

HYVIN LAADITUT TAVOITTEET OVAT KUNTOUTUKSEN SELKÄRANKA

Kuntoutuksen vaikutuksia voidaan tarkastella erilaisista lähtökohdista. Rajavaara (2006) esittää viisi erilaista lähestymistapaa vaikutusten arviointiin: vaikuttavuus toimenpiteen seurauksena, vaikuttavuus palvelujärjestelmän kykyä saada aikaan vaikutuksia, vaikuttavuus suhteessa tarpeisiin ja tavoitteiden saavuttamiseen sekä vaikuttavuus mekanismien tarkasteluna.

Tässä katsauksessa tarkastellaan, miten GAS-menetelmällä (Goal Attainment Scaling) saadaan kartoitettua kuntoutuksen kannalta merkityksellisiä tavoitteita ja miten tavoitteet on saavutettu. Tavoitteet syntyvät kuntoutujan ja kuntoutuksen ammattilaisen neuvottelun tuloksena. Neuvottelussa yhdistyvät kuntoutuksen tarve, kuntoutujan oma näkemys ja mahdollisuudet sekä kuntoutuksen ammattilaisen harkinta siitä mitä kyseisellä kuntoutuksella on mahdollista saavuttaa. Ympäröivä yhteisö voi tukea tai hidastaa tavoitteiden toteutumista.

Katsauksessa esitetyt tulokset kuvaavat tilannetta, jossa GAS-menetelmän käyttöä vielä harjoiteltiin. Tulosten avulla voidaan kuitenkin nähdä menetelmän kriittiset kohdat, joihin koulutuksen avulla voidaan vaikuttaa.

Mikä on GAS-menetelmä?

Kelan tavoitteena on tuoda GAS-menetelmän avulla yhtenäinen välineistö Kelan järjestämien kuntoutuksen tavoitteiden asettamiseen ja arvioitiin. Kiresukin alkuperäinen GAS-menetelmä otettiin käyttöön Kelan kuntoutuksessa vuoden 2010 alusta. Saman vuoden

keväällä Kela järjesti koulutusta menetelmän käytöstä palveluntuottajille, jotka järjestävät Kelan laitospuolelta kuntoutusta. Koulutus-tarpeen kasvaessa koulutus siirrettiin keväällä 2011 ammattikorkeakoulujen täydennyskoulutukseksi.

GAS-menetelmä on tavoitteiden laatimisen ja arvioinnin apuväline. Menetelmä mahdollistaa sekä asiakkaan omien tavoitteiden tarkastelun että ryhmäkohtaisen standardoidun tilastollisen analyysin (Smith 2009, Turner-Stokes 2009). Toisin kuin ”perinteiset” standardoidut mittaamenetelmät (esim. Barthelin indeksi), joissa on kaikille samat standardoidut saavuttamisen tasot, GAS-menetelmässä voidaan laatia kullekin kuntoutujalle yksilölliset saavuttamisen tasot, jotka huomioivat senhetkisen tai tulevan suorituskyvyn (Turner-Stokes 2009).

GAS-menetelmän kehittivät 1960-luvulla Kiresuk ja Sherman, ja sitä käytettiin ensimmäisen kerran mielenterveyskuntoutuksessa. Sitten menetelmää on käytetty laajasti monissa muissa kuntoutusmuodoissa.

GAS-menetelmän käyttö lisää moniammatillista yhteistyötä. Sovitut tavoitteet lisäävät myös kuntoutujan sitoutumista kuntoutukseen; kuntoutujasta tulee subjektin sijaan objekti. Useissa tutkimuksissa on todettu, että kuntoutuksen tavoitteet saavutetaan paremmin, jos kuntoutuja on ollut mukana laatimassa tavoitteita. Tavoitteilla voi olla myös terapeuttinen vaikutus. Lisäksi on yhä enemmän näyttöä siitä, että tavoitteiden saavuttaminen on hyvä tuloksellisuuden mittari, koska se reagoi herkästi muutoksille. (Kiresuk &

Sherman 1968, Turner-Stokes 2009.)

