

**PUHETERAPEUTTIEN KOKEMUKSIA GAS-MENETELMÄN  
KÄYTÖSTÄ MONIAMMATILLISESSA YHTEISTYÖSSÄ**

Laura Reunanen  
Pro gradu -tutkielma  
Elokuu 2021  
Oulun yliopisto  
Humanistinen tiedekunta  
Logopedia

## PUHETERAPEUTTIEN KOKEMUKSIA GAS-MENETELMÄN KÄYTÖSTÄ MONIAMMATILLISESSA YHTEISTYÖSSÄ

Tämän pro gradu -tutkielman tavoitteena oli kuvailla ja kartoittaa, millaisia kokemuksia puheterapeuteilla on GAS-menetelmän käytöstä moniammatillisessa yhteistyössä sekä selvittää puheterapeuttien kokemuksia siitä, miten kuntoutussuunnitelma ja ICF-luokitus vaikuttavat GAS-menetelmän käyttöön moniammatillisessa yhteistyössä.

Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena ja sen aineisto perustui viiteen puheterapeuttien teemahaastatteluun, jotka nauhoitettiin ja litteroitiin. Aineiston analyysi toteutettiin temaattisena analyysinä, jonka keinoin pyrittiin havaitsemaan teemoja, jotka ovat yhteisiä vähintään kolmelle puheterapeutille.

Havaitut teemat jaettiin tutkimuskysymysten mukaisesti puheterapeuttien kokemuksiin liittyen GAS-menetelmän käytön hyötyihin ja haasteisiin moniammatillisessa yhteistyössä sekä kuntoutussuunnitelman ja ICF-luokituksen vaikutuksiin GAS-menetelmän käytössä moniammatillisessa yhteistyössä. Neljä hyötyihin liittyvää teemaa olivat 'kokonaiskuvan muodostuminen', 'kommunikoinnin mahdollistuminen', 'motivaation lisääntyminen' ja 'tavoitteiden konkretisoituminen'. Neljä tunnistettua teemaa haasteisiin liittyen olivat 'asteikon muodostaminen', 'kuntoutujaan ja lähipiiriin liittyvät tekijät', 'ajan puute' ja 'tavoitteiden yhteensovittaminen'. Kolme kuntoutussuunnitelman ja ICF-luokituksen vaikutuksiin liittyvää teemaa puolestaan olivat 'ICF:n käyttö', 'kuntoutussuunnitelma rajana' ja 'kuntoutussuunnitelma ei vastaa kuntoutujan tarvetta'.

Tulosten perusteella moniammatillisella yhteistyöllä GAS-menetelmän käytössä on useita hyötyjä, joten sen voidaan ajatella olevan tärkeää. Puheterapeuteille moniammatillisen yhteistyön tekeminen voi olla joissain tilanteissa välttämätöntä, jotta kuntoutusta voitaisiin kohdentaa oikein tavoin oikeisiin asioihin. Tavoitteiden asettelu yhdessä moniammatillisesti konkretisoi ja jäsentää kuntoutusta sekä turvaa sen, että kuntoutus on kokonaisvaltaista, eikä mikään osa kuntoutusta jää toisista erilliseksi. GAS-menetelmän käyttö moniammatillisesti on kuitenkin vaativaa työtä, joka haastaa puheterapeuttien sekä muiden terveydenhuoltoalan ammattilaisten työajan käyttöä. Moniammatillista menetelmän käyttöä voisi jatkossa helpottaa integroimalla moniammatillista GAS-menetelmän käyttöä logopedian sekä muiden kuntoutusalojen opintoihin, huomioimalla GAS-ajattelu kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa, käyttämällä GAS-tavoitteiden asettelun apuna ICF-luokitusta sekä kohdentamalla GAS-menetelmän käyttöön aikaa kuntoutusprosessissa. GAS-menetelmän huolellinen käyttö kuntoutuksessa on tärkeää, jotta sen avulla voitaisiin kuvata kuntoutuksen vaikuttavuutta. Huolellisella GAS-menetelmän käytöllä moniammatillisesti sekä kuntoutuskohtaisesti voidaan turvata, että ne henkilöt, jotka kuntouksesta hyötyvät, saisivat kuntoutusta myös jatkossa.

Avainsanat: *goal attainment scaling, kuntoutus, moniammatillisuus, puheterapeutti, tavoitteiden asettelu*

## ESIPUHE

Uskon siihen, että toisten kokemuksista voimme oppia jotain itsekin. Tämän vuoksi pro gradu -tutkielman tekeminen koskien puheterapeuttien kokemuksia tuntui itsestäni mielekkäältä. Prosessi on saanut minut suuntaamaan tuntosarveni kohti työelämää, ja koenkin tutkielmaa työstäessäni oppineeni paljon. Haluan kiittää jokaista puheterapeuttia, jotka ottivat minuun yhteyttä ja osoittivat kiinnostuksensa osallistua haastatteluun. Keskustelut kanssanne olivat avartavia, tutkimusaineiston lisäksi sain keskusteluistamme valtavasti hyviä eväitä kohti työelämään siirtymistäni. Suuret kiitokset yliopistonlehtori, FT Elina Niemitalo-Haapolalle pro gradu -tutkielmani ohjaamisesta. Sinulta olen aina saanut asiantuntevaa tukea ja näkökulmaa työni toteuttamiseen ja kirjoittamiseen. Haluan osoittaa kiitokset yliopistonlehtori, FT Soile Loukusalle tutkielmani kirjallisuuskatsaukseen saamastani palautteesta. Kiitokset vertaistuesta Roosa, Vanamo ja Hanna. On ollut korvaamatonta jakaa kanssanne samaan aihepiiriin kuuluvien tutkielmien ilot ja surut. Kiitos Petra, Saimi, Anni, Rebekka, Eeva ja Sanni, että olette olleet suuressa roolissa siinä, että aika opiskelijana teidän kanssanne on ollut parasta aikaa elämässäni tähän mennessä. Kiitos isä, äiti ja Katri, kun olette kannustaneet minua ja uskoneet minuun silloinkin, kun en ole itse itseäni uskonut. Kiitos Miika, kun olet ollut kaikki nämä vuodet rinnallani ja kuunnellut höpötyksiäni opinnoistani, mutta toisaalta vienyt ajatukseni niistä pois.

Oulussa 26.8.2021

Laura Reunanen

# SISÄLLYS

## TIIVISTELMÄ

## ESIPUHE

<b>1 JOHDANTO .....</b>	<b>1</b>
1.1 Tavoitteiden asettaminen puheterapiassa.....	2
1.1.1 GAS-menetelmä.....	4
1.1.2 Kuntoutussuunnitelma ja ICF-luokitus GAS-tavoitteiden asettelu taustalla..	6
1.2 Moniammatillisuus .....	8
1.2.1 Moniammatillinen yhteistyö kuntoutuksessa .....	9
1.2.2 Tavoitteiden asettelu ja GAS-menetelmän käyttö moniammatillisesti .....	10
1.3 Terveystieteiden ammattilaisten kokemuksia tavoitteiden asettelusta.....	11
<b>2 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET .....</b>	<b>16</b>
<b>3 MENETELMÄT.....</b>	<b>17</b>
3.1 Tutkittavat.....	17
3.2 Haastattelun suunnittelu.....	19
3.3 Haastattelujen toteuttaminen ja litterointi.....	21
3.4 Aineiston analysointi .....	22
<b>4 TULOKSET .....</b>	<b>25</b>
4.1 GAS-menetelmän käytön hyödyt moniammatillisessa yhteistyössä .....	25
4.2 GAS-menetelmän käytön haasteet moniammatillisessa yhteistyössä.....	31
4.3 Kuntoutussuunnitelman ja ICF-luokituksen vaikutukset GAS-menetelmän käytössä moniammatillisessa yhteistyössä .....	37
<b>5 POHDINTA.....</b>	<b>42</b>
5.1 Tutkimustulosten arviointi.....	42
5.1.1 GAS-menetelmän käytön hyödyt moniammatillisessa yhteistyössä.....	42
5.1.2 GAS-menetelmän käytön haasteet moniammatillisessa yhteistyössä.....	45
5.1.3 Kuntoutussuunnitelman ja ICF-luokituksen vaikutukset GAS-menetelmän käytössä moniammatillisessa yhteistyössä.....	48
5.2 Tutkimuksen toteuttamisen ja luotettavuuden arviointi.....	49
5.3 Tulosten yleistettävyys .....	52
5.4 Jatkotutkimusaiheet .....	53
5.5 Johtopäätökset ja tutkimustulosten kliininen merkitys.....	55
<b>LÄHTEET.....</b>	<b>57</b>

## LIITTEET

## 1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveydenhuollossa joudutaan tekemään päätöksiä siitä, kuinka niukat taloudelliset resurssit kohdennetaan (Autti-Rämö, Poutiainen, Pohjolainen & Kehusmaa, 2016). Tämän vuoksi huomiota kiinnitetään entistä enemmän rahoituksen suuntaamiseen sellaisiin kuntoutusmenetelmiin, joiden hyödystä ja vaikuttavuudesta on tutkimusnäyttöä. Yhteiskunnassa on yhä lisääntyviä vaatimuksia kuntoutuksen vaikuttavuuden osoittamisesta (Kela, 2019). Hoitosuosituksista päätöksiä tehdessä on huomioitava samanaikaisesti sekä toiminnan kustannukset että sen vaikutukset (Autti-Rämö, Poutiainen ym., 2016). Kuntoutuksen tulee olla vaikuttavaa ja tuloksellista (Paltamaa, Karhula, Suomela-Markkanen & Autti-Rämö, 2011, s. 35–36). Tavoitteita asettamalla voidaan lisätä kuntoutujan motivaatiota kuntoutukseen, toteuttaa vaikuttavaa kuntoutusta sekä tarkastella asetettujen tavoitteiden saavuttamista (Wade, 2009), jolloin oikein asetetut tavoitteet toimivat ikään kuin kuntoutuksen selkärankana (Sukula, 2013). *Goal Attainment Scaling* -menetelmän (GAS) avulla voidaan arvioida kuntoutujan henkilökohtaisten kuntoutustavoitteiden saavuttamista sekä kuntoutuksen tehokkuutta (Kiresuk & Sherman, 1968; Turner-Stokes, 2009). Suomessa GAS-menetelmän avulla Kela pyrkii yhtenäistämään Kelan järjestämän kuntoutuksen tavoitteiden asettelua sekä kuntoutuksen arviointia (Sukula, 2016).

Hyvän kuntoutuskäytännön mukaan kuntoutuksen tulee olla kuntoutuja- ja perhelähtöistä sekä kohdistua kuntoutujan arjen tarpeisiin (Paltamaa ym., 2011, s. 35–36). Moniammatillinen yhteistyö terveydenhuollon ammattilaisten välillä mahdollistaa kuntoutujan monimuotoisiin tarpeisiin vastaamisen sekä varmistaa asiantuntevan ja kokonaisvaltaisen kuntoutussuunnitelman laatimisen. Tässä pro gradu -tutkielmassa moniammatillisella yhteistyöllä tarkoitetaan eri alojen terveydenhuollon ammattilaisten välistä yhteistyötä tavoitteiden asettelussa. Ammattilaisten välinen joustava yhteistyö on merkityksellistä, jotta kuntoutus toteutuu johdonmukaisesti kokonaisuutena ja kuntoutujan on mahdollista saavuttaa asettamansa tavoitteet kuntoutuksessa (Paltamaa ym., 2011, s. 35–36).

Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena on selvittää, millaisia kokemuksia puheterapeuteilla on GAS-menetelmän käytöstä moniammatillisessa yhteistyössä. Tässä pro gradu -tutkielmassa kokemuksella tarkoitetaan puheterapeuttien kokemuksen ja perehtyneisyyden myötä kertynyttä tietoa sekä koettuja tapauksia (Kotimaisten kielten keskus,

2020). Tutkielman aihetta on tärkeä tutkia kuntoutuksen vaikuttavuuden osoittamisen lisääntyvien vaatimusten vuoksi (Kela, 2019). Mikäli kuntoutuvalla henkilöllä on useita terapioita ja tukitoimia, kuntoutuksen päätavoitteiden tulee olla kaikille yhteisiä sekä yhdessä sovittuja. GAS-tavoitteiden muodostaminen moniammatillisen yhteistyön kontekstissa luo mahdollisuuden muodostaa kuntoutujan kokonaistilannetta palvelevia tavoitteita. Tämän vuoksi onkin tärkeää tutkia, millaisia kokemuksia puheterapeuteilla on GAS-tavoitteiden asettelusta moniammatillisessa yhteistyössä. Aihetta ei ole aiemmin tutkittu, vaan sen sijaan aiemmin on tarkasteltu eri alojen terveydenhuollon ammattilaisten sekä tavoitteiden asetteluun osallistuneiden vanhempien kokemuksia GAS-menetelmästä (Steenbeek, Ketelaar, Galama & Gorter, 2008). Lisäksi suurin osa aiemmasta tutkimuskirjallisuudesta on keskittynyt eri alojen terveydenhuollon ammattilaisten kokeuksiin yleisesti tavoitteiden asettelusta (Berg, Rise, Balandin, Armstrong & Askim, 2016; Bizovičar & Hermann, 2019; Jenkin ym., 2020; Lloyd, Roberts & Freeman, 2014). Selvittämällä puheterapeuttien kokemuksia GAS-menetelmän käytöstä moniammatillisessa yhteistyössä saamme tietoa siitä, mitkä asiat menetelmän käytössä moniammatillisesti jo toimivat sekä siitä, mitkä asiat menetelmän käytössä kaipaavat kehittelyä kliinissä työssä.

### 1.1 Tavoitteiden asettaminen puheterapiassa

Kuntoutumista edellyttää kuntoutujan halu oman tilanteensa muutokselle (Autti-Rämö, Mikkelsen, Lappalainen & Leino, 2016; Karhula, Veijola & Ylisassi, 2016). Kuntoutujan tunnistaessa muutostarpeensa hänelle aukenee mahdollisuus oman tilanteensa uudelleen tulkitsemiseen ja hänelle muodostuu käsitys keskeisistä muutoskohteista (Karhula ym., 2016). Jotta muutos toteutuisi, se tulee konkretisoida eli laatia selkeä tavoite, joka on saavutettavissa ennalta määrättyssä ajassa ja on kuntoutujalle merkityksellinen (Autti-Rämö, Mikkelsen ym., 2016; Levack ym., 2016). Kuntoutuksessa tavoitteet voidaan jaotella usein eri tavoin, esimerkiksi kokonais-, pää- ja osatavoitteisiin (Karhula ym., 2016). Näiden erilaisten tavoitekäsitteiden avulla voidaan kuvata niiden keskinäistä hierarkiaa, laajuutta, aikaulottuvuutta sekä tarkkuutta. Kokonaistavoitteista keskusteltaessa kuntoutujan arjen kannalta merkitykselliset ja olennaiset päätavoitteet alkavat tarkentua, jolloin kokonaistavoite toimii kuntoutujan motiivina lähteä liikkeelle (Sellman & Tykkyläinen, 2017, s. 75–86).

Tavoitteiden perustana tulee olla riittävän laaja-alainen ja realistinen kuva kuntoutujan toimintakyvystä ja siihen vaikuttavista tekijöistä sekä muutoksen mahdollisuuksista (Autti-Rämö, Mikkelsen ym., 2016). Puheterapiajakson alussa kuntoutujan kanssa pohditaan puheterapiajaksolle asetettavia tavoitteita ja niiden asettelu tulee suorittaa aina yhteistyössä kuntoutujan ja tämän lähipiirin kanssa (Autti-Rämö, Mikkelsen ym., 2016; Sellman & Tykkyläinen, 2017, s. 75–86). Tavoitteiden asettelu puheterapiassa jäsentää kuntoutusprosessia niin sisällöllisesti kuin ajallisestikin sekä sitouttaa kuntoutujan ja tämän lähipiirin kuntoutusprosessiin (Levack ym., 2006; Sellman & Tykkyläinen, 2017, s. 75–86; Tuulio-Henriksson & Härkäpää, 2015). Kuntoutuksen tavoitteita asettaessa sekä koko kuntoutusprosessissa tulee huomioida kuntoutujan motivaatio, tunteet ja henkilökohtainen identiteetti (Siegert, McPherson & Taylor, 2004).

Kuntoutujan ja tämän lähipiirin kanssa yhteistyössä muodostettujen tavoitteiden on ohjattava kuntoutuksen sisällön suunnittelua ja toteutusta (Autti-Rämö, Mikkelsen ym., 2016). Yhteinen ajatus siitä, mitä kuntoutuksen myötä on tarkoitus saavuttaa, on merkittävää kuntoutuksen tuloksellisuuden kannalta (van den Broek, 2005). Kuntoutajat ovat kokeneet kuntoutujalähtöisen ja kuntoutujaa osallistavan tavoitteiden asetteluun ja kuntoutusprosessin mielekkääksi (Cott, 2004). Kuntoutuksen ammattilaisten sitoutuessa tavoitteiden asettelussa kuntoutujakeskeiseen lähestymistapaan kuntoutajat ovat tunteet itsensä arvostetuksi ja he luottavat enemmän ammattilaisiin sekä heidän itseluottamuksensa kasvaa (Alanko, Karhula, Kröger, Piirainen & Nikander, 2019). Lisäksi kuntoutusta saavien lasten vanhempien osallistaminen tavoitteiden asetteluun kasvattaa vanhempien osaamisen tunnetta sekä kumppanuutta heidän ja kuntoutuksen ammattilaisten välillä (Øien, Fallang & Østensjø, 2010). Mikäli kuntoutus on syystä tai toisesta tuloksetonta, sen taustalla voivat olla kuntoutujan ja kuntoutuksen ammattilaisen erimielisyydet kuntoutuksen tavoitteista (van den Broek, 2005). Tavoitteiden asettelua varten onkin kehitetty erilaisia menetelmiä (Stevens, Beurskens, Köke & van der Weijden, 2013), jotka mahdollistavat kuntoutujan osallistumisen tavoitteiden asetteluun ja siten lisäävät kuntoutujien tyytyväisyyttä kuntoutukseen (Wressle, Eeg-Olofsson, Marcusson & Henriksson, 2002).

### 1.1.1 GAS-menetelmä

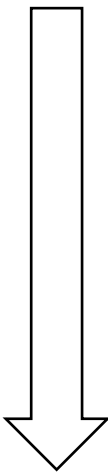
*Goal Attainment Scaling* eli GAS on menetelmä, jonka avulla voidaan arvioida yksilön henkilökohtaisten tavoitteiden saavuttamista kuntoutuksen aikana (Kiresuk & Sherman, 1968; Turner-Stokes, 2009). Se on alkujaan kehitetty mielenterveyskuntoutujien tavoitteiden muodostamista sekä arviointia varten (Smith, 1994), mutta myöhemmin sen käyttö on laajentunut kansainvälisesti myös muun kuntoutuksen alueelle (Krasny-Pacini, Hibel, Pauly, Godon & Chevignard, 2013; Laukkala, Tuomi & Sukula, 2015). Kommunikointivaikeuksien kuntoutuksessa menetelmä on havaittu toimivaksi ja sitä suositellaan sovellettavaksi muiden arviointimenetelmien ja mittareiden rinnalla (Schlosser, 2004). GAS-menetelmää hyödyntämällä voidaan vertailla kuntoutuksen tuloksellisuutta erilaisen yksilöiden ja kuntoutusmuotojen välillä sekä arvioida yksilöllistä pitkäaikaista muutosta (Kiresuk & Sherman, 1968). GAS-tavoitteiden saavuttamiseen vaikuttavat sekä yksilön kyky saavuttaa tavoitteet että terveydenhuollon ammattilaisen kyky arvioida kuntoutuksen lopputulos, mikä vaatii tietoa ja kokemusta (Turner-Stokes, 2009). Lisäksi tavoitteiden saavutettavuuden osalta on tärkeää, että kuntoutuksen tavoitteista on sovittu yhteistyössä kuntoutujan ja hänen lähipiirinsä kanssa ennen kuntoutuksen aloittamista ja että kaikilla tavoitteiden suunnitteluun osallistuneilla on realistiset odotukset tavoitteiden saavuttamisesta (Sukula, 2013).

GAS-menetelmä havainnollistaa selkeitä, merkityksellisiä ja tunnistettavia muutoksia kuntoutujan toimintakyvyssä ja elämässä (Sellman & Tykkyläinen, 2017, s. 74–86). Menetelmän mukaisessa tavoitteiden asettelussa ja seurannassa määritellään kuntoutuksen alkuvaiheessa kuntoutujan yksilölliset tavoitteet sekä ajanjakso, jonka aikana tavoitteet yritetään saavuttaa. Tavoitteita aseteltaessa laaditaan asteikko, jonka avulla kuntoutuksesta seuraavaa muutosta voidaan seurata. Menetelmä ei siis sisällä valmiita tavoitteita tai tavoiteasteikoita, vaan ne laaditaan kuntoutujakohtaisesti (Turner-Stokes, 2009). GAS-menetelmässä tavoitteet tulee olla aseteltu siten, että kenellä tahansa kuntoutuksen ulkopuolisella henkilöllä on mahdollisuus arvioida yhdessä kuntoutujan kanssa, miten hyvin tavoitteisiin on päästy ennalta sovittuna ajankohtana (Autti-Rämö, Vainiemi & Sukula, 2016). Toisin sanottuna tavoiteasteikon eri tasojen tulee olla yksiselitteisesti ymmärrettävissä.



Viisiportaisen asteikon avulla kuvataan tavoitteiden saavuttamista, jossa ensimmäisenä määriteltävä tavoitetaso kuvaa tilannetta, jolloin tavoite on saavutettu ja joka on realistinen saavuttaa (Autti-Rämö, Vainiemi ym., 2016; Smith, 1994; Sukula & Vainiemi, 2015). Seuraavaksi määritellään asteikot, jotka ovat jonkin verran korkeampi ja matalampi kuin tavoitetaso (Sellman & Tykkyläinen, 2017, s. 74–86). Näitä asteikkoja määritellessä kuntoutujaa pyydetään kuvailemaan tilanteet, joissa saavutetut tulokset ovat odotettua korkeampia ja matalampia kuin tavoitetaso (Sukula & Vainiemi, 2015). Jonkin verran korkeampi asteikko luonnehtii realistista ja myönteistä muutosta lähtötilanteeseen nähden, mutta sen saavuttaminen on hieman tavoitetasoa epätodennäköisempää. Jonkin verran matalamman asteikon laadinnassa on merkityksellistä, että se kuvaa kuntoutujalle ja kuntouttajalle muutoksen olevan oikeansuuntainen ja todellinen, jolloin varmistutaan tavoitetason realistisuudesta. Tämän jälkeen määritellään tilanne, joka on saavutettavissa optimaalisissa olosuhteissa eli kaiken onnistuessa sekä tilanne, jossa kuntoutuja ei ole edennyt kuntoutuksen tavoitetason suuntaan niin paljon, että sillä olisi kuntoutujan toiminnalle suurta merkitystä tai tilanne on pysynyt ennallaan tai jopa mennyt huonompaan suuntaan (Autti-Rämö, Vainiemi ym., 2016; Sukula & Vainiemi, 2015). Tavoiteasteikko ja muutoksen suunta ovat kuvailtuna taulukossa 1.

