lapselta oikeita kysymyksiä ja löytää keinoja, joiden avulla lapsen on mahdollista kuvata arjessa tapahtuneita muutoksia. Lapset osaavat usein antaa havainnollisia esimerkkejä muuttuneista arjen tilanteista, kun niitä vain osataan heiltä kysyä. Usein vanhemmilla on hyvä ymmärrys ja tieto siitä, miten lapselta kannattaa asioita kysyä, joten työntekijä voi hyvin tarjota tätä roolia heille. Työntekijä puolestaan voi olla keskustelun avaaja ja tuoda esiin omia huomioitaan siitä, mitä tilanteessa tapahtuu. Työntekijän on tärkeä myös kirjata keskustelu niin, että kaikki osalliset pystyvät sitä seuraamaan.

Arviointikeskustelussa työntekijä aktivoi perhettä pohtimaan kuntoutuksen aikana tapahtuneita muutoksia kysymällä arjen muutosten havainnointiin ohjaavia kysymyksiä. Esimerkkejä tällaisista kysymyksistä voivat olla muun muassa seuraavat: Mitä muutoksia käytännössä on tapahtunut? Millaisista asioista muutoksen huomaa? Mitkä asiat auttoivat muutosten aikaansaamisessa? Mitä tehtiin? Kuka teki? Lasten ymmärtämällä tavalla voi kysyä, onko jokin asia paremmin kuin ennen, tai nykyhetken painottuen, mitä lapsi ajattelee tai tuntee nyt jonkin asian suhteen. Kysymykset on hyvä muodostaa tavoitteesta käsin, esimerkiksi auttaako se, että äiti koskettaa ja juttelee sinulle? Miltä se tuntuu? Miten se auttaa? Puheen lisäksi lasta voi pyytää kuvailemaan nykytilannetta piirtämällä tai muilla luovilla tavoilla. Lapset voivat piirtää tai tuottaa leikkiinsä tunnelmia ja sisältöjä, joista voi kysyä lisää ja liittää tätä tietoa arviointiin.

Arviointikeskustelussa pyritään siihen, että kaikki perheenjäsenet ovat mukana. Keskustelun aluksi työntekijä vielä varmistaa, että kaikki mukana olijat tietävät, että kyse on tavoitteiden mukaisten muutosten arvioinnista. Keskusteluun on hyvä valmistautua niin, että erityisesti vanhempia ohjataan pohtimaan etukäteen muutoksia ja niihin vaikuttaneita tekijöitä. Pohdintaa voi tukea valmiilla kysymyssarjalla tai puolistrukturoidulla kysymyslomakkeella, jota vanhemmat lasten kanssa voivat täyttää jo ennen arviointikeskustelua. Näitä vastauksia syvennetään sitten varsinaisessa keskustelutilanteessa. Tavoitekeskustelun tapaan myös

arviointikeskustelussa työntekijän tärkeä tehtävä on huolehtia kaikkien perheenjäsenten kuulemisesta ja tasapuolisuudesta. Jos käytettävissä on enemmän kuin yksi työntekijä, vanhempien ja lasten kuuleminen erillään voi olla hyvä käytäntö. Lapset voivat tällöin ensin pohtia tavoitteiden saavuttamista työntekijän kanssa omasta näkökulmastaan, ja vanhemmat omastaan. Tämän jälkeen kokoonnutaan taas yhteen, ja tuodaan molempien keskustelujen sisällöt yhteiseen puheeseen. Lapset ovat yleensä kiinnostuneita kuulemaan vanhempien ajatuksia yhteisessä keskustelussa. Lasten viihtymistä keskustelutilaisuudessa voidaan lisätä varaaamalla mukaan esimerkiksi piirustusvälineitä ja leluja.

Pitkissä, jaksotetuissa kuntoutusprosesseissa tavoitteiden toteutumista ja tavoitteenasettelun onnistumista arvioidaan erikseen jokaisen jakson lopussa, ja taas uudelleen seuraavan kuntoutusjakson alussa. Tämän lisäksi keskeistä on koko kuntoutusprosessin ajan pitää perheen tavoitteita aktiivisesti esillä ja käydä sekä perheen kanssa että työryhmän sisällä vuoropuhelua siitä, miten valitut menetelmät ja työtavat edistävät tavoitteiden saavuttamista ja miten tavoitteisiin pääsemisessä edistytään.

Kun tavoitteiden toteutumista arvioidaan kuntoutuksen päättyessä, arvioidaan aina samanaikaisesti myös tavoitteenasettelun onnistumista. Kun kuntoutusjakson alussa asetettua tavoitetta arvioidaan jakson lopulla, on usein jo mahdollista arvioida myös asetetun tavoitteen saavutettavuutta ja tarkoituksenmukaisuutta. Tavoitetaso on saatettu asettaa liian matalaksi tai korkeaksi, ja myös tämän asian arviointi on tässä kohdassa tärkeä tehdä. Usein perhe tuo esille myös sellaisia myönteisiä kuntoutuksen lopputuloksia, joita ei ole kirjattu varsinaisiksi kuntoutuksen tavoitteiksi. Tästä syystä perhekuntoutusprosessin onnistumista tai tuloksellisuutta ei koskaan voida arvioida pelkästään kuntoutuksen alussa asetettujen tavoitteiden toteutumisen näkökulmasta, vaan tilaa tulee antaa myös uusille oivalluksille ja niistä oppimiselle.

7.3.5 Lopuksi

Tässä luvussa (7.3) on keskitytty asioihin, joita kokemuksemme perusteella perhekuntoutuksen tavoitteenasettelussa ja tavoitteiden toteutumisen arvioinnissa on tärkeä huomioida. Perhekuntoutuksen moninaisuus ja tilannekohtaisuus heijastuvat aina kuntoutukselle asetettaviin tavoitteisiin. Erityisiä tavoitteenasettelun haasteita ovat suurien asiakokonaisuuksien hallinta ja keskeisten asiasisältöjen tunnistaminen sekä näistä havainnollistavien, yksityiskohtaisten tavoitteiden muotoilu. Perhekuntoutukselle on tyypillistä, että prosessin alussa asetetut tavoitteet selkiytyvät, täsmentyvät ja muuttuvatkin kuntoutusprosessin kuluessa. Monen perheen kokonaistilanne on usein siinä määrin kuormittunut, että kuntoutuksen alkuvaiheessa tarvitaan kuntoutustyöryhmän perusteellista paneutumista perheen ajankohtaisen elämäntilanteen selkiyttämiseen sekä olemassa olevan palvelukonaisuuden hahmottamiseen. Tämä vie usein huomattavan paljon aikaa, jolloin yksityiskohtaisten kuntoutustavoitteiden muodostamiseen ei luonnollisesti päästä

heti prosessin alussa. Toisaalta selvyiden saaminen mutkikkaaseen kokonaisuuteen usein auttaa perhettä paremmin näkemään myös oman roolinsa ja vaikutusmahdollisuutensa tässä kokonaisuudessa.

Kuntoutuksen tuloksellisuuden todentamisessa vaaditaan enenevässä määrin kuvailevan arvioinnin ohella numeerisesti mitattavissa olevia muutoksia. Perhekuntoutuksen osalta tämä on jonkin verran ongelmallista. Perhekuntoutuksessa asiakkaaksi on tavallisesti määritelty yksi perheen lapsista, mutta vain pieni osa perhekuntoutuksen kuntoutustoimenpiteistä kohdistuu yksinomaan häneen. Kuntoutuksen aikana saavutetut tulokset eivät yleensä olekaan todennettavissa numeerisina muutoksina lapsen yleisessä kehitystasossa tai sairauden oireissa. Toisaalta tällaisiin muutoksiin ei perhekuntoutuksen keinoin juuri voida tai yritetäkään saavuttaa. Asiat, joihin ensisijaisesti pyritään vaikuttamaan, ovat lapsen ja perheen arjen toimintakyky ja yleinen hyvinvointi. Näissä asioissa tapahtuvien muutoksien mittaamiseen ei puolestaan ole olemassa standardoituja, vertailukelpoisia menetelmiä. (Autti-Rämö 2008.)

GAS-menetelmä tekee kuntoutuksen tavoitteen saavuttamisen arvioinnista parhaimmillaan hyvin käytännönläheistä ja selkeää ja sitä kautta antaa myös näyttöä kuntoutuksen vaikuttavuudesta. Menetelmän käyttö perhekuntoutuksessa ei kuitenkaan välttämättä ole aina ihan yksinkertaista; pieniä, yksityiskohtaisia, mitattavissa olevia muutoksia miettiessä saattaa sortua asettamaan kuntoutukselle sellaisia tavoitteita, joiden saavuttamisella ei ole juurikaan merkitystä perheen arjen muutostoiwideiden kannalta tai joiden toteutumista ei voida edistää perhekuntoutuksen menetelmin. Tavoitteen mielekkyyden ja toteuttamiskelpoisuuden arviointiin onkin hyvä muistaa pysähtyä jokaisessa tavoitteenasettelutilanteessa. Tärkeä on myös huolehtia siitä, ettei tavoitteenasettelussa käytettävä menetelmä itsessään ala liikaa ohjata kuntoutuksen sisältöä. GAS-lomake on apuväline, jonka tarkoitus on selkiyttää ja konkretisoida asetettavia kuntoutustavoitteita. Erityisesti perhekuntoutuksessa voi joskus olla perusteltua käyttää GAS-lomaketta joustavasti soveltaen, jotta voidaan välttää liian pienten ja kokonaisuuden kannalta epäoleellisten tavoitteiden asettaminen.

Tavoitteen asettamistilanne tulisi osata nähdä tärkeänä interventiona, joka hyvin keskeisesti vaikuttaa siihen, mihin suuntaan perheen kuntoutusprosessi lähtee etenemään. Yhteenvetona voidaankin todeta, että tavoitteiden asettaminen on yksi perhekuntoutusprosessin tärkeimmistä ja samalla vaativimmista tehtävistä, joka vaatii huolellista paneutumista ja jatkuvaa kriittistä tarkastelua. Onnistuakseen se edellyttää luottamukseen ja kunnioitukseen perustuvan vuorovaikutussuhteen luomista lapsen ja hänen perheensä kanssa.

7.4 Mielenterveyskuntoutuksen tavoitteet | [Kirsti Niskala](#)

Tämä luku pohjautuu Kelan Aikuisten avomuotoisen mielenterveyskuntoutuksen kehittämishankkeen (AMI-hanke) tuloksiin. Hanke toteutettiin vuosina 2010–2015

ja se kohdistui työsuhteessa oleviin aikuisiin, joilla oli masennuksen vuoksi vaikeuksia selvittää työssään.

Mielenterveyskuntoutuksessa kuntoutuksen ammattilaisilla on oltava riittävästi aikaa perehtyä asiakkaan taustatietoihin, B-lausuntoihin ja kuntoutushakemukseen. On erittäin tärkeää, että ensimmäiseen tapaamiseen paneudutaan huolella ja luodaan luottamuksen ilmapiiri, joka takaa tavoitteiden syvällisen pohdinnan myöhemmin. On hyvä toteuttaa ensimmäinen tapaamiskerta yksilöllisesti ja käyttää aikaa tutustumiseen, asiakkaan syvälliseen haastatteluun ja hänen tarpeidensa kartoitukseen, kuntoutuksen esittelyyn ja mahdollisiin kysymyksiin vastaamiseen. Kotitehtävänä asiakasta voidaan pyytää miettimään, mikä olisi toisin kuntoutuksen päätyttyä millä tahansa asiakkaan tärkeäksi näkemällä elämänsä osa-alueella. Pohdintaa tukemaan voidaan antaa tehtävä, jossa houkutellaan asiakasta ajattelemaan eri puolia elämästään, fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin kannalta. Myös erilaisten vuorovaikutussuhteiden pohtiminen sekä työssä että vapaa-ajalla on tärkeää.

Toisella tapaamiskerralla paneudutaan jälleen yksilöllisesti tavoitteiden laadintaan. Asiakasta autetaan työntekijän oman ammattitaidon puitteissa. Moniammatillinen tiimi auttaa asiakasta näkemään asioita eri näkökulmista. Näin tavoitteista saadaan asiakaslähtöisiä. Asiakkaan omat ajatukset saavat tulla esiin ja niihin suhtaudutaan kunnioittavasti. Hän on asiantuntija omaa työkykyään ja elämäntilannettaan määritellesään. Tavoitteilla saadaan asiakkaan oma kuntoutustavoite näkyväksi ja edistämään kuntoutusprosessia. Hän saa oman äänensä kuuluville ja rohkaistuu samalla toimimaan aktiivisesti kuntoutuksessaan ja otamaan aktiivisena oman paikkansa myös ryhmätapaamisissa.

Tavoitteet voivat olla hyvin erilaisia. Riittää, että ne ovat asiakkaalle mielekkäitä ja että ne noudattavat GAS-tavoitteiden asettamiseen sovittuja periaatteita (SMART). Kuntoutuksen ammattihenkilö auttaa asiakasta muotoilemaan tavoitteet yksilöllisiksi, mitattaviksi, saavutettaviksi, realistisiksi ja merkityksellisiksi sekä sellaisiksi, että ne on mahdollista aikatauluttaa. Tavoitteena on löytää asiakkaan arjesta tavoitteiksi konkreettisia asioita, jotka toteutuessaan helpottavat arkea myöhemmin. Yleensä aikataulu tavoitteiden saavuttamiseksi mielenterveyskuntoutuksessa on laadittu kuntoutuksen päättyessä mitattavaksi. Tavoitteita käsitellään kuntoutuksen edetessä sopivin välein joko yksilötapaamisissa tai mukavalla tavalla myös ryhmässä. Jokainen kertoo ryhmässä ollessaan tavoitteestaan sen, mitä itse haluaa sanoa ryhmän aikana. Kuntoutuksen päättyessä tehdään sen hetkisen tilanteen mukaan asiakkaalle jatkosuunnitelmia siitä, kuinka hän etenee elämässään. (Autti-Rämö ym. 2010.)

7.4.1 Mielenterveysasiakkaan GAS-tavoitteiden kirjo

Mielenterveysasiakkaiden tyypillisimmät tavoitteet ovat liittyneet ihmisen olemassaoloa kuvaaviin tasoihin, kuten fyysiseen, fysiologiseen, psykologiseen tai eksistentiaaliseen tasoon (Roxendal ja Winberg 2002, 25–36). Tavoitteet tarkentu-

vat useimmiten uneen, ravintoon, vuorovaikutukseen tai vuorovaikutussuhteisiin, ajattelumalleihin, liikuntaan, harrastuksiin, työhön, rentoutumisen oppimiseen ja mm. kodinhoitoon ja talouteen liittyviin kysymyksiin. Yhdessä ryhmässä saattaa olla näitä kaikkia tavoitteita monipuolisesti. Usein ryhmästä löytyy onneksi ainakin toinen, jolla on samantapainen tavoite, ja asiakas huomaa, ettei hän ole yksin haasteineen. Usein keskusteluissa huomataan, että saman tilanteen on kokenut moni muukin jossain vaiheessa elämäänsä. Näin terapeutit tekijät tulevat ryhmässä esiin (Skjaerven 2004, 5–9). Ensimmäinen terapeutin tekijä on toivo paremmasta. Positiiviseen muotoon asetetut tavoitteet antavat toivoa. Toinen terapeutin tekijä on erilaisten tekijöiden universaalisuus. Muillakin on tilanteita, joista olen kuvitellut kärsiväni ainoana maailmassa. Siitä johtuva heikko itsetunto alkaa kohota ja ryhmässä jäsenet antavat tukea toinen toisilleen ja jakavat näkemyksiään. Samalla opitaan toinen toiselta itselle tärkeitä asioita.

7.4.2 Esimerkkejä GAS-tavoitteiden asettelusta mielenterveysasiakkailta

Uneen liittyvät tavoitteet sisältävät usein normaalin vuorokausirytmien palauttamisen ja yhtenäiseen unijaksoon eli unen laatuun liittyviä asioita. Nukahtaminen on joskus vaikeaa. Joskus väsymyksen takaa paljastuu uniapnea, jota ei ole havaittu aiemmin. Tavoitteiksi on asetettu nukahtaminen helpommaksi, riittävä yöuni, unirytmien normalisoituminen, hyvät yöunet ilman painajaisia, nukun yöni paremmin (heräilen vain harvoin, nukun yhtäjaksoisesti), parempi uni – herään virkeänä, unirytmien löytäminen.

Esimerkkejä unen laadun parantamiseen liittyvistä tavoitteista:

Henkilö A

- 2 = 1–3 tunnin unijaksoja yössä
- 1 = 4–5 tunnin yhtenäinen unijakso
- 0 = 5–6 tunnin yhtenäinen unijakso
- +1 = 6–7 tunnin yhtenäinen unijakso
- +2 = 7–8 tunnin yhtenäinen unijakso

Henkilö B

- 2 = Katson tv:tä sängyssä
- 1 = Suljen tv:n puoli tuntia ennen unta
- 0 = Tv on siirretty olohuoneeseen
- +1 = Olohuoneessa suljen tv:n tunti ennen unta
- +2 = Osaan rauhoittaa itseni myös ilman tv:tä

Unen laatuun liittyviä tavoitteita voi porrastaa monella tavalla riippuen tavoitteesta. Joskus illan unirituaalien porrastaminen vähitellen parempaan uneen tuottaa tuloksia. Porrastaminen voi liittyä esimerkiksi makuuhuoneen valoisuuteen, lämpötilaan, järjestykseen, tv:n, tietokoneen tai kännykän käytön vähentämiseen, iltaruokailuun, iltaliikuntaan, työstressin vähentämiseen. Joskus myös

patjan, tyynyn ja sänkyvaatteiden vaihtamisella voi olla vaikutusta samoin kuin nukkuma-asennolla. Miten porrastus tehdään, riippuu syvässä haastattelussa esiin nousseista, asiakkaan arkielämää ja tapoja kuvaavista tilanteista siitä, ja miten hän näkee mahdolliseksi edetä.

Painonhallintaan ja ruokailuun liittyvät asiat tulevat silloin tällöin tavoitteiksi. Monesti paino on alkanut nousta liikunnan vähentymisen seurauksena, lääkityksen sivuvaikutuksena, lohtu- tai roskaruoan syömisen lisääntyneenä tai liian lyhyiden yöunien tai väsymyksen takia. Haastattelussa ja tavoitteenasettelussa pyritään löytämään painonhallinnan sijaan terveelliseen ruokavalioon liittyviä, askel askeleelta eteneviä pieniä tavoitteita. Kun kilojen vähentäminen on asetettu tavoitteeksi, se voi toteutua ankaralla dieetillä kurssin lopussa, mutta kun seurannat jatkuvat, paino on saattanut nousta jälleen viikoittaisten tapaamisten loppumisen jälkeen. Terveellisempään ruokailuun päästään jo löytämällä itselle sopiva ateriaritmi, sopivat välipalat ja ruoka- ja janojuomat. Myös lautasmallin toteuttaminen ja keskustelu ruoka-aineiden ominaisuuksista auttavat valikoimaan lautaselle elimistön tarvitsemia ruoka- ja rakennusaineita.

Esimerkki painonhallintaan liittyvistä tavoitteista: muutan ruokailutottumuksiani terveellisemmiksi

- 2 = Vihannekset, hedelmät ja marjat jäävät kauppaan tai metsään/maahan
- 1 = Syön ajoittain lounaalla salaattia
- 0 = Syön lounaalla salaattia
- +1 = Lisään aamupuuroon tai jogurttiin marjoja, syön lounaalla salaattia
- +2 = Syön joka aterialla ainakin pienen annoksen vihanneksia, hedelmiä tai marjoja, välipaloksi varaan hedelmiä tai pähkinöitä mukaani

Fyysisen kunnon parantaminen on selkeä ja helppo ottaa tavoitteeksi, mutta miten porrastaa tavoitteet niin, että ne on mahdollista saavuttaa? Määrällisiä tavoitteita voi olla helppoa asettaa, mutta niiden toteutus on vaikeampaa. Monella mielenterveysasiakkaalla on ikäviä kokemuksia koululiikunnasta. Heidä on lähes joka ryhmässä useampi henkilö. Heidät on usein valittu viimeiseksi joukkueeseen ja/tai he ovat kuulleet jonkin ikävän huomautuksen hitaudesta, kömpelyydestä tai ylipainosta. Liikunnan ilo on saattanut hukkaa lukuisiin testeihin, joita liikuntatunneilla on tehty. Liikunta on alkanut tuntua vastenmieliseltä tai ainakin hampaat irvessä tekemiseltä. Haastattelussa on hyvä käydä läpi mahdolliset liikkumisen esteet ja ikävät liikuntakokemukset, hyviä kokemuksia unohtamatta.