Tavoitteiden saavutettavuuden kannalta on merkittävää, että tavoitteista on sovittu yhdessä kuntoutujan ja hänen läheistensä kanssa ennen kuntoutuksen aloittamista ja että kaikilla on realistiset odotukset siitä, että tavoitteet on mahdollista saavuttaa. Rosewilliam ym. (2011) haastavat ammattilaiset pohtimaan omia työtapojaan. Heidän mukaansa asiantuntijat usein uskovat tekevänsä työtä asiakaslähtöisesti, mutta heidän esimerkissään aivovammakuntoutujista vain neljännes osallistui omien tavoitteidensa laatimiseen.

Hyvänä tavoitteen asettamisen apuvälineenä voidaan käyttää niin sanottua SMART-periaatetta (Bovend'Eerd ym. 2008). SMART on lyhenne englannin sanojen ensimmäisistä kirjaimista, ja suomennettuna se kuvaa menetelmän ideaa ”älykäs, nokkela, fiksu”. Tavoitteena on olla

- Specific eli spesifinen, yksilöllinen, määritetty
 - Measurable eli mitattavissa
 - Achievable eli saavutettavissa
 - Realistic/Relevant eli realistinen ja merkityksellinen, kuntoutustoimenpitein saavutettavissa
 - Timed eli mahdollinen aikatauluttaa
- (Kela, GAS-käsikirja¹ mukaellen BovedEerd 2008)

Tavoitteen tunnistaminen perustuu haastatteluun ja kuntoutujan tilanteen selvittämiseen. Kuntoutujalle tärkeiden tavoitteiden tunnistamiseksi voidaan käyttää strukturoituja haastatteluja, jotka eivät etukäteen rajaa kysyttäviä ongelmia mutta joiden avulla voidaan selvittää kuntoutuksen kannalta merkitykselliset asiat (esimerkiksi COPM²). Kuntoutujalta kysytään, millainen toimintakyvyn muutos omassa elämässä olisi tärkeää ja mahdollista. Tämän jälkeen nimetään tavoite (esimerkiksi unen laatu). 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, kuten paino kiloina tai unen kesto.

Seuraavaksi laaditaan asteikko kuvaamaan muutoksen suuntaa. Asteikon laadinta on GAS-menetelmän vaikein vaihe ja edellyttää ammattilaiselta kuntoutuksen hyvää asiantuntemusta. Kuntoutuksen ammattilaisten on pystyttävä arvioimaan, mitä kyseisellä – käytettävissä olevalla tai kuntoutujan motivaation ylläpitämisen kannalta sopivalla – aikavälillä on mahdollista saavuttaa.

Tavoitteiden saavuttamisen taso kuvataan viisiportaisella asteikolla (taulukko 1), jossa nolla kuvaa tilannetta, jolloin tavoite on saavutettu. Tällöin tavoite on kuntoutujalle realistinen saavuttaa. Seuraavaksi määritellään tilanne, jolloin tavoite on realistinen saavuttaa mutta lopputulos enemmän kuin odotettiin (+1). Vastaavasti määritellään tilanne, jossa lopputulos on odotettua vähäisempi mutta muutos 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 määritetty, sovitaan, miten niihin voidaan päästä kuntoutuksen keinoin ja milloin tavoitteita arvioidaan.

Tavoitteiden saavuttaminen arvioidaan yhdessä kuntoutujan kanssa sovittuna päivänä. Tällöin jokaisen tavoitteen asteikosta katsotaan toteutuneet lukuarvot. Toteutuneet lukuarvot lasketaan yhteen ja lasketaan tavoitteiden määrän mukainen T-lukuarvo. Tuloksia voidaan tarkastella kahdella tasolla: Miten kuntoutuja on saavuttanut tavoitteet ja miten ammattilainen on pystynyt ennustamaan, mitä kyseisellä kuntoutuksella voidaan saavuttaa (Turner-Stokes 2009).

¹Autti-Rämö, Vainiemi, Sukula, Louhenperä (2010) GAS-menetelmä, käsikirja. Kela.

²Canadian Occupational Performance Measure (esim. Harra 2006, McDougall & Wright 2009).

Taulukko 1. GAS-asteikko ja muutoksen kuvaaminen

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

GAS-tavoitteiden analysointi

Ammatillisen kuntoutuksen vaikuttavuus -projektin (Akva, 2010-2011) tavoitteena oli kuntoutuksen tuloksellisuuden seurannan kehittämisen Kelassa. Tässä katsauksessa kuvataan projektin aikaan Aslak-kuntoutuksessa olleiden kuntoutujien GAS-tavoitteita. Aslak-kuntoutus on ammatillisesti syvennettyä kuntoutusta, joka kestää noin vuoden. Pilotissa mukana olleet kuntoutuksen palveluntuottajat osallistuivat Kelan järjestämään GAS-menetelmäkoulutukseen ennen pilotin aloittamista.