Taulukko 1. GAS-tavoiteasteikko ja muutoksen suunta (mukaiillen Sukula & Vainiemi, 2015, s. 8)

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

Huom. GAS = Goal Attainment Scaling.

GAS-tavoitteiden laadinnassa voidaan hyödyntää SMART-periaatetta, jonka mukaan tavoitteiden tulee olla spesifejä (engl. *specific*), mitattavissa olevia (engl. *measurable*), saavutettavia (engl. *achievable*), realistisia (engl. *realistic*) sekä mahdollisia aikatauluttaa (engl. *timed*) (Autti-Rämö, Vainiemi ym., 2016; Bovend'Eerdt, Botell & Wade, 2009; Turner-Stokes, 2009). Jokaista tavoitetta valitaan kuvaamaan indikaattori, jonka tulee olla mitattavissa sovittuna ajankohtana (Autti-Rämö, Vainiemi ym., 2016). Indikaattori voi kuvata käyttäytymistä, tunnetilaa, taitoa tai prosessia, jonka tulee selkeimmin edustaa asetettua tavoitetta sekä edistymistä tavoitteen suuntaan (Autti-Rämö, Vainiemi ym., 2016; Sukula, 2013). Indikaattorit voivat olla joko laadullisia tai määrällisiä (Autti-Rämö, Vainiemi ym., 2016). Määrälliseksi indikaattoriksi on suositeltavaa asettaa jonkinlainen liukuma tarkan, yksittäisen luvun sijaan. Laadullinen indikaattori pohjautuu useimmiten kuntoutujan omaan kokemukseen tai tuntemukseen ja sen tulisi olla selkeästi esitetty, jotta sen saavuttamisen tunnistaminen olisi yksiselitteistä.

GAS-tavoitteiden muodostamisen jälkeen sovitaan kuntoutuskeinoista, joiden avulla tavoitteiden saavuttamiseen pyritään, sekä tavoitteiden saavuttamisen arvioinnin ajankohdasta (Sukula & Vainiemi, 2015). Tavoitteiden saavuttamista arvioidaan tarkastamalla kunkin tavoitteen asteikosta toteutuneet lukuarvot, jotka lasketaan yhteen (Autti-Rämö, Vainiemi ym., 2016). Tämän jälkeen toteutuneet lukuarvot lasketaan yhteen ja tarkastetaan T-lukuarvotaulukosta tavoitteiden määrää vastaava T-lukuarvo, jonka avulla voidaan määritellä tavoitteiden keskimääräinen saavuttamisen taso.

### 1.1.2 Kuntoutussuunnitelma ja ICF-luokitus GAS-tavoitteiden asettelun taustalla

Kuntoutuksen suunnitelmallisuus ja kuntoutujan osallistuminen kuntoutuksen suunnitelmaan lisäävät kuntoutuksen tuloksellisuutta (Paltamaa ym., 2011, s. 38–39). Suomessa kuntoutuksen tulee lain mukaan perustua lääkärin ja kuntoutusryhmän julkisella sektorilla laatimaan viralliseen kuntoutussuunnitelmaan, jossa määritellään kuntoutuksen tavoitteet ja toimenpiteet (Jeglinsky, Brogren Carlberg & Autti-Rämö, 2014; Jeglinsky & Sipari, 2015; Klippi, Sellman, Heikkinen & Laine, 2012; Sellman & Tykkyläinen, 2017, s. 75–86). Kuntoutussuunnitelma laaditaan kuntoutujan tarvitsemien kuntoutuspalveluiden järjestämiseksi sekä yhteensovittamiseksi ja se on tärkeä tiedonvälittäjä kuntoutujan,

hoitavan tahon, terapeuttien sekä muiden palveluntuottajien ja organisaatioiden välillä (Sellman & Tykkyläinen, 2017, s. 75–86).

Organisaatiotasolla laadittu kuntoutussuunnitelma ohjaa puheterapiaprosessin ja puheterapiasuunnitelman tekoa (Sellman & Tykkyläinen, 2017, s. 75–86). Ennen kuntoutuksen alkua kuntouttava puheterapeutti ja kuntoutuja vielä laativat yhdessä puheterapiasuunnitelman, jossa kuntoutussuunnitelmaan laaditut tavoitteet tarkentuvat (Jeglinsky, Salmiinen, Carlberg & Autti-Rämö, 2012; Sellman & Tykkyläinen, 2017, s. 75–86). Puheterapian GAS-tavoitteiden tuleekin olla linjassa kuntoutussuunnitelmaan kirjattujen tavoitteiden kanssa (Jeglinsky & Sipari, 2015).

Maailman terveysjärjestön (engl. *World Health Organization*, WHO) julkaisema ICF-luokitus (engl. *International Classification of Functioning, Disability and Health*) on kansainvälinen luokitusjärjestelmä, jonka avulla voidaan kuvata terveyttä, toimintakykyä sekä sen rajoitteita (Stakes, 2004, s. 3–4). Toisin sanottuna sen tarkoituksena on tuoda ilmi, kuinka sairauden tai vamman aiheuttamat muutokset vaikuttavat yksilön elämään. Tällä tavoin ICF-luokitus luo eri ammattiryhmille yhteisen viitekehyksen toimintakyvyn ja -rajoitteiden sekä interventioiden kuvaamiseen (Paltamaa & Musikka-Siirtola, 2016; Stakes, 2004, s. 3–4). ICF-luokitus tarjoaa hyvää kuntoutuskäytäntöä tukevan viitekehyksen huomioimalla laajasti kuntoutujan kokonaistilanteen (Paltamaa ym., 2011, s. 35–36). Kuntoutuksen tulisikin perustua kuntoutujan toimintakykyyn esimerkiksi hänen diagnosoinsa sijaan (Momsen, Rasmussen, Nielsen, Iversen & Lund, 2012). ICF-luokituksen hyödyntäminen moniammatillisessa kuntoutuksessa mahdollistaa kattavan arvioinnin, yhteisten tavoitteiden asettamisen ja kuntoutuksen suunnittelun (Finger, Selb, De Bie & Escorpizo, 2015).

ICF-luokitusta hyödyntämällä voidaan selvittää, mihin toimintakyvyn pää- ja alaluokkaan kuntoutujan tavoitteet hierarkkisesti asettuvat (Hiekkala, Hautamäki, Vuorento, Tuomenoksa & Poutiainen, 2020). GAS on joustavasti ja käytännöllisesti mukautettavissa mille tahansa ICF:n osa-alueelle (Schlosser, 2004). GAS-menettelyn avulla voidaan arvioida tavoitteiden saavuttamista niin kehon toimintojen kuin aktiviteetin ja osallistumisen osa-alueilla. Parhaassa tapauksessa GAS-prosessi toteutetaan kokonaisuudessaan ICF-näkökulmaa hyödyntäen (Niemitalo-Haapola ym., 2021). Lisäksi ICF tarjoaa eri ammattiryhmille yhteisen kielen, jolla toimintakykyä pystytään kuvaamaan (Musikka-

Siirtola & Anttila, 2015). Yhteinen kieli toimintakyvyn kuvaamisessa mahdollistaa eheän kokonaiskuvan muodostumisen, kuntoutustavoitteiden asettamisen, hoitohenkilökunnan työajan tehokkaan käytön ja moniammatillisen yhteistyön. ICF auttaa myös löytämään kuntoutuksen tavoitteet kuntoutujan läheltä, jolloin ne ovat todennäköisemmin asianmukaisia sekä kiinnostavia (Jeglinsky ym., 2014; Musikka-Siirtola & Anttila, 2015). Ihanteellisessa tilanteessa GAS-tavoitteet ovat peräisin kuntoutujan arjesta, jolloin ne ovat merkityksellisiä (Grant & Ponsford, 2014). Suomessa on saatavilla vain niukasti tietoa siitä, kuinka usein ICF-luokitusta hyödynnetään GAS-menetelmän käytössä (Niemitalo-Haapola ym., 2021). Jeglinskyn ym. (2012) tutkimuksen mukaan ICF ei ole muodollisesti käytössä kliinisessä työssä, vaikka terveydenhuollon ammattilaiset tuntevat ICF:n ja sen tuomat edut. Syyksi tähän raportoitiin ICF:n käytön vaikeus sekä ajanpuute.

## 1.2 Moniammatillisuus

Moniammatillisen yhteistyön käsitettä voidaan pitää ikään kuin sateenvarjona, jonka alle kerääntyy kirjava joukko erilaisia yhteistyömuotoja (Isoherranen, 2008). Moniammatillisessa yhteistyössä eri alojen asiantuntijoilla on yhteinen työ ratkaistavanaan ja yhdistävät tietonsa ja taitonsa, jotta he pääsisivät tavoitteeseensa (Grumbach & Bodenheimer, 2004; Isoherranen, 2008; Vyt, 2008). Moniammatillisuus voidaan ymmärtää erilaisten verkostojen yhteistoimintana, viranomaisten välisenä yhteistyönä tai organisaation sisäisen tai ulkoisen yhteistyön muotoina (Kekoni, Mönkkönen, Hujala, Laulainen & Hirvonen, 2019).

Moniammatillisuuden myötä yhteistyössä huomioidaan tieto ja osaaminen useasta perspektiivistä, jota kokonaisuuden hahmottaminen edellyttää (Isoherranen, 2008). On tärkeää, että eri ammattikuntien erilaiset näkökulmat huomioidaan ja niistä opitaan (Kekoni ym., 2019; Sargeant, Loney & Murphy, 2008). Onnistuakseen moniammatillinen yhteistyö edellyttää halua ja pyrkimystä yhteistyöhön eri alojen ammattilaisten välillä (Kekoni ym., 2019). Tämä mahdollistuu, kun moniammatillisen tiimin jäsenet suhtautuvat myönteisesti ja luottavaisesti toisten alojen ammattilaisiin sekä osallistuvat ennakkoluulottomasti työskentelyyn.

Moniammatillisen yhteistyön synnyttämiseksi tarvitaan eri alojen ammattilaisten välille vuorovaikutuskulttuuri, jossa tiedon ja erilaisten näkökulmien yhdistäminen on mahdollista. (Kontio, 2010, s. 6–7; Sargeant ym., 2008). Haasteena on löytää toimintatapa, joka on asianmukainen kulloiseenkin tilanteeseen (Kontio, 2010, s. 6–7). Moniammatillisen yhteistyön esteiksi on todettu puutteellinen tietämys toisten terveydenhuollon ammattilaisten rooleista ja työnkuvasta sekä muita ammattiryhmiä koskevat stereotyyppiset ajatukset, jotka voivat johtaa puutteelliseen kunnioitukseen toisia terveydenhuollon ammattilaisia kohtaan (Arksey, Snape & Watt, 2007; Atwal & Caldwell, 2005; Robinson & Cottrell, 2005; Sargeant ym., 2008). Terveydenhuoltoalalla moniammatillisten työryhmien tulisi luoda yhdessä jaettavaa identiteettiä sekä ymmärtää yhteistyön arvo hoitoprosessissa (Kekoni ym., 2019). Moniammatillinen yhteistyö terveydenhuollossa on tärkeää, sillä tehokas terveydenhuolto edellyttää eri terveydenhuollon ammattilaisten osaamista ja erilaisia palveluita (Sargeant ym., 2008).

### 1.2.1 Moniammatillinen yhteistyö kuntoutuksessa

Kuntoutuksen yhteydessä toteutuvan moniammatillisen yhteistyön ajatellaan tarjoavan kuntoutujalle kuntoutusta, jossa palvelut ovat kokonaisvaltaisia ja kuntoutujalähtöisiä (Jeglinsky & Kukkonen, 2016). Tällöin kuntoutuksessa yhdistyy eri kuntoutusalojen ammattilaisten tieto ja osaaminen. Kuntoutujilla voi olla useita erilaisia tarpeita ja he ovat usein monen eri palvelun käyttäjiä, minkä vuoksi moniammatillista yhteistyötä tarvitaan (Jeglinsky & Sipari, 2015; Saia, Toros & DiNitto, 2020). On todettu, että moniammatillinen yhteistyö kuntoutuksen järjestämisessä parantaa tehokkaasti kuntoutusta (Momsen ym., 2012). Hyvässä moniammatillisessa yhteistyössä kuntoutujan henkilökohtaiset tarpeet ja tavoitteet otetaan kokonaisvaltaisesti huomioon laadittaessa kuntoutussuunnitelmaa ja järjestettäessä kuntoutusta (Paltamaa ym., 2011, s. 37–38). Eri ammattikuntiin kuuluvien henkilöiden yhteistyön uskotaan tarjoavan tasapuolisemman, läpinäkyvämmän ja paremman hoito- sekä päätöksentekotyön niin ammattilaisten kuin kuntoutujien kannalta (Nikander, 2003). Terveydenhuollon ammattilaiset ovatkin kokeneet moniammatillisen yhteistyön positiiviseksi (Wieser ym., 2019).

Moniammatillisessa yhteistyössä toteutuvassa kuntoutuksessa jokainen ammattilainen pitää yhtä oman alansa ja koulutuksensa teoreettisissa ja kliinisissä käytännöissä sekä toimii

alansa asiantuntijana (Jeglinsky & Kukkonen, 2016). Ammattilaiset arvioivat kuntoutujaa itsenäisesti tai yhdessä, asettavat kuntoutukselle omaan alaansa liittyviä sekä yhteisiä tavoitteita ja kokoontuvat keskustelemaan yhdessä kuntoutustoimenpiteistä. Vaikka eri alojen ammattilaiset toimivat moniammatillisissa tiimeissä oman ammatillisen osaamisensa rajoissa, heillä on myös tietoa ja heillä on mahdollisuus oppia muiden yhteistyöhön osallistuvien ammattilaisten erikoisosaamisesta (Grumbach & Bodenheimer, 2004; Jeglinsky & Kukkonen, 2016; Sargeant ym., 2008).

Moniammatillinen yhteistyö kuntoutuksessa on kuntoutujan etu, sillä siinä kuntoutuja itse toimii aktiivisena osana moniammatillista ryhmää (Jeglinsky & Kukkonen, 2016). Eri alojen ammattilaiset hyödyntävät osaamistaan ja hakevat yhdessä kuntoutujan ja toistensa kanssa ratkaisuja ja toimitapoja haastaviin tilanteisiin, jolloin kuntoutujaan liittyvät asiat käsitellään laajasti (Jeglinsky & Kukkonen, 2016; Kontio, 2010, s. 19–22). Näin kuntoutujan kuntoutusprosessista muodostuu asianmukainen kokonaisuus (Jeglinsky & Sipari, 2015).

### 1.2.2 Tavoitteiden asettelu ja GAS-menetelmän käyttö moniammatillisesti

Moniammatillisessa yhteistyössä tavoitteena on toimia siten, että yhteinen kuntoutustavoite tunnustetaan ja saavutetaan mahdollisimman hyvin (Kontio, 2010, s. 8–10). Eri alojen terveydenhuollon ammattilaisten välillä toteutettu tavoitteiden asettelu parantaa kuntoutustiimin jäsenten välistä kommunikaatiota, yhteistyötä ja auttaa arvioimaan kuntoutuksen tuloksellisuutta sekä parantaa kuntoutuksen laatua (Levack ym., 2016; Rosewilliam, Roskell & Pandyan, 2011; Schut & Stam, 1994). Mikäli moniammatillisen kuntoutustiimin jäsenet asettavat tavoitteita itsenäisesti, mutta tuovat ne tietoon myös muille kuntoutustiimin jäsenille, voi jokainen tarjota kuntoutusta, joka on sopusoinnussa muiden tiimin jäsenten asettamien tavoitteiden kanssa (DiazGranados, Dow, Appelbaum, Mazmanian & Retchin, 2018).

GAS-menetelmän käyttö tekee mahdolliseksi moniammatillisen ja kuntoutujalähtöisen tavoitteiden asettamisen sekä näiden tavoitteiden saavuttamisen tarkastelun (Mailloux ym., 2007). GAS-menetelmä sopii hyvin moniammatilliseen toimintaan, suunnitteluun ja tavoitteiden asetteluun, sillä se ei rajoitu yhteen tieteenalaan tai yhden ammattikunnan

käyttöön (Jeglinsky & Sipari, 2015). Lisäksi GAS-tavoitteet ovat kuntoutujan henkilökohtaisista tarpeista lähtöisin yhden ammattikunnan ydinsisällön sijaan. Moniammatillisen yhteistyön avulla voidaan luoda tavoitteita, jotka vastaavat kuntoutujan monimuotoisiin vaikeuksiin. Toisinaan kuntoutujan monimuotoisten vaikeuksien vuoksi joudutaan priorisoimaan yhteisessä neuvottelussa kuntoutujan arjen kannalta merkityksellisimmät tavoitteet, joihin kukin kuntoutuksen ammattilainen sovittaa omasta näkökulmastaan keinoja tavoitteiden saavuttamiseksi. Kuntoutuksen ammattilaisten on oltava joustavia ja hyväksyttävä, että oma ydinosaminen ei ole aina etusijalla kuntoutujan kuntoutusprosessissa.

Sallinen, Bärlund, Koivuniemi ja Heinonen (2015) ovat selvittäneet, miten GAS-koulutukseen osallistuneet ammattilaiset käyttävät GAS-menettelmää ja minkälaisena ammattilaiset kokevat menetelmän käytettävyyden ja hyödynnettävyyden. Tutkimukseen osallistuneista ammattilaisista vajaa puolet arvioi GAS-menettelmän käyttöönoton lisänneen tai syventäneen moniammatillista yhteistyötä. Tutkimukseen osallistuneet kokivat moniammatillisen yhteistyön toivottavaksi ja sen ajateltiin tuovan uusia näkökulmia myös omaan kuntoutustyöhön. GAS-menettelmän koettiin toimivan parhaiten tilanteissa, joissa GAS-tavoitteita pystytään asettamaan moniammatillisesti sekä silloin, kun myös kuntoutussuunnitelman laatijataho osallistuu tavoitteiden asetteluun. Tämän koettiin kuitenkin toteutuvan harvoin ja olevan haasteellista. Syyksi tähän kerrottiin moniammatillisten ryhmien olemattomuus sekä kuntoutusprosessissa mukana olevien haaste löytää yhteistä aikaa. Tavoitteiden asettelun yhteistyössä eri terapeuttien kesken koettiin olevan aikaa vievää, minkä pelättiin vähentävän kuntoutukseen käytettävää aikaa. Käytännön työssä eri ammattiryhmien edustajien kerrottiin asettelevan GAS-tavoitteita yhteistyössä kuntoutujan ja tämän lähipiirin kanssa, pääasiassa toisistaan tietämättä.

### 1.3 Terveysthuollon ammattilaisten kokemuksia tavoitteiden asettelusta

Toistaiseksi ei ole julkaistu sellaisia tutkimuksia, joissa käsiteltäisiin puheterapeuttien kokemuksia GAS-menettelmän käytöstä moniammatillisessa yhteistyössä. GAS-menettelmän käyttökokemuksia on kuitenkin tutkittu Steenbeekin ym. (2008) tutkimuksessa, jossa selvitettiin eri alojen terveysthuollon ammattilaisten sekä tavoitteiden asetteluun osallistuneiden vanhempien kokemuksia GAS-menettelmän käytöstä GAS-

menetelmäkoulutuksen jälkeen. Puheterapeuttien kokemuksia afaattisten henkilöiden osallistamisesta yleisesti tavoitteiden asetteluun sekä kliiniseen päätöksentekoon on tutkittu Bergin ym. (2016) tutkimuksessa. Tutkimuksia muiden eri alojen terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksista liittyen yleisesti tavoitteiden asetteluprosessiin on tehty useampia (Bizovičar & Hermann, 2019; Jenkin ym., 2020; Lloyd ym., 2014). Näitä tutkimuksia esitellään tarkemmin taulukossa 2.

Taulukko 2. Tutkimuksia koskien terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia tavoitteiden asettelusta

Tutkijat	Tutkimuskysymykset	Tutkitavat	Menetelmät	Tulokset
Berg ym. (2016)	Millaisia kokemuksia puheterapeuteilla on afaattisten henkilöiden osallistamisesta tavoitteiden asettelu-prosessiin sekä kliiniseen päätöksentekoon?	N = 20	Puolistrukturoidu ryhmähaastattelu (neljä viiden henkilön ryhmää)	Afaattisia henkilöitä osallistettiin kuntoutujalähtöisesti, terapeuttilähtöisesti tai lähiomaisen avulla. Kuntoutujalähtöinen osallistamistapa koettiin toimivimpana tavoitteiden asettelussa ja kuntoutuksen suunnittelussa.
Bizovičar & Hermann (2019)	Miten kuntoutustieteen jäsenet kokevat kuntoutuksen tavoitteiden asetteluun aivo-verenkiertohäiriöpotilaille?	N = 35	Kyselylomake	Suurin osa osallistuneista käytti tavoitteiden asettamista kuntoutuksen tehokkuuden mittarina. Tavoitteiden asetteluun koettiin parantavan tiimityöskentelyä. Tavoitteiden asettelu koettiin vaativaksi. Tavoitteiden asetteluun esteiksi koettiin ajan puute sekä kuntoutujaan ja tämän lähipiiriin liittyvät ominaisuudet.
Jenkin ym. (2020)	Millaisia kokemuksia terveydenhuollon ammattilaisilla on tavoitteiden asettamisesta lapsille ja nuorille, joilla on aivovamma, sekä heidän perheilleen?	N = 13	Puolistrukturoidu haastattelu	Terveydenhuollon ammattilaiset kokivat roolinsa aktiiviseksi yhteistyökumppaniksi tavoitteiden asettelussa. Kokonaiskuvan tavoitteet koettiin merkityksellisiksi. Tavoitteet muuttuvat ja ne tulisi tarkistaa ajan mittaan. Vanhempien toivotat tavoitteet voivat olla usein epärealistisia. Yhteistyö tavoitteiden asettelussa ja tavoitteisiin sitoutuminen koettiin tärkeäksi.
Lloyd ym. (2014)	Millaisia kokemuksia fysioterapeuteilla on kuntoutujien osallistamisesta tavoitteiden asetteluun aivo-verenkiertohäiriön jälkeen?	N = 9	Puolistrukturoidu haastattelu	Yhteistyö kuntoutujien kanssa koettiin tärkeäksi mutta haastavaksi. Yhteistyö tavoitteiden asettamisessa vaatii tasapainon löytämistä lukuisten eri tekijöiden välillä. Tavoitteiden asettelua on mukautettava yksilöllisesti sekä kontekstin mukaan.