Liikkumiseen, saati liikunnasta nauttimiseen vaikuttavat myös erilaiset kivut. Joskus asiakas on päättänyt juosta ja saada painon vähenemään, mutta polvi tai nilkka on alkanut oireilla. Silti hän on päättänyt jatkaa juoksemistaan, kunnes polvi tai nilkka on kipeytynyt niin, että juokseminen on ollut pakko lopettaa. Kun paino on alkanut vähetä säännöllisillä, reippailla kävelylenkeillä, polven tai nilkan oireet ovat hävinneet. Liikunnan määrä voi kasvaa ajallisesti, mutta liikuntalaji vaihtua. Tulos voi olla monin verroin parempi kuin tavoite alussa, mutta miten se tulkitaan GAS-arvioinnissa? Esimerkkitapauksessa oli onneksi suositusten mukaan asetettu kaksi eri tavoitetta, niin kuin aina on syytä tehdä, jotta tulos on

mitattavissa. Painonhallintatulokset ylittivät odotukset, mutta fyysisen kunnon kohottaminen juoksemalla ei onnistunut, vaikka kunto nousikin pidemmällä ja reippaammilla kävelylenkeillä. Liikunnan lisäämisessä on hyvä välttää tietyn liikuntalajin nimeämistä aluksi, koska se voi vaihtua helposti toiseen, ehkä turvalisempaan ja terveellisempään lajiin tai ennen kaikkea sellaiseen lajiin, josta pystyy nauttimaan ja jota pystyy harrastamaan ehkä ympäri vuoden.

Liikunnan tavoitteena voi olla siirtyminen suorittamisesta nauttimiseen itseään kuunnellen ja itseään huomioiden tai hyvän olon tunteen löytäminen liikunnan avulla. Siirytään määrällisistä tavoitteista laadullisiin tavoitteisiin.

Esimerkki fyysiseen kuntoon liittyvistä tavoitteista: liikun omasta halustani

- 2 = Pakotan itseni liikkumaan, muttei kovin hyvin onnistu
- 1 = Liikun pakottamalla
- 0 = Haluan liikkua kerran viikossa
- +1 = Haluan liikkua kaksi kertaa viikossa
- +2 = Haluan liikkua useasti viikossa

Mielenterveyskuntoutuksessa on usein ihmisiä, joilla on erilaisia haasteita **vuorovaikutustilanteissa**. Kontakti omaan itseen voi olla heikentynyt fyysisellä, sisäisen puheen sekä luovuuden tasolla. Ongelmanratkaisukyky on heikentynyt. Kontakti todellisuuteen sekä tilassa että ajassa voi olla kadonnut tai heikentynyt. Myös huonot kontaktit muihin ihmisiin ovat eri tavoin vaikeuttamassa ihmisen hyvinvointia. (Dropsy 1987, 25–26.)

Esimerkkejä vuorovaikutukseen liittyvistä tavoitteista:

Osaan kuunnella myös kehoani

- 2 = Stressaannun helposti
- 1 = Tunnistan jännittyneisyyteni
- 0 = Osaan kuunnella kehoani ja rentouttaa itseni tarpeen mukaan
- +1 = Oloni on ajoittain levollinen
- +2 = Perusvireeni on levollinen

Elän tässä ja nyt

- 2 = Näen uhkakuvia jopa vuoden päähän eteenpäin, märehdin mennyttä
- 1 = Joudun muistuttamaan itseäni palaamaan tähän hetkeen
- 0 = Elän tässä ja nyt
- +1 = Pystyn katsomaan elämää rauhallisesti eri suuntiin
- +2 = Nautin elämästäni iloineen ja suruineen

Stressin vähentäminen töissä

- 2 = Töissä jatkuva kaaos, työn laatu kärsii
- 1 = Töissä kaaos ajoittain, stressaannun silloin tällöin
- 0 = Stressi on vähentynyt, kun osaan keskittyä yhteen asiaan kerrallaan
- +1 = Olen aikatauluttanut työni, enää harvoin ”hässäkkää”
- +2 = Saan asioita valmiiksi rauhassa

Alkuhaastattelussa on hyvä kysyä rentoutumisen taidosta. **Rentoutuminen** on kaikille tuttua, mutta usein se unohdetaan kiireen ja hälinän keskellä. Unohdetaan pysähtyä ja kuunnella itseä, ajatusten virtaa ja kehon viestejä ja toiveita. Mielen-terveyskuntoutuksen yksi keskeisistä oppimistavoitteista on rentouden uudelleen oppiminen ja levollisen olotilan palauttaminen joko erilaisin rentouden tai keho-tietoisuusharjoitusten avulla. Rentoutumista tarvitaan sekä työssä että kotona. Rentoutuminen on oiva väline paitsi fyysisten kipujen myös erilaisten pelkojen poistoon. Nukahtaminen illalla helpottuu rentoutuneena. Myös yöllä uudelleen nukahtaminen nopeutuu taidon myötä. Monet ovat kertoneet rentoutumisen aut-taneen nukahtamaan nopeammin kuin unilääkkeen ottamisen jälkeen.

Paniikkikohtaukset on voitu estää tekemällä rentoutusharjoitus heti ensim-mäisten merkkien ilmaannuttua. Kun harjoitellaan säännöllisesti, paniikkioireet yleensä vähenevät ja jäävät myös pois ahkeran harjoittelun myötä. Monet ovat kertoneet säännöllisen rentoutusharjoittelun tuoneen itsevarmuutta lisää. He ovat oppineet myös pysäyttämään päässä pyörivät ajatukset ja ovat antaneet ajatuksen ”Kannattaa ajatella mitä kannattaa ajatella” tulla tilalle ja löytäneet muuta ajatel-tavaa. Myös vuorovaikutustaitojen on huomattu paranevan rentouden kasvaessa, kun ei enää tarvitse jännittää mokaavansa tai sanovansa jotain ”väärää”. Sovellettu rentoutus, BBAT-menetelmä (*Basic Body Awareness* -terapia), tai vaikkapa hengi-tyskoulun harjoitukset, kun niitä ohjataan maltillisesti ja johdonmukaisesti, vievät asiakasta helposti kohti keinoja, joita hän voi itse käyttää sekä oman mielen että myös kehon hyvinvointiin.

Eräs asiakas kertoi BBAT-tunnilla kokeneensa ikään kuin paluun kotiin. Oma keho oli tullut jälleen tutuksi. Ihminen on psykofyysinen kokonaisuus, ja tottu-musten havainnointia tarvitaan sekä mielen että ajattelun tasolla. Kun tottumuksia halutaan muuttaa, niitä on tehtävä asiakkaalle itselleen parhaalla mahdollisella tavalla.

Esimerkkejä rentoutumiseen liittyvistä tavoitteista:

Stressihallintakeinojen omaksuminen

- 2 = Hermostun pienistäkin asioista
- 1 = Hermostun vain harvoin pienistä asioista
- 0 = Osaan käyttää harkintakykyä
- +1 = Suhtaudun asioihin leppoisammin
- +2 = Haastavissakin tilanteissa osaan toimia

Rentoutumisen taidon oppiminen

- 2 = Jännitän koko ajan, en osaa rentoutua
- 1 = Huomaan jännitykset ja kokeilen rentoutuskeinoja kotona
- 0 = Osaan monenlaisia rentoutuskeinoja ja käytän niitä jännitysten poista-miseen sekä kotona että työssä
- +1 = Jatkan harjoittelua, jotta rentoutumisen taito säilyy
- +2 = Olen omaksunut rennon asenteen

Asiakkaalla voi olla tavoitteena kodin siisteydestä tai talousasioista huolehtiminen. Eräs asiakas kertoi kuntoutuksen aikana muuttuneensa harvoin ja vastenmielisesti siivoavasta henkilöstä kaksi kertaa viikossa imuroinnista tykkääväksi kotihengettäreksi. Etenkin yksinhuoltajilla on väillä pulaa omasta ajasta, kun toinen vanhempi on etävanhempi tai kun puoliso on kuollut.

Esimerkki elämänhallintaan liittyvistä tavoitteista: raha-asioiden tasapainottaminen

- 2 = Spontaanit nettiosotot tai heräteostokset jatkuvat
- 1 = Vain joskus sorrun heräteostoksiin
- 0 = Laskut on maksettu ajallaan
- +1 = Suunnittelen ostokseni
- +2 = Tilillä on rahaa seuraavaan palkanmaksuun asti

7.4.3 Mietteitä GAS-tavoitteista mielenterveyskuntoutuksessa

GAS-tavoitteiden käyttöönotto mielenterveyskuntoutuksessa on tuonut mukavasti ryhtiä koko kuntoutusmuotoon. Hyvin laaditut tavoitteet kannustavat ihmisiä menemään kohti toivottua tulevaisuutta. Tavoitteiden etenemisen seuranta tapaamiskerroilla auttoi monia mielenterveysasiakkaita pitämään tavoitteensa paremmin mielessään. Ne auttoivat sitoutumaan sekä kuntoutukseen että myös ryhmään tavoitteiden jakamisen seurauksena. Olisi hyvä kysyä tapaamisen alkuvaiheessa: ”Minkä asioiden olet huomannut menneen eteenpäin?” ja lopussa voi kysyä: ”Mitä aiot edistää seuraavaan kertaan?”.

7.5 Ikääntyneiden asiakkaiden tavoitteet gerontologisessa kuntoutuksessa *Aila Pikkarainen ja Mari Kantanen*

Tässä luvussa kuvataan ikääntyneiden asiakkaiden erityispiirteitä ja heidän kuntoutustavoitteidensa tunnistamista, asettamista ja seurantaä käytettäessä GAS-menetelmää. Esimerkkien kautta esitetään, miten laajoista tavoitteista päästään yksilöityihin, ICF-luokituksen suoritusta ja osallistumista kuvaaviin tavoitteisiin. Lopuksi esitetään johtopäätökset ja suositukset ikääntyneiden asiakaslähtöisen tavoiteprosessin edistämiseksi GAS-menetelmän käyttötilanteissa.

Luku perustuu Kelan IKKU-hankkeen (Ikääntyneiden kuntoutujien yhteistoinnillisen kuntoutuksen kehittämishanke) aikana koottuihin havainnointi- ja lomakeaineistoihin ja niistä analysoituihin tuloksiin (ks. Pikkarainen ym. 2013), kirjoittajien tutkimustyöhön ja GAS-kouluttajakokemuksiin sekä alan kirjallisuuteen. Luvussa käytetään käsitteitä *ikääntyneet asiakkaat* kuvaamaan ikääntyneitä palvelujen käyttäjiä sosiaali- ja terveydenhuollon eri toiminta-alueilla.

7.5.1 Ikääntynyt asiakas

Tämä ikääntyneitä asiakkaita koskeva luku täydentää julkaisun muiden aikuisasiakkaiden kuntoutustavoitteita käsitteleviä lukuja. Ikääntyneiden ihmisten kuntoutuksesta käytetään *gerontologisen kuntoutuksen* käsitettä, jolla halutaan korostaa monitieteistä gerontologista tietoa vanhuuden ikävaiheen monialaisen kuntoutuksen perustana (mm. Pikkarainen 2013a ja b).

Ikääntyneiden asiakkaiden hoito- ja kuntoutuspalvelujen tavoitteeksi määritellään usein kotona asumisen turvaaminen. Kotona asumista pyritään edistämään toimintakykyä palauttamalla ja ylläpitämällä. Ikääntyneiden ihmisten toimintakykyä voidaan tarkastella mitattuna ja koettuna toimintakykenä (ICF-luokitus) sekä aikaisemman elämänkulun aikana rakentuneena toimijuutena (*agency*).

Ikääntyneet asiakkaat voivat kokea yleiset kotihoidon tavoitteet tai saamansa kuntoutuksen tavoitteet hyvin ristiriitaisesti. He saattavat kokea, että asiantuntijat tietävät parhaiten heidän tarpeensa. Tavoitteen asettamisen ajatellaan olevan ensisijaisesti ammattitaitoisten työntekijöiden työtä ja heidän tehtävänsä. Toisaalta omia henkilökohtaisia tarpeita ei haluta tuoda liian rohkeasti tai suoraan esille, koska palvelujen saaminen jo sinänsä aiheuttaa riippuvuuden ja taakaksi joutumisen tunteita sekä pelkoa muiden avun varaan jäämisestä. Myös pelko olemassa olevien palvelujen ja tukien menettämisestä saattaa estää omista tarpeista, arjen tavoitteista ja jopa oman toimintakyvyn ongelmista puhumisen. Näissä tilanteissa ikääntynyt asiakas ja työntekijä saattavat päätyä keskustelemaan enemmänkin kuntoutuksen keinoista ja menetelmistä (rollaattorin käyttöön ottaminen tai sen käytön harjoittelu) kuin varsinaisista kuntoutuksen tavoitteista (itsenäinen tai turvallinen asioiminen kaupassa). Tavoitteiden asettaminen käynnistää asiakkaan ja työntekijän yhteisen tulevaisuuteen suuntautuvan prosessin, jolla on yksilölliset vaiheensa prosessin alkamisesta sen päättymiseen saakka. Tavoite jo käsitteenä sisältää ajatuksen käynnistymässä olevan prosessin päättymisestä.

Erityisesti ikääntyneiden asiakkaiden nykyiset elämäntilanteet ja erilaiset ympäristötekijät tulee ottaa huomioon. Vaikka eri henkilöillä on täysin sama diagnoosi, voi heidän toimintakykynsä olla hyvin erilainen ja heidän näkemyksensä itsenäisestä kotona asumisesta poiketa huomattavasti toisistaan. Tästä syystä ikääntyneiden asiakkaiden yksilölliset näkemykset tulevasta kuntoutusprosessista, sen tavoitteista, sisällöistä, kestoista ja toteuttamispaikasta voivat olla hyvin erilaisia. Oman kohorttinsa jäsenenä jokainen sukupolvi luo uudenlaisen tavan olla asiakas, joka työntekijän tulee tunnistaa ainutlaatuisena kulttuurisena ja historiallisena kuntoutusprosessin lähtökohtana.

Ikääntyneiden asiakkaiden elämänkulkuun liittyvät tekijät ovat erityisen tärkeitä tunnistaa kuntoutuksen käynnistymisvaiheessa. Ikääntyneillä asiakkailla on elämänsä aikana ollut monia palvelukokemuksia, joissa heitä on arvioitu, testattu ja määriteltä ulkoapäin (mm. koulutus, työelämä, sosiaali- ja terveydenhuollon toimenpiteet, erilaiset väestötutkimukset ja seurannat). Vanhuudessa nämä määritelmät voivat olla rajoittamassa heidän näkemystään itsestään osaavina, kykenevinä tai täysivaltaisina tarpeidensa ilmaisijoina ja kuntoutustavoitteidensa asettajina.

Toisaalta näistä kokemuksista on voinut rakentua myös sellaisia voimavaroja, joiden pohjalta palvelutarpeiden esittäminen ja jopa oikeuksien vaatiminen tulee aktiivisesti esille. Taulukossa 11 kuvataan ikääntyneen asiakkaan erityispiirteitä toimijuuden näkökulmasta, peilataan niitä kuntoutuksen perinteisiin toteutustapoihin ja pohditaan vaihtoehtoista toimintatapaa. Toimijuuden käsitettä kuvataan seuraavassa luvussa tarkemmin.

Ikääntynyt ihminen ei määrittele useinkaan elämäänsä ja selviytymistään arjessa sairauksien kautta, vaan ne ovat vain yksi osa hänen elämäänsä ja arkeaan. Gerontologisessa hoito-, hoiva-, sosiaali- ja kuntoutustyössä lääketieteellisen perustiedon rinnalla tarvitaan kokonaisvaltaista lähestymistapaa vanhuuden ikävaihetta kaikkine erilaisine tarpeineen elävän aikuisen ihmisen kohtaamiseen. Onkin pohdittava, miten GAS-menetelmän käyttö soveltuu ikääntyneiden asiakkaiden laaja-alaiseen, monitieteiseen kuntoutukseen, ja mitä rajoitteita sillä on tarkasteltaessa kuntoutusta holistisesta ja elämänkulun näkökulmasta. Elämänkulkuun liittyvät tällöin myös yksilölliset elämäntyyli- ja -tavat sekä näkemys itsestä autonomisena toimijana.

Taulukko 11. Ikääntyneen ihmisen lähtökohdat kuntoutustarpeiden ilmaisemisessa ja kuntoutustavoitteiden asettamisessa sekä kuntoutuksen toteuttajien nykyinen ja vaihtoehtoinen toimintatapa.

Ikääntyneen ihmisen näkökulma	Kuntoutusta tarjoavan organisaation tai työntekijän nykyinen näkökulma	Toimijuuden tukemisen näkökulma
Elämänkulun aikana syntyneet tapa toimia, kuvata ja kertoa omasta tilanteesta ja asioista: erilaiset asiakkuushistoriat ja niihin liittyvät valmiudet ja taidot (pelot, ennakkoluulot, käsitykset)	Työntekijän koulutuksellinen ja henkilökohtainen tapa tehdä omaa työtään, kaikille asiakkaille tarjotaan samanlaista palvelua, tasalaatuisuuden periaate; asiakkuusvalmiuksien rakentaminen ei ole osa kuntoutusprosessia	Ikääntyneen elämäntarinan kuunteleminen, palvelujen tarjoaminen ja toteuttaminen ikääntyneen kuntoutujan yksilöllisen elämänkulun näkökulmasta ja huomioiden hänen kuntoutusvalmiutensa
Prosessimainen omien tarpeiden kuvaaminen ja kuntoutustavoitteiden asteittainen löytäminen ja niistä päättäminen, vaihtuvat tavoitteet ja päämäärät	Tiettyssä vaiheessa, kuntoutustapahetkessä ja ajassa syntyvät tavoitteet kirjataan ja muokataan rahoittajan, työntekijän, työmenetelmän tai työpaikan käytäntöjen pohjalta	Ajan antaminen prosessin eri vaiheissa. Pyritään rytmittämään oma työtempo ja -tavat ikääntyneen asiakkaan tahtiin. Sallitaan ja kannustetaan kuntoutujaa omien tavoitteiden tunnistamiseen ja muuttamiseen
Kokonaisvaltainen toimintakyvyn (toimijuuden), elämänlaadun ja hyvinvoinnin käsitys ja kuvaus, rajattu tai niukka käsitteistö oman tilanteen kuvaamiseen	Pilkottu, ammatillisesti käsitteellistetty ja mitattu toimintakyky, osista syntyy kokonaisuus-periaate, esim. päihteiden käytön arviointi ei kuulu arviointirepertuaariin. Tavoitteet priorisoidaan asiantuntijoiden mukaan, ei asiakkaan näkökulmasta (esim. lihasvoima, pystyasento, tasapaino, kävely jne.) = down-top-periaate	Kokonaisvaltainen eli holistinen näkemys ihmisestä toimijana, jolloin kuntoutus käynnistyy edeten kokonaisuuksista osiin = top-down-periaate. Kuntoutuksen prosessi menetelmiseen, ajoituksineen ja sisältöineen suhteutetaan erilaisiin yksilöllisiin tilanteisiin.

Taulukko 11 jatkuu.

Jatkoa taulukkoon 11.