Pilotissa olleiden henkilöiden kuntoutus-tavoitteet laadittiin kuntoutuksen alussa yhdessä kuntoutujan ja moniammatillisen tiimin jäsenten kanssa. Tavoitteita tarkennettiin ja arvioitiin ja uusia tavoitteita syntyi kuntoutuksen aikana. Jokaisella kuntoutujalla oli kuntoutuksen aikana 2–9 tavoitetta, keskimäärin neljä tavoitetta kuntoutujaa kohden.

Analyysissä oli mukana 114 kuntoutujan tavoitteet, jotka oli arvioitu kuntoutuksen aikana. GAS-tavoitteiden analyysin tarkoituksena on ollut selvittää, millaisia tavoitteita on laadittu ja miten ne suhteutuvat laajemmin ammatillisesti syvennettyyn kuntoutukseen. Tutkimusaineiston analyysissä hyödynnettiin ICF-luokittelua (Cieza ym. 2002, Cieza ym. 2005, Kus 2011, MCDougall ja Wright 2009, Steenbeek ym. 2011, Lohmann ym. 2011, WHO 2004) ja sisällön analyysiä.

Kus (2011) toteaa geriatrasta kuntoutusta käsittelevässä tutkimuksessaan, että ICF-luokittelujärjestelmä on toimiva viitekehys asi-

akkaan tavoitteiden määrittelyyn. Tässä GAS-menetelmällä laadittuja tavoitteita on analysoitu ICF-luokituksen kaksiportaisella asteikolla. Jokainen tavoite analysoitiin erillisenä ja etsittiin avainkäsitteet. Avainkäsitteet koodattiin ICF-luokitusta hyväksi käyttäen. Yksittäiset käsitteet sijoitettiin kolmeen pääluokkaan: ruumiin ja kehot toiminnot, suoritukset ja osallistuminen sekä ympäristötekijät. Analyysin ulkopuolelle jätettiin ruumiinrakenteeseen liittyvä luokitus, koska tavoitteissa olisi ollut vain yksi epäsuorasti siihen liittyvä tavoite, vatsanympäryksen pienentäminen. Toisaalta tämä tavoite liittyy olennaisesti painonhallintaan, joten se analysoitiin ruumiin ja kehon toimintoihin (luokka 5: Ruoansulatus-, aineenvaihdunta- ja umpieritysjärjestelmän toiminnot). Myös Glässelin ym. (2011) tutkimuksessa kysyttiin ammatillisen kuntoutuksen asiakkailta näiden odotuksia erityisesti työhön ja yksityiselämään. Vastaajat kuitenkin mainitsivat harvoin anatomisia muutoksia, joita kehon rakenteeseen liittyvä luokitus sisältää.

Kaikki analysoidut tavoitteet liittyivät tavallaan itsestä huolehtimiseen, mutta selvyyden vuoksi tähän luokkaan kategorisoitiin vain selvästi elintapojen muuttamiseen liittyvät tavoitteet eli selvä ruokavalion muuttaminen sekä alkoholin ja tupakan käytön lopettaminen tai vähentäminen. ICF-luokitusta on kritisoitu siitä, ettei se taivu ammatillisessa kuntoutuksessa työhön liittyvien tavoitteiden koodaukseen. Escorpizo ym. (2010) ovat tehneet työhön liittyvän listauksen (core-set),

jonka tavoitteena on luetteloida työhön liittyviä kuntoutuksen ydinkäsitteitä ja sitä, miten käsitteet linkittyvät eri ICF:n osa-alueille³. Kelan Akva-projektin analyysissä hyödynnettiin osittain kyseistä listausta. Kaikki työhön liittyvät tavoitteet koodattiin luokkaan Keskeiset elämänaalueet ja työ. Tämän jälkeen etsittiin seuraavaksi sopiva luokka tavoitteen sisällön mukaan. Näin esimerkiksi työajanhallinta koodattiin ensin keskeisiin elämänaalueisiin ja työhön, tämän jälkeen korkeatasoisiin kognitiivisiin toimintoihin ruumiin/kehon toiminnoissa. Näin sama tavoite saattoi saada useita koodeja ICF-luokituksessa.