(jatkuu)



Taulukko 2. Tutkimuksia koskien terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia tavoitteiden asettelusta (jatkuu)

Tutkijat	Tutkimus- kysymykset	Tutkit- tavat	Menetelmät	Tulokset
Steenbeek ym. (2008)	Millaisia kokemuksia eri alojen kuntoutuksen ammattilaisilla ja kuntoutuvien lasten vanhemmilla on GAS-menetelmän käytöstä GAS-koulutuksen jälkeen?	N = 27	Kyselyt terapeuteille ja GAS-tavoitteiden asetteluun osallistuneille vanhemmille	GAS-menetelmän käyttö koettiin aika vieväksi. GAS:n sisältökriteerit koettiin hyödyllisiksi. 70 % terapeuteista piti GAS:ia sopivana menetelmänä kuntoutuksen laadun parantamisessa. Terapeuteista 45 % koki vanhempien osallistuvan tiiviisti GAS-prosessiin, vanhemmista näin koki vain 5 %.

*Huom.* GAS = Goal Attainment Scaling.

Terveydenhuollon ammattilaiset ovat kokeneet roolinsa aktiiviseksi yhteistyökumppaniksi tavoitteiden asettelussa (Jenkin ym., 2020). He ovat kokeneet yhteistyön tekemisen kuntoutujien ja heidän lähipiirinsä kanssa tärkeäksi (Jenkin ym., 2020; Lloyd ym., 2014) mutta haastavaksi (Bizovičar & Hermann, 2019; Lloyd ym., 2014). Terveydenhuollon ammattilaiset ovat kokeneet merkityksellisimmiksi tavoitteiksi kuntoutujien kokonaiskuvan kattavat tavoitteet (Jenkin ym., 2020). Kuntoutujille asetettujen tavoitteiden on kuitenkin koettu muuttuvan kuntoutusjakson edetessä, minkä vuoksi ne tulisi tarkistaa ajan mittaan. Tavoitteiden asetteluprosessia on fysioterapeuttien kokemusten mukaan mukautettava yksilöllisesti sekä riippuen kontekstista (Lloyd ym., 2014). On tärkeää, että kaikki tavoitteenasetteluprosessiin osallistuvat myös sitoutuvat tavoitteisiin (Jenkin ym., 2020).

Fysioterapeuttien mukaan heidän taitonsa asettaa tavoitteita kehittyä kokemuksen myötä mustavalkoisesta mekaanisesta lähestymistavasta vähitellen enemmän kuntoutujalähtöiseksi ja vuorovaikutusta korostavaksi (Lloyd ym., 2014). Kokemuksesta oppiminen koettiin tehokkaimmaksi keinoksi tavoitteiden asettelutaitojen kehittymisessä ja tätä tapahtui erityisesti työskennellessä vanhempien kollegoiden kanssa. Puheterapeutit ovatkin kokeneet kuntoutujalähtöisen osallistamistavan toimivimpana tavoitteiden asettelussa ja kuntoutuksen suunnittelussa afaattisten henkilöiden kuntoutuksessa (Berg ym., 2016). Toisaalta tilanteissa, joissa kuntoutujalähtöinen osallistamistapa ei ole mahdollinen, on afaattisia henkilöitä voitu osallistaa kuntoutustaan koskevien päätösten tekoon lähipiirin avustuksella tai puheterapeuttilähtöisesti. Kuitenkin kuntouttajien ja kuntoutujan lähipiirin kokemukset tavoitteiden asetteluprosessiin osallistumisesta voivat poiketa toisistaan (Steenbeek ym., 2008). Steenbeekin ym. (2008) tutkimuksessa havaittiin, että vain viisi

prosenttia vanhemmista koki osallistuneensa aktiivisesti GAS-tavoitteiden asetteluun, kun taas kuntoutuksen ammattilaisista 45 prosenttia koki vanhempien osallistuneen aktiivisesti.

Jotta kuntoutujat osallistuisivat itse enemmän kuntoutustavoitteidensa asetteluun, ovat fysioterapeutit toivoneet kuntoutujien hyväksyvän aivoverenkiertohäiriötä seuranneet vaikeudet (Lloyd ym., 2014). Fysioterapeutit ovat kuvailleet, että sellaisilla kuntoutujilla, jotka olivat hyväksyneet aivoverenkiertohäiriön ja sitä seuranneet vaikeudet, olevan todennäköisesti parempi näkemys tilanteestaan, aiempaa kokemusta sairaudesta tai vammasta ja vähemmän mustavalkoisia ajatusmalleja sekä kommunikoinnin ja kognitiivisten toimintojen vaikeuksia. Terveydellisten tekijöiden, kuntoutujaan ja ympäristöön liittyvien tekijöiden sekä aivoverenkiertohäiriöstä kuluneen ajan koettiin vaikuttavan kuntoutujien kykyyn hyväksyä vaikeudet. Fysioterapeutit ovat kokeneet kuntoutujilla olevan oikeus luottaa fysioterapeuttien ammattitaitoon ja pyytää ohjausta tavoitteiden asettelussa.

Tavoitteiden asettelu on todettu kuntoutuksessa hyödylliseksi (Bizovičar & Hermann, 2019; Jenkin ym., 2020; Steenbeek ym., 2008). Kuntoutustavoitteiden asettamista ja niiden saavuttamista on käytetty esimerkiksi kuntoutuksen tuloksellisuuden mittarina (Bizovičar & Hermann, 2019). Kuntoutuksen ammattilaiset ovat kokeneet GAS-menetelmän sisältökriteerit hyödyllisiksi ja GAS-menetelmän olevan sopiva kuntoutuksen laadun parantamiseen (Steenbeek ym., 2008). Myös GAS-tavoitteiden asetteluun osallistuneet vanhemmat ovat pitäneet GAS-menetelmää hyödyllisenä kuntoutuksen tuloksellisuuden ja laadun mittarina. Bizovičarin ja Hermannin (2019) mukaan tavoitteiden asetteluun on koettu parantavan tiimityöskentelyä terveydenhuollon ammattilaisten kesken. Jenkinin ym. (2020) tutkimukseen osallistuneet terveydenhuollon ammattilaiset korostivatkin moniammatillisen yhteistyön merkitystä aivovamman saaneiden lasten ja nuorten hoidossa. Terveydenhuollon ammattilaisten kokemusten mukaan jokaisella lasten ja nuorten hoitoon osallistuvalla henkilöllä tulee olla yhteinen käsitys kuntoutujan historiasta, toimintakyvystä sekä asetettavista tavoitteista. Kaikille terveydenhuollon ammattilaisille sekä kuntoutujalle ja tämän lähipiirille yhteisiä tavoitteita kerrottiin aseteltavan moniammatillisissa istunnoissa, joissa laadittiin kokonaisvaltaisia tavoitteita tietyn ammattikunnan tavoitteiden sijaan. Terveydenhuollon ammattilaiset kuvailivat, että on tärkeää jakaa lasten ja nuorten tavoitteita koskevia tietoja myös terveydenhuollon

ulkopuolisten henkilöiden, kuten esimerkiksi koulun henkilökunnan kanssa. Näin voidaan varmistaa, että kaikki etenevät kohti samaa tavoitetta ja tukevat sen saavuttamista.

Tavoitteiden asettelun haasteena on pidetty ajan puutetta sekä kuntoutujaan ja tämän lähipiiriin liittyviä ominaisuuksia (Bizovičar & Hermann, 2019; Jenkin ym., 2020; Lloyd ym., 2014; Steenbeek ym., 2008). Terveysthuollon ammattilaisten kokemusten mukaan GAS-menetelmän käyttöön kuluva aika ei vähentynyt kokemuksenkaan myötä (Steenbeek ym., 2008). Kuntoutujan ja tämän lähipiirin ominaisuuksiin liittyviä tavoitteiden asettelun haasteita ovat Bizovičarin ja Hermannin (2019) mukaan esimerkiksi kuntoutujan sairauden tyyppi, kuntoutujan persoonallisuus ja kuntoutujan tai hänen lähipiirinsä epärealistiset odotukset kuntoutumisesta. Myös Jenkinin ym. (2020) tutkimustulokset puoltavat epärealististen odotusten ja tavoitteiden vaikeuttavan tavoitteiden asettelua. Esimerkiksi nuorten aivovammapotilaiden vanhempien toivomat tavoitteet voivat olla terveydenhuollon ammattilaisten kokemusten mukaan epärealistisia saavuttaa. Fysioterapeutit ovat kokeneet, että tavoitteiden asettamisessa yhteistyö kuntoutujan ja tämän lähipiirin kanssa vaatii tasapainon löytämistä lukuisten eri tekijöiden välillä (Lloyd ym., 2014). Tällaisia tekijöitä ovat esimerkiksi kuntoutujan ja tämän lähipiirin tarpeet sekä fysioterapeuttien oma ammatillinen kokemus ja yhteistyökyky. Fysioterapeutit kokivat haastavaksi hallita samanaikaisesti useiden eri tahojen odotuksia erityisesti, jos ne eivät olleet linjassa keskenään. Eri tahojen odotusten ollessa ristiriidassa fysioterapeutit ovat kokeneet, että heidän tulisi toimia tällaisissa tilanteissa sovittelijoina. Fysioterapeutit kokivat myös, että työpaikan kulttuuri ja työkuulttuurin sisäiset mahdollisuudet vaikuttaa tavoitteiden asettamiseen vaikuttivat heidän kokemuksiinsa tavoitteiden asettelusta.

Aiemmat tutkimukset keskittyvät terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksiin tavoitteiden asettelusta yleisesti. Tutkimuksia koskien puheterapeuttien kokemuksia tavoitteiden asettelusta on niukasti saatavilla, eikä tutkimuksia heidän kokemuksistaan liittyen GAS-menetelmän moniammatilliseen käyttöön ole aiemmin julkaistu Suomessa tai kansainvälisesti. Kuitenkin GAS-menetelmä on Suomessa yleisesti käytössä Kelan vaativassa lääkinnällisessä kuntoutuksessa (Kela, 2019) ja aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet moniammatillisen yhteistyön olevan kuntoutuksessa tärkeää (Bizovičar & Hermann, 2019; Jenkin ym., 2020; Momsen ym., 2012). Tämän vuoksi on perusteltua tarkastella puheterapeuttien kokemuksia GAS-menetelmän käytöstä moniammatillisessa yhteistyössä.

## 2 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET

Tämän pro gradu -tutkielman tavoitteena on kuvailla ja kartoittaa, millaisia kokemuksia puheterapeuteilla on GAS-menetelmän käytöstä moniammatillisessa yhteistyössä. Tutkimuksella selvitetään myös puheterapeuttien kokemuksia siitä, miten kuntoutussuunnitelma ja ICF-luokitus vaikuttavat GAS-menetelmän käyttöön moniammatillisessa yhteistyössä.

Tutkimuksella etsitään vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Millaisia kokemuksia puheterapeuteilla on GAS-menetelmän käytön hyödyistä moniammatillisessa yhteistyössä?
2. Millaisia kokemuksia puheterapeuteilla on GAS-menetelmän käytön haasteista moniammatillisessa yhteistyössä?
3. Millaisia kokemuksia puheterapeuteilla on kuntoutussuunnitelman ja ICF-luokituksen vaikutuksista GAS-menetelmän käytössä moniammatillisessa yhteistyössä?

### 3 MENETELMÄT

Tässä pro gradu -tutkielmassa tarkasteltiin puheterapeuttien kokemuksia GAS-menetelmän käytöstä moniammatillisessa yhteistyössä. Tässä yhteydessä moniammatillisuudella tarkoitettiin eri alojen terveydenhuollon ammattihenkilöiden yhteistyötä tavoitteiden asettelussa. Tutkielmassa haluttiin kartoittaa puheterapeuttien kokemuksia tarkasteltavasta olevasta aiheesta laajasti, joten kokemuksia ei rajattu koskemaan tiettyjen terveydenhuollon ammattiryhmien kanssa tehtyä yhteistyötä tai tietyille kuntoutujaryhmille tavoitteiden asettamista. Heikosti tunnettuja ilmiöitä voidaankin tarkastella laaja-alaisesti (Braun & Clarke, 2006).

Tutkimus toteutettiin laadullisena, koska laadullisessa tutkimuksessa tavoitteena on ymmärtää tarkastelun alla olevia ilmiöitä tutkittavien näkökulmasta (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 173). Tämän vuoksi tutkimuksen kannalta oli tärkeää kerätä tietoa puheterapeuteilta, sillä he tietävät tutkittavasta ilmiöstä ja heillä on kokemusta tarkastelun alla olevasta aiheesta. Tutkimusmenetelmäksi valittiin puolistrukturoitu haastattelu eli teemahaastattelu, koska siinä haastattelu etenee yksityiskohtaisten kysymysten sijaan keskeisten teemojen varassa mahdollistaen puheterapeuttien äänen kuuluviin saamisen (Hirsjärvi & Hurme, 2008, s. 47–48). Teemahaastattelu tarjoaa teoreettisen lähestymistavan lähtökohdat, mutta jättää tutkittaville tilaa nostaa esille uutta tutkimukseen liittyvää sisältöä (Galletta, 2012, 1–2; Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 87–90). Analyysimenetelmäksi valittiin teemaattinen analyysi, sillä se sopii heikosti tunnettujen aihepiirien tutkimiseen sekä sellaisten tutkittavien kanssa työskentelyyn, joiden näkemyksiä tutkittavasta aiheesta ei tunneta (Braun & Clarke, 2006). Tutkimuksia liittyen puheterapeuttien kokemuksiin GAS-menetelmän käytöstä moniammatillisessa yhteistyössä ei ole toistaiseksi julkaistu (ks. luku 1.3).

#### 3.1 Tutkittavat

Tutkimuksessa haastateltiin viittä yksityisellä sektorilla toimivaa puheterapeuttia eri puolilta Suomea, jotka olivat käyttäneet GAS-menetelmää moniammatillisessa yhteistyössä. Tutkittavien tuli olla työskennellyt tai työskennellä tutkimushetkellä puheterapeutteina ja heillä tuli olla kokemusta GAS-menetelmän käytöstä moniammatillisessa yhteistyössä.

Tutkittavat rekrytoitiin ottamalla yhteyttä sähköpostitse puheterapiaa tarjoaviin yksityisiin yrityksiin sekä tekemällä ilmoituksia tutkimuksesta puheterapeuttien Facebook-ryhmiin. Tutkimukseen otettiin mukaan kaikki tutkittavat, jotka täyttivät osallistumiskriteerit, olivat kiinnostuneita osallistumaan tutkimukseen sekä kykenivät osallistumaan haastatteluun joko kasvotusten tai etäyhteydellä alkuvuodesta 2021. Aineisto kerättiin tammi-maaliskuun välisenä aikana vuonna 2021 ja kaikki toteutuneet haastattelut suoritettiin etäyhteydellä Zoom-pikaviestintäpalvelun välityksellä. Ennen haastattelua tutkittaville lähetettiin postitse esitietolomake (liite 1), jossa käsiteltiin heidän työkokemustaan koskevia tietoja. Lisäksi haastattelujen aikana tutkittavat kertoivat yhteistyömuodoista, joissa he ovat käyttäneet GAS-menetelmää moniammatillisessa yhteistyössä. Nämä tiedot ovat koottuna taulukossa 3.

Taulukko 3. Kooste tutkittavien (N = 5) työkokemuksesta sekä kuntoutuja- ja ammattiryhmistä, joille ja joiden kanssa GAS-tavoitteita on aseteltu

Työkokemus puheterapeuttina	7–39 vuotta
Kokemus GAS-tavoitteiden muodostamisesta osana kuntoutusta	2–8 vuotta
Moniammatillisen yhteistyön muodot, joissa GAS-menetelmää on käytetty (frekvenssi*)	Keskustelut kuntoutujan lähipiirin ja muiden ammattilaisten kanssa (4), verkostopalaverit (2), kuntoutusneuvottelu (1), yhteiset kotikäynnit (1), yhteisterapiat (1)
Ammattiryhmät, joiden kanssa GAS-tavoitteita on yhteistyössä aseteltu (frekvenssi*)	Fysioterapeutit (5), toimintaterapeutit (5), varhaiskasvattajat (3), opettajat (2), neuropsykologit (2), kuntoutusohjaajat (1), avustajat (1), lähihoitajat (1)
Kuntoutujaryhmät, joille GAS-tavoitteita on moniammatillisessa yhteistyössä aseteltu (frekvenssi*)	Äänihäiriöt (3), nielemishäiriöt (3), AVH-potilaat (2), aisti-, moni- & liikuntavammat (2), afasiat (2), postoperatiiviset puheen ja kielen häiriöt (1), aivovamman jälkitilat (1), etenevät neurogeeniset puheen häiriöt (1), autismikirjon häiriöt (1), dysartria (1), puheen apraksia (1), lihasdystrofiat (1), aivokasvainpotilaat (1), suun ja kaulan alueen syövät (1), kehityksellinen kielihäiriö (1)

\* *Frekvenssillä tarkoitetaan, kuinka moni tutkittava puheterapeutti kertoi kyseisestä työkokemuksesta.*  
*Huom.* AVH = aivoverenkiertohäiriö; GAS = Goal Attainment Scaling.

Ennen haastattelua tutkittaville lähetettiin postitse lisäksi tutkimustiedote (liite 2) sekä suostumuslomake (liite 3). Tutkittavat saivat myös tutustua tutkimustiedotteen sekä esitieto- ja suostumuslomakkeiden sähköisiin versioihin ennen virallista päätöstään osallistua tutkimukseen. Nämä sähköiset versiot lähetettiin sähköpostitse tutkittaville heidän ilmaistuaan sähköpostitse tutkijalle kiinnostuksensa osallistua tutkimukseen. Tutustuttuaan

kyseisiin lomakkeisiin tutkittavat lähettivät täytetyn suostumus- ja esitietolomakkeen palautuskuoressa tutkijalle postitse. Tutkimusta toteutettaessa vaitiolovelvollisuus ei vaarantunut eikä täten muita lupia tutkimuksen toteuttamiseen tarvittu, sillä haastatteluissa ei käsitelty yksittäisiin kuntoutujiin liittyviä arkaluontoisia tietoja. Tutkimustiedotteessa ja suostumusasiakirjassa luvattiin julkaista ainoastaan nimettömiä tutkimustuloksia tutkittavien yksityisyyden suojelemiseksi. Tutkimukseen osallistuminen oli tutkittavina toimineille puheterapeuteille täysin vapaaehtoista. Heitä ei missään vaiheessa painostettu osallistumaan tutkimukseen ja heillä oli mahdollisuus keskeyttää osallistumisensa missä vaiheessa tutkimusta tahansa.

### 3.2 Haastattelun suunnittelu

Haastatteluille luotiin alustava rakenne (liite 4) tutkimuksen aihepiirin teoriataustan sekä tutkimuskysymysten pohjalta (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 87–90). Tämä auttoi sitomaan kokonaisuutta yhtenäiseksi (Eskola, Lähti & Vastamäki, 2018). Kuitenkin kysymysten muotoilua ja järjestystä mukautettiin haastattelutilanteissa tarpeen mukaan. Haastattelun suunnitteluvaiheessa päätettiin, että ennen haastattelun alkua tutkittavia muistutettaisiin tutkimuksen tarkoituksesta (Galletta, 2012, s. 46–49). Haastattelussa avoimilla kysymyksillä pyrittiin mahdollistamaan tutkittavien oman näkökulman esiintuominen, kun taas teoreettisten kysymysten avulla käsiteltiin kirjallisuudesta nousseita aihepiirejä (Galletta, 2012, s. 45–46). Tutkittavien ajatukset ja kokemukset haluttiin selvittää eheinä kokonaisuuksina (Hugh, 2014, s. 175), minkä vuoksi haastattelujen aikana ja niiden lopussa suunniteltiin esitettävän tarvittaessa täydentäviä kysymyksiä.

Haastattelujen suunnittelussa ja toteutuksessa pyrittiin mahdollisimman neutraaleiden kysymysten suunniteluun sekä neutraaliin kysymysten esittämistapaan ja tutkittavien vastauksiin reagointiin, sillä haastattelussa ei haluttu johdattaa tutkittavia antamaan erityisesti myönteisiä tai kielteisiä vastauksia, vaan heille haluttiin antaa mahdollisuus vastata oman kokemuksensa mukaisesti (Ruusuvuori & Tiittula, 2018). Haastattelut suunniteltiin aloitettavaksi avoimilla kysymyksillä. Tällä tavoin haluttiin mahdollistaa, että haastateltava saa käsitellä aihetta itseään kiinnostavasta näkökulmasta ja hänen kykyjään vastaavalla tavalla (Hirsjärvi & Hurme, 2008, s. 105–112). Haastatteluissa pidettiin periaatteena sitä, että avoimista kysymyksistä edettiin teoreettisempiin kysymyksiin. Kaikkien

haastattelukysymysten valinnassa pyrittiin siihen, että niiden avulla saataisiin tietoa puheterapeuttien kokemuksista GAS-menetelmän käytöstä moniammatillisessa yhteistyössä mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tutkimusta tämän tutkielman aihepiiristä ei ole aiemmin tehty (ks. luku 1.3), minkä vuoksi kysymyksissä käsiteltävät aihealueet suunniteltiin huomioimaan tutkimuksen aihepiiriä monipuolisesti (Braun & Clarke, 2006).

Teoreettisissa kysymyksissä kuntoutussuunnitelman vaikutuksista GAS-menetelmän käyttöön oltiin kiinnostuneita, sillä puheterapeuttisen kuntoutuksen tulee perustua kuntoutussuunnitelmaan, jossa määritellään puheterapian tavoitteet ja toimenpiteet (Jeglinsky & Sipari, 2015; Klippi ym., 2012; Sellman & Tykkyläinen, 2017, s. 75–86). Tästä johtuen myös GAS-tavoitteiden tulee pohjautua kuntoutussuunnitelmaan kirjattuihin tavoitteisiin (Jeglinsky & Sipari, 2015; Sellman & Tykkyläinen, 2017, s. 75–86), joten kuntoutussuunnitelman merkitys GAS-tavoitteiden muodostamisessa on ilmeinen. Kuntoutussuunnitelman laatimiseen osallistuu kuntoutujan ja hoitavan lääkärin lisäksi tarvittaessa moniammatillinen tiimi (Kela, 2021), jolloin moniammatillisella yhteistyöllä on vaikutusta jo kuntoutussuunnitelman laatimisvaiheessa. Tässä tutkimuksessa haluttiin saada lisää tietoa siitä, minkälainen rooli kuntoutussuunnitelmalla on moniammatillisessa GAS-menetelmän käytössä.