Ikääntyneen ihmisen näkökulma	Kuntoutusta tarjoavan organisaation tai työntekijän nykyinen näkökulma	Toimijuuden tukemisen näkökulma
Tilannekohtaisesti, hetkellisesti muuttuva toimintakyky, aaltoilevat oireet ja niiden vaihteleva kuvaus kuntoutustilanteissa	Arvioinnissa ja mittauksessa saadaan yksi staattinen tulos ja sen seuranta suoritetaan sovittuina arviointi- ja mittauskertoina (vrt. asiakkaan kokemus edistymisestä)	Arviointi sisältää narratiivisia elementtejä, subjektiivisen, koetun toimintakyvyn arviointia, tarvittaessa ikääntyneen kuntoutujan verkosto otetaan mukaan toimintakyvyn kartottamiseen ja kuvaamiseen, kuntoutuksen arvioinnin eri vaiheissa selkeästi erotetaan, milloin tarvitaan esim. tarkkaa kehontoiminnan tai suoritus-tason ja -kyvyn arviointia
Useita diagnooseja sekä ilman diagnoosia olevia oireita ja sairauksia sekä niiden esiasteita, jotka ikääntyneelle ihmiselle ovat jopa ensisijaisia (unettomuus, levottomuus, pelot, ruokahaluttomuus, erilaiset puutostilat)	Diagnoosiperustainen kuntoutustavoite, kausaalinen syys-seuraussuhteen mukainen kuntoutus, yhteen vaivaan yksi kuntoutusprosessi -periaate	Ikääntyneen kuntoutujan arjen toimintakykyä ja elämäntilannetta tukeva/edistävä kuntoutustavoite (vrt. top-down-toimintatapa)
Koettu aktiivisuus ja osallistuminen -näkemys rakentuu aikaisemman elämäntilannesta, sisäisesti ja hetkellisesti muuttuva aktiivisuuskäsitys, aktiivisuus on tekojen ja toimintojen sarjoja, ketjuja ja ryppäitä	Näkemys aktiivisuudesta ja osallistumisesta konkreettisina määrinä, kestoina ja tapahtumina, mitataan ulkoista muutosta, ei sisäistä kokemusta, mitataan yksittäistä tekoa, tekemistä ja avustamista erillisinä ja irrallisina tapahtumina	Kuntoutujan subjektiivisen kokemuksen kuuleminen ja lähiverkoston palautteen hyödyntäminen. Kuntoutusvalmiutta rakennetaan kuntoutuksen alussa, jolloin tarpeet ja tavoitteet rakentuvat yksilöllisesti ja asiakaslähtöisesti.
Metakognitiivisten taitojen käyttö oman vanhenemisprosessin ymmärtämisessä, ongelmien ratkaisussa ja päätösten tekemisessä; kuntoutus oppimisprosessina	Työntekijä ohjaa, neuvoo ja opastaa oikeisiin toimintatapoihin, kuntoutustavoite saavutetaan sovittujen työmenetelmien kautta	Yksilö- ja pienryhmäkeskustelut, vertaistuen hyödyntäminen, rohkaisu ja kannustaminen, yksilöllisten oppimisprosessien läpinäkyvyys ja tietoinen käyttö

Lähde: Saarenheimo 2013 ja Pikkarainen ym. 2014 soveltaen.

7.5.2 Pilkotusta toimintakyvystä laaja-alaiseen toimijuuteen

Gerontologisen kuntoutuksen peruslähtökohdan tulee olla laaja-alainen ikään-tyneen asiakkaan *toimijuuden (agency)* ymmärtäminen vahvuuksineen ja vanhenemismuutoksineen sekä hänen elämäntilanteensa, elämäntapansa ja elinympäristönsä huomioiminen. Jokapäiväinen toimijuus ilmenee erilaisina arkisina tehtävinä, niiden ketjuina ja jaksoina, jotka ikääntynyt ihminen voi kokea fyysisesti rasittaviksi, kognitiivisesti vaikeiksi tai sosiaalisesti välttämättömiksi. Perinteisesti käytetty toimintakyky-käsite on toimijuuden yksittäisten osa-alueiden operationaalistamista mitattaviksi ja seurattaviksi muuttujiksi. Seuraavaksi kuvataan toimijuuden käsitettä kuntoutuksen asiakaslähtöisyyden ja tavoitteellisuuden näkökulmasta. Erilaisten esimerkkien kautta pyritään syventämään toimijuuden merkitystä tavoitteenasetteluprosessissa.

Jyrkämä (2007, 2008 ja 2013) on kehittänyt ikääntyneiden toimijuuden (*agency*) käsitettä sosiaaligerontologiassa. Tässä teoreettisessa kuvauksessa yksilön toimijuus tarkoittaa hänen sisäistä toimijuuden historiaansa ja nykyisyyttään sekä ulkoisia toimintamahdollisuuksia erilaisissa toimintaympäristöissä. Ikääntyneiden toimijuus on pitkän elämänkulun aikana syntyntä toimijuutta (*life course agency*), joka on erilaista eri sukupolvilla johtuen heidän elinympäristöistään erilaisine vaatimuksineen ja mahdollisuuksineen. Esimerkiksi tämän päivän ikääntyneiden ihmisten mahdollisuudet koulutukseen, työurien vaihtamiseen, harrastuksiin ja vapaa-aikaan ovat olleet monella tavalla rajallisempia kuin nuoremmilla sukupolvilla. Ikääntyneen asiakkaan odotukset kuntoutuksen aiheuttamista muutoksista voivat myös olla niukkoja, ne voivat esimerkiksi rajautua vähäisiin fyysisiin muutoksiin.

Ikääntyneiden asiakkaiden kuntoutuksessa esille tulevaan toimijuuteen vaikuttaa myös heidän ajallisesti lyhyempi tulevaisuusperspektiivinsä. Tulevaisuudessa oma toimijuus voidaan nähdä pelkinä menetyksinä ja luopumisina. Toisaalta yksilöllisen ja tavoitteellisen kuntoutusprosessin kautta voidaan rakentaa positiivisia toimijuuden mielikuvia, toiveita ja haaveita – tulevaisuuden epävarmuudesta ja lyhydestä huolimatta.

Ikääntyneellä asiakkaalla, kuten muillakin, on menneisyydestä nykyisyyteen vaikuttavia ihmisten verkostoja (läheiset, omaiset, ystävät, naapurit). Erityisesti pitkään yhdessä eläneillä ikääntyneillä henkilöillä on yhteisiä elämäntavoitteita, ja he usein myös määrittelevät omaa toimintakykyään yhteisenä toimijuutena. Tätä toimijuutta he kuvaavat me-muodossa (*Me kävimme kaupassa, me ajoimme autolla uimahallille*).

Jyrkämän toimijuus-viitekehystä soveltaen gerontologisen kuntoutuksen asiakaslähtöisten tavoitteiden ja tavoitteenasetteluprosessien voidaan katsoa kuuluvan toimijuuden yhteen keskeiseen osa-alueeseen eli *haluamiseen*, johon vaikuttavat kaikki muut osa-alueet eli modaliteetit. Näitä muita modaliteetteja ovat konkreettinen fyysinen ja psyykinen sekä kognitiivinen *kykeneminen ja jaksaminen*, erilaiset yksilöllisen *osaamisen ja ei-osaamisen alueet*, ulkopuoliset vaatimukset ja pakot (*täytymiset, voimiset*) sekä kuntoutukseen ja omaan itseen liittyvät tunteet,

arvot ja arvostukset (*tunteminen*). Näitä osa-alueita kuvataan tarkemmin taulukossa 12 (s. 105–106). Haluamisen osa-alue liittyy oleellisesti kuntoutusmotivaatioon eli siihen, miten ikääntynyt asiakas sitoutuu kuntoutusprosessiin eli näkee sen merkityksen itselleen. Jotta motivaatiota voidaan tukea, on jokainen siihen yhteydessä oleva, edellä kuvattu osa-alue otettava huomioon kuntoutuksen tavoitteita eli päämääriä kartoitettaessa.

Toimijuuden viitekehyksestä katsottuna ikääntyneen asiakkaan kuntoutustavoitteiden asettamiseen vaikuttavat sekä edellä kuvatut yksilölliset, asiakkaasta lähtevät tekijät että ympäristön eli kuntoutuskontekstin ja kuntoutusrakenteen institutionaaliset tekijät. Kuntoutustyöntekijä on osa tätä institutionaalista rakennetta ja kontekstia. Siksi tulisikin arvioida, miten työntekijä toimijana osaa, kykenee, voi tai haluaa rakentaa yhdessä ikääntyneen kanssa hänen asiakaslähtöistä ja tavoitteellista kuntoutusprosessiaan. Toisaalta työntekijä on oman ammattialansa, organisaationsa ja kuntoutuksen rahoittajan ”pakoille” alisteinen, jolloin hänen osaamisensa ja haluamisensa eivät voi tai saa vaikuttaa hänen toimijuuteensa yksittäisen asiakkaan kanssa tapahtuvassa kuntoutustilanteessa. Työntekijä voi kokea ristiriitaa ja jopa omien arvojensa ja periaatteidensa kyseenlaistamista joutuessaan toteuttamaan kuntoutustyötä ulkopuolisten ohjeiden ja rajoitteiden mukaan (esimerkiksi 45 minuutissa tehtävä tavoiteasettelu ikääntyneen asiakkaan kanssa).

Toimijuus rakentuu Jyrkämän (2008) mukaan myös vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa. Erilaisissa arjen tilanteissa ja kohtaamisissa määritämme toisten ihmisten toimijuutta omien asenteidemme ja käyttäytymisemme kautta esim. ilmaisemalla huolestamme tai tarjoamalla apua. Tavoitteenasettelu ja sitä edeltäneet erilaiset ikääntyneen asiakkaan toimintakykyä kartoittavat tilanteet ovat erityisiä tilanteita, joissa kuntoutustyöntekijät määrittävät ikääntyneiden asiakkaiden toimijuuden, jopa identiteetin osana tekemäänsä arviointia. Kuntoutustyöntekijöiden tuleekin pohtia, millaista toimijuutta he tarjoavat, rajaavat tai yleensä määrittävät ikääntyneelle asiakkaalle vuorovaikutus-, arviointi- ja toimintatilanteissa - usein jopa tunnistamatta tätä arvottavaa roolia. Lisäksi toiset ikääntyneet asiakkaat antavat yksittäisille henkilöille peilauspinnan ryhmätilanteissa siihen, miten eri tavoin voidaan toimia esimerkiksi uusissa, jännittävissä tai haasteellisissa tilanteissa.

Vanhenemisen näkökulmasta ikääntynyttä asiakasta voidaan tarkastella primäärisen eli yleisen vanhenemisen ja sekundäärisen eli yksilöllisen vanhenemisprosessin kautta. Näihin vaikuttavat perintö- ja ympäristötekijät sekä elämäntavat ja -tapahtumat. Yleensä gerontologinen kuntoutus käynnistyy sekundääriseen vanhenemiseen liittyvien sairauksien tai tapaturmien vuoksi, jolloin kuntoutuksen kohteena on näistä seuraavien toimintarajoitteiden hoito ja kuntoutus. Usein tästä seuraa, että ikääntyneen asiakkaan toimintakykyä tarkastellaan pilkottuna ja ositettuna toimintakykenä (tasapaino, lihasvoima, kävely tai apuvälineet lonkkaproteesileikkauksen jälkeen) eikä kokonaisvaltaisen toimijuuden ja vanhuuden elämänvaiheen kautta (perheen ja suvun isoäiti, joka huolehtii iäkkästä puolisoista ja lastenlasten iltapäivähoidosta). Tällöin toimijuus kuvastaa laajaa, koko elämänsä aikana kehittyneitä näkemystä itsestä oman elämänsä tekijänä ja rakentajana, mihin primäärinen vanheneminen vaikuttaa kokonaisvaltaisesti (taulukko 12).

Taulukko 12. Toimijuuden modaliteettien yleiskuvaus (soveltaen Jyrkämä 2007) ja niiden soveltuvuus ikään-
tyneen asiakkaan tilanteeseen kuntoutustavoitteiden asettamisessa.

Modaliteetit	Yleiskuvaus	Sovellus ikääntyneen asiakkaan tilanteeseen
Kykeneminen	Asiakkaan fyysinen ja psyykinen kunto ja kestävyys ovat sellaiset, että hän kykenee asettamaan itselleen kuntoutustavoitteet. Jos hän ei kykene asettamaan tavoitteita, voi kysymyksessä olla minkä tahansa muun modaliteetin ensisijainen vaikutus, eikä välttämättä syynä ole asiakkaan fyysinen kunto tai tila.	Ikääntyneen asiakkaan kuulo, näkö ja kognitiiviset taidot sekä terveydentila ja fyysinen kunto mahdollistavat omien kuntoutustarpeiden ja tavoitteiden esille tuomisen. Esteitä voivat olla myös kivut, väsymys, alavireisyys tai liian nopea toimintatapa kuntoutustilanteessa.
Osaaminen	Asiakas osaa kertoa tarpeistaan ja toiveistaan, joista hän osaa muotoilla kuntoutustavoitteet. Osaamiseen ovat yhteydessä aikaisemmat kokemukset vastaavista tilanteista ja näkemys itsestä osaavana yksilönä.	Ikääntyneen asiakkaan tiedot ja taidot mahdollistavat omasta tilanteesta ja tarpeista kertomisen. Asiakas osaa esimerkiksi kertoa tavoitteen, mutta hän ei kykene sitä todellisuudessa saavuttamaan (esim. heikko fyysinen kunto). Ikääntyneellä asiakkaalla on riittävä näkemys tilanteestaan ja hän osaa tuoda esille sen hetkisen elämänsä kannalta tärkeitä toimintoja. Hän on oman elämänsä asiantuntija ja osaa kertoa omista tarpeistaan omalla tavallaan.
Haluaminen	Asiakas haluaa saavuttaa omia päämääriä, ja hän motivoituu erityisesti näiden päämäärien tavoitteluun. Hän ei halua sitoutua tiettyyn tavoitteeseen /toimintaan, mikä kuitenkin harjoittelun ja ajan myötä innostaa häntä osallistumiseen ja muuttaa hänen motiivejaan.	Motivaation syntyminen riippuu riittävästä tiedon saamisesta kuntoutuksen mahdollisuuksista omassa tilanteessa. Jos ikääntyneellä asiakkaalla on edes jonkinlaisia, alustavia ja jopa itselleen ensisijaisia motiiveja, hän myös haluaa tulla kuntoutukseen. Tärkeää on tiedostaa, että ikääntyneellä on omat elämänsä prioriteetit, jotka tulee ottaa huomioon kuntoutuksen tavoitteiden asettelussa. On otettava huomioon myös, mikä edistää ja mikä sitouttaa kuntoutujan kuntoutusprosessiin ja pitää motivaatiota yllä.
Tunteminen (kokeminen)	Asiakkaan tunteiden kokeminen ja ilmaiseminen, omat arvot ja arvostukset kuntoutusinstituutioita kohtaan ja kuntoutuksen soveltuminen omaan arvomaailmaan ja arvostuksiin (esim. fyysisen kunnon arvostaminen).	Onnistumisen ja osaamisen sekä kykenemisen tunteet vahvistavat kuntoutukseen sitoutumista ja kuntoutuksen pitkäjänteistä toteuttamista myös omaehtoisesti. Ikääntyneillä asiakkailla on erilaisia arvoja ja arvostuksia, jotka vaikuttavat siihen, mitkä kuntoutustoimenpiteet hän kokee itselleen tärkeiksi. Myös tavoitteen asettamisessa käytettävät menetelmät, kyselyt ja samalla osaamisen arvioinnit herättävät tunteita.

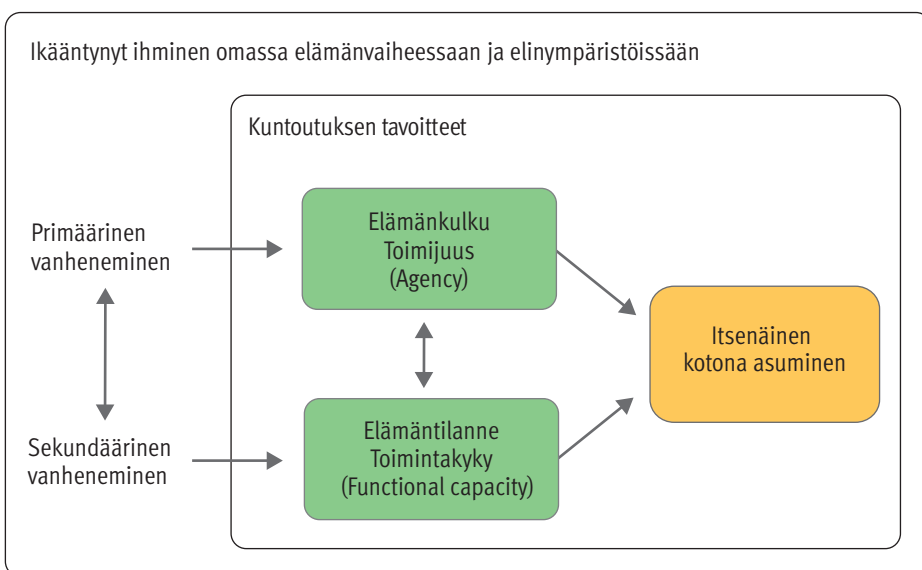
Taulukko 12 jatkuu.

Jatkoa taulukkoon 12.

Modaliteetit	Yleiskuvaus	Sovellus ikääntyneen asiakkaan tilanteeseen
Voiminen	<p>Asiakas voi innovoida ja muuttaa kuntoutustaan ja jopa luopua omasta kuntoutusprosessistaan, jolloin hän kokee voimaantumista osaamisen ja itsetunnon vahvistuessa. Hänellä on tai ei ole vaihtoehtoja, jolloin hänen omat tarpeensa pääsevät tai eivät pääse esille.</p> <p>Asiakas tietää, millaisia vaihtoehtoja ja mahdollisuuksia hänellä on saavuttaa oman elämän tavoitteita.</p>	<p>Ikääntyneen asiakkaan tulee tietää, mitkä tavoitteet ovat hänelle realistisia ja mitkä hän voi saavuttaa kuntoutuksen myötä. Lisäksi hänen kanssaan arvioidaan, onko ympäristössä tavoitteen saavuttamista tukevia ja/tai rajoittavia tekijöitä.</p> <p>Ikääntyneellä asiakkaalla on mahdollisuus tuoda esille itselleen tärkeitä tai suosikkimenetelmiä. Hän voi tehdä valintoja kuntoutusprosessin kaikissa vaiheissa.</p>

Jos kuntoutuksessa päästään käsittelemään primäärisen vanhenemisen vaikutusta omaan toimijuuteen laajasti, myös yksittäiset toimintakyvyn rajoitteet voidaan hyväksyä osaksi omaa vanhuutta. Samalla yksittäiset kuntoutustoimenpiteet tulevat ikääntyneelle asiakkaalle merkitykselliseksi. Kotona asumisen suunnittelu ja itsenäinen kotona asuminen, jopa autonominen elämänhallinta vahvistuvat, kaikista vanhuuden muutoksista ja konkreettisesta toimintakyvyn laskusta huolimatta (ks. kuvio 8). Kuntoutustavoitteista olisikin analysoitava, miten ikääntyneen asiakkaan tavoitteet voivat liittyä sekä primääriseen että sekundääriseen vanhenemiseen ja mitä se tarkoittaa GAS-menetelmän käytön kannalta.

Kuvio 8. Toimijuuden ja toimintakyvyn suhde primääriseen ja sekundääriseen vanhenemiseen ja kuntoutuksen tavoitteisiin.



Toimijuus ja toimintakyky ovat kotona asumisen taustalla olevia tekijöitä, jotka kytkeytyvät vahvasti toisiinsa mutta joiden todentumista yksittäisten ikääntyneiden asiakkaiden tilanteissa tulee pohtia. Esimerkiksi ikääntyneelle asiakkaalle hänen arkiset kotitilanteensa eivät välttämättä ole ensisijainen toimijuuden kenttä, vaan hän harrastaa kodin ulkopuolella, osallistuu yhteiskunnan toimintaan tai vaikuttaa järjestöissä. Ikääntyneen asiakkaan kohdalla tulisi yhdessä hänen kanssaan pyrkiä tunnistamaan näitä toimintakenttiä uhkaavat tekijät ja tehdä niihin liittyvä tarkoituksenmukainen asiakaslähtöinen arviointi, jolloin arviointitulokset auttavat häntä omien tavoitteidensa asettelussa.

Puhtaasti ICF-viitekehyksen avulla rakennettu valmis ja vakiintunut arviointikokonaisuus työntekijän rutiinisuorituksena ei ole aina tarkoituksenmukaista eikä varsinkaan asiakaslähtöistä toimintaa. Laajojenkin arviointitulosten tulee aina olla ikääntyneen asiakkaan käytössä hänelle ymmärrettävässä ja hyödynnettävässä muodossa. Arviointikokonaisuus voi myös tarkentua, syventyä tai laajentua, kun tavoitteiden kartoituksessa ja määrittelyssä päästään yhdessä ikääntyneen asiakkaan kanssa eteenpäin.

7.5.3 Ikääntynyt asiakas ja GAS-menetelmä

Tässä luvussa kuvataan ikääntyneiden kuntoutukseen ja GAS-menetelmän käyttöön liittyviä tutkimuksia. Sen jälkeen esitetään GAS-menetelmän käyttö ikääntyneiden kuntoutuksessa kolmivaiheisena prosessina eli valmistautumisena, toteutuksena ja seurantana. Nämä vaiheet täydentävät GAS-käsikirjan kuvaamaa tavoitteenasetteluprosessia. Erityisesti ikääntyneillä asiakkailla nämä vaiheet on tärkeä tunnistaa asiakaslähtöisessä tavoiteasettelussa.