Tavoitteiden jakautuminen ICF-luokituksen mukaan

Akva-projektissa toteutetussa pilotissa tavoitteet jakautuivat eri toimintakyvyn osa-alueille. Pilottiin osallistuneella 114 kuntoutujalla oli yhteensä 451 tavoitetta. Kun tavoitteet analysoidaan ICF-viitekehyksessä, osa-alueittain laskettu tavoitteiden määrä on peräti 604. ICF-luokituksessa yksi kuntoutujan tavoite voi liittyä samaan aikaan useaan toimintakyvyn osa-alueeseen. Tästä syystä kaikkien toimintakyvyn osa-alueiden yhteenlaskettu summa on suurempi kuin todellisten tavoitteiden määrä. Esimerkiksi työaikojen rajaaminen koodattiin sekä ruumiin ja kehon toimintoihin pääluokassa 1 että suorituksiin ja osallistumiseen pääluokassa 8.

Suurimmalle osalle (83 %:lle) kuntoutujista laadittiin liikunnan lisäämiseen tähtääviä tavoitteita. Painon pudottaminen asetettiin tavoitteeksi 60 %:lle ja lihaskunnan kohottaminen 50 %:lle kuntoutujista. Mielentoiminnot, kuten uni, motivaatio, ajanhallinta ja tunnetilojen säätely, oli tavoitteena 27 %:lla kuntoutujista ja itsestä huolehtiminen, kuten ruokavalion noudattaminen, tupakan tai alkoholin käytön vähentäminen, 22 %:lla kuntoutujista.

McDougallin ja Wrightin (2009) mukaan kuntoutujat haluavat useimmin sijoittaa ta-

voitteensa osallistumisen alueelle, kun taas työntekijät katsovat, ettei osallistumisen alue ole se, johon kuntoutuksella voidaan vaikuttaa.

Ensimmäisen kuntoutusjakson tavoitteet liittyivät usein terveystavoitteisiin. Työhön liittyvät tavoitteet syntyivät usein toisella kuntoutusjaksolla. Lähes puolella niistä kuntoutujista, joilla ei ollut työtavoitteita, oli kuitenkin työperäisiä oireita, ja he joutuivat keventämään työtahtiaan. Ylisassin (2012) tutkimuksessa, joka käsittelee GAS:n käyttöä ammatillisten tavoitteiden laatimisessa, todetaan, että ammatillisten tavoitteiden asettamisen vaikeus liittyy ammatillisen osion sisältöjen ja välineiden kehittymättömyyteen. Ylisassin mukaan silloinkin kun kuntoutujalla on kuntoutukseen tullessaan työhön liittyviä ongelmia, niihin liittyvät tavoitteet voivat jäädä kuntoutuksessa asettamatta. Toisaalta myös olemassa olevia ammatillisia sisältöjä ei hyödynnetä riittävästi tavoitteiden asettamisessa – toisin kuin terveyteen ja kuntoon liittyviä sisältöjä, joiden kuntoutujakohtaiset tulokset ovat yleensä asiakkaan käytettävissä heidän asettaessaan tavoitteitaan. Kuten Koskinen ym. (2006) toteavat, terveyttä edistävät elintavat auttavat pitämään työkyvyn kannalta riittävää terveyttä. Näin terveystavoitteilla ajatellaan pidettävän yllä myös työkykyä.

Tavoitteiden saavuttaminen

Kuntoutuksen tavoitteiden sisältö saattoi olla koko kuntoutuksen ajan sama, tavoitteita muutettiin kokonaan tai samat tavoitteet oli kirjattu eri sanoin eri jaksoilla. Muuttuneissa tavoitteissa niiden sisältö oli voinut pysyä samana tai niiden sisältö oli voinut muuttua siten, etteivät ne olleet enää vertailukelpoisia. Tällaisissa tilanteissa tavoite laskettiin tässä analyysissä uudeksi tavoitteeksi.

Tavoitteissa näkyi kuntoutusprosessin mukainen eteneminen. Tavoitteiden saavut-

³<http://www.icf-research-branch.org/icf-core-sets-projects/diverse-situations/icf-core-sets-for-vocational-rehabilitation.html>

taminen näkyi jatkuvana eri jaksoilla tapahtuvana arviointina ja muutoksena tavoitetasolle. Tapauksissa, joissa tavoitteen sisältö pysyi muuttumattomana, näkyi selvimmin tavoitteissa eteneminen. Osassa tavoitteita kuntoutuksen edistyessä asteikkoa oli muutettu vaativammaksi tai helpommaksi saavuttaa.