ICF-luokituksen avulla kuntoutujan toimintakykyä voidaan kuvata eri alojen ammattilaisille ymmärrettävästi, jolloin kuntoutujasta voidaan muodostaa eheä kokonaiskuva ja asettaa siihen sopivia kuntoutustavoitteita (Musikka-Siirtola & Anttila, 2015). Kuntoutujan kokonaiskuvan kattavat tavoitteet on koettu merkityksellisimmiksi (Jenkin ym., 2020). Lisäksi ICF-luokituksen avulla kuntoutuksen tavoitteet voidaan löytää kuntoutujan läheltä (Grant & Ponsford, 2014; Jeglinsky ym., 2014; Musikka-Siirtola & Anttila, 2015). Parhaimmillaan GAS-tavoitteita asetellaan ICF-luokitusta apuna käyttäen, mutta toistaiseksi Suomessa ei juuri ole tutkimusta siitä, kuinka usein näin on (Niemitalo-Haapola ym., 2021). Tämän vuoksi on mielenkiintoista tarkastella myös ICF-luokituksen vaikutusta moniammatillisessa GAS-menetelmän käytössä.

GAS-menetelmän sovellettavuudesta moniammatilliseen yhteistyöhön kysyttiin, sillä kuntoutuksen järjestämisessä toteutetun moniammatillisen yhteistyön on aiemmin todettu parantaneen kuntoutusta (Momsen ym., 2012). GAS-menetelmän on myös kerrottu sopivan moniammatilliseen toimintaan (Jeglinsky & Sipari, 2015). Terveystieteiden



ammattilaiset ovat aiemmin korostaneet moniammatillisen yhteistyön tärkeyttä (Jenkin ym., 2020) ja tavoitteiden asettelu on koettu parantavan tiimityöskentelyä terveydenhuollon ammattilaisten kesken (Bizovičar & Hermann, 2019). Tässä tutkimuksessa haluttiin saada lisää tietoa kyseisestä aihepiiristä ja sen vaikutuksista puheterapiaan sekä saada tietää, miten juuri puheterapeutit kokevat GAS-menetelmän käytön moniammatillisessa yhteistyössä.

Haastattelu pilotoitiin haastattelemalla yhtä puheterapeuttia (Hirsjärvi & Hurme, 2008, s. 72–73). Pilotoinnin tarkoituksena oli harjoitella haastattelutilannetta sekä selvittää, onko haastattelurunkoon tai -kysymyksiin syytä tehdä muutoksia. Pilotointihaastattelun jälkeen todettiin haastattelun sujuneen hyvin sekä haastattelurungon ja -kysymysten olevan pro gradu -tutkielmaa varten tarkoituksenmukaisia eikä tarvetta niiden muutoksille nähty, joten pilotointihaastattelu päädyttiin ottamaan osaksi tutkimusaineistoa.

### 3.3 Haastattelujen toteuttaminen ja litterointi

Haastattelut toteutettiin Zoom-pikaviestintäohjelman välityksellä. Tutkija oli suojannut Zoom-tapaamisen ”odotushuoneella”, mikä suojasi haastattelutilanteen ja siten esti haastattelun ulkopuolisten henkilöiden pääsyn haastattelutilanteeseen. Haastattelutilanteet nauhoitettiin Zoom-pikaviestintäohjelman sisäisellä nauhoitusominaisuudella. Haastattelunauhoitusten kesto vaihteli 20 minuutista 67 minuuttiin. Nauhoitteet ja muu sähköinen aineisto säilytettiin anonyyminä salanasuojatulla Kingston DataTraveler Locker+ G3, 16 GB -muistitikulla luottamuksellisesti tutkijan kotona. Salanasuojattu muistitikku valittiin sähköisen aineiston säilyttämiseen, koska haluttiin varmistaa, ettei kenelläkään muulla olisi pääsyä aineistoon. Nauhoitetuista haastatteluista tehtyjen litteraattien valmistamisen jälkeen nauhoitukset tuhottiin. Muistitikun kanssa samassa tilassa säilöttiin myös tutkittavien suostumus- ja esitietolomakkeet.

Haastattelunauhoitukset litteroitiin eli kirjoitettiin puhtaaksi foneemin tarkkuudella. Litteroinnissa käytettiin yksinkertaista litterointitapaa, johon ei merkitty puhunnosten paralingvistisiä piirteitä kuten huokauksia (Ruusuvuori & Nikander, 2018). Tätä tapaa pidettiin tutkimuksen kannalta mielekkäänä, sillä tutkielmassa oltiin kiinnostuneita haastattelutavien puhunnosten semanttisesta sisällöstä. Jokainen puheenvuoro sekä tutkijalta että

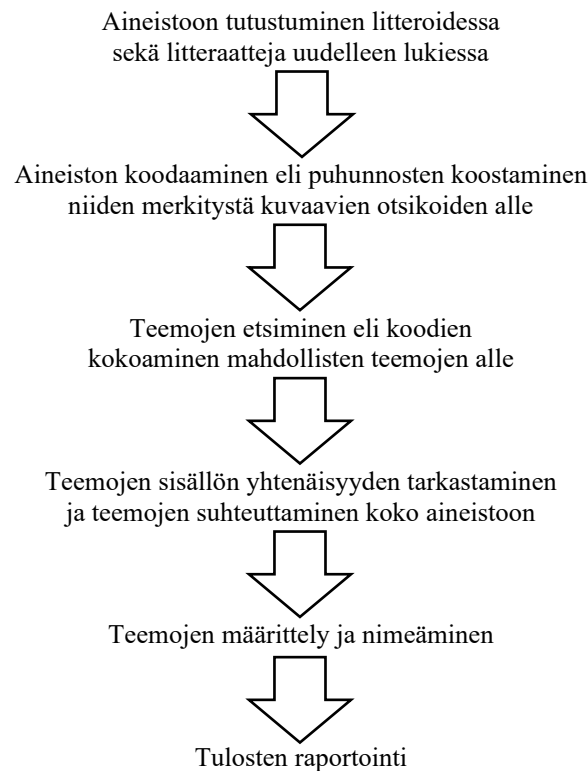
tutkittavilta kirjattiin omaksi kappaleekseen, joiden alkuun merkittiin puhujan nimikirjain (Hugh, 2014, 310–311). Litteraateista jätettiin pois haastattelussa esiin nousseet, selkeästi tutkielman aiheeseen liittymättömät aihepiirit, kuten esimerkiksi Suomen koronatilanteeseen liittyvät puheenvuorot (Ruusuvuori, 2010). Lisäksi tutkijan valaisemiseen, esimerkiksi tiettyjen käsitteiden merkityksen selventämiseen, liittyvät puheenvuorot, tutkittavan tunnistetiedot sekä haastattelukysymysten kannalta epäoleennaiset kuntoutujatapauseesimerkit jätettiin litteraattien ulkopuolelle.

Tutkittaville annettiin mahdollisuus tarkistaa heidän haastattelustaan nauhoituksen pohjalta tehty litteraatti. Näin tutkittaville haluttiin antaa mahdollisuus tehdä litteraattiin muutoksia ja saada tietoon, kuinka hyvin tutkittavat kokivat litteraattien vastaavan heidän kokemuksiinsa. Litteraatti on yksi tulkinta haastattelutilanteesta ja sellaisenaan altis virheille (Nikander, 2010; Ruusuvuori & Nikander, 2018). Yksikään tutkittava ei kuitenkaan ilmaissut suostumuslomakkeessa (liite 3) haluaan tarkistaa haastattelustaan tehtyä litteraattia, minkä vuoksi yhtäkään litteraattia ei lopulta lähetetty tutkittaville tarkastettavaksi ja tarpeen mukaan muokattavaksi. Litteraatteja ei julkaista kokonaisuudessaan, sillä se heikentäisi tutkittavien yksityisyydensuojaa. Otteita litteraateista on esiteltyä tämän työn tulososiossa ja liitteissä (liite 5; liite 6; liite 7).

### 3.4 Aineiston analysointi

Aineisto analysoitiin temaattisella analyysillä, sillä sen avulla voidaan tarkastella aineistosta havaittavia piirteitä, jotka ovat yhteisiä usealle tutkittavalle (Hirsjärvi & Hurme, 2008, s. 173). Analyysi toteutettiin aineistolähtöisesti eli teemoja ei määritelty etukäteen (Hugh, 2014, s. 257–259; Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 107–114). Tällä tavoin pyrittiin monipuolistamaan aineistosta havaittavia tuloksia, sillä tämä analyysitapa mahdollisti myös ennakoimattomien teemojen esiintymisen. Aineistoa analysoitaessa sitä tarkasteltiin kokonaisuutena, sillä aineistossa oltiin kiinnostuneita kokonaisuudesta havaittavista teemoista yksittäisten tutkittavien yksittäisten kokemusten sijaan (Hirsjärvi & Hurme, 2008, s. 141–143). Tämän vuoksi teemojen etsimistä ei myöskään aloitettu ennen kuin kaikki tutkittavat oli haastateltu.

Teemalla tarkoitetaan sisäisesti johdonmukaista ja yhtenevää kokonaisuutta, jossa kaikki osat yhdistyvät johonkin tiettyyn ydinkäsitteeseen tai -ajatukseen (Braun & Clarke, 2006). Teemojen etsiminen suoritettiin semanttisella tasolla eli merkitystasolla, jossa tutkija oli kiinnostunut ainoastaan tutkittavien tuottamasta aineistosta (Hugh, 2014, s. 257–259). Tämä taso valittiin, sillä analyysissä haluttiin välttää laajaa tulkitsemista, mikä olisi voinut vääristää tuloksia. Lisäksi analyysissä teemalle asetettiin määrällinen kriteeri (Hugh, 2014, s. 257–259), jonka perusteella kukin teema hyväksyttiin ainoastaan, jos siihen liittyvää sisältöä ilmeni vähintään kolmelta tutkittavalta viidestä. Tällä tavoin aineistoa rajattiin keskeisimpiin teemoihin ja parannettiin tulosten yleistettävyyttä. Kuitenkaan vaatimuksia sille, kuinka paljon aineistoa kultakin tutkittavalta tulisi teemaa kohti olla, ei asetettu. Alustavat teemat, jotka perustuvat yksittäisiin tutkittavien kommentteihin, yhdisteltiin mahdollisuuksien mukaan toisiin teemoihin niiden vahvistamiseksi. Analyysissä tavoiteltiin sitä, että jokainen teema poikkeaisi selvästi toisistaan, jotta tuloksissa ei raportoitaisi lukuisia sisällöltään osin yhtäläisiä teemoja. Aineiston analyysissä noudatettiin Braunin ja Clarcken (2006) temaattisen analyysin vaiheita (kuvio 1).



Kuvio 1. Temaattisen analyysin vaiheet (mukaillen Braun & Clarke, 2006, s. 87)

Käytännön toteutuksessa raja analyysin eri vaiheiden toteutuksessa oli häilyvä. Esimerkiksi jo aineistoa koodatessa muodostettiin samalla mahdollisia teemoja ja teemojen nimeämistä tapahtui jo aineiston koodaamisen vaiheesta lähtien. Lisäksi missä analyysin vaiheessa tahansa tarvittaessa palattiin tarkistamaan aiemmissa vaiheissa tehtyjä päätelmiä. Aineistoa tarkasteltiin perusteellisesti lukuisia kertoja analyysin myötä. Aineisto kuultiin ensin haastatteluvaiheessa Zoom-pikaviestintäohjelman välityksellä, jonka jälkeen haastattelut kuunneltiin nauhoitteelta kerran litteroidessa, tarvittaessa kelaten taaksepäin. Tämän jälkeen haastatteluista tehtyjä litteraatteja luettiin lukuisia kertoja analyysin eri vaiheissa. Tällä tavoin aineistoon tutustuttiin hyvin, minkä takia aineiston teema-alueet kyettiin tunnistamaan nopeasti (Hirsjärvi & Hurme, 2008, s. 141–143). Koodit ja teemat koostettiin laadulliseen analyysiin tarkoitetulla NVivo 12 -tietokoneohjelmistolla. Aineistosta havaitut teemat järjestettiin tutkimuskysymysten mukaisesti GAS-menetelmän käytön hyötyihin ja haasteisiin moniammatillisessa yhteistyössä sekä kuntoutussuunnitelman ja ICF-luokituksen vaikutuksiin GAS-menetelmän käytössä moniammatillisessa yhteistyössä.

Tutkimuksen luotettavuutta ja avoimuutta pyrittiin lisäämään julkaisemalla sitaattikokoelma kustakin teemasta (liite 5; liite 6; liite 7). Jokaiseen sitaattikokoelmaan koottiin esimerkkejä teemojen pohjana olevista sitaateista kultakin tutkittavalta, jonka tuottamaa aineistoa tiettyyn teemaan sisältyi. Sitaattikokoelmiin ei kuitenkaan ole koottu kaikkea teeman perusteena olevaa aineistoa. Teemat perustuvat tutkijan aktiiviseen toimintaan aineiston tulkitsemisessa (Hugh, 2014, s. 257–259; Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 140–145), minkä vuoksi tässä tutkimuksessa ei puhuta teemojen aineistosta nousemisesta, mikä kuvastaisi tutkijan toiminnan passiivisuutta, vaan sen sijaan käytetään käsitteitä, jotka kuvaavat tutkijan aktiivista roolia aineiston tulkinnassa, kuten esimerkiksi teeman havaitseminen. Tulosten luotettavuutta pyrittiin lisäämään myös ristiintarkistamalla havaitut teemat toisen GAS-teemaan perehtyneen tutkijan kanssa. Ristiintarkistaminen toteutettiin esittämällä toiselle tutkijalle litteraatin osa, jossa esiintyi neljä tutkijan havaitsemaa teemaa. Teemat ja niiden määritelmät esiteltiin tarkistusta tekeväälle tutkijalle, ja hänen tuli merkitä litteraatin osaan ne kohdat, joista hän ajatteli tiettyä teemaa koskevaa aineistoa löytyvän. Ristiintarkistamisen tuloksena varmistuttiin teemojen paikkansapitävyydestä, mutta tiettyjen teemojen määritelmiä tarkennettiin.

## 4 TULOKSET

Tässä luvussa tulokset esitellään tutkimuskysymysten mukaisessa järjestyksessä kolmessa alaluvussa siten, että ensiksi esitellään puheterapeuttien kokemuksia GAS-menetelmän käytön hyödyistä moniammatillisessa yhteistyössä, toiseksi puheterapeuttien kokemuksia GAS-menetelmän käytön haasteista moniammatillisessa yhteistyössä ja kolmanneksi puheterapeuttien kokemuksia kuntoutussuunnitelman ja ICF-luokituksen vaikutuksista GAS-menetelmän käytössä moniammatillisessa yhteistyössä. Jokainen alaluku sisältää taulukon, jossa on kuvailtuna teemojen nimet, teemojen esiintymisfrekvenssi sekä teemojen määritelmät. Taulukossa frekvenssillä kuvataan, kuinka monen tutkittavan tuottamaa aineistoa kuhunkin teemaan sisältyi. Jokainen teema sisältää aineistoa vähintään kolmelta tutkittavalta viidestä. Sillä ei kuitenkaan ollut merkitystä, kuinka paljon aineistoa tutkittava tuotti kutakin teemaa koskien. Juoksevassa tekstissä lukujen avulla kuvataan, kuinka moni tutkittava tuotti aineistoa virkkeessä kuvatusta kokemuksesta.

### 4.1 GAS-menetelmän käytön hyödyt moniammatillisessa yhteistyössä

Tutkimuksessa havaittiin neljä teemaa, jotka liittyivät puheterapeuttien kokemuksiin koskien GAS-menetelmän käytön hyötyjä moniammatillisessa yhteistyössä. Havaitut teemat olivat 'kokonaiskuvan muodostuminen', 'kommunikoinnin mahdollistuminen', 'motivaation lisääntyminen' ja 'tavoitteiden konkretisoituminen' (taulukko 4).

Taulukko 4. Haastattelujen litteraateista muodostetut teemat, jotka liittyvät tutkittavien puheterapeuttien (N = 5) kokemuksiin GAS-menetelmän käytön hyödyistä moniammatillisessa yhteistyössä

Teema (frekvenssi*)	Määritelmä
Kokonaiskuvan muodostuminen (5)	Kokonaiskuvan muodostuminen kuntoutujasta sekä oman ja muiden työn suhteuttaminen kokonaiskuvaan. Kehitysideoita GAS:n käyttöön, jotta se palvelisi vielä paremmin kuntoutujan kokonaistilannetta.
Kommunikoinnin mahdollistuminen (5)	Kokemukset kommunikoinnin mahdollisuuksista sekä mahdollisuudesta jakaa tietoa. Kehitysideoita siihen, kuinka moniammatillisista keskusteluista voitaisiin saada kokemusta opintojen aikana.
Motivaation lisääntyminen (5)	Kokemuksia kuntoutujan motivoimisesta pohtimaan omia tavoitteitaan, joita kohti edetään yhteistyössä moniammatillisesti.

(jatkuu)

Taulukko 4. Haastattelujen litteraateista muodostetut teemat, jotka liittyvät tutkittavien puheterapeuttien (N = 5) kokemuksiin GAS-menetelmän käytön hyödyistä moniammatillisessa yhteistyössä (jatkuu)

Teema (frekvenssi*)	Määritelmä
Tavoitteiden konkretisoituminen (3)	Tavoitteiden konkretisoituminen ja näkyväksi tekeminen. Kuntoutuksen kohdentaminen kuntoutujalle merkityksellisiin asioihin.

\* Frekvenssillä tarkoitetaan, kuinka monen tutkittavan puheterapeutin tuottamaan aineistoon teema perustuu.

Huom. GAS = Goal Attainment Scaling.

### Kokonaiskuvan muodostuminen

Tutkittavat kertoivat moniammatillisen yhteistyön tuovan lisätietoa kuntoutujan tilanteen kokonaiskuvasta (4). Moniammatillinen yhteistyö auttoi suhteuttamaan oman ja muiden työn kokonaiskuvaan (4): ”Eli se tavallaan suhteuttaa sen, että missä kokonaisyhtälössä tämä minun osa-alueeni on”, ”- - niin sit vasta alkaa huomata sitä, mistä lähetään eteenpäin, mihin tartutaan ensin, mikä saa hetken odottaa”, ”- - et oppii jollain lailla näkemään, mikä on mahdollista, mikä on mielekästä ja mikä on joskus ensisijaista.” Kokonaiskuvan syntymisen myötä koettiin varmistuvan myös puheterapian omista tavoitteista (1). Ilman yhteistä keskustelua ja kokonaiskuvan muodostumista pelättiin puheterapeuttisen kuntoutuksen jäävän muusta kuntoutuksesta irralliseksi (1). Yhteiset kokonaiskuvan kattavat tavoitteet koettiin mielekkäiksi (3). Tutkittavat kokivat kuitenkin pysyvänsä kuntoutuksessa omalla osa-alueellaan (2).

Jotta kuntoutujan kokonaistilanne saataisiin paremmin huomioitua, toivottiin biopsykososiaalisen mallin tulevan sisällytettäväksi GAS-menetelmään (1). Tällä tavoin GAS-tavoitteiden asettelussa saataisiin paremmin huomioitua kuntoutujan primääri-, sekundääri- ja tertiääriympäristö: ”- - mä tarkotan sitä, että ihmisen primääri-toimintaympäristö on perhe vaikkapa, oli se perhe sitten minkälainen hyvänsä, mut ne lähi-ihmiset. Ja ihmisen sekundääri-toimintaympäristö on sit se, että ihmisen vaikka on jonkun kerhon jäsen tai jonkun naapuriyhteisön jäsen tai tän tyyppiset. Ja sitten taas tertiääriympäristö, et ihminen on niinku yhteiskunnan jäsen, että pystyy vaikka käydä äänestämässä tai et ymmärtää, että vaalit on tulossa ja mitä kaikki lupaa tai pystyy käydä uusimassa passinsa tai ostaa bussilipun siis niinku sen tyyppisiä, et ihminen on yhteiskunnan jäsen”.