Aikaisemmat tutkimukset

Kansainvälisissä tutkimuksissa GAS-menetelmän on todettu soveltuvan ikääntyneiden asiakkaiden tavoitteiden asetteluun sekä muutoksen seurantaan erityisesti fyysisen kuntoutuksen alueella (Hurn ym. 2006). Menetelmän etuna pidetään sitä, että sen avulla kuntoutukselle voidaan asettaa erilaisia yksilöllisiä tavoitteita (Wells ym. 2003). Tutkimukset ovat myös osoittaneet, että GAS-menetelmä on luotettava (validi) menetelmä ikääntyneen asiakkaan tavoitteenasettelussa (Stoolen ym. 1992 ja 1999; Wells ym. 2003), vaikka toisaalta sen toistettavuutta (reliabiliteetti) ja muutosherkkyyttä (*sensitivity*) tulisi edelleen tutkia (Hurn ym. 2006). Bovend'Eerd ym. (2011) tuovat esille, että GAS-menetelmän käyttöön vaikuttavuustutkimuksissa tulisi suhtautua kriittisesti menetelmän heikon käyttäjien välisen vertailtavuuden takia. Rockwood ym. (2003) olivat tutkineet GAS-menetelmän muutosherkkyyttä heikkokuntoisten ikääntyneiden asiakkaiden kuntoutuksessa sokkoutetun koe-kontrolliryhmäasetelman avulla. Tulosten mukaan

GAS-menetelmä mittasi herkemmin toimintakyvyssä tapahtuneita muutoksia kuin esimerkiksi Barthel-indeksi.

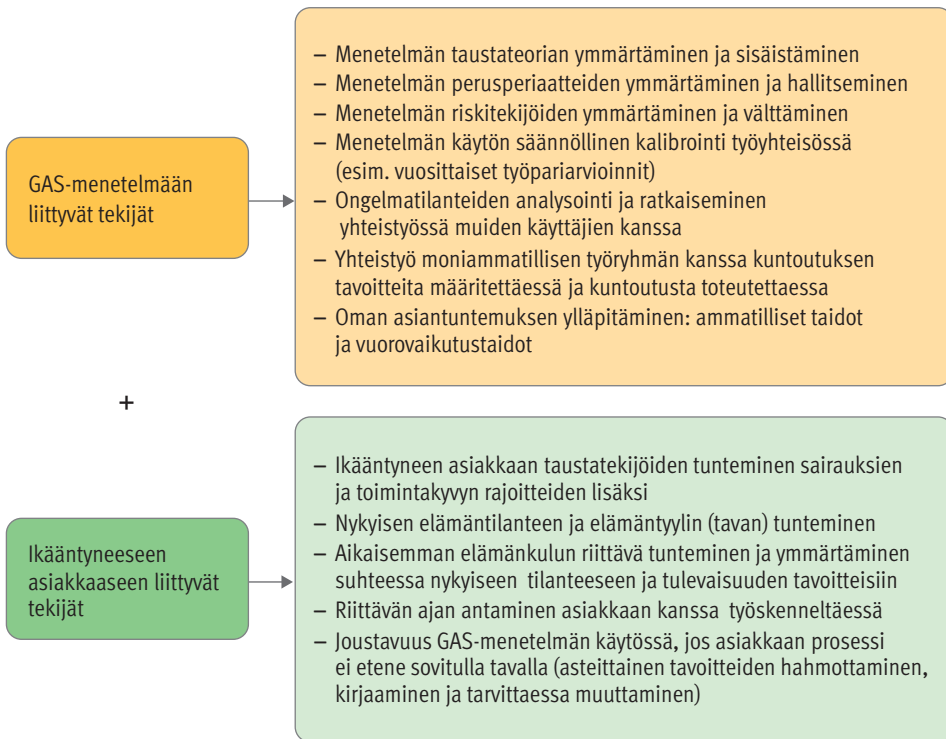
Valmistautuminen tavoitteen asettamiseen

Valmistautumisvaihe tarkoittaa niitä toimenpiteitä, jotka auttavat luomaan pohjaa asiakaslähtöisten tavoitteiden tunnistamiseen ja nimeämiseen. Järvikoski ja Härkäpää (2010) käyttävät käsitettä kuntoutusvalmius (*rehabilitation readiness*), joka tarkoittaa asiakkaan mahdollisuutta ja jopa oikeutta saada aikaa oman lähtötilanteensa käsittelyyn ja samalla kuntoutusmahdollisuuksiensa kartoittamiseen. Tässä osassa tarkastellaan ikääntyneen asiakkaan tarvetta saada valmistautumisaikaa tavoitteenasetteluun ja sitä kautta koko kuntoutusprosessiin.

GAS-menetelmän käyttöön ikääntyneiden asiakkaiden kanssa liittyy samoja haasteita kuin minkä tahansa uuden menetelmän tai mittarin käyttöönottoon. Työntekijällä tulee olla aikaa perehtyä ja sisäistää menetelmän perusteet. Hänen tulisi myös keskustella menetelmän herättämistä ajatuksista sekä harjoitella sen käyttämistä yhdessä työtovereiden ja moniammatillisen työryhmän kanssa juuri heidän asiakasryhmilleen. Myös ikääntynyt asiakas tarvitsee menetelmästä ja sen tarkoituksesta itselleen tarkoituksenmukaista ja soveltuvaa tietoa, jolloin hän voi pohtia menetelmän merkitystä itselleen. Onnistunutta ja tarkoituksenmukaista menetelmän käyttöä voidaankin tarkastella sekä GAS-menetelmän että ikääntyneen asiakkaan näkökulmasta (kuvio 9, s. 109).

GAS-menetelmässä keskeistä on tunnistaa asiakkaan elämäntilanteen kannalta tarkoituksenmukaiset tavoitteet (ks. Pikkarainen ym. 2013). Työntekijät voivat ottaa käyttöön erilaisia lisä- ja tukimenetelmiä tukeakseen ikääntyneiden asiakkaiden valmistautumista kuntoutustavoitteiden (tarpeiden) kartoittamiseen. Tällaisia tukimenetelmiä olivat esimerkiksi lauseiden täydentämistehtävät, joilla kartoitettiin alustavasti kuntoutukseen liittyviä odotuksia ja ajatuksia (*Kuntoutukselta odotan, että...*, *Toivon, että kuntoutuksen aikana...*). Lisäksi ryhmässä laadittiin yhdessä malliasiakkaalle tavoitteita (*Miksi Martti on tullut kuntoutukseen?*) tai valittiin omia tavoitteita erilaisista tavoite-esimerkkilistoista. Näiden harjoitusten ja menetelmien avulla pyrittiin tukemaan asiakkaan valmistautumista omien kuntoutustavoitteidensa tunnistamiseen ja nimeämiseen. Samalla vahvistettiin hänen osallisuuttaan omassa kuntoutusprosessissaan. Ikääntyneelle asiakkaalle annettiin aikaa tutustua GAS-lomakkeeseen joko ryhmässä tai yksilötilanteissa. Erityisesti pohdittiin myös saatujen virallisten arviointitulosten käytettävyyttä ja niiden mahdollisuuksia, mutta myös niiden liiallista ohjauvuutta yksilöllisen tavoiteasettelun perustana. Työntekijät pyrkivät myös erottelemaan oman työnsä tavoitteet selkeästi ikääntyneen asiakkaan esille tuomista henkilökohtaisista tarpeista ja tavoitteista.

Kuvio 9. Työntekijän GAS-menetelmän asiakaslähtöiseen käyttämiseen liittyvät tekijät ikääntyneen asiakkaan kanssa.



Erilaiset tukimenetelmät auttavat ikääntyneitä asiakkaita tunnistamaan itselleen merkityksellisiä yleisiä kuntoutustavoitteita. Näistä voidaan muotoilla yksilöllisiä kuntoutustavoitteita, jotka kirjataan yhdessä GAS-lomakkeeseen. Erilaisten tukimenetelmien käytössä on myös omat riskinsä. Jos työntekijä ei ole perehtynyt hyvin GAS-menetelmän perusteisiin ja menetelmän käyttöön, voi hän tukimenetelmien avulla ohjata tai painottaa tavoitteita oman ammatillisen taustansa ja osaamisensa mukaisesti – tai jopa organisaatiossa käytettävissä olevien resurssien suuntaan.

Yksittäiseen kuntoutustilanteeseen ja koko kuntoutusprosessiin vaikuttaa asiakkaan koko elämä, hänen aikaisemmat kokemuksensa ja taitonsa olla asiakkaana. Lisäksi muiden asiakkaiden sekä läheisten ja omaisten elämät, kuntoutuskontekstin erilaiset mahdollistavat ja estävät tekijät sekä asiakkaan tulevaisuusperspektiivi vaikuttavat omien kuntoutumismahdollisuuksien hahmottamiseen. Kun ikääntyneen asiakkaan kanssa päästään yhdessä keskustelemaan hänen näkemyksistään toivotusta päämäärästä, voidaan tavoite muotoilla käsitteiksi, sanoiksi ja toivotuksi tekemisen (toiminnan) tasoksi. Näihin pyritään yhdessä. Tällainen valmistautumisvaihe voi jo sinänsä käynnistää asiakkaan oman elämän uudelleen hahmottamisen ja arvioimisen, jonka pohjalta hän löytää erilaisia keinoja

ratkaista elämänvaiheensa haasteita. Valmistautumisvaihe on siten osa aktiivista kuntoutusta ja muutosprosessia ja sen tukeminen on työntekijän ”oikeaa” työtä.

IKKU-hankkeessa havaittiin, että työntekijän taitava osuus keskustelussa edisti tavoitteiden tunnistamista sekä niiden asiakaslähtöistä asettelua. Onnistunutta dialogia näytti edistävän tasavertainen kohtaaminen ikääntyneen asiakkaan ja hänen omaohjaajansa välillä. Esimerkiksi rinnakkain istuminen ja tilanteet, joissa tavoitekeskustelussa työpari oli mukana kirjaamassa tavoitteita, näyttivät edistävän onnistunutta, tasavertaista dialogia. Työparitoiminta on kuitenkin suunniteltava hyvin ja työparin eri osapuolten rooli tehtävineen sovittava ennen tavoitekeskustelua.

Kuntoutuksen alussa tulee esille myös ikääntyneen asiakkaan motivaatio kuntoutusta kohtaan. Jos ikääntyneen asiakkaan kuntoutusmotivaatio näyttää ulospäin heikolta, olisi analysoitava syitä siihen. Niitä voivat olla monet elämänkulun toimijuuteen liittyvät tekijät ja muiden toimijuusmodaliteettien ensisijaiset tai ristiriitaiset sisällöt (ks. taulukko 12). Motivaation puute tai heikko sitoutuminen on useimmiten työntekijöiden toiminnan seurausta: ikääntynyt asiakas ei ole saanut riittävästi tietoa tulevasta kuntoutuksesta, tieto on ollut liian yleistä, epätarkkaa tai vaikeaselkoista, tietoa on annettu liikaa yhdellä kertaa tai sitä ei ole sovellettu asiakkaan tilanteeseen riittävän konkreettisesti.

Vaikka valmistautumisvaihe saattaa ikääntyneen asiakkaan kanssa vaatia useita tapaamisia ja monia keskusteluja, siihen käytetty aika voi olla erityisen tärkeää koko kuntoutusprosessin tuloksellisuuden kannalta.

Tavoitteiden asettaminen

Tavoitteiden tunnistamisen jälkeen GAS-menetelmässä määritellään kullekin tavoitteelle sovittuna hetkenä arvioitavissa oleva indikaattori. Tässä indikaattorin nimeämisvaiheessa aikaisemmin tässä luvussa kuvattu Jyrkämän (2007) toimijuusmalli voi auttaa ikääntynyttä asiakasta ja kuntoutustyöntekijää tunnistamaan toimijuuden eri ulottuvuuksia eri modaliteettien kautta (ks. taulukko 12). Ikääntyneen asiakkaan kohdalla tulisi selvittää eri modaliteetit suhteessa hänen tulevaisuuden tavoitteisiinsa eli haluamiseen. Haluamisen kautta määritellään kuntoutuksen tavoitteiden tärkeysjärjestys. Tässä keskustelussa tulee ottaa huomioon myös muut modaliteetit. Taitavan dialogin avulla työntekijän tulee huolehtia siitä, että modaliteettien välinen yhteys säilyy asiakkaan nimeämään ja määrittämään elämän tilanteeseen.

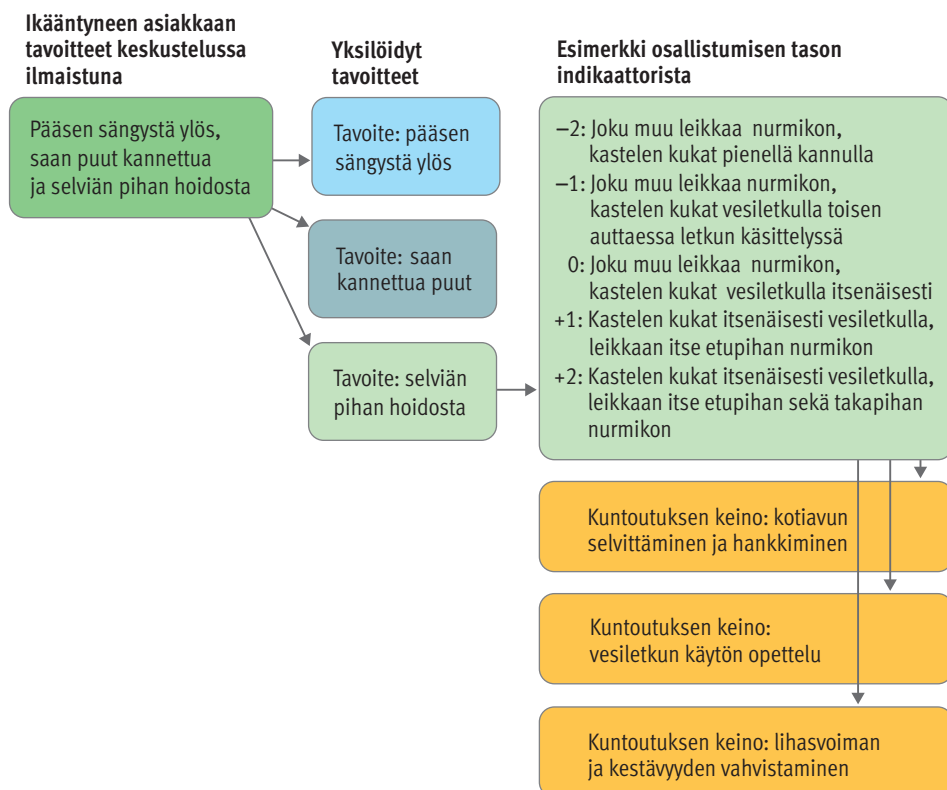
Esimerkiksi asiakkaan toivetilana voi olla hyvät suhteet tyttären kanssa. Tavoitekeskustelussa tulee esille, että asiakas toivoo voivansa käydä tyttären luona viikoittain kyläilemässä itsenäisesti kävellessä. Tytär asuu 500 metrin päässä. Indikaattoria valittaessa tulee asiakkaan kanssa keskustella, kumpi on hänelle ja hänen elämäntilanteelleen oleellisempi tekijä: tyttären luona vieraileminen vai itsenäinen käveleminen tyttären luo. Keskustelussa voidaan päättää, että GAS-tavoitteen indikaattoriksi valitaan jompikumpi tai molemmat, jolloin kummallekin indikaat-

torille laaditaan GAS-periaatteiden mukainen viisiportainen asteikko. Tarkentava ja jäsentävä keskustelu varmistaa tavoitteiden tukevan asiakkaan yksilöllistä toimijuutta sekä toimintakykyä. Huolellinen indikaattorin määrittäminen ja sitä edeltävä keskustelu auttaa tunnistamaan, mikä on kuntoutusasiakkaalle tarkoituksenmukaista asettaa kuntoutuksen tavoitteeksi, mikä puolestaan ohjaa niiden keinojen valinnassa, joiden avulla pyritään kohti tavoitetta. Kuviossa 10 esitetään esimerkkejä tavoitteiden pilkkomisesta seurantavaiheen indikaattoriksi.

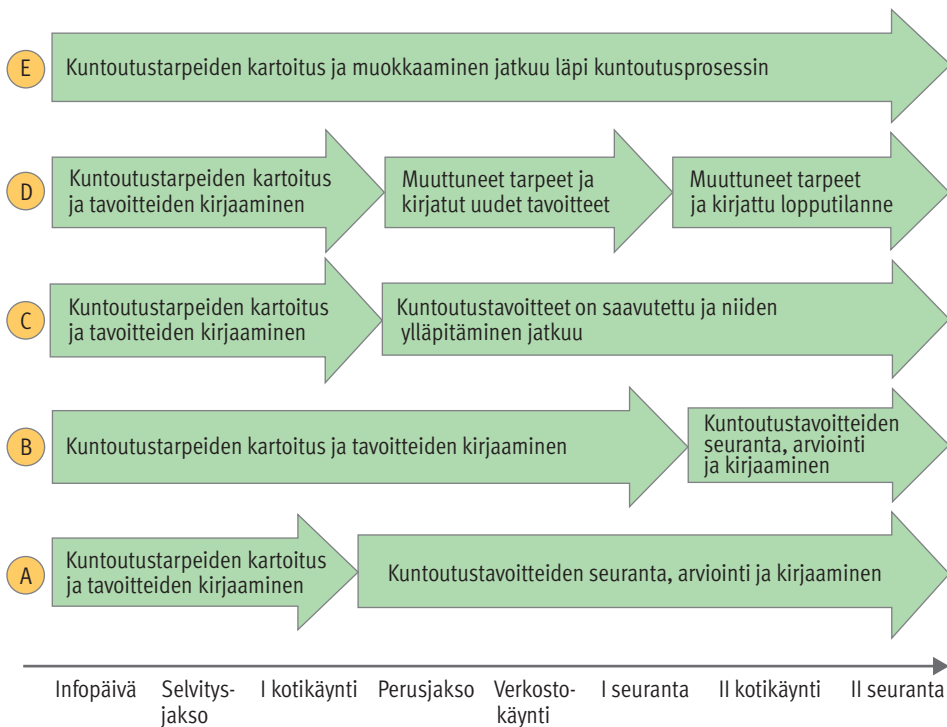
Toimijuuden mallin eri modaliteettien pohjalta voidaan etsiä erilaisia indikaattoreita, jolloin kuntoutuksen keinovalikoimaa eli menetelmiä voidaan laajentaa perinteisen toimintakyvyn (osaamisen ja kykenemisen) osatekijöiden ulkopuolelle. Asiakkaan nimeämä arjen elämään liittyvä tavoite säilyy kirkkaana.

IKKU-hankkeessa seurattiin tavoitteiden tunnistamista, asettamista sekä saavuttamista vuoden ajan. Tyypillisimmin kuntoutuksen väli- ja päätavoitteet asetettiin yleensä kuntoutusprosessin alussa selvitysajaksolla asiakkaan ja omaohjaajan kanssa yhdessä (kuvio 11, prosessi A, s. 112).

Kuvio 10. Tavoitteen pilkkominen merkityksellisiksi itsenäisiksi tavoitteiksi. Esimerkki osallistumisen tason indikaattorista sekä mahdollisista kuntoutuskeinoista.



Kuvio 11. Ikääntyneiden asiakkaiden erilaiset kuntoutustarpeiden ja kuntoutustavoitteiden asettamis- ja seurantaprosessit (A–E) kuntoutusvuoden aikana.



Tutkijan kokoaman palaute- ja havainnointiaineiston mukaan ensimmäisellä kotikäynnillä tavoitteista saatettiin vielä puhua, niitä kerrattiin tai täsmennettiin, mutta perustaltaan ne pysyivät ennallaan⁴. Kaiken kaikkiaan nimetyt ja kirjatut kuntoutustavoitteet olivat perusjaksolta lähtien säännöllisesti arvioitavina omaohjaajan ja asiakkaan kesken koko kuntoutusprosessin ajan eli niistä keskusteltiin muulloinkin kuin nimetyillä tavoitekeskustelukerroilla.