Kuntoutukselle oli myös laadittu tavoitteita, joiden tavoitetaso oli saavutettu toisella jaksolla. Nämä tavoitteet saatettiin ”unohtaa”, eikä niitä arvioitu enää viimeisellä jaksolla. Esimerkiksi työhyvinvointiin liittyvä tavoite työaikojen rajaamisesta arvioitiin toteutuneeksi toisella jaksolla, eikä arvioitu, toteutuiko työajan rajaaminen vielä kuntoutuksen päättyessä. Toisaalta oli myös tavoitteita, esimerkiksi tupakoinnin tai alkoholin käytön vähentäminen, joissa toisella jaksolla arvioitiin tavoitteen saavuttamisen jäävän alle tavoitetason (-1 tai -2), ja tavoite jäi kuitenkin pois kuntoutuksen loppuosasta.

Kelan GAS-käsikirjan mukaan T-lukuarvo saadaan laskemalla yhteen toteutuneiden tavoitteiden pistemäärät ja katsotaan T-lukuarvotaulukosta tavoitteiden määrän mukainen T-lukuarvo. Taulukko mahdollistaa enintään kahdeksan tavoitteen lukuarvon katsomisen. Tässä tutkimuksessa T-lukuarvot oli laskettu jokaisesta laitosjaksosta erikseen.

T-lukuarvon keskiarvo koko aineostossa oli 46,2, mikä kuvaa tilannetta, jossa tavoitteet on saavutettu hieman alle tavoitetason. T-lukuarvot vaihtelivat 27:sta 77:een. Mitä lähempänä T-lukuarvo on 50:tä, sen paremmin tavoitteet ovat toteutuneet. T-lukuarvo voi nousta myös tilanteessa, jossa tavoitteet ovat olleet helppoja toteuttaa. Vastaavasti mitä enemmän T-lukuarvo jää alle 50:stä, sitä heikommin tavoitteet ovat toteutuneet. Tämä voi kuvata tilannetta, jossa tavoitteisiin ei ole päästy, tilanne on ennallaan tai mennyt huonommaksi. Toisaalta näin voi käydä myös tilanteessa, jossa tavoitteet ovat olleet liian vaikeat saavuttaa.

Akva-projektin pilotissa liikkumiseen liittyvät tavoitteet saavutettiin keskimäärin hyvin, painotavoitteet huonommin. Cardillo ja Smith toteavat Kiresukin ym. (1994, 199) kirjassa, että tavoitetason 0 saavuttaa samanlai-