### **Kommunikoinnin mahdollistuminen**

Kaikki tutkittavat kokivat kommunikoinnin mahdollistumisen GAS-menetelmän moniammatillisen käytön hyödyksi. Moniammatilliset GAS-keskustelut koettiin mielekkääksi, sillä ne antavat mahdollisuuden ammattilaisten, kuntoutujan ja tämän lähipiirin väliselle keskustelulle (3): ”- - *niin se on eri asia kuin se yksin mieltäminen.*” Keskustelun myötä on mahdollisuus yhdessä keskustella siitä, mitä kuntoutuksella tavoitellaan (2) ja saadaan kuulla kuntoutujan ja/tai tämän lähipiirin utopistisetkin toiveet (1). Yksi tutkittava totesi GAS-menetelmän lisäarvoksi juuri sen, että menetelmän käyttö pakottaa kommunikoimaan: ”*Että vaikka me ollaan aikasemminki tehty sitä tavotekeskustelua, niin sitä on kuitenkin siellä vähän niinku ohimennen, että ikään ku ite tietää tosi hyvin, mutta ei tuu sitä edes kommunikoinneeksi niille perheille, eli niille ei tuu edes kertoneeksi niin tarkasti ku haluais tavallaan kertoo, että ei ikään ku oo itellä rahkeita, että emmä nyt raaski niitä rasittaa näillä kaikilla ajatuksilla. Niin se tavallaan on se GAS:n lisäarvo se, että se pakottaa kommunikoimaan.*”

Yksi tutkittavista kertoi tavoitteiden asetteluun olevan helpompaa, kun toisen ammattilaisen kanssa saa keskustella kuntoutukseen liittyvistä asioista. Yhden tutkittavan kokemuksen mukaan moniammatillisia GAS-tavoitteita oli helpompi asettaa, sillä tavoitteiden pohdintaan sai myös toisen ammattilaisen näkökulmaa. GAS-menetelmän käytössä moniammatillisessa yhteistyössä hyödyksi koettiin siihen liittyvä tiedonvaihto (4). Tutkittavat kokivat tärkeäksi saada tietoa siitä, mitä asioita missäkin kuntoutuksessa harjoitellaan, jotta yhteiseen tavoitteeseen päästäisiin (2). Ammattilaisten välinen oivalluttaminen omista vastuualueistaan koettiin mielekkääksi (3), ja kommunikointi toi tilaisuuden keskustella siitä, mitä kukin omalta osaltaan voi tehdä tavoitteiden eteen (1). Tarvittaessa toisilta koettiin voitavan kysyä neuvoa (1): ”*Niin sitten, jos pohdituttaa itteä jokin asia, että meneeköhän tää nyt näin tai mistä tässä kiikastaa, niin tietää, että tätä voi kysyä psykologilta tai tästä asiasta voin kääntyä toimintaterapeutin puoleen ja sitä kautta muovataan totta kai niitä GAS-tavotteitakin tai sitä niinkun kuntoutuksen tavoitteita.*”

Keskustellessa muiden ammattilaisten kanssa saatiin vinkkejä, kuinka puheterapeutti voisi huomioida toisissa terapioidissa harjoiteltavia asioita puheterapiassa (3): ”*Niin on se tosi tärkeätä tietoo, että voi sitte ite toisaalta ottaa vastaan niitä vinkkejä, että ahaa nyt harjotellaan toimintaterapiassa motivoitun kädenkäytön asioita, että onpa hyvä tietää, niin määki voin osiltaan niinku sen verran mitä pystyn ja osaan sitä asiaa tehdä, niin mää*

*voin tehdä semmosia harjoituksia, joissa se otetaan huomioon.” Kaksi tutkittavaa kertoi, että GAS-tavoitteisiin liittyvissä keskusteluissa heillä oli mahdollisuus kysyä näihin liittyvistä asioista: ” - - sanotaan nyt vaikka afaatikoilla se oikean käden huomiointi on usein näissä keskusteluissa esimerkiksi sitä, että vaikka sen tiedän, niin näissä keskusteluissa muistan taas uudestaan ottaa sen vaikka esille, kuinka mä voin sitä oikeeta kättä huomioida mun terapian ajan tai tämmönen, että semmosia niinku”, ”Et samalla tavalla, jos fysioterapeutti sanoo, että tavoitteena on, että tämä ihminen saa arjessaan mahdollisimman paljon niinku kokemusta esimerkiksi kepin kanssa kulkemisesta, niin mulle on itseltään selvää, että kun asiakas tulee mulle, niin mä pyydän sitä fysioterapeuttia ohjaamaan, että miten häntä varmistetaan esimerkiksi, täytyykö olla fyysisesti kiinni vai valvottuna.”*

Myös puheterapeuteilla oli mahdollisuus tuoda toisille ammattilaisille tietoon vinkkejä, joiden avulla toisten alojen ammattilaiset pystyivät huomioimaan puheterapiassa harjoiteltavia asioita omissa terapioissaan (4): *”Mut jos mä sanon tai puheterapeutti, uskon voivani vähän yleistää, niin puheterapeutti sanoo, että esimerkiksi, kun on vaikka yhden fysioterapiatapaamisen sisällä vaikka neljä asiaa, niin niistä on oltava vaikka kuvat esimerkiksi vaikeesti afaattisella henkilöllä, et jos ei oo väliä missä järjestyksessä tehdään, niin se on viestinnän harjoittelua, että tässä on kuvat, missä järjestyksessä sä haluat, että ne tehdään.”* Yksi tutkittava kertoi toisten ammattilaisten toisinaan omaavan ennakkoluuloja puheterapiasta, joita puheterapeutin tuli oikoa yhteistyötä tehdessä. Yhteistyöllä oli tutkittavan mukaan positiivinen vaikutus ennakkoluulojen murtamisessa: *”Mut mitä enemmän yhteistyötä tehdään, niin sitä enemmän se myös lisää ymmärrystä siitä, mitä kaikkea puheterapia on.”*

Kaksi tutkittavaa nosti esiin kehitysideoita kommunikoinnin kehittämiseksi GAS-tavoitteiden moniammatillisessa asettelussa. Yksi tutkittava esitti, että moniammatillisen GAS-verkoston järjestämisen tulisi olla kuntoutujan velvoite: *”Mut meillä ei oo terapeuteilla omaa ja mää näkisin tän GAS:n lisäarvona sen, että asiakkaalle tulis velvotte järjestää GAS, eli silloin me ollaan terapiatyön suunnittelun ytimessä, me muuten mennään aina reuna-alueelta sinne, mehän ollaan niissä muissaki palaverissa mukana ja me saahaan äänemme kuuluviin sielläkin, mut se ei oo se pääpointti. Eli me tässä saahaan niinku siihen kuntoutukseen oma verkosto.”* Toinen kehitysidea koski sitä, että moniammatillista tavoitteiden asettelua ja niihin liittyvää keskustelua tulisi integroida opintoihin: *”Kyl mä ajattelen, että GAS menetelmänä olisi, kun se nyt näyttää olevan ja tulevan toistaiseksi*



*ainakin niinku vallitsevaksi menetelmäksi, että se saataisiin jo kaikissa koulutuksissa sinne koulutuksen sisään ja se ajatus siitä, että millä tavalla esimerkiksi logopedian opetuksessa sinne harjoitusasiakkaiden sisään, että millä tavalla näitä tavoitteita asetetaan ja miten niitä GAS-keskusteluja käydään ja ehkä simuloida keskusteluja ja miten niitä tehtäisiin moniammatillisesti.”*

### **Motivaation lisääntyminen**

Kaikki tutkittavat jakoivat kokemuksen siitä, että GAS-menetelmän moniammatillinen käyttö motivoi kuntoutujaa sekä ammattilaisia yhteisiin tavoitteisiin. GAS-tavoitteiden asettelussa moniammatillisessa yhteistyössä kuntoutuja saa kokemusten mukaan mahdollisuuden tuoda esiin omia toiveitaan (4), jonka myötä ammattilaiset pystyvät pohtimaan, mitä he voisivat kuntoutujan toiveiden ja tavoitteiden eteen tehdä (2). Kuntoutujan näkökulman esille saaminen koettiin tärkeäksi (2): *”Eli kyllä mää siksi pitäisin sitä hyvänä ja siksi nimenomaan, että se tulis yheksi isoksi verkostoksi, jossa asiakas mieltii omia tavoitteitaan, eli hänet pysäytetään miettimään tavoitteitaan eikä niin, että sano sinä sää oot ammattilainen”, ” - ja sitte lisäksi just se, et siinä saadaan se asiakkaan näkökulma esille, mikä sille asiakkaalle itselleen on tärkeätä. Et ei oo se, et me terapeutit sanotaan, että tää on sulla hankalaa niin tätä lähetään sitte tekemään, ku se ei kuitenkaan asiakkaalle välttämättä oo se tärkein asia.”*

Kuntoutujan omien toiveiden selviämisen myötä voidaan selvittää niiden realistisuutta (1) sekä sitä, kuinka jokainen ammattilainen voisi toimia, jotta kuntoutujan toivomat tavoitteet täyttyisivät (1): *”Eli se on se päälause, että mitä mää toivon mun elämältä. Koska täytyy olla toiveita, että niitä voi tavallaan alkaa mieltii, että onko ne toteuttamiskelpoisia. Se on niinku semmonen tsemppipalaveri tietyssä mielessä. Et se on semmosta tunnelman luontia, että vielä tässä jaksetaan ja vielä ei olla perillä ja se on tietyssä mielessä sitä motivoivaa haastattelua”, ” - niin kyllä se antaa semmosen työkalun työryhmälle, että sen ympärillä on sit hyvä keskustella, mitä kukanenki eri kohtaamisissa tekee.”*

### **Tavoitteiden konkretisoituminen**

Tutkittavista kolme koki tavoitteiden konkretisoituvan moniammatillisen GAS-menetelmän käytön myötä. Kaksi tutkittavaa kertoi GAS-menetelmän käytön

moniammatillisessa yhteistyössä tuovan tietoon pienetkin askeleet tavoitteissa etenemisessä, kun ne kuvataan asteikkoon: ”- - niin mää jotenki ajattelisin, että erityisesti niinku, että antaa niitä tiedoksi muille, joille se ei oo tuttu asia eli semmoset niinku pienet askeleet, jota tavallaan yritetään kuvata siinä asteikon kuvauksissa.” Tämän koettiin mahdollistavan sen näkyväksi tekemisen, että esimerkiksi etenevissä sairauksissa myös kuntoutujan tilanteen ennallaan pysyminen on merkityksellistä (1): ”- - mut kyllä GAS sinänsä luo mun mielestä hyvää struktuuria erityisesti siihen siinä saa tavallaan aika mukavasti näkyväksi siinä nollatasolla esimerkiksi etenevissä sairauksissa, että ennallaankin pysyminen on tavoite. Se pakottaa miettimään sitä, että mitä se voisi konkreettisesti olla. Että mikä on -1 jos tavoite on pysyä ennallaan ja mitä on +1.”

Tutkittavat kertoivat menetelmän käytön myötä tavoitteiden kielellistämisen tarkentuvan ja tavoitteiden selkeytyvän (3). Menetelmän käytön myötä tavoitteet saadaan tuotua kuntoutujan lähipiirille tietoon konkreettisina (1): ”Niin sitten, jos vaikka opettajakin saa nämä terapian tavoitteet tietoonsa, niin sille tulee hirveesti niinku tietoa siitä yhdestä oppilaasta ja hän ymmärtää paremmin, että miten tämä kehitys kehittyy tukemaan omalta osaltaan sitä arkikuntoutusta, että mää ajattelen, että se lisäänti vois olla se kielellistämisen tarkentuminen. Että mää samalla lailla ajattelen vanhemmillekki, että vaikka me - - nämä samat asiat puhuttas ilman GAS:ejaki, niin hahmottaahan se sitä, että jos sulla on selvä tämmönen portaikko tässä, että nyt se oletusarvo on, että kun me ollaan tässä matalimmalla tasolla eli nykyhetki yritetään kuvata ja mikä on seuraava pikkuaskel, niin se antaa niille sen perspektiivin, tämmösen putkinäön, mää ajattelen, että se on nimenomaan putkinäköperspektiivi, että se kohdentuu yhteen pikkunippeliin verrattuna siihen, että meillä oikeesti on tosi monta kiikaria joka suuntaan, että siinä voi olla että se lapsi lähtee jonnekin eri suuntaan oikeesti ku mitä me on yritetty arvata.” GAS-menetelmän käytön myötä terveydenhuollon jargon tarkentuu konkreettisemmaksi (1): ”Eli se konkretisoituu parhaimmillaan niin selkeäksi, joka on kaikille ihan kristallinkirkas tavoite. Kyl mä pidän sitä hyvänä konkretisoijana. Tässä terveydenhuollon maailmassa aika paljon se semmonen kuntoutusjargon pyörii, kun puhutaan lievenemisestä ja kohenemisesta, niin me kuvitellaan helposti, että me puhutaan samasta asiasta ja kuitenkin me tehdään töitä toistemme ohi. Kyl mä näen, että kunhan siihen opitaan ja jotenkin saadaan sitä ajatusmaailmaa muuttumaan, että kuntoutuminen on yksittäisiä tavoitteita ja yksittäisenkin tavoitteen saavuttaminen vaatii hitosti töitä. Et päästään vähän kauemmaksi siitä 'lievenee, kohenee, paranee, edistyy' -jargonista, joka ei sit konkretisoidu kauheen helposti.”

GAS-menetelmän moniammatillisen käytön kerrottiin jäsentävän terapiaa (2) ja auttavan valitsemaan kuntoutujalle itselleen tärkeimmät tavoitteet (1). Terapian tarkemman jäsentymisen myötä edistymistä voidaan paremmin seurata sekä tarkentaa kuntoutusta siihen toimintaan, joka edistää tavoitteiden saavuttamista (1): ” - - sillä niinku saadaan fokusoi-tua sitä terapiaa, että muutenhan siinä on vaarana, että tehdään paljon asioita, mutta sitten ei pystytä sitä edistymistä niin hyvin seuraamaan ja ei sit ehkä aina tehdä niitä asioita, jotka siellä arjessa sit tukis sitä, mikä sille vaikka kuntoutujalle on tärkeetä. Että se, että ehkä auttaa keskittymään tiettyihin asioihin.” Moniammatillinen työskentely GAS-menetelmän käytössä ohjaa keskustelua kohdistumaan kuntoutujan arkeen sen si-jaan, että jättäisiin keskustelemaan yksittäisistä harjoituksista (1).

#### 4.2 GAS-menetelmän käytön haasteet moniammatillisessa yhteistyössä

Tutkimuksessa havaittiin neljä teemaa, jotka liittyivät puheterapeuttien kokemuksiin koskien GAS-menetelmän käytön haasteita moniammatillisessa yhteistyössä. Havaitut teemat olivat ’asteikon muodostaminen’, ’kuntoutujaan ja lähipiiriin liittyvät tekijät’, ’ajan puute’ ja ’tavoitteiden yhteensovittaminen’ (taulukko 5).

Taulukko 5. Haastattelujen litteraateista muodostetut teemat, jotka liittyvät tutkittavien puheterapeuttien (N = 5) kokemuksiin GAS-menetelmän käytön haasteista moniammatillisessa yhteistyössä

Teema (frekvenssi*)	Määritelmä
Asteikon muodostaminen (5)	Kokemuksia tavoiteasteikkojen muodostamisen haasteista.
Kuntoitujaan ja lähipiiriin liittyvät tekijät (4)	Kokemukset kuntoutujan ja/tai lähipiirin haluttomuudesta osallistua moniammatilliseen verkostoon sekä monikielisuuden, epärealististen tavoitetoiveiden, aktiivisuuden ja kuntoutujan nuoren iän vaikutuksista.
Ajan puute (3)	Kokemuksia menetelmän käytön haasteista liittyen ajan puutteeseen.

(jatkuu)

Taulukko 5. Haastattelujen litteraateista muodostetut teemat, jotka liittyvät tutkittavien puheterapeuttien (N = 5) kokemuksiin GAS-menetelmän käytön haasteista moniammatillisessa yhteistyössä (jatkuu)

Teema (frekvenssi*)	Määritelmä
Tavoitteiden yhteensovittaminen (3)	Kokemuksia kuntoutujan haluttomuudesta muodostaa yhteisiä tavoitteita sekä yhteisten tavoitteiden muodostamisen haastavuudesta.

\* Frekvenssillä tarkoitetaan, kuinka monen tutkittavan puheterapeutin tuottamaan aineistoon teema perustuu.

Huom. GAS = Goal Attainment Scaling.

### Asteikon muodostaminen

Kaikki tutkittavat kokivat GAS-tavoitteiden asteikon muodostamisen haastavaksi. Tavoiteasteikkojen muodostamisen koettiin vaativan tavoitteiden toteutumisen ennustamistaitoa (3). Kuntoutujien tyypillisestä poikkeava kehitys koettiin tavoitteiden asettelua ja asteikon muodostamista haastavana tekijänä (1): ”- - ennustamistaito on niinku tosi haastava. Että ku ne on tavallaan koko ajan poikkeavasti kehittyneitä - - ne, jotka saa Kelan vaativaa lääkinällistä kuntoutusta, niin se on automaattisesti aika paljon ohi niinku tavallaan normaalikehityksen, niin se, että mitä me tavallaan osataan edes valita tavoitteiksi, että osuuko ne meidän arvat oikeaan, kun me arvotaan oikea GAS-tavoite. Niin se on vähän pulmallista, kun se on niin pikkujuttu, että ku ei tavallaan kovin monimutkasesta asiasta ei saa tehtyä tasavälistä asteikkoa, ei millään”, ”- - meidän pitää mennä kattoon ensin se, että missä se on menossa ja yrittää sieltä arvioija, että mihin tartutaan, että se on vaikeeta se ennustaminen, että valitaanko me nyt se oikea osa-alue GAS:ksi, luki taanko me oikea asia”, ”- - koska ei se mee kaikilla samoin, eli se on nimenomaan ku se on poikkeavaa kehitystä, niin me ei osata edes ennustaa sen tahtia taikka määrää taikka suuntaa.”

Kaksi tutkittavaa totesi, että toisinaan asetetut tavoitteet ja niiden asteikot osoittautuvat kuntoutuksen edetessä epäsopiviksi: ”Alussa näyttäytyy joku, että nyhän tää on aivan selvästi tämä osa-alue, niin sitten ku mennään hetki, niin se ei oo ihan yhtä selvää, että se on se sama homma enää omastakaan mielestä niin tärkeä.” Tavoiteasteikot saattoivat jäädä joko liian mataliksi tai liian korkeiksi (1). Yksi tutkittava totesi, että GAS-menetelmän käyttö ei palvele lyhyen aikavälin tavoitteita, sillä asteikon avulla ei saada kuvattua lyhyen aikavälin muutosta: ”Moniammatillisessa ehkä se haaste, että jos miettii tätä omaan työympäristöön liittyen, että ku meillä on niitä kuntoutusjaksoja, niin ne kestää yleensä sen tietyn verran, et se voi olla se kahesta viikosta neljään viikkoon. Joillaki se

*on niin, että joillaki on se kaks viikkoa ensin tämä laituskuntoutusjakso ja sitte on joitaki kuukausia taukoa ja sitte toine jakso tulee perrään. Niin tavallaan se ei oo kauheen helppo mitata sitä asiakkaan edistymistä kuitenkaan, ku se on niin lyhyt aika, se GAS ei sitte niin hyvin palvele moniammatillisesti katsottuna sitten niitä lyhyen aikavälin tuloksia ja tavoitteita.”* Tavoiteasteikko koettiin perheen kannalta merkityksettömäksi (1): *”Mä jotenkin aattelen, että oli ne GAS-tavoitteet sitten puheterapeuttisia tai moniammatillisia, niin nehän niinku on mun päässä koko ajan, ja siksi se on turhaa semmosta ihmisen kiusaamista käyttää aikaa niiden saamiseksi johonki portaikkoon, joka voi niinku näyttää hienolta, mut ei oo sille perheelle ollenkaan merkityksellinen, vaan ne pistää sen paperin jonnekin ja sit ne on silleen ’aijaa joo, ei me oo muistettu’ ja sit mä oon silleen ’no en minäkään’”*

Sellaisten tavoitteiden asettaminen ja tavoiteasteikkojen muodostaminen koettiin haasteelliseksi, jotka olisivat yhtä aikaa mielekkäitä kuntoutujan arkeen sekä samalla mitattavissa (1): *”Samalla sit taas huomaa sen, että sen sanallistaminen ja varsinkin se mitä siinä toivotaan, se asteikon löytäminen, niin se on toisinaan aika haasteellista jotenki, että se ois samaan aikaan semmonen mielekäs sinne arkeen, mutta samaan aikaan myös mitattavissa. Niin se on ehkä kans semmonen, minkä kanssa arjessa toisinaan vähän painiskelee, että sais ne jotenki yhteen sovitettua. Joskus tulee oikeen hyviä mieleen, että tää nyt ois vaikka oikeen hyvä asteikko, mut ei tällä nyt arjen kanssa oo kauheesti tekemistä, tai et arkeen oikeen hyvä asia, mut miten mä saan sen sit asteikoille. Niin se on ehkä semmonen haaste.”* Tavoiteasteikkojen muodostaminen koettiin epäluonnolliseksi (2): *”No se oon kokenu jotenki ehkä niin, että joissakin tilanteissa on joskus pakko saada sille asteikolle, niin siinä käy ehkä silleen... Toisinaan se tulee jotenkin aika luonnostaankin, ja tuntuu, että tää sopii, joskus tulee sit semmosia tilanteita, kun ollaan siinä yhdessä nii tulee vähän semmonen olo, että se pitää nyt pakottaa johonki muotoon, ja sitä oon sit miettiny, että palveleeko se sit sitä kuntoutujan etua.”* Puheterapian GAS-tavoitteiden pilkkominen asteikkoon koettiin haastavammaksi esimerkiksi verrattuna fysio- tai toimintaterapeutisiin tavoitteisiin (2): *”Et ehkä just jos ajatellaan moniammatillisesti, jos niin kun vaikka toimintaterapeutin tavoitteena ois se, että ulos lähtiessä lapsi saa kengät jalkaansa, niin mä luulen, että se on helpompi purkaa niihin joku motorinen toiminta niihin portaisiin, et motorisissa taidoissa se ennustaminen ei varmasti oo niin vaikeeta, et kyl mä koen, että meidän alalla, jos mä vertaan vaikka fysio- ja toimintaterapeutteihin, niin kyl puheterapeutin portaikko on monesti aika paljon vaikeempi”, ”- - mut ehkä se on*

*just tää, että fysioterapeutilla helpommin onkin numeerisiakin tavoitteita, ja meillä taas ne ei ehkä mun mielestä oo välttämättä niin luonnollisia ne numeeriset tavoitteet. Nii just ehkä sen löytäminen just semmosena luonnollisena ja mielekkäänä just sen mitattavuuden kannalta, että miten me saadan just semmonen mitä pystyy sit oikeesti mittaamaan ja seuraamaan.”*

### **Kuntoutujaan ja lähipiiriin liittyvät tekijät**

Tutkittavista neljä kertoi erilaisista kuntoutujaan ja/tai tämän lähipiiriin liittyvistä tekijöistä, joiden koettiin haastavan GAS-menetelmän käyttöä moniammatillisessa yhteistyössä. Kuntoutujan ja/tai hänen lähipiirinsä haluttomuus järjestää moniammatillista palvelua, jossa keskusteltaisiin GAS-tavoitteista, koettiin esteeksi moniammatilliselle yhteistyölle (2). Toisinaan moniammatillisen palaverin järjestäminen ei onnistu, vaikka se olisi hyödyllistä (1): ”- - jos mää sitte taas mietin lapsiasiakasta - -, jolla on kaikki kolme terapeuttia, niin olis tosi hyödyllistä ja hyväksi järjestää, mut jos perhe ei vaan saa sitä järjestettyä, ku niillä on viis muutaki lasta ja arjessa on kauheesti haasteita niin ei ne tuu kutsuneeksi koolle, vaikka kuin ehottelis.”

Lasten osallistaminen moniammatilliseen GAS-tavoitteiden asetteluun koettiin haastavaksi (1): ”- - ja sit se, mikä on kaikista heikoimmalla tolalla, on se kuntoutettava lapsi, vaikeavammainen, jolla ei ees oo omaa mielipidettä, että miten se osallistetaan tähän hommaan, niin se on ehkä kaikista eniten retuperällä, mikä on ihan absurdi ajatus. Asiakkaan pitäis olla ite se, joka sanoo, niin meillä vielä vähän tökkii tämäkin kohta, että ehkä mekin vielä pikkuhiljaa löydetään keinoja saaha asiakas olemaan niinku jotaki mieltä. Mutta lapsethan pääsääntöisesti ei oo mitään mieltä. Että aivan sama. Tai jopa, että en halua harjotella mitään, mää haluan vaan leikkiä.” Myös kuntoutujan ja tämän lähipiirin monikielisyys koettiin haasteeksi moniammatillisissa GAS-keskusteluissa (1): ”- - jos siin on tulkki, jos siin on joku maahanmuuttajaperhe, jotka ei puhu ollenkaan suomea, ja sit siellä on ne kaikki terapeutit, ja sit siellä on vielä joku tämmönen GAS-menetelmä, josta ne ei edes ymmärrä mitä se sana tai kirjaimet tarkoittaa. Että se on niinku yhtälönä aika jännä. Eli tavallaan yritetään niinku löytää yhteys toisiimme ja mitä se toinen haluaa ja tietenki me terapeutit ollaan aina siinä roolissa, että me annetaan tietoa, että mitä niinku tavallaan tällä hetkellä, mitä seuraavana kuntoutussuunnitelma määrää, mikä osa-alue tuntuu nyt tarpeelliselta harjotella.”