Prosessissa B ikääntyneen asiakkaan kuntoutustarpeiden kartoittaminen vei paljon aikaa ja tavoitteet täsmennettiin vasta kuntoutusvuoden toisella vuosipuoliskolla eli ensimmäisen seurantajakson aikana. Omaohjaajat tekivät asiakkaan kanssa paljon yhteistyötä eivätkä kiirehtineet kuntoutustavoitteiden nimeämistä, jos asiakas ei osannut tai halunnut niitä selkeästi ilmaista. Näissä tilanteissa kuntoutustavoitteiden varsinaiseen seurantaan ja etenemisen arviointiin jäi aikaa vain kuntoutusvuoden muutamalla aivan viimeisellä jaksolla, kuten toisella kotikäynnillä ja toisella seurantajaksoilla. Toisaalta moniammatillinen työryhmä oli saattanut nimetä asiakkaan asiakirjoihin hänen tavoitteensa jossain muodossa ja omin ilmaisin jo kuntoutusvuoden alkuvaiheessa. Ikääntyneellä asiakkaalla oli

⁴ Kotikäynti tehtiin noin kahden kuukauden kuluttua kurssin käynnistymisestä. Koko kuntoutuskurssin pituus oli 11 kuukautta.

näissä tapauksissa ikään kuin kahdet tavoitteet eli viralliset, asiakirjoissa kuvatut tavoitteet ja epäviralliset, asiakkaan ja hänen omaohjaajansa väliset arjen tavoitteet.

Erytisen asiakasryhmän muodostavat C-prosessin läpikäyneet ikääntyneet asiakkaat, jotka nimesivät selkeät ja hyvin konkreettiset tavoitteet, jotka voidaan kuitenkin määritellä kuntoutuksen keinoiksi (kuulolaitteen korjaus, apuvälineen hankinta). Tavoitteet saavutettiin heti kuntoutusvuoden alussa, eikä asiakas halunnut ottaa tai nimetä niiden tilalle tai rinnalle uusia tavoitteita. Kuntoutusvuoden aikana saavutetuista tavoitteista puhuttiin ja niitä seurattiin sekä tuettiin asiakasta pitämään niitä yllä. Näiden tavoitteiden rinnalla saattoi esiintyä eräänlaisia sekundäärisiä ja piilotavoitteita, joita asiakkaat tunnistivat esimerkiksi vertaisten kautta tai ryhmätoiminnoissa. He eivät niitä kuitenkaan asettaneet uusiksi virallisiksi tavoitteiksi saavutettujen sijaan eikä niitä kirjattu välttämättä asiakirjoihin virallisina tavoitteina tai muina yleisinä kuvauksina.

Prosessin D ikääntyneet asiakkaat muuttivat jatkuvasti ja myös ”epävirallisesti” tavoitteitaan kuntoutusvuoden eri vaiheissa, jolloin edellisten tavoitteiden arvioiminen ja seuranta jäi tekemättä tai asiakkaat eivät pitäneet niiden arviointia tarpeellisenä omaohjaajien kanssa käymissään keskusteluissa. Osa asiakkaista näytti jopa unohtaneen nimetyt tavoitteensa ja aloitti kuntoutuksen ikään kuin aina alusta uuden kuntoutusjakson alkaessa. Näiden asiakkaiden kuntoutustavoitteiden kirjaaminen GAS-lomakkeelle tai kuntoutusselosteeseen oli haastavaa työntekijöille ja moniammatilliselle työryhmälle. Toisaalta, jos työntekijät kirjaisivat tavoitteet asiakirjoihin omin ilmaisin ja riittävän laajasti, eivät asiakkaiden alituisen muuttuneet kuntoutustarpeet vaatineet lisäkirjauksia. Ne voitiin sisällyttää tarpeeksi väljään ja yleiseen tavoitekuvaukseen (terveyden paraneminen, nykyisen tilanteen ylläpitäminen, kotona asumisen jatkaminen).

Ikääntyneen asiakkaan omat tarpeet, päämäärät ja toiveet selkiytyvät hyvin eri tavoin kuntoutusprosessin aikana. Ne eivät suinkaan aina ole selkeästi kirjattavissa yhdellä keskustelu- ja tapaamiskerralla. Työntekijöiden tulee tunnistaa näitä erilaisia prosesseja ja pitää niitä kuntoutustyön oleellisena osana, eikä suinkaan rasitteina, aikaa vievinä ongelmina.

Ikääntyneissä asiakkaissa oli myös niitä, jotka prosessoivat omaa tilannettaan ja samalla kuntoutustaan koko kuntoutusvuoden ajan, jolloin itse tavoitteiden saavuttamiseen ja seurantaan ei ollut konkreettista mahdollisuutta (prosessi E). Asiakkaiden tilanne saattoi olla hyvin moniulotteinen, minkä vuoksi he kertoivat siitä koko vuoden ajan oma-ohjaajalle aina uudesta näkökulmasta uusine tarpeineen hyläten aikaisemmin päätetyt ja kirjatut tavoitteet. Tavoitteiden asettamistilanne saattoi olla asiakkaalle myös niin uusi ja outo, ettei hän nähnyt omassa tilanteessaan mitään niin virallista, oikeasti hankalaa tai toimenpiteitä vaativaa asiaa, minkä olisi voinut nimetä viralliseksi tavoitteeksi GAS-lomakkeeseen.

Parhaimmillaan GAS-lomake toimii työvälineenä tasavertaisen dialogin aikana ilman, että unohdetaan tärkein eli asiakkaan aito kuunteleminen. Myös tietoisuus siitä, että tavoitetta kuvaava indikaattori on asiakkaan ja työntekijän yhteinen päätös siitä, mikä edustaa parhaiten asiakkaan tavoitetta, on tärkeää muistaa kuntoutuksen edetessä. Yksittäisen indikaattorin valinta ja lomakkeelle kirjaaminen

ei sulje pois sitä, että edistymistä voi tapahtua myös muilla elämän osa-alueilla kuntoutuksen aikana.

Tavoitteiden seuranta

Tavoitteiden saavuttamista tulee seurata yhdessä ikääntyneen asiakkaan kanssa. Kirjattujen tavoitteiden indikaattoreineen sekä määritellyine asteikkoineen tulee olla käytettävissä ikääntyneellä asiakkaalla itsellään sekä moniammatillisella työryhmällä. Kuntoutuksen aikana tuleekin palata kirjattuihin tavoitteisiin sekä pyrkiä yhdessä asiakkaan kanssa yhdistämään tehdyt kuntoutustoimenpiteet suhteessa asetettuihin tavoitteisiin. Ikääntyneen asiakkaan elämänhallinnan ja hyvinvoinnin näkökulmasta on tärkeää, että asiakkaalla on oikeus ja mahdollisuus muuttaa tavoitettaan. Samalla hyväksytään se, että muutosten yhteydessä menetetään mahdollisuus tavoitteen saavuttamisen pitkäaikaiseen seurantaan ja mittaamiseen.

Kun tavoitetta muutetaan, tulee samalla selvittää, onko edellisellä kerralla asetettu tavoite jo saavutettu, jolloin sillä ei ole enää merkitystä asiakkaan elämäntilanteessa. Aikaisemmin asetettu tavoite on voinut muutenkin menettää merkityksensä ikääntyneen asiakkaan elämässä tapahtuneiden muutosten vuoksi.

Tavoitteen seurannassa voidaan irrottautua varsinaisen GAS-lomakkeen tarkastelusta. Erilaiset keinot, jotka helpottavat oman tavoitteen seurantaa, ovat suotavia. Sovelluksissa tulee kuitenkin huolehtia siitä, että GAS-menetelmän ideologia säilyy.

7.5.4 Yhteenveto

Kuntoutustavoitteen löytäminen ja asettaminen on ennen kaikkea vuorovaikutusprosessi ikääntyneen asiakkaan ja kuntoutustyöntekijän välillä. Ikääntyneiden asiakkaiden kohdalla työntekijät edustavat aina nuorempaa sukupolvea, eikä työntekijöillä ole kokemusta eikä tietoa niistä historiallisista, kulttuurisista ja yksilöllisistä tekijöistä, joista ikääntyneen asiakkaan elämänkulku ja palvelukokemukset ovat muodostuneet. Kuntoutustyöntekijän tulee tunnistaa arviointitilanteessa omat arvonsa ja asenteensa ikääntymistä ja vanhuuden elämänvaihetta kohtaan sekä tunnistaa esimerkiksi, rajaako hän ikääntyneeltä asiakkaalta automaattisesti tietyt toimijuuden kentät kuntoutuksen ulkopuolelle.

Toimijuuteen ja elämänkulkuun liittyvät erilaiset tavoitteet haastavat kuntoutustyöntekijöitä perinteisten kuntoutusmenetelmien monipuolistamiseen, lähestymistapojen laajentamiseen ja kuntoutuksen keston ja ajoitusten tarkoituksenmukaiseen toteuttamiseen. Kuntoutuksessa saavutettujen toimijuuden ja toimintakyvyn muutosten tulisi näkyä ikääntyneen asiakkaan mahdollisuuksissa osallistua oman elämänsä tehtäviin ja tapahtumiin erilaisissa ympäristöissä (vrt. ICF-viitekehyksen suoritukset ja osallisuus sekä yksilö- ja ympäristötekijät). Tämä

vaatii kuntoutuksen viitekehykseltä laaja-alaisuutta, monitieteisyyttä ja kokonaisvaltaisuutta sekä työntekijöiltä taitavaa kuntoutuspedagogiikkaa.

Kuntoutustyössä käytetyt viitekehykset vaikuttavat oleellisesti siihen, millaisia kuntoutustavoitteita asetetaan ja millaisilla keinoilla asetettuihin tavoitteisiin pyritään. Kun tavoitteet asetetaan ikääntyneen asiakkaan yksilöllisen osallistumisen näkökulmasta, ne konkreettisesti myös kuvaavat tavoitetilaa (*Käyn wc:ssä itsenäisesti rollaattoria käyttäen*). Tavoitteiden asettuessa osallistumisen tasolle se mahdollistaa samalla hyvin laaja-alaisen keinovalikoiman (esim. fyysisen ja sosiaalisen ympäristön muokkaaminen ja apuvälineiden käytön opettelu, kunnan tarjoamien palveluiden hyödyntäminen, kompensatiokeinojen harjoittelu, uusien taitojen opettelu, ruumiin/kehon toimintojen vahvistaminen). Samalla ollaan matkalla kohti ikääntyneen asiakkaan elämänsä toimijuutta vahvistavaa päämäärää (*Asun kotona mahdollisimman pitkään*).

Tavoitekeskustelussa ikääntyneellä asiakkaalla on oikeus tulla kuulluksi ja nähdä yksilönä erilaisine tarpeineen. Keskustelu käydään toimivassa ja luottamuksellisessa ympäristössä ja siihen varataan riittävästi aikaa sekä huolehditaan, että toiminnan tempo ja tapaamisten rytmitys ovat sopivat. Tavoitekeskustelu voidaan toteuttaa myös yksilö- tai ryhmätilanteena. Työntekijän tulee olla tietoinen omasta asemastaan, roolistaan ja vaikutuksestaan tavoitteenasettamistilanteessa, koska eri ammattialojen edustajat painottavat luonnostaan työssään toimijuuden eri puolia. Kuntoutustyöntekijöiden velvollisuus on auttaa ikääntynyttä asiakasta tunnistamaan kuntoutuksen monipuoliset mahdollisuudet eikä vain toimia oman alansa edustajana. Lisäksi tavoitteisiin palaaminen ja niihin käytettyjen kuntoutusinterventioiden arvioiminen hänen kanssaan kuuluu osaksi jokaisen työntekijän työtehtäviä. Tavoitteen asettaminen ei ole kilpailua eri ammattiryhmien välillä (esim. kenen työalueeseen kuuluvat tavoitteet kirjataan GAS-lomakkeeseen), vaan yhteistyötä asiakaslähtöisen ja tavoitteellisen kuntoutuksen toteutumiseksi.

Vaikka GAS-lomakkeen käyttäminen nähdään ensisijaisesti työntekijän työtehtävänä, sen perimmäinen tarkoitus on ikääntyneelle asiakkaalle tarkoituksenmukaisten kuntoutustavoitteiden löytäminen sekä niiden pohjalta tehokkaiden ja merkityksellisten kuntoutusmenetelmien valitseminen, jolloin tuloksena on laadukas ja vaikuttava gerontologinen kuntoutus. Ikääntyneiden asiakkaiden kohdalla vaikuttava kuntoutus voi tarkoittaa myös tilanteen pysymistä ennallaan tai sitä, ettei se mene ainakaan huonommaksi. Tavoitteena voi olla myös oman tilanteen hyväksyminen, luopuminen joistakin toiminnoista oman tai toisten turvallisuuden vuoksi tai toimivien kompensatiokeinojen löytäminen (ks. Pikkarainen 2013a ja b). Vaikuttavuutta, tuloksellisuutta ja taloudellisuutta korostavassa palvelukulttuurissa ikääntyneen asiakkaan tilanteen pysyminen ennallaan on sekin jo tavoiteltava päämäärä.

7.5.5 Suositukset

- Ikääntyneen asiakkaan elämää ja toimijuutta tulee tarkastella laaja-alaisesti hänen menneisyytensä, nykyisen tilanteensa ja tulevaisuusperspektiivinsä näkökulmasta.
- Gerontologisessa kuntoutuksessa ikääntyneellä asiakkaalla tulee olla yksilölliset kuntoutustavoitteet, jotka tukevat asiakkaan elämäntietojensa toimijuutta.
- Tavoitteiden määrittäminen suhteessa ikääntyneen asiakkaan elämäntavoitteisiin on ensisijaista. Ikääntyneellä asiakkaalla ja kuntoutustyöntekijöillä tulee olla yhteisymmärrys kuntoutuksen päämäärästä ikääntyneen asiakkaan henkilökohtaisen elämän näkökulmasta.
- Tavoitekeskustelussa ikääntynyt asiakas on herkkä aistimaan, mikä on sallittua, toivottua ja suotavaa. Tilanteessa tulee pyrkiä aitoon kohtaamiseen, joka mahdollistaa yksilöllisen toimijuuden esille tulemisen.
- Kuntoutustavoitteen asettaminen on prosessi, joka vaatii ikääntyneen asiakkaan ja kuntoutustyöntekijän välistä dialogia. Erityisesti ikääntyneiden asiakkaiden kuntoutustavoitteen asetteluun tulee antaa riittävästi aikaa ja tarvittaessa jakaa tavoitekeskustelut useampaan osaan.
- Ikääntynyt asiakas tarvitsee tukea ja ohjausta tavoitteen tunnistamisessa ja nimeämisessä sekä tavoitteen toteutumisen seurannassa.
- Ikääntyneen asiakkaan kuntoutustavoitteet voivat kuulua myös sellaisiin elämän alueisiin, joihin ei ole suoraan olemassa valmista toimintamallia, menetelmää tai osaamista.
- Tavoitteen kirjaamisessa on myös arvioitava, miten ikääntyneen asiakkaan ilmaisema alkuperäinen tarve muuttuu merkityksiltään, kun työntekijä muokkaa sen ns. viralliseksi tavoitteeksi.
- Tavoitteet tulee erottaa kuntoutuskeinoista. Tavoitteen tulee kuvata haluttua muutosta ikääntyneen toimintakyvyssä laaja-alaisesti tarkasteluna. Keinot kuvaavat menetelmiä, joilla haluttuun muutokseen tähdätään.
- Ikääntyneelle asiakkaalle on tarjottava myös muita mahdollisuuksia yksilöllisen tavoitteen asettamiseen ja seurantaan, jos hänen on vaikea ymmärtää GAS-menetelmää tai se estää hänelle luontevan ja yksilöllisen kuntoutumisprosessinsa käynnistymisen ja etenemisen.

8 MIKÄ GAS-MENETELMÄSSÄ TYÖVÄLINEENÄ HAASTAA JA MIKÄ TUNTUU HELPOLTA? | Jari Turunen, Kari Hannonen ja Hilikka Ylisassi

Kuntoutukseen hakeutuessaan ja siihen tullessaan asiakkaat ovat tilanteessa, jossa he syystä tai toisesta kaipaavat muutosta. Monessa kuntoutusmuodossa tavoitteena on löytää keinoja, joilla asiakkaan olisi mahdollista päästä tai palata takaisin työelämään tai jatkaa työuraansa mahdollisimman pitkään. Keinojen hakeminen, niiden muotoileminen tavoitteiksi ja muutoksen mittaaminen on vaativaa toimintaa, eikä siihen ole ollut helppoa löytää käypiä menetelmiä. Laaja-alainen alkuvaiheen tilanneanalyysi on hyvä kuntoutumisen lähtökohta, koska sen avulla pystytään paikallistamaan kunkin asiakkaan kannalta merkitykselliset kuntoutuksen sisällöt ja teemat. Tilanneanalyysin jälkeen muutostarpeen määrittely ja tavoitteiden asettaminen, puhumattakaan niiden toteutumisen arvioinnista, on haastavaa. Se vie aikaa ja vaatii osaamista. Käytännön asiakastyössä voi olla esimerkiksi hankalaa löytää riittävästi tilaa tavoitteiden hiomiseen, indikaattoreiden etsimiseen ja kunnollisten asteikoiden tekemiseen. Myös osaamisen kehittäminen ja ylläpitäminen ottaa oman aikansa. Tämä kaikki on kuitenkin oleellista kuntoutuksen etenemisen kannalta: osuvat tavoitteet ovat asiakkaille motivaation lähteitä ja kuntoutustyöntekijöille ne toimivat työn tuloksellisuuden mittareina ja lisäävät oman työn mielekkyyttä.

GAS-menetelmä tukee tavoitteiden asettamista oivalla ja totutusta poikkeavalla tavalla, mutta on menetelmänä aluksi vaativa. Tässä luvussa käymme läpi GAS-menetelmän käyttöönottoon ja käyttöön liittyviä käytännön ongelmia ja haasteita ja valotamme myös sitä, miten nämä ongelmat voidaan ottaa yhteiseen käsittelyyn ja sitä kautta kohentaa osaamista edelleen. Havainnot perustuvat kokemuksiin, joita olemme omassa organisaatiossamme keränneet ja käsitelleet yhteistä oppimista varten.

8.1 GAS-työskentely käytännössä

Yleinen ongelma GAS-tavoitteissa on ollut tavoitteiden monimutkaisuus tai epäselvyys (tavoite ei ole spesifinen). Osa tavoitteista saattaa jäädä niin yleiselle tasolle, että niiden merkitys jää sekä asiakkaalle että ainakin ulkopuoliselle hämäräksi. Riittävän selkeä ja konkreettinen tavoite on välttämätön ehto mittarin ja asteikon laatimiselle. Myös napakampi tilanteen kartoitus (tilanneanalyysi) ja suoraviihaisempi ohjaaminen helpottavat tavoitteiden konkretisointia. Joskus tavoitteen jakaminen kahdeksi osatavoitteeksi voi selkeyttää tilannetta.

Tavoitteet voivat jäädä myös irrallisiksi, jolloin ne eivät vie asiakkaan kokonais-tilannetta eteenpäin tai liity siihen, mihin kyseisellä kuntoutusmuodolla pyritään vaikuttamaan. Tyypillinen tavoite esim. ASLAK-kuntoutuksessa on ollut lihas-kunnan kohottaminen ikään kuin itseisarvona, jolloin sen merkitystä ei pohdita työhyvinvoinnin kohenemisen näkökulmasta. Vastaavasti kuntoindeksin muutos on hyvä kunnan kohenemisen mittari, mutta se ei kuvaa tavoitteen toteutumisen

merkitystä asiakkaan työhyvinvoinnille. Merkitys tulee paremmin esille, jos se näkyy tavoitteen nimessä tai käytetään mittaria, joka kuvaa sen toteutumisen merkitystä asiakkaan työhyvinvoinnille.

Olemme havainneet myös, että tavoitteisiin laaditaan selvästi enemmän määrällisiä kuin laadullisia asteikkoja. Kiresuk ym. (1994) toki suosittelivatkin määrällisten mittareiden käyttöä, koska niiden laatiminen ja arviointi on helpompaa kuin laadullisten. Toisaalta usein laadullisen mittarin ja asteikon käyttö olisi tilanteeseen sopivampaa ja kuvaisi tavoitteen suunnassa etenemistä rikkaammin. Laadullisen mittarin laatiminen on kuitenkin vaikeaa, mikä näkyy esimerkiksi siinä, että mittarin logiikka saattaa vaihtua asteikon sisällä kaksi tai kolmekin kertaa (ks. kuvio 12). Tässä kuvassa indikaattorissa on useampi ulottuvuus. Yksi ulottuvuus on hyvinvointisuunnitelman valmistuminen, toinen hyvinvointia parantavien toimien määrä ja kolmas hyvinvoinnin kokemisen parantuminen. Mittari on silti melko looginen, vaikka on periaatteessa mahdollinen.

Laadulliset asteikot toisaalta avaavat kuntoutuksen mustaa laatikkoa eli tekevät kuntoutuksen tavoitteet ja niissä etenemisen konkreettisemmiksi ja myös ulkopuoliselle ymmärrettävimmäksi. Siksi niitä olisi hyvä käyttää silloin, kun se on perusteltua ja soveliaista.