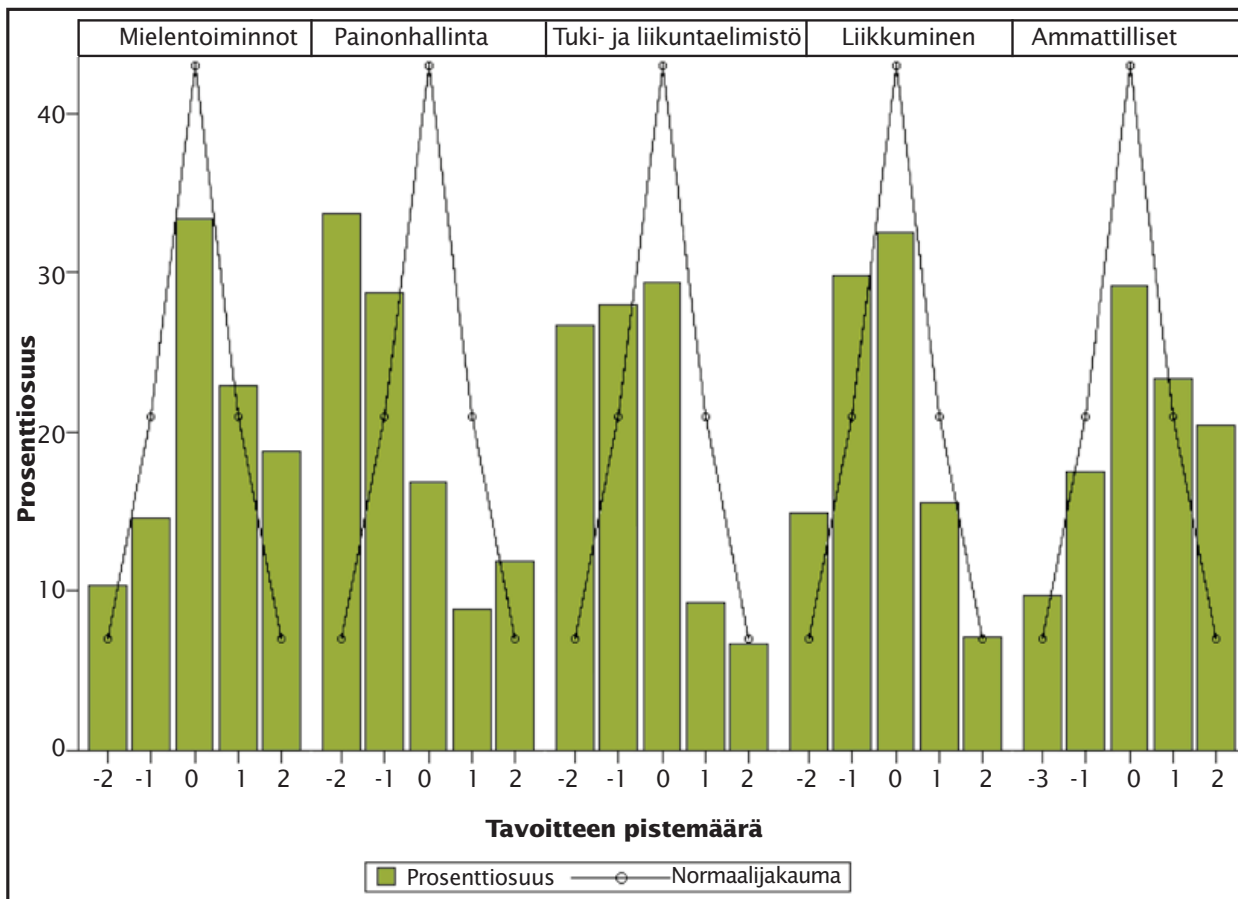
sista kuntoutujista 43 %, vastaavasti GAS-asteikolla tasolle -1 tai +1 päätyy kumpaankin noin 21 % vastaavanlaisista kuntoutujista ja asteikon ääriarvoihin +2 ja -2 jää kumpaankin noin seitsemän prosenttia. Kuviossa 1 on kuvattu, kuinka pistemäärät jakautuvat eri ICF-luokissa. Kuviossa näkyy myös kuinka niin sanottu normaalijakauma (Cardillo ja Smith 1994, 199) muodostuisi. Kuvio osoittaa, että painonhallinnan ja liikunnan tavoitteet jäivät toteutumatta useammin kuin ammatilliset ja mielialaan liittyvät tavoitteet. Syynä saattoi olla myös se, etteivät tavoitteet olleet kuntoutujan omia tai itselle tärkeitä.

Kuntoutujia pyydettiin arvioimaan, miten heidän omat kuntoutukselle laaditut tavoitteensa olivat toteutuneet. Suurin osa kuntoutujista oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että heidän kuntoutusjaksolle asettamansa tavoitteet toteutuivat. Tämä näkyi myös siinä, että mitä paremmin henkilöt tunsivat kuntoutuksen vastanneen omia odotuksia, sitä lähempänä tavoitetasoa oli heidän T-lukuarvonsa.

Tavoitteen asettamisen karikot

GAS-menetelmä on toimiva tavoitteen asettamisen ja arvioinnin apuväline. Menetelmän luotettavuutta lisää kuntoutuksen työntekijöiden riittävä kouluttautuminen menetelmän käyttöön, kuten Steenbeek (2010) toteaa. Steenbeekin tutkimuksessa todettiin, että tavoitteiden skaalaus on aikaa vievää, vaikkakin Kelan vuosittain palveluntuottajille tekemän kyselyn mukaan ajan tarve näyttäisi vähenevän kokemuksen myötä.