Yksi tutkittavista kertoi kuntoutujan ja tämän lähipiirin aktiivisuuden vaikuttavan GAS-menetelmän käyttöön moniammatillisessa yhteistyössä. Aktiivisuuden tasoon koettiin vaikuttavan se, onko kuntoutujalla taustallaan aiempia kuntoutusjaksoja (1): *”- - siihen taas vaikuttaa se, että onko se ensimmäinen jakso vai onko niitä jaksoja ollu useampia. Et se on usealle se ensimmäinen jakso, niin ensimmäiset tavoitteiden asettelut on aika vieraita. Tai se ajattelutapa, että meidän pitäisi nyt tässä miettiä, että mikä meidän on, niin tuntuu joillekin perheille ja asiakkaille vieraalta, niin se vaikuttaa aika paljon myös, että kuinka paljon sieltä tulee niinkun ideoita sieltä kuntoutujan puolelta.”* Joillekin kuntoutujille tavoitetoiveiden kuvaaminen koettiin olevan helpompaa kuin toisille (1). Tällä taas koettiin olevan vaikutusta siihen, kuinka paljon ammattilaiset joutuvat ehdottamaan mahdollisia tavoitteita sekä siihen, kuinka paljon ammattilaiset voivat hyödyntää kuntoutujan omia ajatuksia tavoitteiden asettelussa (1).

Kuntoutujan ja tämän lähipiirin toivomat tavoitteet voivat olla kokemusten mukaan epärealistisia (3). Yksi tutkittava kertoi ristiriitaisuuksista tavoitteiden asettelussa sen suhteen, että kuntoutujan ja lähipiirin tavoitetoiveita tulisi kuitenkin kunnioittaa: *”Niin se on aivan hassua, että jos puhumattoman lapsen kans tavote on /r/. Mutta periaatteessa meidän pitäis kunnioittaa sitä asiakkaan toivetta ja laittaa se /r/, eli tässä on tiettyjä tämmösiä ristiriitaisuuksia.”* Perheillä kerrottiin olevan lupa epärealistisiin tavoitetoiveisiin, mutta tämän koettiin kuitenkin aiheuttavan haasteita tavoitteiden asetteluun (1). Haastavaksi koettiin kuntoutujan ja hänen lähipiirinsä toiveiden ohjaaminen realistisempaan suuntaan (1).

### **Ajan puute**

GAS-menetelmän käyttöä moniammatillisessa yhteistyössä koettiin haastavan ajan puute (3). Tavoitteiden muodostamisen koettiin vaativan hauduttelua ja prosessointia (1) sekä ammattilaisten ja kuntoutujan välisiä yhteisiä tapaamisia (2). Toisaalta aikaa tulisi antaa kuluu, jotta tuttuus kuntoutujan ja ammattilaisten välille syntyisi ja sen myötä kuntoutujalle merkitykselliset tavoitteet nousisivat esiin (1). GAS-tavoitteiden asettelun tulisi kuitenkin tapahtua jo kuntoutuksen alkupuolella (1): *”Mut kuitenkin ne GAS-tavoitteet ois tärkeitä tai Kela tavallaan odottaa, että ne tehdään kohtuu alkuvaiheessa, toisaalta monissa GAS-koulutuksissa on todettu, että ei sais kiirehtiä GAS-tavoitteiden tekemisessä, vaan antaa ajan kuluu ja tuttuuden syntyä, että ne oikeesti merkitykselliset nousee.”*

GAS-tavoitteiden asettamiselle ja niistä keskustelemiseen moniammatillisesti tulisi yhden tutkittavan kokemusten mukaan budjetoida lisää aikaa: ”- - että se budjetointi, mitä kuntoutussuunnitelmissa edellytetään, kun sanotaan, että pitää tehdä GAS-tavoitteet, niin siinä vaadittaisiin jokaiseen kuntoutussuunnitelmaan vähintään kolme tai neljä tapaamiskertaa lisää, ihan vaan siihen suunnitelman tekemiseen, se on työlästä hommaa. Et sitä ei tehdä tosta yhtäkkiä vaan, varsinkaan kun ne tehdään moniammatillisena. Et se vaatii prosessointia ja miettimistä, et sinne pitäis budjetoida lisää aikaa, että niitä voidaan tehdä. Ja sit se, mitä on ajateltu siihen kuntoutukseen, niin voitais oikeesti käyttää siihen kuntoutukseen. - - Et Kelassa ymmärrettäis, et se vaatii hirveesti aikaa. Et kun se on vaikka 20 kerran tai 30 kerran maksusitoumus vuodelle, niin siitä on neljäsosa sitä GAS-keskustelua, kun se pitää tehdä vielä molemmissa päissä kuntoutusjaksoa. Mut se formaatti sinänsä minusta on hyvä, mut se harvoin näkyy siinä tapaamisten budjetoinnissa.” Tavoitteiden muodostamisen uskottiin tapahtuvan nopeammin ilman yhteistyön tekemistä, mutta kuntoutujan tilanteen ja kuntoutumisen kannalta nähtiin paremmaksi, että tavoitteita pohditaan yhteistyössä (1).

### **Tavoitteiden yhteensovittaminen**

Kuntoutujan kaikkien terapioiden tavoitteiden yhteensovittaminen sekä yhteisten tavoitteiden pohtiminen koettiin haasteelliseksi (3). Kuntoutujien koettiin mieltävän eri terapiat toisistaan erillisiksi, minkä vuoksi kuntoutujien voi olla haastavaa pohtia kaikille terapioille yhteisiä tavoitteita (1): ”- - eli se asiakas mieltää ite ne ihan eri asioiksi. Et se asiakas ei ajattele Kelan haluamalla tavalla tiettyssä mielessä. Että se ajattelee, että miten nää niinku liittyy yhteen, sehän on ajan haaskausta jos me nyt niinku yhdessä ruvetaan miettiä, et se ei tavallaan niinku nää sitä, että ne on mun tavoitteita, että mitä mä niinku tavallaan haluan oppia, niin se ei halua eikä osaa ajatella, että miksi näitä niinku pitäis yhdistää.” Puheterapian tavoitteiden sovittaminen yhteisten tavoitteiden sisään koettiin haastavaksi (1) ja toisaalta koettiin, että puheterapiaan liittyviä tavoitteita on toisinaan haastavaa tukea moniammatillisesti (1). Toisinaan tavoitteiden yhteensovittaminen saattoi onnistua sujuvasti, mutta toisinaan tavoitteiden moniammatillinen tukeminen koettiin haastavaksi (1): ”- - parhaimmillaan tuota se on sit sitä, että jos vaikka nielemisen suhteen, niin siellä saadaan sit fysioterapiassa keskityttyä asennon hallintaan eli heti niinku otetaan siellä, että millä saadaan sitä tavoitetta lähenemään, mutta nää on just joku äänen käyttö, hengitysrytmit, kognitiivisissa toiminnoissa muistiasiat eli sitte saadaan sitä



*kautta sinne toimintaterapiaan näkemystä ja kuntoutustavoitteita, että kyllä se joissaki tapauksissa menee hyvinkin sujuvasti, toisinaan se on sitä erittäin vaikeeta saada sulautumaan siihen moniammatilliseen kuntoutukseen.”* Moniammatillisen työryhmän kokemuksen koettiin kuitenkin tukevan moniammatillista toimintaa ja tavoitteiden yhteensovittamista (1).

Yksi tutkittavista koki, ettei moniammatillisten GAS-tavoitteiden laatimiseen ole olemassa valmiita työkaluja: ”- - mutta vaikeeta on tehdä yhteisiä, se on oikeesti vaikeeta kuin ei. Kelakaan anna siihen mitään työkaluja, siihen ei oo olemassa mitään työkaluja, että miten se tehdään. Miten se asiakkaan haastattelu tehdään niin, että hänen äänensä tulee kuuluviin eikä kukaan niinku pääsis vaikuttamaan, että se on aina sen näkönen niinku on se vastapäätä oleva terapeutti, että asiakas osaa kyllä sanoa oikeat sanat oikealle terapeutille, että sun kanssa mä haluan ääntä ja sun kanssa mä haluan kävelyä ja sun kanssa mä haluan... Mutta sehän toimii niinku me ollaan aina toimittu. Vaikeeta tähän on antaa semmosta, niinku ei me varmaan kukkaan tietä, että miten se tehtäs vielä paremmin.” Yhteisten mahdollisimman konkreettisten tavoitteiden löytäminen ja niiden asteikon muodostaminen koettiin haastavaksi (2): ”- - kun musta se GAS-tavoitteiden asteikkojen löytäminen on muutenki haasteellista, niin toisinaan se on tässä moniammatillisessa vielä haasteellisempaa, jos me yritetään löytää ihan niitä konkreettisia yhteisiä, että löytyis semmonen mielekäs ja ehkä myös sit se, et jos me todellakin yritetään löytää semmonen konkreettinen yhteinen tavoite, että se on kans sit semmonen mielekäs kaikille ammattiryhmille.”

#### 4.3 Kuntoutussuunnitelman ja ICF-luokituksen vaikutukset GAS-menetelmän käytössä moniammatillisessa yhteistyössä

Tutkimuksessa havaittiin kolme teemaa, jotka liittyivät puheterapeuttien kokemuksiin koskien kuntoutussuunnitelman ja ICF-luokituksen vaikutuksia GAS-menetelmän käytössä moniammatillisessa yhteistyössä. Havaitut teemat olivat 'ICF:n käyttö', 'kuntoutussuunnitelma rajana' ja 'kuntoutussuunnitelma ei vastaa kuntoutujan tarvetta' (taulukko 6).

Taulukko 6. Haastattelujen litteraateista muodostetut teemat, jotka liittyvät tutkittavien puheterapeuttien (N = 5) kokemuksiin kuntoutussuunnitelman ja ICF-luokituksen vaikutuksesta GAS-menetelmän käytössä moniammatillisessa yhteistyössä

Teema (frekvenssi*)	Määritelmä
ICF:n käyttö (5)	Kokemuksia ICF:n käyttötavoista tai sen käytön vähyydestä. Haastavuus luoda tavoitteita suoraan ICF:n osallistumisen ja aktiviteetin osa-alueelle.
Kuntoutussuunnitelma rajana (5)	Kokemuksia kuntoutussuunnitelmasta GAS-tavoitteiden rajaajana. Kehitysideoita GAS-ajattelun sisällyttämisestä kuntoutussuunnitelman laatimisvaiheeseen.
Kuntoutussuunnitelma ei vastaa kuntoutujan tarvetta (4)	Kokemuksia kuntoutujan tilanteen muutoksesta kuntoutussuunnitelmaan kirjattuihin tavoitteisiin nähden sekä siitä, ettei kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa ole otettu huomioon kuntoutujan näkökulmaa.

\* Frekvenssillä tarkoitetaan, kuinka monen tutkittavan puheterapeutin tuottamaan aineistoon teema perustuu.

Huom. GAS = Goal Attainment Scaling; ICF = International Classification of Functioning, Disability and Health.

## ICF:n käyttö

Kaikki tutkittavat kertoivat ICF-luokituksen käyttöön liittyvistä kokemuksista. Tutkittavista kaksi kertoi esimerkkejä siitä, kuinka he hyödyntävät ICF-luokitusta GAS-menetelmän käytössä. ICF-luokitusta käytettiin esimerkkeinä kuntoutujan ja/tai tämän lähipiirin kanssa GAS-tavoitteista keskustellessa (1): ”- - et sillä lailla semmosina esimerkkeinä läheisille ja kuntoutujalle itselleen, että mitä se ymmärtämisen kuntoutus vois sit tarkoittaa. Et kyl se sillain hyvä työväline on, et siellä on paljon hyvin operationaalistettu niitä erilaisia teemoja, et kyl se on hyvä työkalu.” Toinen tutkittava kertoi merkitsevänsä toisinaan GAS-tavoitteiden perään ICF-luokituksen numeroita nähdäkseen, kuinka ICF-luokitus taipuu. Toisaalta tutkittavista kaksi koki olevansa tietoisia ICF-luokituksesta tavoitteiden asettelun taustalla, mutta sen tietoinen käyttö koettiin vähäiseksi: ”- - et kyllähän se sillain, sanotaan nyt, että varmaan käytän sitä, mut en ehkä aina ajattele, että tää on nyt ICF-luokitusta. Oon kyllä sitä miettinyt, että ois hyvä ottaa tietosemmin käyttöön, mutta se pitää myöntää, etten oo sitä niin tietosesti käyttänyt.” Kuntoutujan toimintakyvyn todettiin kuitenkin olevan GAS-tavoitteiden asettelun taustalla (2): ”- - mut kyllähän se ICF on perusasia, niinku arjen toimintakyky, sehän määrittää ihan kaikkea, et sehän on se, mitä tavoitteen asettelussa lähetään hakemaan, sitä arjen toimintakykyä - - et ei se, et lapsi osaa vaikka 50 viittomaa, et eihän sillä oo mitään merkitystä, jos se osaa niitä vaan sillon, kun mä näytän sille vaikka jonku kuvan ja kysyn miten sä viitot tän, vaan

*niinku se käyttö. Et enemmän niinku se ICF:n perusajatus siitä arjen toimintakyvystä, niin se määrittelee sitä tavoitteiden asettelua.”*

Tutkittavista yksi koki haasteeksi noudattaa Kelan toiveita siinä, että GAS-tavoitteet asetettaisiin ICF-luokituksen osallistumisen ja aktiviteetin osa-alueelle, sillä opeteltavat taidot eivät yleisty kuntoutujan arkeen heti, vaikka terapioidissa olisi havaittavissa edistymistä tavoitteen suuntaan: ”- - mää huomaan esimerkiksi ICF:ssä monesti, että se ei vastaa heti, että ku terapiassa tulee selvä vaste, eli että lapsi oppii tosi hyvin ne GAS-tavoitteessa muodostetut eli kaikki menee täppiin, jos on tehty GAS:eja eri äänteisistä vaikka ja ään-teitten onnistumisesta eri äänneympäristöissä semmosta niinku mejän perustyötä, niin se ei vielä näy ICF:ssä eli siinä puheen ymmärrettävyys kontekstissa -lomakkeessa olenkaan”, ”- - se menee sitte väkisin sinne, että mejän pitää ensin ne kehontoiminnot opetella, että niitä voi alkaa yleistään. Niin sitten se, että tehäänkö niitä sitte useammin pikkuhiljaa, että tavallaan siedetäänkö me se, että ei toteuteta Kelan toivetta. Eli siedetäänkö me henkisesti se, että tehään niitä kehontoimintojen GAS:eja, vaikka ne eivät halua niitä. Eli tässä vielä eletään tämmöstä murrosvaihetta, että ei oikeen tiä itekkään mikä on oikein ja mikä väärin.”

### **Kuntoutussuunnitelma rajana**

Kaikki tutkittavat kokivat kuntoutussuunnitelman toimivan ikään kuin rajauksena, johon myös GAS-tavoitteet tulee sovittaa: ”- - kyllähän sillä sillä lailla on roolia, että ’sen lauluja laulat, kenen leipää syöt’, että jos sairaala haluaa multa jotakin, niin täytyyhän mun työskennellä siihen suuntaan.” Vaikka kuntoutussuunnitelma vaikuttaa GAS-tavoitteiden asettelun taustalla, kertoi yksi tutkittava pitävänsä tavoitteiden asettelun lähtökoh-tana kuitenkin sitä, mihin kuntoutuja ja/tai hänen lähipiirinsä kaipaavat tukea kuntoutuk-sen kautta. Kuntoutussuunnitelman koettiin olevan tavoitteiden asettelun reunaehto, johon on hyvä vedota rajauksena, joka ohjaa GAS-tavoitteista käytävää keskustelua (1): ”- - että voidaan puhua mistä vaan, kunhan puhutaan tästä osa-alueesta, koska pakkohan sitä tunnin mittasta palaveria on rajata.”

GAS-tavoitteiden asettelun koettiin konkretisoivan kuntoutussuunnitelmaa (1). Kuntou-tussuunnitelman koettiin antavan laajan perspektiivin tavoitteiden asetteluun, sillä kun-toutussuunnitelmaan kirjatut tavoitteet miellettiin yleisluontoisiksi (2): ”- - ja yleensä

*sitte kusussa on hirveen laajat perspektiivit niinku tämmösiä aika yleisluontosia kommentteja, että nyt on vaikka puheen ymmärtämisen kuntoutus tai sit puheen ilmaisun kuntoutus, ne antaa niinku hirveen laajan perspektiivin, mutta siitä huolimatta se rajaa sen hyvin.” Tämän koettiin antavan suuntaa sille, mihin kuntoutuksella kaivataan tukea (2).*

Yksi tutkittavista koki, että GAS-menetelmän käyttöä voitaisiin hyödyntää jo kuntoutussuunnitelman laatimisvaiheessa, mikä tarkentaisi kuntoutussuunnitelmaa ja siten kuntoutuksen painopistettä entisestään: ”- - kyl mä aattelen, et GAS vois parhaimmillaan toimia semmosena niinkun raaminantajana myöskin siinä kuntoutussuunnitelman teossa. Että onko painopiste tällä jaksolla nyt monimenetelmäisessä ilmaisussa vai onko se kielellisen dekodauksen harjoittelua vai kielellisen ilmaisun harjoittelua. Ja niinku millä tasolla, onko se kielen käyttötaitojen vai nimennän kohoamista vai mitä. Et se antais vielä sitä suuntaviivaa niihin GAS-keskusteluihin, et niinku sanoin tossa moneen kertaan jo, että sitä joutuu aika kaukaa ponnistamaan, kun mietitään, että mitähän se kuntoutussuunnitelman tekijätaho on tällä mahtanut tarkoittaa.”

### **Kuntoutussuunnitelma ei vastaa kuntoutujan tarvetta**

Tutkittavista neljä kertoi kokemuksista, joiden mukaan kuntoutussuunnitelma ei vastaa kuntoutujan tarpeita kuntoutuksen alkaessa. Kuntoutussuunnitelman laatimisen ja kuntoutuksen alkamisen välissä on voinut kulua sen verran aikaa, että kuntoutuksen tarve on ehtinyt muuttua (2): ”- - se ei välttämättä kuitenkaan - - oo enää sen asiakkaan sen hetkistä näkemystä eli niilläki kuitenkin on aikaa siinä välissä, niin se asiakkaan oma niinku tavote, tarve ehtii muuttua sen kuntoutussuunnitelman ja sit sen kuntoutuksen alkamisen välissä jo.” Kuntoutussuunnitelman laatimisen ja kuntoutuksen aloituksen välisenä aikana kuntoutujalla ja hänen lähipiirillään on ollut enemmän aikaa jäsentää sitä, mitä he toivoisivat kuntoutuksen tavoitteiden olevan (1): ”- - sit kun Kelan päätös nykyään aina venyy, niin myöskin sit perheellä on, oli ne sit aikuisen tai lapsen läheisiä, niin niil on sitten ollu enemmän aikaa miettiä, et mikä tässä iski ja mitä tässä tapahtui ja se sit antaa aikaa myöskin jäsentää sitä, että mitä sanottiin tavoitteiksi ja mitä me tässä nyt sitten konkretisoidaan.” Esimerkiksi testaustilanteet sairaalassa poikkeavat kuntoutujan arkiympäristöstä, mikä itsessään voi aiheuttaa ristiriitaa kuntoutussuunnitelmaan kirjattujen tavoitteiden ja nykytilanteen välille (1): ”- - ja just se testaustilanne jossain sairaalassa on ihan eri kun sit se kotiympäristö kuitenkin. Ja totta kai se on hyvä, että testataan ja

*tiedetään joitakin asioita, sanotaan et joku puheen ymmärtäminen tulee ehkä testeissä joskus selkeemmin esillekki ne haasteet, mut kuitenkin mun mielestä ne GAS-tavoitteet liittyy niin vahvasti sinne arkeen.”*

Yksi tutkittavista kertoi tilanteesta, jossa kuntoutussuunnitelmaan laaditut tavoitteet olivat ristiriidassa kuntoutujan nykytilanteeseen nähden: ”- - *niin jos lapsi tulee sellasilla tavoitteilla ja sitten se ensikäynnillä lähtee tuottamaan ääntelyä, niin on ihan selvä, että tämmönen sairaalan kuntoutussuunnitelma ei voi ohjata mua niinkun kohti kuvia, jos mä nään, että sieltä tulee puhetta, niin kun sitten tulikin.*” Tällaisissa tilanteissa tutkittava kertoi ottavansa yhteyttä kuntoutussuunnitelman laatijatahoon. Hän kertoi myös kuvaavansa GAS-lomakkeelle erikseen kuntoutussuunnitelman laatijatahon asettamat tavoitteet sekä kuntoutujan ja/tai hänen lähipiirinsä odotukset terapiajaksolta. Tutkittavat kokivat GAS-tavoitteiden asettelussa kuntoutussuunnitelmaa merkityksellisemmäksi sen, mitä kuntoutuja ja/tai hänen lähipiirinsä ajattelevat kuntoutustarpeen kohteesta (2).