Kirjallisuudessa kuvattuja (ks. esim. Kiresuk ym. 1998) klassisia virheitä, kuten aukkoja, päällekkäisyyksiä tai puutteita, asteikoissa nousee esille, vaikka menetelmän ohjaajat olisivat kohtalaisen kokeneita. Näitä virheitä tavataan myös helpommiksi mielletävissä määrällisissä asteikoissa (ks. kuvio 13). Tässä esimerkissä tavoite on hieman epäselvästi nimetty, mutta tavoitteen ajatuksen voi päätellä asteikosta. Asteikossa indikaattori vaihtuu kertaalleen (viestien määrästä minuuttiin) ja asteikossa on aukkoja. Ohjaajille syntyy helposti myös omia ohjaamisen tapoja ja manereita, jotka voivat johtaa samojen virheiden toistumiseen.

Kuvio 12. Esimerkki indikaattorin valinnasta.

		Arviointipvm.
Hyvinvoinnin parantaminen, arviointi tammikuussa 14		
... ei ole päässyt kunnolla aloittamaan suunnittelua	- 2 Selvästi odotettua matalampi	. .
... suunnitelma aloitettu, vähän kesken	- 1 Jonkin verran odotettua matalampi	. .
Hyvinvointisuunnitelma valmis	0 Tavoitetaso	. .
... toteuttaa yhtä tai kahta hyvinvointia lisäävää asiaa	1 Jonkin verran korkeampi	. .
... hyvinvointi on havaittavasti parantunut	2 Selvästi odotettua korkeampi	. .

Kuvio 13. Esimerkki asteikon laadinnasta.

		Arviointipvm.
Työn rytmitys		
... pystyy kirjoittamaan yhden viestin keskeytyksettä	- 2 Selvästi odotettua matalampi	. .
... 15 min. päivittäin	- 1 Jonkin verran odotettua matalampi	21.01.2014
Keskeytyksetöntä työskentelyaikaa 30 min. päivittäin	0 Tavoitetaso	. .
... 45 minuuttia	1 Jonkin verran korkeampi	. .

Vaikeaksi on osoittautunut etenkin laadullisissa mittareissa tasojen +1 ja +2 määrittäminen. Jos tavoitetaso on saavutettu, mikä olisi sitä parempi tulos? Usein tässä joudutaan rikkomaan asteikon yhden ulottuvuuden logiikkaa, mikä voidaan hyväksyä, jos mittari on muutoin looginen ja selkeä.

Jos tavoitteena on vaikkapa tupakoinnin lopettaminen, luonnollisesti odotettu tulos on tupakoinnin lopettaminen (0). Mikä on parempi tulos? Uudeksi lisämäärittäjäksi voisi valita esimerkiksi lakon keston seuraavaan kurssijaksoon saakka (+1) ja kuntoutuksen loppuun saakka (+2). Mittarin yksinkertaisuus kärsii ja mittari on osin keinotekoinenkin, mutta ainakin se on kohtuullisen järkevä ja ongelmitta arvioitavissa kuntoutuksen edetessä. Toisaalta tämän asteikon ongelmat poistuvat kokonaan, mikäli tupakkalakon kestosta tehdään oma selkeä, ehjä asteikkonsa. Toisaalta silloinkin toivottu tulos olisi lopullinen lakko. Helppoa ja yksiselitteistä asteikkojen laatiminen ei siis aina ole.

Melko tavallinen pulma ovat myös ns. ylläpitotavoitteet, esimerkiksi tavoite terveystoiminnan pitämistä nykyisellä tasolla. GAS-mittarin muutosta hakeva ja tukeva logiikka ei kunnolla siihen taivu, koska myös tason -2 pitäisi olla periaatteessa nykytilannetta parempi. Jos asiakas on vastikään aloittanut säännönmukaisen terveystoiminnan, asteikkoa voidaan hakea esimerkiksi vaihemallin avulla. Nykyisen liikuntatason jatkamisen aikajännettä voitaisiin pohtia yhdeksi mittariksi, jolloin esimerkiksi kuudesta kahdeksaan kuukautta nykyistä liikuntaa voisi olla toivottu tulos.

Joskus asiakkaat haluavat asettaa liian isoja, pitkän aikavälin tavoitteita, jolloin niitä ei päästä arvioimaan kuntoutuksen kuluessa. Esimerkiksi uutta ammatillista uraa suunnitteleva asiakas laatii mittarin, jossa selkeästi oletettua parempi tulos (+2) on koulutuksen jälkeinen työllistyminen. Tämä tavoite on sinänsä relevantti, järkevä ja perusteltu, mutta sen arviointi on mahdollista vasta vuosien kuluttua. Tällöin tavoite kannattaa pilkkoa hieman pienemmäksi ja kuntoutusprosessin aikana mitattavaksi. Olisiko esimerkiksi koulutuspaikan varmentuminen toivottua parempi tulos seurantapäivään mennessä? Entäpä toisen, vaihtoehdoisen ammatillisen suunnitelman laatiminen?

Yhtenä ongelmana GAS-käytännöissä on tavoitteiden laatimisen sovittaminen ryhmäohjelmaan (ryhmämuotoinen kuntoutus) tai muutoin kuntoutuksen kulkuun (yksilökuntoutus). Niin asiakkaan tilanteen tutkimiselle, selvittämiseksi ja analyysille kuin varsinaiselle tavoitteen asettamiselle ja mittarien valitsemisellekin on oltava oma tilansa ohjelmassa ja asiakkaan prosessissa. Tämä haastaa perinteisiä käytäntöjä. Helpotusta tuo toki se, että GAS-menetelmä on käytössä lähes kaikessa Kelan järjestämässä kuntoutuksessa. Samat ratkaisut ja suuntaviivat sopivat useaan kuntoutuspalveluun eikä käytäntöjä tarvitse keksiä joka kerta uudestaan. Omassa organisaatiossamme olemme aikataulutaneet GAS-prosessin huolella sekä ryhmä- että yksilöprosesseihin ja laatineet prosessin kannalta tarkoituksenmukaiset työohjeet. Näiden avulla GAS-tavoitteiden asettaminen ja arviointi on saatu sujuvaksi osaksi asiakkaiden kuntoutumisprosesseja.

Erityisen tärkeää on pohtia, että oleelliset tavoitteet tulee varmasti kirjattua ylös. GAS-menetelmässä vaarana on se, että asteikon laatiminen ohjaa etsimään

sellaisia tavoitteita, joihin on helppo laatia yksinkertainen mittari. Jospa sittenkin valitsen tavoitteeksi painonhallinnan (vaikka en ole ylipainoinen) tai liikunnallisen aktiivisuuden lisäämisen (vaikka liikun jo tarpeeksi), enkä yhteistoimintakäytäntöjen kehittämistä työpaikalla (vaikka juuri niihin olisi nykytilanteessa keskityttävä), koska viimeksi mainitun mittaaminen on vaikeaa. Toisin sanoen väline alkaa tällöin ohjata tavoitteen asettamista eikä todellinen kuntoutustarve kiteydy tavoitteeksi. Tämä korostaa edelleen alkuvaiheen tilanneanalyysin merkitystä!

Olemme havainneet myös, että uusien työntekijöiden perehdyttäminen menetelmään on syytä tehdä perusteellisesti. Usein uuden menetelmän haltuunotto tuntuu aluksi siinä määrin haasteelliselta, ettei kuntoutustyöntekijä rohkene eikä osaa ohjata asiakasta toimivien mittareiden ja asteikkojen laatimiseen. Myös kokeneet työntekijät kaipaavat ohjausta, ja tämäkin alleviivaa jatkuvan kehittämisen ja yhteisen oppimisen merkitystä.

8.2 GAS-klinikat yhteisen osaamisen kehittäjänä

Edellä kuvaamiemme haasteiden hallinta on mahdollista, eikä välttämättä edes vaikeaa, mutta se edellyttää jatkuvaa oppimista, kehittämistä ja kouluttautumista. Pelkkä oppilaitosten järjestämä peruskoulutus ei siis riitä. Omassa organisaatiossamme Vervessä aloitimme ensimmäiset kokeilut GAS-menetelmän käytöstä pian menetelmän tultua käyttöön. Samalla käynnistimme jatkuvan sisäisen perehdyttämisen ja menetelmän käytön reflektoinnin eli GAS-klinikat. GAS-klinikoissa keskitytään esimerkiksi työryhmittäin mahdollisimman käytännönläheisesti arvioimaan tavoitteen asettamista ja syntyneitä tavoitteita todellisten, arvioitujen GAS-lomakkeiden pohjalta.

GAS-klinikoiden vetäjiksi kuntoutusorganisaatioon on järkevä kouluttaa kaksi kolme sisäistä GAS-asiantuntijaa, jotka voivat toimia tarvittaessa myös uuden henkilöstön perehdyttäjinä. Mikäli kuntoutusyksikkö on pieni, muutaman työntekijän kokoinen, asiantuntijuutta voi tietenkin hankkia myös oman organisaation ulkopuolelta, vaikkapa suuremmasta kuntoutusyksiköstä.

Yksi klinikkaistunto kestää noin kaksi tuntia, ja niitä olisi hyvä järjestää ainakin kaksi kertaa vuodessa. Taajuudessa on syytä ottaa huomioon myös työntekijöiden vaihtuvuus: mikäli vaihtuvuutta on paljon, istuntoja kannattaa järjestää useammin. Työryhmän kannattaa opetella arvioimaan tavoiteprosesseja ja niiden tuloksia itsenäisesti. Olemme huomanneet, että ulkopuolinen silmäpari ja yhteinen käsittely tuovat tuoretta näkemystä tiimin työhön. Samoin kuin yksittäisille kuntoutustyöntekijöille, myös tiimeille saattaa kertyä omia käytäntöjä, jotka näkyvät systemaattisina virheinä ja puutteina GAS-asteikoissa.

Toimivaksi sisällöksi on muodostunut klinikan aloittaminen lyhyellä ja ytimekkäällä noin 15 minuutin perusteita kertaavalla osuudella, johon kuuluu esimerkiksi SMART-periaatteen kertaus ns. apukysymyksineen (ks. luku 7.1.6). Käytännön kuntoutustyössä SMART-periaate on osoittautunut hyväksi apuvälineeksi tavoitteiden asettamisessa, eikä sen käyttöä tule unohtaa arjessa. Se ohjaa kiinnittä-

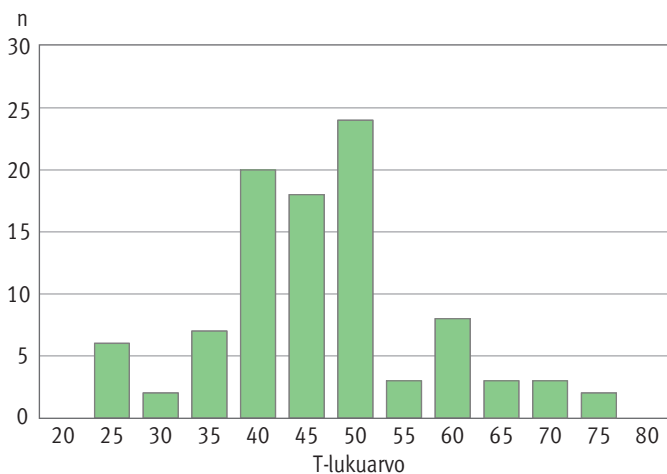
mään huomion siihen, onko kukin tavoite selkeä ja ymmärrettävä, ja siihen, onko se merkitsevä, oleellinen ja asiakkaan tilanteessa tarkoituksenmukainen. Myös GAS-asteikon laatimisen lyhyt ohjeistus on syytä käydä jokaisessa klinikassa läpi. Tämän jälkeen analysoidaan 5–10 GAS-lomaketta edellä mainittujen periaatteiden mukaisesti.

GAS-klinikoissamme tutkimme, vastaavatko mittarit tavoitteita ja ovatko ne selkeitä ja helppoja käyttää. Kukin tavoite kannattaa käydä läpi SMART-logiikan mukaisesti. Tämä tavoitteiden asettamista helpottava väline kannattaa antaa myös asiakkaiden käyttöön. Korostamme SMART-periaatteissa kirjaimen 'R' viittaamista ennen muuta sanaan *'relevant'* sanan *'realistic'* rinnalla, toisin sanoen asiakkaan kannalta oleelliseen ja merkitykselliseen, joskin luonnollisesti myös realistiseen ja toteuttamiskelpoiseen tavoitteeseen. Hyvänä ajatuksellisena apukeinona jokaisen tavoitteen ja asteikon kohdalla voi kysyä, voisiko ulkopuolinen, esimerkiksi GAS-klinikan vetäjä, ongelmitta arvioida tavoitteet ja niissä etenemisen yhdessä asiakkaan kanssa ilman työryhmän apua.

Menetelmän käyttöä voidaan arvioida myös tilastollisilla menetelmillä. Kun tavoitteita on asetettu ja arvioitu riittävästi, voidaan keskiarvokäyrän avulla yhdessä tutkia, ovatko tavoitteet ja mittarin haasteellisuus osuneet keskimäärin kohdalleen. Näistä tuloksista voidaan GAS-klinikoissa keskustella.

T-lukuarvojen jakauman avulla voidaan tutkia, ovatko tavoitteet olleet keskimäärin sopivan haasteellisia. Oheisessa kuvassa esitetään keräämämme 96 ASLAK-kuntoutujan T-lukuarvojen asemoituminen, ja sen perusteella voidaan todeta tavoitteiden olleen sopivan haasteellisia, tai jos tarkkoja ollaan, piirun verran liian vaikeita (T-lukuarvojen keskiarvo on hieman alle 50 eli 44,5). Tämä analyysi voidaan tehdä tarvittaessa työntekijä- tai työparikohtaisesti, jolloin omaa ohjaamistyötään voi vastaavasti kehittää, täsmentää ja tarkentaa. Mikäli asiakkaat saavat toistuvasti selvästi odotettuja korkeampia tuloksia (+2), kuntoutus ei välttämättä ole laadukasta vaan asteikot on laadittu liian helpoiksi. (Kuvio 14.)

Kuvio 14. T-lukuarvojen jakautuminen ASLAK-kuntoutujilla.



GAS-menetelmän peruslogiikka tulee hallita. Lisäksi jatkuva oman toiminnan ja sen tulosten reflektointi on välttämätöntä. Tavoitteiden asettamisen täytyy säilyä elävänä ja tukea kuntoutumisprosessia, eikä tavoitteisiin ohjaamisen pidä rutinoitua väärällä tavalla.

8.3 Lisävinkkejä tavoitteiden laatimisen avuksi

Tuoreen kuntoutusta käsittelevän katsausartikkelin mukaan (Krasny-Pacini ym. 2013) asteikon laatimista voi sujuvoittaa määrittämällä ensin nykytilanne ja toivottu, odotettu tai tavoiteltu tulos, jonka jälkeen mittari rakennetaan loppuun saakka. Nykytilanne on tällöin selvästi odotettua matalampi taso (-2) ja toivottu tai odotettu tulos vastaa tavoitetasoa (0). Tämä voi joissakin tilanteissa nopeuttaa ja helpottaa asteikon laatimista ja auttaa myös asiakasta oivaltamaan nopeammin GAS-menetelmän perimmäisen ajatuksen. Tällöinkin muutokseen rohkaiseva logiikka kannattaa pitää mielessä ja virittää -2-taso mahdollisuuksien mukaan hieman nykytilannetta paremmaksi. Tällöin GAS toimii mittaamisen lisäksi kuntoutumisprosessia eteenpäin vievänä voimana.

Asiakasta kannattaa ohjata tekemään mittarin tavoitetasosta (0-taso) hieman laajempi, jotta sen toteutuminen helpottuu. GAS-menetelmän tarkoitus on pyrkiä osumaan juuri 0-tasoon, joka on samalla toivottu ja odotettu tulos. Helpon tästä 'venyttäminen' onnistuu tietenkin määrällisissä mittareissa.

Apuna asteikon laadun arvioinnissa voi käyttää yksinkertaisia tarkistuslistoja, joista tässä yksi (Cardillo ja Choate 1994):

1. Onko kussakin asteikossa ainoastaan yksi muuttuja (mittarin ulottuvuus)?
2. Onko kaikki asteikon vaihtoehdot otettu huomioon?
3. Onko joku asteikon osa jäänyt tyhjäksi?
4. Onko päällekkäisiä tasoja?
5. Onko tasojen välillä aukkoja?
6. Onko käytetty lyhenteitä tai ammattitermejä?

Myös arviointiajankohta on määriteltävä selkeästi, etenkin mikäli se on tavanomaisesta poikkeava. Tällöin arviointiajankohdan pitää näkyä tavoitteen nimessä. Kuntoutustoiminnassa on toki selkeä päätösvaihe kunkin asiakkaan prosessissa, mutta osa tavoitteista on järkevää laatia (kurssia tai tutkimusta) lyhyemmällekin aikavälille.

Esimerkiksi työelämän nopeissa muutoksissa on tilanteita, joissa asioihin täytyy tarttua heti. Mikäli tavoite tehdään koko kuntoutuksen aikajänteelle (esimerkiksi 1 1/2 vuotta kestävä Tyk-prosessi), kuntoutus saattaa järjenvastaisesti jopa hidastaa ratkaisujen etsimistä. Tällöin voi olla viisasta tehdä tavoite, jonka toteutumista arvioidaan muutaman kuukauden tai jopa muutaman viikon kuluttua. Tietotyöläisten ajan hallintaan ja säännölliseen ruokailuun liittyvät tavoitteet ovat usein juuri tällaisia.

Kannattaa myös pitää mielessä, että GAS-menetelmällä on vahva tavoitteiden toteuttamiseen motivoiva vaikutus, ja jonkin asian nopealla alulle saattamisella voi olla merkittävä vaikutus tuloksiin. Kun tällainen tavoite on arvioitu, pitäisi muistaa laatia kuntoutuksen loppuosalle tarvittaessa uusi tavoite.

Lohdullista on, että kokemustemme mukaan hyvä tavoite syntyy ja mittari ja asteikko löytyvät, kunhan niitä yhdessä tarpeeksi mietitään ja jäsennetään. Hyvä keino on kysyä asiakkaalta itseltään, mistä hän voisi päätellä, että hän on edennyt tavoitteen mukaisesti. Jos tavoite on merkityksellinen, tähän kysymykseen pitäisi olla helppo vastata. Merkityksellisen tavoitteen löytämiseksi huolellinen tilanneanalyysi on hyvä työkalu niin asiakkaalle itselleen oleellisten asioiden erottamiseen epäoleellisista kuin kuntoutustyöntekijällekin keinona tai välineenä ohjata asiakasta tarttumaan kuntoutumisen kannalta tärkeimpiin tavoitteisiin (ks. esimerkiksi luku 7.1.6).

Oleellinen ja tärkeä sekä keskustelua herättävä on asiantuntijan rooli. Asiantuntijan tehtävänä ei ole laatia asiakkaan tavoitteita tai asteikkoja. Hänen on huolehdittava siitä, että valitut tavoitteet ovat selkeitä ja oikeasti merkityksellisiä. Asiantuntijan on autettava asiakasta tälle merkityksellisen tavoitteen ja sille järkevän ja riittävän haasteellisen mittarin laatimisessa.

9 LOPUKSI | Seija Sukula

Tämän kirjan idea syntyi GAS-menetelmää käyttävien ammattilaisten ja kouluttajien pohdinnoista; mikä menetelmässä haastaa ja mikä toimii. Kela on kehittänyt kuntoutusta ja GAS-menetelmän käyttöä monissa erilaisissa kuntoutuksen kehittämishankkeissa. Näiden hankkeiden tuloksina on syntynyt hyviä ja toimivia tavoitteiden laatimisen ja arvioinnin käytäntöjä, joita tässä kirjassa on myös kuvattu. Tämän lisäksi useat asiantuntijat ovat kuvanneet GAS-menetelmään liittyviä teorioita ja käytäntöjä.

Kela on ottanut vuodesta 2010 alkaen GAS-menetelmän asteittain käyttöön kaikissa kuntoutuspalveluissa. Muutos on ollut suuri, vaikka tavoitteita on laadittu erilaisilla menetelmillä aikaisemminkin. Asiakkaan näkökulman korostuminen toi uuden lähestymistavan kuntoutukseen. Toki asiakkaan näkökulma oli vahvasti läsnä aiemminkin, mutta tavoitteet on saatettu laatia asiantuntijan toiminnasta käsin ja asiantuntijan kielellä.