Keskeiset haasteet ilmenevät tavoitteiden tunnistamisessa. Erilaiset haastattelu- ja tavoitteiden kartoittamisen menetelmät (esimerkiksi COPM, motivoiva haastattelu) auttavat tunnistamaan kuntoutujalle merkityksellisiä tavoitteita. Vaarana on, että tavoitteita laaditaan kapeasti eri toimintakyvyn osaluueille, jolloin fyysisen toimintakyvyn alueet voivat olla yliedustettuina. ICF-luokitus tavoitteiden tausta-ajatuksena auttaa tunnistamaan toimintakyvyn eri osaluueille sijoittuvat kuntoutuksen tarpeet. Näin voidaan vält-



Kuvio 1. Tavoitteiden toteutuminen yleisimmässä ICF-luokissa

tyä myös tavoitteiden samankaltaisuudelta.

Kelan kuntoutuksen palvelustandardien toimintakyvyn mittari- ja haastattelutulokset voivat parhaimmillaan auttaa kuntoutuksen tarpeen kartoittamisessa. Vaarana on, että mittaukset jäävät irrallisiksi kuntoutuksen kokonaisuudesta. Vaikeaa on myös se, miten tavoitteiden sisällöt ovat suhteessa kuntoutuksen kontekstiin. Esimerkiksi ammatillisessa kuntoutuksessa tulisi olla työhön liittyviä tavoitteita.

Tavoitteita laadittaessa on hyvä muistaa SMART-sääntö. Kuntoutuksen aikana voi olla epätietoisuutta siitä, tuleeko kuntoutuksen alussa laadittuihin tavoitteisiin palata kuntoutuksen loputtua. Tavoitteita laadittaessa on tärkeä muistaa, mille aikavälille ne on tarkoitettu. Jos tavoitteet on laadittu koko kuntoutuksen ajalle, ne on syytä arvioida myös kuntoutuksen päättyessä. Näin tavoitteet eivät ”unohdu”.

T-lukuarvo lasketaan kaikista arvioiduista tavoitteista. GAS-menetelmä mahdollistaa

tavoitteiden tarkistamisen ja uusien tavoitteiden laatimisen. Tavoitteiden muuttamisen tulisi kuitenkin olla perusteltua, koska muuttuvat tavoitteet voivat hämmentää kuntoutujaa. Myös asteikon muuttaminen helpommaksi tai vaativammaksi tekee koko kuntoutusjakson tavoitteesta vaikeasti arvioitavan.

GAS-menetelmään kouluttautuminen on helpointa tehdä käytännönläheisesti yhdistäen teoriaa ja käytännön tavoitteiden laadintaa. Osana GAS-menetelmään kouluttamista tulisi laatia työyhteisön sisäinen seurannan suunnitelma eli miten tavoitteista saadaan tasalaatuisia. Menetelmän sisäistämistä auttaa työpaikkojen sisäinen työpajatyypinen ja yksilöllinen ohjaus (myös Steenbeek 2010).

GAS-menetelmän käyttöönotto Kelan kuntoutuksen tavoitteiden laatimisen apuvälineenä on lisännyt kuntoutuksen tavoitteellisuutta ja sitoutumista kuntoutukseen. Kelan kuntoutuksen palveluntuottajille tehdyn kyselyn mukaan suurin osa palveluntuottajista on

pitänyt menetelmää hyödyllisenä. Palveluntuottajien mielestä menetelmä tuo kuntoutuksen äänen kuuluville jäntevöittäen kuntoutusprosessia.

Hyvin laaditut tavoitteet ovat kuntoutuksen selkäranka. GAS-menetelmä on Kelassa ja kansainvälisessä tutkimuksessa todettu hyväksi ja luotettavaksi muutoksen seurannan välineeksi. GAS-menetelmän haasteet on kuitenkin hyvä tunnistaa menetelmään kouluttautuessa. Näin menetelmästä saadaan sen paras hyöty esille, eikä tavoitteista tule kuntoutuksen itseisarvoa.