Tutkittavista kaksi koki kuntoutussuunnitelmaan laadittujen tavoitteiden olevan lähtöisin ammattilaisten näkemyksestä kuntoutujan ja/tai hänen lähipiirinsä sijaan: ”- - *kyllä mää ajattelen sitä niin, että kyllä se näkökulma siitä, että millä tavalla tavoitteita asetetaan, niin kyllä se tänä päivänä vielä terveydenhuollossa on hyvin organisaatioiden sisällä, tarkoitan nyt terveystakeskusta tai sairaalaa, jossa henkilöt on jonkun aikaa, nii kyl ne on hyvin työntekijälähtöistä ne tavoitteet*”, ”- - *tu on oikeesti jännittävää, jos ajatellaan niinku GAS-menetelmän sitä keskeistä juttua, että GAS-tavoitteen pitäis olla kuntoutujalle merkityksellinen, ja sitten kun hän käy sairaalassa, niin kenellä siellä on aikaa jutella, että mikä heille on merkityksellistä, että onko se enemmänkin niin, että sairaala asettaa ne tavoitteet omasta näkökulmastaan.*” Tähän ajateltiin olevan syynä ajan puute sekä ammattilaisten mahdollinen ajatus siitä, että heillä on parempi ymmärrys tarvittavista tavoitteista (1). Yksi tutkittavista nosti esiin sen, että kuntoutujan tilanne sairaalassa poikkeaa kuntoutujan arjen tarpeista: ”- - *ja toisinaan se on niin, että kun niitä tavoitteita on merkitty vaikka osastoympäristössä sanotaan aikuisten kohdalla, niin sit ne tarpeet saattaakin olla siellä kotona aika erilaiset.*”

## 5 POHDINTA

Tämän pro gradu -tutkielman tavoitteena oli kuvailla ja kartoittaa puheterapeuttien kokemuksia GAS-menetelmän käytöstä moniammatillisessa yhteistyössä. Lisäksi selvitettiin puheterapeuttien kokemuksia siitä, miten kuntoutussuunnitelma ja ICF-luokitus vaikuttavat GAS-menetelmän käyttöön moniammatillisessa yhteistyössä. Aineisto perustui viiteen puolistrukturoituun puheterapeuttien teemahaastatteluun, jotka nauhoitettiin ja litteoitiin. Aineiston analyysi toteutettiin temaattisen analyysin keinoin. Aineistosta havaitut teemat järjestettiin tutkimuskysymysten mukaisesti GAS-menetelmän käytön hyötyihin ja haasteisiin moniammatillisessa yhteistyössä sekä kuntoutussuunnitelman ja ICF-luokituksen vaikutuksiin GAS-menetelmän käytössä moniammatillisessa yhteistyössä.

### 5.1 Tutkimustulosten arviointi

Tämän tutkimuksen aineiston analyysissä havaituista teemoista neljä liittyi hyötyihin: 'kokonaiskuvan muodostuminen', 'kommunikoinnin mahdollistuminen', 'motivaation lisääntyminen' ja 'tavoitteiden konkretisoituminen'. Myös haasteisiin liittyviä teemoja havaittiin neljä: 'asteikon muodostaminen', 'kuntoutujaan ja lähipiiriin liittyvät tekijät', 'ajan puute' ja 'tavoitteiden yhteensovittaminen'. Kuntoutussuunnitelman ja ICF-luokituksen vaikutuksiin liittyviä teemoja havaittiin puolestaan kolme: 'ICF:n käyttö', 'kuntoutussuunnitelma rajana' ja 'kuntoutussuunnitelma ei vastaa kuntoutujan tarvetta'. Tässä luvussa tutkimuksen tuloksia arvioidaan suhteessa aiempaan kirjallisuuteen tutkimuskysymysten mukaisessa järjestyksessä kolmessa alaluvussa.

#### 5.1.1 GAS-menetelmän käytön hyödyt moniammatillisessa yhteistyössä

Tässä tutkimuksessa tutkittavat kokivat GAS-menetelmän käytön moniammatillisessa yhteistyössä edesauttavan kokonaiskuvan muodostumista kuntoutujasta. He pitivät myös kuntoutujan kokonaiskuvan kattavia tavoitteita mielekkäinä. Niin ikään Jenkin ym. (2020) ovat tutkimuksessaan todenneet terveydenhuollon ammattilaisten kokeneen kuntoutujien tilanteen kokonaiskuvan kattavat tavoitteet merkityksellisiksi. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan moniammatillisen yhteistyön avulla kuntoutujasta muodostuvan

kokonaiskuvan myötä koettiin varmistuvan puheterapian omista tavoitteista. Lisäksi GAS-menetelmän käytössä moniammatillisessa yhteistyössä oman ja toisten ammattilaisten työn aseman suhteessa kokonaiskuvaan koettiin selkeytyvän. Voidaankin ajatella, että GAS-menetelmän käyttö edistäisi moniammatilliselle yhteistyölle edullisen vuorovaikutuskulttuurin syntyä (Kontio, 2010, s. 6–7; Sargeant ym., 2008). Tässä tutkimuksessa tutkittavat kokivat kokonaiskuvan muodostumisen kannalta tärkeäksi saada myös tietoa siitä, mitä asioita missäkin kuntoutuksessa harjoitellaan yhteiseen tavoitteeseen saavuttamiseksi. Tutkimuksessa nousi esiin pelko siitä, että ilman moniammatillista yhteistyötä puheterapeuttinen kuntoutus voi jäädä irralliseksi muusta kuntoutujan saamasta kuntouksesta. Jenkin ym. (2020) saamat tulokset puoltavatkin moniammatillista yhteistyötä tavoitteiden asettelun yhteydessä, jotta kaikilla olisi yhteinen käsitys kuntoutujan toimintakyvystä, historiasta ja tavoitteista.

Tutkittavat kokivat tämän tutkimuksen mukaan hyödylliseksi GAS-menetelmän käytössä moniammatillisessa yhteistyössä siihen liittyvän kommunikoinnin mahdollistumisen. Kommunikoinnin mahdollistumisen koettiin takaavan ammattilaisten välisen tiedonvaihdon ja siihen liittyvän toistensa oivalluttamisen. Tulokset ovat linjassa Sallisen ym. (2015) saamien tulosten kanssa, joiden mukaan GAS-menetelmän käyttö moniammatillisessa yhteistyössä syventää moniammatillista yhteistyötä ja tuo uusia näkökulmia omaan kuntoutustyöhön. Samoin aiemmin on todettu, että moniammatillista yhteistyötä tehtäessä eri alojen ammattilaisilla on mahdollisuus jakaa tietoa muille sekä ottaa tietoa vastaan, jolloin ammattilaisilla on mahdollisuus oppia muiden ammattilaisten erityisosaamista (Grumbach & Bodenheimer, 2004; Jeglinsky & Kukkonen, 2016; Sargeant ym., 2008). Tässä tutkimuksessa tutkittavat kokivat, että GAS-tavoitteita on helpompi asettaa moniammatillisessa yhteistyössä juuri sen vuoksi, että tavoitteiden pohdinnassa kuulee myös eri alojen ammattilaisten näkökulman kuntoutujan tilanteeseen. Tulosta tukee se, että aiemmin fysioterapeutit ovat kokeneet heidän tavoitteidenasettelutaitojensa kehittyvän työskennellessä heidän vanhempien kollegoidensa kanssa (Lloyd ym., 2014).

Tässä tutkimuksessa nousi esiin, että toisinaan eri ammattikuntien edustajilla on ennakkoluuloja liittyen puheterapiaan. Moniammatillisen yhteistyön myötä mahdollistuvalla kommunikoinnilla toisten ammattilaisten kanssa koettiin olevan positiivinen vaikutus ennakkoluulojen murtamiseen. Ennakkoluulot eri alojen ammattilaisia kohtaan voivat olla este moniammatillisen yhteistyön tekemiselle (Arksey ym., 2007; Atwal & Caldwell,

2005; Robinson & Cottrell, 2005; Sargeant ym., 2008), mutta toisaalta tavoitteiden asettelun on todettu parantavan tiimityöskentelyä terveydenhuollon ammattilaisten kesken (Bizovičar & Hermann, 2019). Ennakkoluulot toisia ammattilaisia kohtaan voivat siis haastaa moniammatillisen yhteistyön toteutumista, mutta tämän tutkimuksen tulosten mukaan moniammatilliseen yhteistyöhön GAS-tavoitteiden asettelussa tulisi pyrkiä, jotta ennakkoluuloja murrettaisiin ja tietoa jaettaisiin, jonka myötä moniammatillisuus toteutuisi yhä paremmin.

Tähän tutkimukseen osallistuneiden tutkittavien mukaan GAS-menetelmän käyttö moniammatillisessa yhteistyössä motivoi kuntoutujaa ja/tai tämän lähipiiriä sekä ammattilaisia yhteisiin tavoitteisiin. Tämän kaltaisen motivoitumisen yhteisen asian äärelle on todettu olevan merkityksellistä sille, kuinka tuloksellista kuntoutuminen on (van den Broek, 2005). GAS-menetelmän on myös aikaisemmin todettu ylläpitävän hyvää terapeutin ja kuntoutujan välistä suhdetta sekä lisäävän kuntoutujan motivaatiota (Grant & Ponsford, 2014), mitä myös tämän tutkimuksen tulokset tukevat. Tässä tutkimuksessa tutkittavat kokivat, että GAS-tavoitteiden asettelussa moniammatillisessa yhteistyössä kuntoutuja saa mahdollisuuden tuoda esiin omat toiveensa, jonka jälkeen ammattilaiset voivat pohtia yhdessä kuntoutujan ja tämän lähipiirin kanssa keinoja päästä tavoitteisiin. Tällainen kuntoutujalähtöinen osallistamistapa on todettu toimivimmaksi tavoitteiden asettelussa (Berg ym., 2016), ja GAS-menetelmän avulla tapahtuvan tavoitteiden asettelun tuleekin toteutua kuntoutujalähtöisesti (Turner-Stokes, 2009).

Tässä tutkimuksessa GAS-menetelmän käytön moniammatillisessa yhteistyössä koettiin konkretisoivan tavoitteita ja moniammatillista GAS-tavoitteiden asettelua. Menetelmän käytön koettiin tuovan tietoon pienetkin askeleet tavoitteissa etenemisessä sekä mahdollistavan sen näkyväksi tekemisen, että kuntoutujan tilanteen ennallaan pysymisenkin voi olla tuloksellista. Aiemminkin GAS-menetelmän hyödyksi on raportoitu sen herkkyys tunnistaa toimintakyvyssä tapahtuneita muutoksia, joita ei muilla tavoin välttämättä saada näkyväksi (Grant & Ponsford, 2014; Krasny-Pacini ym., 2013; Schlosser, 2004). Kuntoutustavoitteiden asettaminen ja saavuttaminen on koettu hyödylliseksi kuntoutuksen tuloksellisuuden mittariksi (Bizovičar & Hermann, 2019), ja tätä myös tämän tutkimuksen tulokset tukevat. Verrattaessa tämän tutkimuksen tuloksia ja aiempaa kirjallisuutta toisiinsa vahvistuu ajatus siitä, että tavoitteiden konkretisoiminen GAS-menetelmää käyttämällä moniammatillisesti on hyödyllistä. GAS-menetelmän käytön tavoitteiden asettelussa on



aiemminkin todettu sopivan kuntoutuksen laadun parantamiseen (Steenbeek ym., 2008) ja moniammatillisesti toteutetun tavoitteiden asettelun on todettu parantavan kuntoutustiimin jäsenten välistä kommunikaatiota, yhteistyötä sekä parantavan kuntoutuksen tuloksellisuuden arviointia ja kuntoutuksen laatua (Levack ym., 2016; Rosewilliam ym., 2011; Schut & Stam, 1994).

### 5.1.2 GAS-menetelmän käytön haasteet moniammatillisessa yhteistyössä

Tässä tutkimuksessa tutkittavat kokivat GAS-tavoitteiden asteikkojen muodostamisen haastavaksi käytettäessä GAS-menetelmää moniammatillisessa yhteistyössä. Tavoiteasteikkojen koettiin vaativan terapeuttien ennustamistaitoa siinä, kuinka tavoitteet toteutuvat. Kuntoutujien tyypillisestä poikkeava kehitys koettiin haasteeksi tavoitteita ja niiden asteikkoja muodostaessa. Palisanon, Haleyn ja Brownin (1992) mukaan GAS-menetelmän käyttö vaatiikin terapeuteilta kykyä ennustaa kuntoutuksen myötä tapahtuvaa muutosta myös silloin, kun on kyse poikkeavasta kehityksestä. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan asetetut tavoitteet ja tavoitteille muodostetut asteikot voivat kuitenkin osoittautua kuntoutuksen edetessä epäsopiviksi. Samoin Kelly, Dunford, Forsyth ja Kavčič (2019) ovat todenneet, että asetetut tavoitteet voivat jäädä kuntoutuksen myötä joko liian mataliksi tai korkeiksi. Jenkin ym. (2020) saamien tulosten mukaan asetetut tavoitteet tulisikin tarkistaa ajoittain, sillä ne voivat muuttua kuntoutusjakson edetessä. Lisäksi tässä tutkimuksessa moniammatillisessa yhteistyössä koettiin haastavaksi muodostaa sellaisia tavoitteita, jotka ovat luonnollisia ja mielekkäitä kuntoutujan arjessa, mutta silti mitattavissa. Tällaisten tavoitteiden muodostaminen on kuitenkin tärkeää, sillä kuntoutujalle mielekkäät tavoitteet lisäävät kuntoutujan motivaatiota omaa kuntoutustaan kohtaan (Puumalainen, Härkäpää & Järvikoski, 2014) ja toisaalta tavoitteiden mitattavuus mahdollistaa kuntoutuksen tuloksellisuuden arvioimisen (Turner-Stokes, 2009).

Tähän tutkimukseen osallistuneet tutkittavat kokivat GAS-menetelmän käytön haasteeksi moniammatillisessa yhteistyössä kuntoutujaan ja tämän lähipiiriin liittyvät tekijät. Kuntoutujan ja hänen lähipiirinsä aktiivisuuden koettiin vaikuttavan GAS-menetelmän käyttöön moniammatillisessa yhteistyössä. Kuntoutujat ja/tai hänen lähipiirinsä saattavat olla haluttomia järjestämään moniammatillisia palavereita GAS-tavoitteiden asetteluun liittyen ja lisäksi aktiivisuuden tasoon mainittiin vaikuttavan kuntoutujan aiempien

kuntoutusjaksojen määrä. Ensimmäisellä kuntoutusjaksolla kuntoutujan voi olla haastavampaa pohtia tavoitteitaan verrattuna tilanteeseen, jossa kuntoutusjaksoja on taustalla useampia. Aiemmin fysioterapeutitkin ovat kokeneet, että kuntoutujat osallistuvat paremmin tavoitteidensa asetteluun, mikäli he ovat hyväksyneet vaikeutensa (Lloyd ym., 2014). Kuntoutujien osallistumiseen koettiin vaikuttavan muun muassa aiempi kokemus sairaudesta tai vammasta. Tässä tutkimuksessa sillä, kuinka aktiivisesti kuntoutuja ja hänen lähipiirinsä tavoitteiden asetteluun osallistuvat, koettiin olevan vaikutusta ammattilaisten tavoitteiden ehdottamisen määrään sekä siihen, kuinka paljon ammattilaiset pystyivät hyödyntämään kuntoutujan omia ajatuksia tavoitteiden asettelussa. Aiemmin puheterapeutit ovat kokeneet kuntoutujalähtöisen osallistamistavan tavoitteiden asettelussa toimivimmaksi (Berg ym., 2016). Verrattaessa tämän tutkimuksen ja aiempien tutkimuksien tuloksia toisiinsa näyttäisi siltä, että kuntoutujan ja tämän lähipiirin aktivoimiseen ja motivointiin GAS-tavoitteiden asettelussa moniammatillisessa yhteistyössä tulee kiinnittää huomiota. Kun kuntoutuksen ammattilaiset pitäytyvät kuntoutujalähtöiseen osallistamistapaan ja kuulevat lähipiiriä tavoitteiden asettelussa, kuntoutujien ja lähipiirin itseluottamus kasvaa (Alanko ym., 2019; Øien ym., 2010), millä voi osaltaan olla vaikutusta siihen, kuinka hyvin asetetut tavoitteet saavutetaan.

Kuntoutujaan ja tämän lähipiiriin liittyväksi haasteeksi tämän tutkimuksen tutkittavat kokivat myös sen, että kuntoutujan ja tämän lähipiirin tavoitetoiveet voivat olla epärealistisia. Myös aiemmissa tutkimuksissa on raportoitu kuntoutujien ja heidän lähipiirinsä epärealistisista tavoitetoiveista (Bizovičar & Hermann, 2019; Jenkin ym., 2020). Tässä tutkimuksessa tutkittavat kokivat ristiriitaiseksi sen, että kuntoutujan ja lähipiirin toiveita tulisi kunnioittaa niiden epärealistisuudesta huolimatta. Haastavaksi koettiin toiveiden ohjaaminen realistisimmiksi. Samoin fysioterapeutit ovat kokeneet haastavaksi sovittelijana toimimisen silloin, kun eri tahojen odotukset tavoitteiden asettelussa poikkeavat toisistaan (Lloyd ym., 2014). Kun kuntoutujan ja kuntouttajan näkemykset kuntoutuksen tavoitteista vastaavat toisiaan, on myös kuntoutus tuloksekkaampaa, mutta jos näkemykset ovat ristiriidassa, on sillä kuntoutuksen tuloksellisuuteen negatiivinen vaikutus (van den Broek, 2005). Tuloksia analysoitaessa vaikuttaakin siltä, että kuntoutujan ja lähipiirin tavoitetoiveita tulisi kunnioittaa ja tarvittaessa toiveiden ohjaaminen realistisempaan suuntaan tulisi tehdä sensitiivisesti.

Lisäksi tässä tutkimuksessa kuntoutujaan ja tämän lähipiiriin liittyviksi haasteiksi GAS-menetelmän käytössä moniammatillisessa yhteistyössä mainittiin kuntoutujan ja/tai tämän lähipiirin monikielisyys sekä kuntoutujan nuori ikä. Monikielisuuden on aiemminkin todettu haastavan GAS-menetelmän käyttöä yhteisen kielen puuttuessa, jolloin tulkin käyttötarve haastaa ajankäytöllisesti tavoitteidenasetteluprosessia (Niemitalo-Haapola ym., 2021). Tässä tutkimuksessa lasten osallistaminen koettiin haastavaksi, sillä lasten näkökulma omiin kuntoutustavoitteisiinsa koettiin haastavaksi tuoda esiin. Aiemmin onkin todettu, että lasten voi olla vaikeaa muotoilla tavoitteitaan itse (Niemitalo-Haapola ym., 2021). Tämä aiheuttaa menetelmän käyttöön lasten kohdalla ristiriitaa, sillä GAS-menetelmän käyttöön oleellisesti kuuluvaa kuntoutujan omaa aktiivista osallistumista (Autti-Rämö, Vainiemi ym., 2016) voi olla tällöin haastavaa toteuttaa.

GAS-menetelmän käytön haasteeksi moniammatillisessa yhteistyössä tässä tutkimuksessa koettiin ajan puute, sillä menetelmän moniammatillisen käytön koettiin vaativan ammattilaisten ja kuntoutujan välisiä tapaamisia sekä hauduttelua ja prosessointia. Samoin Sallinen ym. (2015) selvityksen mukaan GAS-tavoitteiden asettaminen eri terapeuttien välisessä yhteistyössä on aikaa vievää ja terapeuttien yhteisen ajan löytäminen tavoitteiden asetteluun on haasteellista. Samoin yleisesti tavoitteiden asettelussa esteeksi on koettu ajan puute (Bizovičar & Hermann, 2019) ja niin ikään GAS-menetelmän käyttö on koettu aikaa vieväksi (Steenbeek ym., 2008). Tässä tutkimuksessa tutkittavat ajattelivat GAS-tavoitteiden muodostamisen tapahtuvan ilman moniammatillista yhteistyötä nopeammin, mutta siitä huolimatta kuntoutujan kannalta koettiin paremmaksi pohtia tavoitteita yhteistyössä. Myös Sallinen ym. (2015) toteavat GAS-menetelmän toimivan parhaiten silloin, kun tavoitteita voidaan asettaa yhteistyössä.

Tässä tutkimuksessa tutkittavat kokivat kuntoutujan terapioiden tavoitteiden yhteensovittamisen ja yhteisten tavoitteiden suunnittelun haasteelliseksi. Kuntoutujien koettiin mieltävän terapiat toisistaan irrallisiksi, minkä takia terapioille yhteisiä tavoitteita on haastavaa muodostaa. Tämä voi johtua siitä, että terapeutit osallistuvat kuntoutustavoitteiden suunnitteluun edelleen vahvasti oman alansa kliiniset käytännöt mielessä pitäen (Niemitalo-Haapola ym., 2021), minkä vuoksi kuntoutujan voi olla haastavampaa suuntautua pohtimaan tavoitteita, jotka ylittävät erilaisten kuntoutusmuotojen väliset rajat. Tämän vuoksi on tärkeää korostaa kuntoutujalle ja hänen lähipiirillensä, että he ovat GAS-

tavoitteiden suunnittelun keskiössä myös silloin, kun kyse on moniammatillisten GAS-tavoitteiden suunnittelusta.

### 5.1.3 Kuntoutussuunnitelman ja ICF-luokituksen vaikutukset GAS-menetelmän käytössä moniammatillisessa yhteistyössä

Tässä tutkimuksessa tutkittavat kokivat kuntoutussuunnitelman olevan rajaus, johon GAS-tavoitteet tulee sovittaa. Kuntoutussuunnitelman tuleekin ohjata kuntoutusprosessia sekä kuntoutuskohtaisten tavoitteiden asettelua (Jeglinsky ym., 2012; Jeglinsky & Sipari, 2015; Sellman & Tykkyläinen, 2017, s. 75–86). Tutkittavat kokivat kuntoutussuunnitelman GAS-tavoitteiden asetteluun reunaehdoksi, jonka avulla voitiin rajata GAS-tavoitteista käytävää keskustelua. Kuitenkin GAS-tavoitteiden tulisi olla lähtöisin kuntoutujan arjesta (Grant & Ponsford, 2014; Sellman & Tykkyläinen, 2017, s. 74–86), minkä vuoksi on ristiriitaista pohjata GAS-tavoitteet kuntoutussuunnitelmaan, jota ei välttämättä ole tähän tutkimukseen osallistuneiden tutkittavien mukaan laadittu kuntoutujalähtöisesti. Tilanne esimerkiksi sairaalaympäristössä tehdyssä arviossa poikkeaa kuntoutujan arjesta ja arjen tarpeista, mikä voi aiheuttaa jo lähtökohtaisesti haastetta GAS-tavoitteiden asettelulle. Tässä tutkimuksessa tutkittavat kokivatkin GAS-tavoitteiden asettelussa kuntoutussuunnitelmaa painavammaksi sen, mitä kuntoutuja ja/tai hänen lähipiirinsä toivovat kuntoutuksessa tavoiteltavan. Sallisen ym. (2015) selvityksen tulosten mukaan GAS-menetelmä toimisi parhaiten silloin, kun kuntoutussuunnitelman laatijataho osallistuu GAS-tavoitteiden asetteluun. Toisaalta tässä tutkimuksessa yksi tutkittava toi esiin kehitysidean siitä, että GAS-menetelmää hyödynnettäisiin jo kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa, jolloin kuntoutussuunnitelman tavoitteet olisivat jo lähempänä kuntoutujan arjen tarpeita. Tällä tavoin GAS-tavoitteiden asettelu kuntoutuksessa voi helpottua ja nopeutua.