Kuntoutustapahtumassa on kyse ihmisten kohtaamisesta. Asiakas tuo tilanteeseen oman elämäntilanteensa ja perheensä verkostoineen. Asiantuntija vastaavasti tuo oman osaamisensa, moniammatillisen verkostonsa ja työmenetelmänsä. Vastuu tavoitteiden syntymisestä on kuitenkin asiantuntijalla. Onnistuneimmillaan kohtaaminen tarkoittaa sitä, että työntekijä pystyy saamaan esiin asiakkaalle tärkeät tavoitteet oikeiden kysymysten avulla – tavoitteet, jotka ovat mahdollisia tässä elämäntilanteessa, tässä kuntoutuksessa ja tässä ajassa. Kuntoutuksen asiantuntija pystyy erilaisilla motivoinnin välineillä herättämään asiakkaan kiinnostuksen omasta hyvinvoinnista vastuunottamiseen. Yhteistyö muiden asiantuntijoiden kanssa moniammatillisissa verkostoissa auttaa keskittämään voimavarat asiakkaalle tärkeiden asioiden muuttamiseen tai ylläpitämiseen.

GAS-menetelmän käyttöönotto on lisännyt kuntoutuksen tavoitteellisuutta ja sitoutumista kuntoutukseen. Kelan kuntoutuksen palveluntuottajille tehdyn kyselyn mukaan suurin osa palveluntuottajista on pitänyt menetelmää hyödyllisenä, sillä se tuo asiakkaan äänen kuuluville jäntevöittäen kuntoutusprosessia. GAS-menetelmä on Kelassa ja kansainvälisessä tutkimuksessa (mm. Khan ym. 2008) todettu hyväksi ja luotettavaksi muutoksen seurannan välineeksi. Menetelmän haasteet on kuitenkin hyvä tunnistaa. Näin siitä saadaan menetelmän paras hyöty käyttöön, eikä tavoitteista tule kuntoutuksen itseisarvoa. Parhaimmillaan menetelmän käyttö voi lisätä ammattilaisten yhteistyötä ja aitoa asiakaskeskeisyyttä (Siegert ja Levack 2015a).

Sallinen ym. (2015) arvioivat, miten GAS-menetelmän käyttöön koulutetut ammattilaiset kokevat osaavansa ohjata asiakasta kuntoutumisen tavoitteiden määrittelyssä. Heidän mukaansa lähes puolet ammattilaisista koki GAS-menetelmän käytön lisännen tai syventäneen moniammatillista yhteistyötä. Heidän mukaansa GAS-menetelmä näyttäisi toimivan melko hyvin terapeutin ja asiakkaan yhteisenä välineenä kuntoutusta suunniteltaessa ja tavoitteita asetettaessa. Sen sijaan koko kuntoutusprosessin eri toimijoiden välisenä yhteistyön ja vuorovaikutuksen työvälineenä GAS-menetelmä ei heidän tutkimuksen perusteella vielä toimi. Lähes

kolmasosa kyselyyn vastanneista ilmoitti, ettei tee yhteistyötä minkään tahon kanssa tavoitteita laadittaessa.

Sallisen ym. (2015) tulosten perusteella vaikuttaa siltä, että kuntoutussuunnitelma tavoitteineen laaditaan erikoissairaanhoidossa tai perusterveydenhuollossa ja että avokuntoutuksen terapeutit laativat GAS-tavoitteita omista lähtökohdistaan. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että käsitykset kuntoutuksen kokonaistavoitteesta voivat olla hyvin erilaisia eri toimijoilla. Voidaan sanoa, että GAS-menetelmän käyttöönoton tavoitteena ollut ”yhteinen kieli” eri sektoreiden välillä ei vielä toteudu ja vaatii kehittämistä.

Tulevaisuuden keskeinen haaste on, miten moniammatillisuus toteutuisi niin, että asiakkaalla olisi yksi yhteinen kuntoutussuunnitelma ja yhteiset tavoitteet eri sektoreiden palveluissa. Tämä tehostaisi kuntoutuksen vaikutuksia ja olisi myös asiakkaan näkökulmasta selkeämpää nykykäytäntöön verrattuna. Näin yksittäinen kuntoutus tai hoito olisi linjassa yleisen tavoitteen kanssa. Hyvin laaditut tavoitteet ovat kuntoutuksen selkäranka.

LÄHTEET

- Aalto L, Hinkka K. Uudenlaista työikäisten kuntoutusta. Ideoista tuloksiin Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeessa. Helsinki: Kela, Nettityöpapereita 32, 2011.
- Autti-Rämö I. Lasten ja nuorten kuntoutus. Julkaisussa: Rissanen P, Kallanranta T, Suikkanen A, toim. Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 2008: 479–488.
- Autti-Rämö I, Vainiemi K, Sukula S, Louhenperä A. GAS-menetelmä. Käsikirja, versio 2. Helsinki: Kela, 2010.
- Bandura A. Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behaviour* 2004; 31: 143–164.
- Bernheimer LP, Gallimore R, Weisner TS. Ecocultural theory as context for the individual family serviceplan. *Journal of Early Intervention* 1990; 14 (3): 219–233.
- Bouwens S, van Heugten CM, Verhey FRJ. The practical use of goal attainment scaling for people with acquired brain injury who receives cognitive rehabilitation. *Clinical Rehabilitation* 2009; 23: 310–320.
- Bovend'Eerd T ym. Writing SMART rehabilitation goals and achieving Goal Attainment Scaling. A practical guide. *Clinical Rehabilitation* 2009; 23: 352–361.
- Bovend'Eerd TJ, Dawe H, Izadi H, Wade DT. Agreement between two different scoring procedures for Goal Attainment Scaling is low. *Journal of Rehabilitation Medicine: Official Journal of the UEAMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine* 2011; (43): 46–49.
- Cardillo JE, Choate RO. Illustrations of goal setting. Julkaisussa: Kiresuk T, Smith A, Cardillo J, toim. *Goal Attainment Scaling. Applications, theory, and measurement*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1994: 15–37.
- Choi B, Pak A. Multidisciplinary, interdisciplinary and transdisciplinary in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives and evidence of effectiveness. *Clinical & Investigative Medicine* 2006; 29: 351–364.
- Deci EL, Ryan RM. *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York, NY: Plenum, 1985.
- DeJong P, Kim Berg I. *Interviewing for solutions*. Belmont, CA: Brooks/Cole, 2002.
- DeShazer S. *Putting difference to work*. New York, NY: Norton, 1991.

Doig EJ, Fleming J, Kuipers P, Cornwell P. Comparison of rehabilitation outcomes in day hospital and home settings for people with acquired brain injury. A systematic review. *Disability and Rehabilitation* 2010; 32 (25): 2061–2077.

Dropsy J. *Leva i sin kropp. Kroppsuttrykt och mänsklig kontakt*. Stockholm: Natur & Kultur, 1987.
Engeström Y. *Kehittävä työntutkimus. Perusteita, tuloksia ja haasteita*. Helsinki: Hallinnon kehittämiskeskus, 1995.

Ertzgaard P, Ward AB, Wissel J, Borg J. Practical considerations for Goal Attainment Scaling during rehabilitation following acquired brain injury. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2011; 43: 8–14.

Finne-Soveri H, Heikkilä R, Mäkelä M ym. Mitä on huomioitava vanhusten laitoshoidoa vähennettäessä? Julkaisussa: Noro A, Alastalo H, toim. *Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta. Tilanne ennen lain voimaantuloa vuonna 2013*. Helsinki: THL, Raportti 13, 2014.

Fisher K, Hardie RJ. Goal Attainment Scaling in evaluating a multidisciplinary pain management programme. *Clinical Rehabilitation* 2002; 16 (8): 871–877.

Fisher K. Assessing clinically meaningful change following a programme for managing chronic pain. *Clinical Rehabilitation* 2008; 22 (3): 252–259.

Gallimore R, Weisner T, Kaufman S, Bernheimer L. The Social construction of ecocultural niches. Family accomodation of developmentally delayed children. *American Journal on Mental Retardation* 1989; 94 (3): 216–230.

Gauggel S. Goal setting as a motivational technique for neurorehabilitation. *Handbook of motivational counseling. Goal-based approaches to assessment and intervention with addiction and other problems*. Bangor: Wiley-Blackwell, 2011: 571–589.

Geyh S, Peter C, Muller R ym. The personal factors of the International Classification of Functioning, Disability and Health in the literature. A systematic review and content analysis. *Disability and Rehabilitation* 2011; 33 (13–14): 1089–1102.

Guay E, Nageau G, Vallerand RJ. On the hierarchical structure of self-determined motivation. A test of top-down and bottom-up effects. *Personality and Social Psychology Bulletin* 2003; (29): 992–1004.

Hakkarainen K, Paavola S. *Kollektiivisen asiantuntijuuden mahdollisuuksia ja rajoituksia. Kognitiiviseen näkökulma*. Julkaisussa: Parviainen J, toim. *Kollektiivinen asiantuntijuus*. Tampere: Tampere University Press, 2006: 214–272.

Hale L. Using Goal Attainment Scaling in physiotherapeutic home-based stroke rehabilitation. *Advances in Physiotherapy* 2010; (12): 142–149.

Harra T, Aralinna V, Heikkilä M, Korkiatupa R, Löytönen K, Onkalo-Olkkonen R. Kohti toimintakyvyn kokonaisvaltaista arviointia. *Duodecim* 2006; 122 (5): 554–562.

Heikkilä J, Heikkilä K. *Dialogi. Avain innovatiivisuuteen*. Porvoo: WSOY, 2001.

Helin S. Lääkäiden henkilöiden toimintakyvyn heikkeneminen ja sen kompensatioprosessi. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, *Studies in sport, physical education and health* 71, 2000.

Hinkka K, Aalto L, Toikka T. Uudenlaiseen Kelan työhönkuntoutukseen? Viiden kuntoutusmallin arvioinnin tuloksia. Helsinki: Kela, *Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia* 134, 2015.

Hostler SL. Pediatric family-centered rehabilitation. *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 1999; 14 (4): 384–393.

Hurn J, Kneebone I, Cropley M. Goal setting as an outcome measure. A systematic review. *Clinical Rehabilitation* 2006; 20: 756–772.

Härkäpää K, Järvikoski A, Gould R. Motivational orientation of people participating in vocational rehabilitation. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2014; 24 (4): 658–669.

Högström S, Granö S. *Elämää muistisairauden kanssa. Kuntoutusopas muistisairaille ihmisille ja heidän läheisilleen*. Helsinki: Muistiliitto, 2009.

ICF Research Branch. ICF-based Documentation Form. 2014. Saatavissa: <<http://www.icf-research-branch.org/component/content/article/120-external-links/456-icf-based-documentation-form.html>>.

Isaacs W. *Dialogi ja yhdessä ajattelemisen taito*. Helsinki: Gummerus, 2001.

Isoherranen K. *Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä*. Helsinki: Helsingin yliopisto, 2012.

Jeglinsky I. Family-centredness in services and rehabilitation planning for children and youth with cerebral palsy in Finland. Stockholm: Karolinska Institutet, 2012.

Jyrkämä J. Toimijuus ja toimintatilanteet. Aineksia ikääntymisen arjen tutkimiseen. Julkaisussa: Seppänen M, Karisto A, Kröger T, toim. *Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä*. Jyväskylä: PS-kustannus, 2007: 195–217.

Jyrkämä J. Toimijuus, ikääntyminen ja arkielämä. Hahmottelu teoreettis-metodologiseksi viitekehyykseksi. *Gerontologia* 2008; (4): 190–203.

Jyrkämä J. Vanheneminen, arkitilanteet ja toimijuus. Julkaisussa: Heikkinen E, Jyrkämä J, Rantanen T, toim. *Gerontologia*. Helsinki: Duodecim, 2013: 421–425.

Järvikoski A, Härkäpää K. Asiakkuus ja asiantuntijuus kuntoutuksessa. Julkaisussa: Rissanen P, Kallanranta T, Suikkanen A, toim. Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 2008: 51–63.

Järvikoski A, Härkäpää K. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOYpro, 2010.

Järvikoski A, Härkäpää K. Kuntoutuksen perusteet. Näkökulmia kuntoutukseen ja kuntoutustieteeseen. Helsinki: WSOYpro, 2011.

Järvikoski A. Vajaakuntoisuudesta elämänhallintaan? Kuntoutuksen viitekehyksen ja toimintamallien tarkastelua. Helsinki: Kuntoutussäätiö, 1994.

Kansallinen Koodistopalvelu. THL – ICF Toimintakykykäsitteiden luokitus. 2015. Saatavissa: <<http://91.202.112.142/codeserver/pages/classification-view-page.xhtml?classificationKey=1743&versionKey=1963>>. Viitattu 26.10.2015.

Kansaneläkelaitos. Raportti kuntoutuspalveluiden toteutumisesta. Työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen toinen vaihe (TK2-hanke). Helsinki: Kansaneläkelaitos, 2014.

Karhula M, Veijola A, Ylisassi H. Tavoitteiden asettamisen käytäntö. Julkaisematon käsikirjoitus, 2014. [Julkaistaan 2016.]

Khan F, Pallant JF, Turner-Stokes L. Use of Goal Attainment Scaling in inpatient rehabilitation for persons with multiple sclerosis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2008; 89: 652–659.

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

Kiresuk TJ, Smith A, Cardillo JE, toim. Goal Attainment Scaling. Applications, theory, and measurement. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1994.

Kiviniemi L, Läksy M-L, Matinlauri T ym. Minä mielenterveystyön tekijänä. Helsinki: Edita, 2007.

Koivikko M, Louhiala P. Lasten kuntoutuksen etiikasta. *Suomen Lääkärilehti* 2001; 18: 2047–2050.

Kokko R-L. Asiakas kuntoutuksen yhteistyöryhmässä. Institutionaalisen kohtaamisen jännitteitä. Helsinki: Kuntoutussäätiö, 2003.

Kokko R-L. Tulevaisuuden muistelu -palaveri. Toiveikkuutta tuottava yhteistyömenetelmä. *Yhteiskuntapolitiikka* 2007; 72 (2): 166–174.

Koskimies M, Pyhäjoki J, Arnkil TE. Hyvien käytäntöjen dialogit. Opas dialogisen kehittämisen ja kulttuurisen muutoksen tueksi. Helsinki: THL, Opas 24, 2012. Saatavissa: <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-638-0>>. Viitattu 15.1.2014.

Koskinen J. Tulevaisuus pelissä. ICF-pohjainen lautapeli kuntoutuksen suunnannäyttäjänä. Kuntoutus 2015; (2): 66–70.

Koukkari M. Kuntoutujien käsityksiä kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Julkaisussa: Järvikoski A, Lindh J, Suikkanen A, toim. Kuntoutus muutoksessa. Rovaniemi: Lapin Yliopistokustannus, 2011: 220–226.

Koukkari M. Tavoitteena kuntoutuminen. Kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Rovaniemi: Lapin yliopisto, 2010.

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 (3): 212–230.

Kristensen HK, Persson D, Nygren C, Boll M, Matzen P. Evaluation of evidence within occupational therapy in stroke rehabilitation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 2011; 18 (1): 11–25.

Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 19, 2003. Saatavissa: <<http://pre20090115.stm.fi/pr1076939223163/passthru.pdf>>. Viitattu 10.1.2014.

Kurki M. Missä kunnossa kuntoutukseen, entä kuntoutuksen jälkeen? Tules- ja Aslak-kurssit pystyvyysarvioiden vahvistajina. Helsinki: Miina Sillanpään Säätiö, Miina Sillanpään Säätiön julkaisuja A:6, 2004.

Lajunen K, Laakso ML. Ylivilkkaiden ja haastavasti käyttäytyvien lasten vanhempien ryhmämuotoinen tukeminen. Julkaisussa: Aro T, Laakso M-L, toim. Taaperosta taitavaksi toimijaksi. Itsesäätelytaitojen kehitys ja tukeminen. Jyväskylä: NMI, 2011: 120–143.

Levack W, Dean S, Siegert R, Mc Pherson K. Purposes and mechanisms of goal planning in rehabilitation. The need for a critical distinction. *Disability and Rehabilitation* 2006; 28 (12): 741–749.

Linnakangas R, Lehtoranta P, Järvikoski A, Suikkanen A. Perhekuntoutus puntarissa. Kelan psykiatrisen perhekuntoutuksen kehittämishankkeen arviointi. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 109, 2010.

Mahlakaarto S. Subjektiksi työssä. Identiteettiä rakentamassa voimaantumisen kehitysohjelmassa. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 2010.

- Mailloux Z, May-Benson TA, Summers CA ym. Goal Attainment Scaling as a measure of meaningful outcomes for children with sensory integration disorders. *American Journal of Occupational Therapy* 2007; 61: 254–259.
- Mangset M, Dahl TE, Førde R, Wyller TB. ‘We’re just sick people, nothing else’. Factors contributing to elderly stroke patients’ satisfaction with rehabilitation. *Clinical Rehabilitation* 2008; 22: 825–835.
- McDougall J, Wright V. The ICF-CY and Goal Attainment Scaling. Benefits of their combined use for pediatric practice. *Rehabilitation in practice. Disability and Rehabilitation* 2009; 31 (16): 1362–1372.
- Melamies N, Pärnä K, Heino L ja Miller H. Lapsi ja perhe kuntoutujina – haaste aikuisille. Julkaisussa: Karjalainen V, Vilkkumaa I, toim. Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Helsinki; Stakes, 2004: 103–121.
- Mellenius N. Vuorovaikutuksen hoito on lapsuuteen vaikuttamista. Julkaisussa: Mellenius N, Remsu N, toim. Vuorovaikutus kuvassa. Videoavusteisen ohjauksen eettisyys ja käytäntö. Helsinki: Mannerheimin Lastensuojeluliiton Lasten ja Nuorten Kuntoutussäätiö, 2013: 75–94.
- Miller H, Törrönen M. Arvostava ja aito kohtaaminen. Julkaisussa: Törrönen M, Pärnä K, toim. Voimaannuttavat suhteet perhekuntoutuksessa. Helsinki: Mannerheimin Lastensuojeluliiton Lasten ja Nuorten Kuntoutussäätiö, 2010: 67–86.
- Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing. Helping people change. New York, NY: Guilford Press, 2013.
- Missiuna C, Pollock N, Law M, Walter S, Cavey N. Examination of the Perceived Efficacy and Goal Setting System (PEGS) with children with disabilities, their parents, and teachers. *American Journal of Occupational Therapy* 2006; (60): 204–214.
- Mitchell T, Cusick A. Evaluation of a client-centred paediatric rehabilitation programme using Goal Attainment Scaling. *Australian Occupational Therapy Journal* 1998; (45): 7–17.
- Mäkinen E. Kuntoutujan uusi asema. Julkaisussa: Sipari S, Mäkinen E, Paalasmaa P, toim. Kuntoutettavasta kehittäjäkumppaniksi. Helsinki: Metropolia Ammattikorkeakoulu, 2014.
- Mäkitalo J. Work-related well-being in the transformation of nursing home work. Oulu: Oulun yliopisto, *Acta Universitatis Ouluensis D Medica* 837, 2005.
- Mäkitalo J. Työn muutos ja työhyvinvointi. Julkaisussa: Martimo K-P, Antti-Poika M, Uitti J, toim. Työstä terveyttä. Helsinki: Duodecim, 2010: 179–195.

- Mäkitalo J, Launis K. Häiriökuormitus. Työnkuormittavuuden uusi muoto muuttuvassa työssä. Tapaustudkimus vanhainkotityöstä. *Työ ja ihminen* 2007; (21) 1: 70–90.
- Mönkkönen K. Kun kumpikaan ei tiedä. Yhteistoiminnallisuus ja dialogisuus auttamistarinoiden retoriikassa. *Yhteiskuntapolitiikka* 2001; 66 (5): 432–447.
- Mönkkönen K. Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena. Vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa. Kuopio: Kuopion yliopisto, 2002.
- Mönkkönen K. Vuorovaikutus. Dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita, 2007.
- Nair S. Life goals. The concept and its relevance to rehabilitation. *Clinical Rehabilitation* 2003; 17: 192–202.
- Nijhuis B, Reinders-Messelink HA, de Blecourt ACE ym. Goal setting in Dutch paediatric rehabilitation. Are the needs and principal problems of children with cerebral palsy integrated into their rehabilitation goals? *Clinical Rehabilitation* 2008; 22: 348–363.
- Nikkanen P. Vaikeavammaisen henkilön kuntoutussuunnitelman rakentumisen käytännöt. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 71, 2010.
- Nordlund H. Constructing customer understanding in front end of innovation. Tampere: Tampere University Press, Acta Universitatis Tamperensis 1478, 2009.
- Nutbeam D. Health promotion glossary. *Health Promotion International* 1998; 13: 349–364.
- O’Hanlon WH, Weiner-Davis M. Ratkaisut löytyvät. Psykoterapian uusi suunta. Helsinki: Tammi, 1990.
- Oksanen E, Seppäläinen S. Käyttökokemukset tavoitteiden asettelusta Goal Attainment Scale -menetelmää käyttäen. Helsinki: Metropolia ammattikorkeakoulu, 2011.
- Paltamaa J, Karhula M, Suomela-Markkanen T, Autti-Rämö T, toim. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suosituksiin vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Helsinki: Kela, 2011.
- Parkinsonin tauti (online), Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologisen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2010. Saatavissa: <www.kaypahoito.fi>. Viitattu 5.3.2014.
- Pikkarainen A. Ikääntyneiden aikuisten kuntoutusarki. Monialaisen gerontologisen kuntoutuksen perusteet IKKU-hankkeen toimintatutkimuksen kautta kuvattuna. *Kuntoutus* 2013a; (3): 5–20.