FT, TtM Seija Sukula, kehittämisspäällikkö, Kela

Lähteet

- Autti-Rämö, Vainiemi Kirsi, Sukula Seija, Louhenperä Anneli (2010) GAS-menetelmä, käsikirja. Kela.
- Bovend'Eerd, T. J., Botell, R. E., Wade, D. T. (2009). Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: A practical guide. *Clinical Rehabilitation*, 23(4), 352–361.
- Cardillo Joseph E., Smith Aaron. Psychometric Issues. Teoksessa Kiresuk, Smith ja Cardillo (toim.). Goal attainment Scaling: Applications, Theory and Measurement. Psychology Press, New York.
- Cieza Alarcos, Brockow Thomas, Ewert Thomas, Amman Edda, Kollerits Barbara, Chatterji Somnath, Üstün Berdithan, Stuck Gerold. 2002. Linking health-status measurements to the international classification of functioning, disability and health. *J Rehabil Med* (34): 205-210.
- Cieza Alarcos, Geyh Szilvia, Chatterji Somnath, Kostanjsek Nenad, Üstün Bedirhan. 2005. ICF Linking rules: An update based on lessons learned. *J Rehabil Med* (37):212-218.
- Escorpizo Reuben, Ekholm Jan, Gmünder Hans-Peter, Cieza Alarcos, Kostanjsek Nenad, Stucki Gerold, Escorpizo Reuben, Ekholm Jan. 2010. Developing a Core Set to Describe Functioning in Vocational Rehabilitation Using The International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF). *J Occup Rehabil*, 20: 502–511.
- Glässer Andrea, Finger Monika E., Cieza Alarcos, Treitler Christine, Coenen Michaela, Escorpizo Reuben. 2011. Vocational Rehabilitation From the Client's Perspective Using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a Reference. *J Occup Rehabil* 21:167–178
- Harra Toini, Aralinna Virpi, Heikkilä Maija, Korkiatupa Riitta, Löytönen Kari, Onkalo-Olkkonen Riitta. 2006. Kohti toimintakyvyn kokonaisvaltaista arviointia. *Duodecim* 122, 554–62.
- Kiresuk T. J. & Sherman R. E. (1968) Goal attainment scaling: a general method for evaluating community mental health programs. *Community Mental Health Journal* 4, 443–453.
- Koskinen Seppo, Martelin Tuija, Sainio Päivi, Gould Raija. 2006. Työkyvyn vaikuttavat tekijät. Teoksessa: Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Toim. Gould, Ilmarinen, Järvisalo, Koskinen.
- Kus Sandra. 2011. Patient goals in Post-acute geriatric rehabilitation: Goal attainment is an indicator for improved functioning. *J Rehabil Med* 43:156–161.
- Lohmann Stefanie, Decker Julia, Müller Martin, Strobl Ralf, Grill Eva. 2011. The ICF forms a useful framework for classifying individual patient goals in post-acute rehabilitation. *J Rehabil Med* 43: 151–155.
- McDougall Janette, Wright Virginia. 2009. The ICF-CY and Goal Attainment Scaling: Benefits of their combined use for Cieza Alarcos, Brockow Thomas, Ewert Thomas, Amman Edda, Kollerits Barbara, Chatterji Somnath, Üstün Berdithan, Stuck Gerold. 2002. Linking health-status measurements to the international classification of functioning, disability and health. *J Rehabil Med* (34): 205-210.
- Rajavaara Marketta. 2006. Yhteiskuntaan vaikuttava Kela. Katsaus vaikuttavuuden käsitteisiin ja arviointiin. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 69.
- Rosewilliam Sheeba, Roskell Carolyn Anne, Panduan AD. 2011. A systematic review and synthesis of the quantitative and qualitative evidence behind patient-centered goal setting in stroke rehabilitation. *Clinical Rehabilitation* 25(6):501-514.
- Smith Aaron. 2009. Introduction and Overview. Teoksessa Kiresuk, Smith ja Cardillo (toim.). Goal attainment Scaling: Applications, Theory and Measurement. Psychology Press, New York.
- Steenbeek Duco, Gorter Jan William, Ketelaar Merjolijn, Galama Krys, Lindeman Eline. 2011. Responsiveness of Goal Attainment Scaling in comparison to two standardized measures in outcome evaluation of children with cerebral palsy. *Clinical Rehabilitation* 0(0):1-12.
- Turner-Stokes, Lynne (2009). Goal attainment scaling (GAS) in rehabilitation: a practical guide. *Clinical Rehabilitation*, 23, 362–370.
- WHO. 2004. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Stakes, Ohjeita ja luokituksia 2004:4.
- Ylisassi Hilikka. 2012. GAS-menetelmän (Goal Attainment Scaling) käyttö ammatillisessa (työhön liittyvässä) kuntoutuksessa. Tutkimus- ja kehittämissuunnitelma Aslak-kuntoutuksessa. Hankkeen jatko-osa 2011–2012. Verve consulting.