Pikkarainen A. Gerontologisen kuntoutuksen käsikirja. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu, 2013b.

Pikkarainen A, Vaara M, Salmelainen U. Gerontologisen kuntoutuksen toteutus, vaikuttavuus ja tiedon välittyminen. Ikääntyneiden kuntoutujien yhteistoiminnallisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeen loppuraportti. Helsinki: Kela, 2013.

Pikkarainen A, Vaara M, Salmelainen U. Gerontologinen kuntoutus osaksi kehittyviä vanhuspalveluja. *Fysioterapia* 2014; (1): 5–9.

Prochaska JO, Norcross JC. *Systems of psychotherapy. A transtheoretical analysis*. Belmont, CA: Brooks/Cole, 2013.

Prochaska JO, Norcross JC, Diclemente CC. Applying the stages of change. *Psychotherapy in Australia* 2013; 19 (2): 10–15.

Pärnä K. Perhekuntoutuksen arviointi ja tuloksellisuus. Julkaisussa: Törrönen M, Pärnä K, toim. Voimaannuttavat suhteet perhekuntoutuksessa. Helsinki: Mannerheimin Lastensuojeluliiton Lasten ja Nuorten Kuntoutussäätiö, 2010a: 251–273.

Pärnä K. Tytöt kertovat kuntoutuksesta. Julkaisussa: Törrönen M, Pärnä K, toim. Voimaannuttavat suhteet perhekuntoutuksessa. Helsinki: Mannerheimin Lastensuojeluliiton Lasten ja Nuorten Kuntoutussäätiö, 2010b: 212–222.

Pärnä K, Saarinen M, Mellenius N, Antikainen P. ICF ja perhekuntoutuksen arviointi. *Kuntoutus* 2011; (3): 12–21.

Rajavaara M. Unohdettu ihminen? Asiakaslähtöisyys kuntoutuksen kehittämisessä. *Kuntoutus* 2008; (2): 43–47

Rannisto M, Rosti-Ojajärvi E, Mäntynen A, Koivisto K, Huhtala H, Hämäläinen P. The use of Goal Attainment Scaling in neuropsychological rehabilitation in multiple sclerosis. *Disability and Rehabilitation* 2014. Early online 1–6.

Rasquin SMC, Bouwens S, Dijcks B, Winkens I, Bakx WMG, van Heugten CM. Effectiveness of a low intensity outpatient cognitive rehabilitation programme for patients in the chronic phase after acquired brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation* 2010; 20 (5): 760–777.

Rauch A, Cieza A, Stucki G, Melvin J. How to apply the ICF for rehabilitation management in clinical practice. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine* 2008; 44: 329–342.

Reeve J. *Understanding motivation and emotion*. Hoboken, NJ: Wiley, 2009.

Riikonen E, Vataja S. Voimavarasuuntautuneet neuvonta-, ohjaus- ja terapiamuodot. Terapiat 6.7.2009. Helsinki: Duodecim, Terveyskirjasto. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00105&p_teos=onn&p_selaus=9540>. Viitattu 10.1.2014.

Rockwood K, Howlett S, Stadnyk K, Carver D, Powell C, Stolee P. Responsiveness of Goal Attainment Scaling in a randomized controlled trial of comprehensive geriatric assessment. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2003; (56): 736–743.

Rodwell CR. An analysis of concept of empowerment. *Journal of Advanced Nursing* 1996; 23: 305–313.

Rosewilliam S, Roskell CA, Pandyan AD. Systematic review and synthesis of the quantitative and qualitative evidence behind patient-centred goal setting in stroke rehabilitation. *Clinical Rehabilitation* 2011; 25: (6): 501–514.

Roxendal G, Winberg A. Levande människa. Basal kroppskännedom för rörelse och vila. Stockholm: Natur & Kultur, 2002.

Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing. A systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice* 2005; 55 (513): 305–312.

Rushton PW, Miller WC. Goal Attainment Scaling in the rehabilitation of patients with lower-extremity amputations. A pilot study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2002; 83 (6): 771–775.

Ruutiainen J. Kuntoutus kannattaa MS-taudissa. *Suomen Lääkärilehti* 2003; 58: 5055–5058.

Rämä I, Teinilä S, Airaksinen L, Tiainen R. Ruskeasuon koulun kehittämishanke. HOJKS-tavoitteet ICF-viitekehysessä. *NMI-Bulletin* 2013; (3).

Saarenheimo M. Mielenterveys. Julkaisussa: Heikkinen E, Jyrkämä J, Rantanen T, toim. *Gerontologia*. Helsinki: Duodecim, 2013: 373–380.

Sallinen M, Bärlund E, Koivuniemi M, Heinonen T. Kohti yhteisiä tavoitteita. GAS-koulutuksen arviointihankkeen loppuraportti. Helsinki: Kela, Työpapereita 79, 2015.

Salmela-Aro K, Nurmi J. Mikä meitä liikuttaa. Modernin motivaatiopsykologian perusteita. Jyväskylä: PS-kustannus, 2005.

Salmelainen U. Tiedon välittyminen ja rakentuminen kuntoutuksessa. Moniammatillinen asiantuntijayhteistyö ikäihmisen laitospuoleisessa kuntoutuksessa. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 98, 2008.

Salmelainen U, Röberg, U, Hinkka K. Tietäen, taitaen ja yhdessä toimien. Kokemuksia pientyöpaikkojen Aslak-kuntoutuskurssien järjestämiskokeilusta. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 53, 2002.

Salminen A-L, Hämäläinen P, Karhula M, Kanelisto K, Ruutiainen J. MS-kuntoutujien ryhmämuotoinen moniammatillinen avokuntoutus. Kuntoutusmallin kehittäminen ja arviointi. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 129, 2014.

Salminen A-L, Karhula M, Häkkinen A. Tules-kurssien standardien kehittäminen. Suositukset standardiin. Helsinki: Kela, Työpapereita 66, 2014.

Saltychev M. The effectiveness of vocationally oriented multidisciplinary rehabilitation (ASLAK®) amongst public sector employees. Turku: Turun yliopisto, Annales Universitatis Turkuensis D 1007, 2012.

Seikkula J, Arnkil TE. Dialoginen verkostotyö. Helsinki: THL, 2013.

Seppänen-Järvelä R, toim. Kuntoutuksen yhteistoiminta osaksi työn arkea. Arviointitutkimus työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen toisesta vaiheesta. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 84, 2014.

Shier H. Pathways to participation. Openings, opportunities and obligations. A new model for enhancing children's participation in decision-making, in line with article 12.1 of the United Nations Convention on the Rights of the Child. *Children & Society* 2001; 15: 107–117.

Siebes RC, Ketelaar M, Gorter JW ym. Transparency and tuning of rehabilitation care for children with cerebral palsy. A multiple case study in five children with complex needs. *Developmental Neurorehabilitation*, 2007; 10 (3): 193–204.

Siegert RJ, Taylor WJ. Theoretical aspects of goal-setting and motivation in rehabilitation. *Disability and Rehabilitation* 2004; 26 (1): 1–8.

Siegert RJ, Levack WMM. Concluding comments, current trends and future directions. Julkaisussa: *Rehabilitation goal setting. Theory, practice and evidence*. Boca Raton, FL: CRC Press, 2015a.

Siegert RJ, Levack WMM. *Rehabilitation goal setting. Theory, practice and evidence*. Boca Raton, FL: CRC Press, 2015b.

Siegert RJ, McPherson KM, Taylor WJ. Toward a cognitive-affective model of goal-setting in rehabilitation. Is self-regulation theory a key step? *Disability and Rehabilitation* 2004; 26 (20): 1175–1183.

Siitonen J. Voimaantumisteorian perusidean hahmottelua. Oulu: Oulun yliopisto, Acta Universitatis Ouluensis, Series E Scientiae Rerum Socialium 37, 1999.

Sipari S, Mäkinen E. Yhdessä rakentuva kuntoutusosaaminen. Helsinki: Metropolia Ammattikorkeakoulun julkaisusarja, AATOS-artikkelit 6, 2012.

Sivula S. Tuettu päätöksenteko ratkaisuna oikeusturvan ongelmiin. Julkaisussa: Pajukoski M, toim. Pääseekö asiakas oikeuksiinsa? Sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuoliset tekijät -työryhmä. Raportti III. Helsinki: THL, Raportti 19, 2010: 109–119. Saatavissa: <<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085277>>.

Skjaerven LH. Being in Dialogue. Basic body awareness in group therapy. Bergen: 2004.

Smith A. Introduction and overview. Julkaisussa: Kiresuk TJ, Smith A, Cardillo JE, toim. Goal Attainment Scaling. Applications, theory and measurement. New York, NY: Psychology Press, 2009.

Stakes. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Helsinki: Stakes, Ohjeita ja luokituksia 4, 2004.

Steenbeek D, Ketelaar M, Galama K. Goal Attainment Scaling in paediatric rehabilitation. A report on the clinical training of an interdisciplinary team. Child: Care, Health and Development 2008; 34 (4): 521–529.

Stevens A, Beurskens A, Köke A, van der Weijden T. The use of patient-specific measurement instruments in the process of goal-setting. A systematic review of available instruments and their feasibility. Clinical Rehabilitation 2013; 27 (11): 1005–1019.

STM. Vahva pohja osallisuudelle ja yhdenvertaisuudelle. Suomen vammaispoliittinen ohjelma VAMPO 2010–2015. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 4, 2010. Saatavissa: <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3024-7>>.

Stoolen P, Rockwood K, Fox RA, Streiner DL. The use of Goal Attainment Scaling in a geriatric care setting. Journal of the American Geriatrics Society. 1992; (40): 574–578.

Stoolen P, Stadnyk K, Myers AM, Rockwood K. An individualized approach to outcome measurement in geriatric rehabilitation. Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences & Medical Sciences 1999; (54): 641–647.

Sturgess J, Rodger S, Ozanne A. A review of the use of self-report assessment with young children. British Journal of Occupational Therapy 2002; 65 (3): 108–115.

Sturgess J, Ziviani J. Development of a self-report play questionnaire for children aged 5 to 7 years. A preliminary report. Australian Occupational Therapy Journal 1995; 42 (3): 107–117.

Sukula S. Hyvin laaditut tavoitteet ovat kuntoutuksen selkäranka. Kuntoutus 2013; (2): 41–47.

Sukula S, Vainiemi K, Laukkala T. GAS-käsikirja. Helsinki: Kela, 2015. Saatavissa: <www.kela.fi/gas-menetelma>.

Tam C, Teachman G, Wright V. Paediatric application of individualized client-centred outcome measures. A literature review. *The British Journal of Occupational Therapy* 2008; 71 (7): 286–306.

THL. ICF-luokitus ja toimintakyky. Helsinki: THL, 2014a. Saatavissa: <<https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus>>.

THL. ICF-ydinlistat ja tarkistuslista. Helsinki: THL, 2014b. Saatavissa: <<http://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus/icf-ydinlistat-ja-tarkistuslista>>.

THL. ICF-Taskukirja. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Lyhyt versio. Helsinki: THL, 2014c.

THL. ICF-luokituksen päivittäminen. Helsinki: THL, 2015. Saatavissa: <<https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus/icf-kuuluu-who-n-luokitusperheeseen/icf-luokituksen-paivittaminen>>. Viitattu 26.10.2016.

Thomas N. Children, family and the state. Decision-making and child participation. Bristol: Policy Press, 2002.

TOIMIA 2014. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Saatavissa: <<http://www.toimia.fi>>. Päivitetty 8.4.2014.

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

Turja J. Ammatillisesti syvennetyn lääketieteellisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Kuntoutus osana työpaikan terveyden edistämistä. Tampere: Tampere University Press, Acta Universitatis Tampereensis 1375, 2009.

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

Wade DT. Goal setting in rehabilitation. An overview of what, why and how. *Clinical Rehabilitation* 2009; 23 (4): 291-295.

Valkeinen H, Anttila H. ICF-luokitus ja toimintakykymittarit. Mitä, miten ja miksi? *Fysioterapia* 2014; (4): 5–10.

Valokivi H. Kansalainen asiakkaana. Tutkimus vanhusten ja lainrikkojen osallisuudesta, oikeuksista ja velvollisuuksista. Tampere: Tampereen yliopisto, 2008.

Wells JL, Seabrook JA, Stolee P, Borrie MJ, Knoefel F. State of the art in geriatric rehabilitation. Part I: Review of frailty and comprehensive geriatric assessment. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2003; (84): 890–897.

WHO. *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: WHO, 2001.

WHO. *International Classification of Functioning, Disability and Health, Children and Youth version (ICF-CY)*. Geneva: WHO, 2007.

Vilkkumaa I. Tuettu päätöksenteko ja vaikeavammaisten kuntoutus. Tätäkin voisi tutkia. Kuntoutusportti. Helsinki: Kuntoutussäätiö, 2013. Saatavissa: <http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/ajankohtaista/tatakin_voisi_tutkia/?bid=1073>. Viitattu 10.1.2014.

Visser CF. The origin of the solution-focused approach. *International Journal of Solution-Focused Practices* 2013; 1 (1): 10–17.

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

Woodward CA, Santa-Barbara J, Levin S, Epstein NB. The role of Goal Attainment Scaling in evaluating family therapy outcome. *American Journal of Orthopsychiatry* 1978; 48: (3): 464–476.

Worrall L, Sherratt S, Rogers P ym. What people with aphasia want. Their goals according to the ICF. *Aphasiology* 2011; 25 (3): 309–322.

Wressle E, Öberg B, Henriksson C. The rehabilitation process for geriatric stroke patient. An exploratory study of goal setting and interventions. *Disability and Rehabilitation* 1999; 21 (2): 80–87.

Ylilahti M. Itsestä kiinni. Etnografinen tutkimus työikäisten laitospotilaiden kuntoutuksesta. Jyväskylä: Jyväskylä University, *Studies in education, psychology and social research* 469, 2013.

Ylisassi H. Kehittävän kuntoutuksen mahdollisuudet. Tutkimus Aslak-kuntoutuksen työkytkennän ja asiakkuuden rakentumisesta. Helsinki: Helsingin yliopisto, Kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 226, 2009.

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

Øien I, Fallang B, Østensjø S. Goal-setting in paediatric rehabilitation. Perceptions of parents and professional. *Child: Care, Health and Development* 2010; 36 (4): 558–565.

KIRJOITTAJAT

Heidi Anttila

FT, ft, erikoistutkija

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, Hyvinvointi-osasto, Iäkkäät, vammaiset ja toimintakyky -yksikkö

etunimi.sukunimi@thl.fi

Kari Hannonen

KM, ammatillinen kuntoutustutkija, palvelupäällikkö

Verve

etunimi.sukunimi@verve.fi

Hilkka Honkanen

TtT, yliopettaja

Oulun seudun ammattikorkeakoulu

etunimi.sukunimi@oamk.fi

Päivi Hämäläinen

PST, neuropsykologian erikoispsykologi, dosentti, kuntoutuskeskuksen johtaja

Maskun neurologinen kuntoutuskeskus, Neuroliitto ry

etunimi.sukunimi@neuroliitto.fi

Kristiina Härkäpää

FT, professori (kuntoutustiede)

Lapin yliopisto

etunimi.sukunimi@ulapland.fi

Ira Jeglinsky

TtT, yliopettaja

Ammattikorkeakoulu Arcada

etunimi.sukunimi@arcada.fi

Mari Kantanen

TtM, lehtori

Jyväskylän ammattikorkeakoulu

etunimi.sukunimi@jamk.fi

Maarit Karhula

TtM, toimintaterapeutti, TKI-asiantuntija

Mikkelin ammattikorkeakoulu

etunimi.sukunimi@mamk.fi

Pirjo Lappalainen
toimintaterapeutti (YAMK), ammatillinen opettaja, päätoiminen tuntiopettaja
Oulun seudun ammattikorkeakoulu
etunimi.sukunimi@oamk.fi

Tanja Laukkala
LT, psykiatrian erikoislääkäri, asiantuntijalääkäri
Kelan terveysosasto
etunimi.sukunimi@kela.fi

Pekka Lyytinen
PsL, kehitys- ja kasvatopsykologian erikoispsykologi, kuntoutussuunnittelija
MLL:n Lasten ja Nuorten Kuntoutussäätiö
etunimi.sukunimi@mll.fi

Marjatta Musikka-Siirtola
PsL, vastaava psykologi
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Tampereen yliopistollinen sairaala,
Neuroalat ja kuntoutus
etunimi.sukunimi@pshp.fi

Kirsti Niskala
BBAT-terapian opettaja, BBAT-terapeutti, työfysioterapeutti, NLP trainer
Tmi Kirsti Niskala
etunimi.sukunimi@luukku.com

Aila Pikkarainen
THM, KM, lehtori
Jyväskylän ammattikorkeakoulu
etunimi.sukunimi@jamk.fi

Pia Röntyne
sosionomi (YAMK), kuntoutustyöntekijä
MLL:n Lasten ja Nuorten Kuntoutussäätiö
etunimi.sukunimi@mll.fi

Mari Saarinen
PsL, neuropsykologian erikoispsykologi (VET)
MLL:n Lasten ja Nuorten Kuntoutussäätiö
etunimi.sukunimi@mll.fi

Anna-Liisa Salminen
PhD, dosentti, johtava tutkija
Kelan tutkimusosasto
etunimi.sukunimi@kela.fi

Salla Sipari
FT, yliopettaja
Metropolia Ammattikorkeakoulu
etunimi.sukunimi@metropolia.fi

Seija Sukula
FT, kehittämisspäällikkö
Kelan terveystosasto
etunimi.sukunimi@kela.fi

Jenni Tuomi
TtM, fysioterapeutti
etunimi.sukunimi@hotmail.com

Jari Turunen
LL, apulaisylilääkäri
Verve
etunimi.sukunimi@verve.fi

Annamari Tuulio-Henriksson
FT, dosentti, tutkimusprofessori
Kelan tutkimusosasto
etunimi.sukunimi@kela.fi

Kirsi Vainiemi
LL, työterveyshuollon ja yleislääketieteen erikoislääkäri, asiantuntijalääkäri
Kelan terveystosasto
etunimi.sukunimi@kela.fi

Hilkka Ylisassi
FT, erikoistutkija
Työterveyslaitos
etunimi.sukunimi@ttl.fi

Tiedätkö, miten laaditaan osuvat ja konkreettiset tavoitteet kuntoutukselle ja hoidolle? Osaatko käyttää GAS-menetelmää tavoitteiden laatimisen ja arvioinnin apuvälineenä? Tiedätkö, miten voisit motivoida asiakastasi kuntoutukseen tai hoitoon?

Näihin ja moniin muihin tavoitteiden laatimisen erityiskysymyksiin saat vastauksen tästä kirjasta. Kirjaan on koottu GAS-menetelmän keskeiset työvälineet tavoitteiden laadinnasta, asiakkaan motivoinnin keinoista ja erityistilanteista, jolloin tavoitteiden löytäminen voi tuntua haasteelliselta. Kirjoittajina on kuntoutuksen ja motivoinnin ammattilaisia. Kirja on kirjoitettu kuntoutuksen näkökulmasta, mutta tietoa voidaan soveltaa laajemminkin erilaisissa hoidon tai vaikka työllistymistä tukevien toimenpiteiden suunnittelussa.



KELAN TUTKIMUSOSASTO

julkaisut@kela.fi

www.kela.fi/tutkimus

ISBN 978-951-669-995-3 (nid.)

ISBN 978-951-669-996-0 (pdf)

ISBN 978-951-669-995-3



9 789516 699953 >