Tässä tutkimuksessa tutkittavat kokivat kuntoutujan toimintakyvyn olevan GAS-tavoitteiden asetteluun taustalla. Kuntoutuksen tuleekin perustua kuntoutujan toimintakykyyn hänen saamansa diagnoosin sijaan (Momsen ym., 2012). Tutkittavat kertoivat käyttävänsä ICF-luokituksen sisältöä esimerkkeinä keskustellessa tavoitteista kuntoutujan ja tämän lähipiirin kanssa. GAS-tavoitteiden yhteyteen kerrottiin myös laitettavan ICF-luokituksen numerointeja, jotta nähtäisiin, mihin ICF-luokittelu tavoitteiden asettelussa taipuu. GAS-menetelmän on todettu jo aiemmin olevan mukautettavissa ICF-luokituksen osa-

alueille (Schlosser, 2004). Toisaalta tässä tutkimuksessa nousi esiin, että ICF-luokituksen hyödyntäminen kirjaimellisesti on kliinisessä työssä vähäistä, vaikka ajatuksen kuntoutujan toimintakyvystä kerrottiin olevan GAS-tavoitteiden asettelun taustalla. Niin ikään Jeglinskyn ym. (2012) saamien tulosten mukaan ICF-luokitus ei ole sellaisenaan käytössä kliinisessä työssä, vaikka sen tarjoamat edut tiedostetaan. ICF-luokituksen soveltaminen moniammatillisessa kuntoutuksessa mahdollistaa kattavan arvioinnin, yhteisten tavoitteiden asettamisen ja kuntoutuksen suunnittelun (Finger ym., 2015) ja parhaassa tapauksessa myös GAS-tavoitteet asetetaan ICF mielessä pitäen (Niemitalo-Haapola ym., 2021). Vertaillen tämän tutkimuksen tuloksia sekä aiempaa kirjallisuutta keskenään vaikuttaakin siltä, että ICF-luokituksen täsmällinen hyödyntäminen on vielä vähäistä.

## 5.2 Tutkimuksen toteuttamisen ja luotettavuuden arviointi

Laadullisen tutkimuksen luotettavuus riippuu tutkimuskysymysten selkeydestä sekä siitä, kuinka hyvin tarkastelun alla olleet muuttujat on määritelty (Galletta, 2012, s. 11–12). Tämän pro gradu -tutkielman tutkimuksen kannalta keskeiset käsitteet on määritelty johdanto-osiossa. Tutkimuskysymysten tulisi sisältää keskeisimmät käsitteet (Galletta, 2012, s. 15–16), kuten tässä tutkielmassa. Tutkimuksessa pyrittiin siihen, että tutkittavat puheterapeutit ovat tietoisia, mistä tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita ja kuinka tutkimuksen kannalta keskeiset käsitteet on määritelty. Moniammatillinen yhteistyö määriteltiin tutkimustiedotteessa (liite 2), sillä käsitteen määrittely vaihtelee kontekstista riippuen. Tässä tutkimuksessa moniammatillisella yhteistyöllä tarkoitettiin eri alojen terveydenhuollon ammattilaisten välistä yhteistyötä tavoitteiden asettelussa. Tästä määritelmästä huolimatta osa tutkittavista raportoi esitietolomakkeessa (liite 1) tehneensä yhteistyötä tavoitteiden asettelussa esimerkiksi opettajien kanssa. Tutkittavien oletettiin olevan tietoisia yleiskielisistä käsitteistä, kuten kokemus, ja työhönsä liittyvien käsitteiden, kuten GAS-menetelmä, merkityksestä. Tämä ei osoittautunut ongelmaksi missään vaiheessa tutkimuksen toteuttamista.

Koska laadullisessa tutkimuksessa tutkija toimii ikään kuin tutkimusvälineenä, on tutkijan toiminnalla merkitys tutkimuksen luotettavuuden kannalta (Eskola & Suoranta, 1998, s. 210–212; Patton, 2002, s. 566–567). Tässä tutkimuksessa tutkijalla ei ollut taloudellisia tai muita sidonnaisuuksia liittyen tutkimukseen, mikä parantaa tulosten luotettavuutta.

Toisaalta tutkija oli läsnä tutkimuksen aineistonkeruussa, minkä vuoksi tutkittavat voivat reagoida tutkijan läsnäoloon haastattelutilanteessa (Hugh, 2014, s. 179; Patton, 2002, s. 567–570). Tämä voi osaltaan vaikuttaa siihen, millaisia asioita tutkittavat nostavat esiin haastattelujen aikana. On kuitenkin mahdollista, että haastattelujen toteuttaminen etäyhteydellä rohkaisi tutkittavia kertomaan kokemuksistaan avoimemmin (Ikonen, 2017). Lisäksi tämän tutkimuksen etuna on tutkijan ja haastateltavien samankaltainen koulustausta (Hugh, 2014, s. 179), minkä takia tutkijan käyttämä puhetapa ja käsitteistö olivat myös haastateltaville tuttuja, mikä osaltaan vähentää riskiä väärinymmärrykselle.

Tutkijan tulee raportoida mahdollisimman tarkasti kaikesta, mikä on voinut vaikuttaa aineiston keräämiseen, analysointiin ja sen tulkintaan (Patton, 2002, s. 566–567). Tässä pro gradu -tutkielmassa on pyritty mahdollisimman totuudenmukaiseen raportointiin. Totuudenmukaisen ja huolellisen raportoinnin merkitys korostuu, sillä haastatteluista tehtyjä nauhoitteita tai litteraatteja ei julkaista sellaisenaan lukijoiden tarkastettavaksi, jotta tutkittavien yksityisyydensuoja säilyisi. Kuitenkin lukijoilla on mahdollisuus tutustua teemojen perustana olevaan aineistoon perehtymällä tutkielman tulososioon sekä liitteenä oleviin sitaattikokoelmiin (liite 5; liite 6; liite 7), mikä osaltaan parantaa aineiston analyysin ja tulosten läpinäkyvyyttä (Nikander, 2010). Koska litteraatti on yksi tulkinta haastattelutilanteesta (Nikander, 2010; Ruusuvuori & Nikander, 2018), annettiin tutkittaville mahdollisuus tarkistaa haastatteluistaan tehdyt litteraatit ja tehdä niihin tarvittaessa muutoksia. Kuitenkaan kukaan tutkittavista ei ilmaissut suostumuslomakkeessa (liite 3) haluaan tarkistaa litteraattia, minkä vuoksi tutkittavien mielipidettä litteraattien yhtäpitävyydestä heidän kokemuksiinsa ei saatu.

Tutkimushaastattelun tarkoituksena on saada käsitys tutkittavan näkökulmasta muuttamatta sitä (Patton, 2002, s. 405–407). Tämän vuoksi haastattelujen suunnittelussa ja haastattelutilanteissa tutkija pyrki mahdollisimman neutraaliin ilmaisuun johdattelevien kysymysten ja voimakkaan elehdinnän sijaan (Hugh, 2014, s. 179). Jo haastattelurunkoa suunnitellessa kysymykset muotoiltiin neutraaleiksi, jotta ne eivät johdattelisi tutkittavia antamaan myönteisiä tai kielteisiä vastauksia lukuun ottamatta kysymyksiä, joissa kysyttiin suoraan GAS-menetelmän käytön hyödyistä ja haasteista moniammatillisessa yhteistyössä. Haastattelurunko pilotoitiin yhtä puheterapeuttia haastatteleamalla (Hirsjärvi & Hurme, 2008, s. 72–73). Tällä tavoin selvitettiin, oliko haastattelurunkoon tai sen sisältämiin haastattelukysymyksiin syytä tehdä muutoksia. Pilotoinnin jälkeen ei nähty syytä

tehdä muutoksia haastattelurunkoon ja pilotointihaastattelu otettiin osaksi aineistoa. Tämä vahvistaa ajatusta siitä, että haastattelurunko oli tämän pro gradu -tutkielman osana toteutuneen tutkimuksen kannalta tarkoituksenmukainen. Toisaalta tämän tutkimuksen toteuttaneella tutkijalla ei ollut aiempaa kokemusta haastattelurungon laatimisesta tai haastattelun toteuttamisesta, mikä voi osaltaan heikentää haastattelun suunnittelun ja toteuttamisen luotettavuutta (Hirsjärvi & Hurme, 2008, s. 184).

Haastattelussa tutkittaville annettiin mahdollisuus tuoda esiin ennalta määrittelemättömiä aiheita ja heidän oma näkökulmansa tutkittavaan aiheeseen. Haastattelussa esitetyt kysymykset liittyivät tämän pro gradu -tutkielman tutkimuskysymyksiin, mutta eivät ohjanneet tutkittavaa kertomaan kokemuksistaan suoraan tietyn teeman mukaisesti. Teemoja ei määritelty etukäteen eikä teemojen etsimistä aloitettu ennen kuin kaikki tutkittavat oli haastateltu, vaan sen sijaan ne havaittiin aineistoa kokonaisuutena tarkasteltaessa. Tämä vähensi riskiä sille, että tutkija alkaisi etsiä haastatteluissa vahvistusta valmiille teemoille tai aiemmissa haastatteluissaan havaitsemilleen tietyille teemoille (Galletta, 2012, s. 76–78). Vaikuttaakin siltä, että tässä tutkimuksessa havaittiin tutkittavien omaan näkökulmaan pohjautuvia teemoja. Lisäksi suurin osa teemoista sisältää korkean frekvenssin, eli teema perustuu kaikkien tutkittavien tai vähintään yli puolen tutkittavista tuottamaan aineistoon, mikä kertonee siitä, että tässä tutkimuksessa on havaittu puheterapeuteille yhteisesti merkityksellisiä teemoja.

Teemat pohjautuvat tutkijan aktiiviseen toimintaan aineiston tulkitsemisessa (Hugh, 2014, s. 257–259; Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 140–145). Se, millaiseen tulokseen ja tulokintaan temaattisissa analyysissä päädytään, riippuu aineiston lisäksi tutkijasta (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 140–145). Toisin sanoen samasta aineistosta voidaan saada erilaisia tuloksia riippuen siitä, kuka analyysin suorittaa. Esimerkiksi haasteisiin liittyvä teema 'kuntoutujaan ja lähipiiriin liittyvät tekijät' olisi voitu halutessa jakaa useampiin teemoihin, kuten epärealistisiin tavoitetoiveisiin sekä aktiivisuuden puutteeseen. Tutkija teki teemojen muodostamisessa subjektiivisia valintoja, jotka olisi ollut mahdollisuus tehdä myös toisin. Luotettavuutta lisää kuitenkin se, että jokaisen teeman sisältö on raportoitu tarkasti tulososiossa. Lisäksi analyysin toteutuksessa tulosten luotettavuutta parannettiin siten, että myös toinen GAS-teemaan perehtynyt tutkija tarkisti havaittujen teemojen paikkansapitävyyden. Kuitenkin aineistolähtöinen tutkimus on haastavaa toteuttaa jo senkin johdosta, että tutkijan tekemät havainnot voivat pohjautua hänen tuntemaansa

teoriaan (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 107–114). Esimerkiksi käytetyt käsitteet ja menetelmät sekä tutkimusasetelma ovat jo itsessään tutkijan asettamia, mikä vaikuttaa saatuihin tuloksiin. Tämä herättää kysymyksen siitä, voiko tutkija todella kontrolloida, että aineistolähtöinen analyysi toteutuu tutkittavien tuottaman aineiston ehdoilla tutkijan pohjatiedon ja hänen omien ennakkoluulojensa sijaan. Sen lisäksi, että tutkimuksen tutkittavat olivat puheterapeutteja, on myös tutkimuksen toteuttaja itse tuleva puheterapeutti. Tämän vuoksi tulosten objektiivisuutta voidaan kyseenalaistaa.

### 5.3 Tulosten yleistettävyys

Tulosten yleistettävyttä parannettiin asettamalla teemalle määrällinen kriteeri (Hugh, 2014, s. 257–259). Tässä tutkimuksessa teemat olivat yhteisiä vähintään kolmelle viidestä tutkittavasta ja teemoista suurin osa oli yhteisiä kaikille tutkittaville. Tästä voidaan päätellä kyseisten teemojen olevan yhteisesti merkityksellisiä muillekin puheterapeuteille, joilla on kokemusta GAS-menetelmän käytöstä moniammatillisessa yhteistyössä vastoin sitä, että kyseessä olisivat yksittäiset massasta poikkeavat havainnot. Aineisto analysoitiin myös kokonaisuutena sen sijaan, että tutkittavien tuottamia aineistoja olisi analysoitu yksittäin, mikä osaltaan kasvattaa tulosten yleistettävyttä.

Tässä tutkimuksessa tutkittavien määrä oli vähäinen. Tarkoituksena oli alun perin haastatella kuutta puheterapeuttia, joilla oli kokemusta GAS-menetelmän käytöstä moniammatillisessa yhteistyössä, mutta tutkimuksen toteuttamisen aikapaineen ja vähäisten yhteydenottojen vuoksi päädyttiin haastattelemaan vain viittä puheterapeuttia. Tutkittavien rekrytointi osoittautui haasteelliseksi, sillä vain viisi puheterapeuttia otti yhteyttä tutkijaan ja osoitti kiinnostuksensa osallistua tutkimukseen. Vähäinen kiinnostus osallistua tutkimukseen voi selittyä sillä, että GAS-menetelmän käyttö on tullut pakolliseksi Kelan järjestämän vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen piirissä toimiville vasta vuodesta 2019 alkaen (Kela, 2019). Puheterapeutit voivat kokea, ettei heille ole kertynyt tarpeeksi kokemusta GAS-menetelmän käytöstä, varsinkaan kun kyse on moniammatillisesta yhteistyöstä osana GAS-menetelmän käyttöä. Kuitenkaan laadullisessa tutkimuksessa tutkittavien määrällä ei ole suoraa vaikutusta tutkimuksen onnistumiseen, sillä laadullisen tutkimuksen tavoitteena on tilastollisten päätelmien sijaan pyrkiä kuvaamaan ilmiötä (Eskola & Suoranta, 1998, s. 60–61).



Yleistettäessä tutkimustuloksia on otettava huomioon, että ryhmän, johon tuloksia halutaan suhteuttaa, tulisi vastata tämän tutkimuksen tutkimusjoukkoa (Metsämuuronen, 2006, s. 51–55). Tulokset ovat yleistettävissä todennäköisimmin muihin suomalaisiin yksityisellä sektorilla työskenteleviin puheterapeutteihin, joilla on kokemusta GAS-menetelmän käytöstä moniammatillisessa yhteistyössä alle kymmenen vuoden ajalta. Toisaalta on otettava huomioon, tässä tutkimuksessa tutkittavat puheterapeutit olivat yhtäläisyyksistään huolimatta heterogeeninen ryhmä, sillä tutkittavien työkokemuksen määrä, moniammatillisen yhteistyön tekemuodot, ammattiryhmät, joiden kanssa moniammatillista yhteistyötä oli tehty, sekä kuntoutujaryhmät, joille GAS-tavoitteita oli asetettu moniammatillisessa yhteistyössä, poikkesivat osin toisistaan (ks. taulukko 3). Tarkastelun alla olutta aihetta ei kuitenkaan ole aiemmin tutkittu, minkä vuoksi oli perusteltua tarkastella aihetta laaja-alaisesti (Braun & Clarke, 2006).

Tutkittavien valikoitumista voidaan pitää yhtenä tulosten luotettavuuteen vaikuttavana tekijänä. Kaikki tämän tutkimuksen tutkittavat osallistuivat tutkimukseen vapaaehtoisesti. He olivat siis lähtökohtaisesti kiinnostuneita GAS-menetelmän käytöstä moniammatillisessa yhteistyössä, minkä vuoksi heidän näkökulmansa ei välttämättä ole linjassa niiden puheterapeuttien kanssa, jotka ovat aihepiiristä vähemmän kiinnostuneita tai joilla on aihepiiristä vähemmän kokemusta. Tässä tutkimuksessa käytettyä saatavuuden ja harkinnan mukaan tehtyä valikointia eli ei-satunnaista otantaa käytetään yleensä laadullisen tutkimusaineiston keruussa, mutta erilaisten otantamenetelmien käyttö voisi lisätä tulosten luotettavuutta ja siten parantaa niiden yleistettävyyttä (Metsämuuronen, 2006, s. 51). Tähän tutkimukseen vapaaehtoisesti osallistuneilla tutkittavilla toisaalta oli tärkeää näkemystä siitä, mitä teemoja liittyy puheterapeuttien kokemuksiin koskien GAS-menetelmän käyttöä moniammatillisessa yhteistyössä. Tästä tutkimuksesta saatu tieto luo pohjaa sille, kuinka aiheeseen voidaan jatkossa syventyä tarkemmin.

#### 5.4 Jatkotutkimusaiheet

Tämän pro gradu -tutkielman tulokset tarjoavat suuntaa antavaa tietoa siitä, millaisia kokemuksia puheterapeuteilla on GAS-menetelmän käytöstä moniammatillisessa yhteistyössä. Tässä tutkimuksessa tutkittavien määrä oli vähäinen, minkä vuoksi jatkossa olisi mielenkiintoista tarkastella puheterapeuttien kokemuksia GAS-menetelmän käytöstä

moniammatillisessa yhteistyössä laajemmalla tutkittavien joukolla, jolloin tuloksia voitaisiin paremmin yleistää. Tässä tutkimuksessa menetelmänä käytetty haastattelu on menetelmänä aikaa vievä ja kallis (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 84–86), minkä takia tutkimusjoukkoa voitaisiin laajentaa esimerkiksi hyödyntämällä menetelmänä kyselylomaketta (Hirsjärvi & Hurme, 2008, s. 35–37). Kyselylomakkeen avulla voitaisiin laadullisen aineiston lisäksi saada määrällistä tietoa aiheesta.

Tässä tutkimuksessa tutkittavat olivat tehneet moniammatillista yhteistyötä eri ammattiryhmien edustajien kanssa. Jatkossa voisikin olla mielenkiintoista tarkastella kokemuksia koskien tiettyjen ammattiryhmien kanssa tehtyä yhteistyötä GAS-menetelmän käytössä. Tämän tutkimuksen kaikki tutkittavat olivat tehneet moniammatillista yhteistyötä fysio- ja toimintaterapeuttien kanssa, mistä voidaan tehdä päätelmä siitä, että kyseisten ammattiryhmien edustajat ovat puheterapeuttien yleisiä yhteistyökumppaneita. Moniammatillisen yhteistyön tekemistä näiden ammattiryhmien kanssa GAS-menetelmän parissa olisi kiinnostavaa tarkastella syvemmin esimerkiksi tässä tutkimuksessa käytetyin menetelmin.

Tärkeää olisi myös tutkia tiettyä häiriöryhmää kuntouttavien puheterapeuttien kokemuksia GAS-menetelmän käytöstä moniammatillisessa yhteistyössä. Tällöin voitaisiin saada syvällisempää tietoa siitä, kuinka moniammatillisuus tulee esiin tiettyyn häiriöryhmään kuuluville kuntoutujille GAS-menetelmää käytettäessä. Eri häiriöryhmiä kuntouttavien puheterapeuttien kokemuksia vertailemalla voidaan saada selville, kuinka eri häiriöryhmien kohdalla GAS-menetelmän käyttö moniammatillisessa yhteistyössä poikkeaa toisistaan. Esimerkiksi aiemmin on todettu, että ajantarve GAS-tavoitteiden muodostamiseen eri kuntoutujaryhmille vaihtelee (Bouwens, van Heugten & Verhey, 2009), minkä pohjalta voidaan ajatella erojen tulevan esiin myös moniammatillisessa GAS-menetelmän käytössä.

GAS-menetelmää hyödynnettäessä tavoitteiden asettelu tulee tehdä yhteistyössä kuntoutujan sekä hänen lähipiirinsä kanssa (Sukula, 2013). Kuntoutuja ja hänen lähipiirinsä ovat siis keskiössä myös GAS-menetelmää hyödynnettäessä moniammatillisessa yhteistyössä. Tämän vuoksi olisi tärkeää saada tietoa kuntoutujan itsensä sekä hänen lähipiirinsä kokemuksista koskien GAS-menetelmän käyttöä moniammatillisessa yhteistyössä.

Vertailtaessa eri häiriöryhmiin kuuluvien kuntoutujien ja heidän lähipiiriensä kokemuksia voidaan selvittää, nostavatko he esiin toisistaan poikkeavia näkökulmia.

### 5.5 Johtopäätökset ja tutkimustulosten kliininen merkitys

Tämä pro gradu -tutkielman perusteella voidaan todeta puheterapeuttien tunnistavan GAS-menetelmän käytössä moniammatillisessa yhteistyössä sekä hyötyjä että haasteita. Moniammatillisen yhteistyön tekeminen on merkityksellistä laadukkaan kuntoutuksen tarjoamisen kannalta. Puheterapeuteille moniammatillisen yhteistyön tekeminen voi olla joissain tilanteissa välttämätöntä, jotta kuntoutusta voitaisiin kohdentaa oikein tavoin oikeisiin asioihin. Toisinaan esimerkiksi fysioterapeuttien tietämys motoriikasta voi olla ehdottoman tärkeää esimerkiksi puhetta tukevan ja korvaavan kommunikointimuodon suunnittelussa. Näissä tilanteissa on tärkeää, että kuntoutujasta muodostuu eheä kokonaiskuva, joka mahdollistuu kommunikoimalla kuntoutujan ja hänen lähipiirinsä lisäksi muiden alojen terveydenhuollon ammattilaisten kanssa, joilla on tietoa kuntoutujan tilanteesta. Tavoitteiden asettelu yhdessä moniammatillisesti konkretisoi ja jäsentää kuntoutusta sekä turvaa sen, että kuntoutus on kokonaisvaltaista, eikä mikään osa kuntoutusta jää toisista erilliseksi.

Moniammatillista yhteistyötä olisi jatkossa hyödyllistä integroida logopedian sekä muiden kuntoutusalojen opintoihin, jotta jo opintojen aikana saataisiin kokemusta moniammatillisesta toiminnasta sekä tietoa muiden alojen terveydenhuollon ammattilaisten osaamisen ydinsisällöstä. Moniammatillista GAS-menetelmän käyttöä voitaisiin hyödyntää opintojen aikana harjoitusryhmissä tai mahdollisten yhteisten kuntoutusjaksojen aikana. Moniammatillisen yhteistyön myötä voidaan tulla paremmin tietoiseksi siitä, mitä toisten ammattilaisten vastuualueeseen kuuluu, jolloin samalla puretaan ennakkoluuloja toisia ammattiryhmiä kohtaan. Lisäksi GAS-menetelmän käytön opettelu jo opintojen aikana auttaisi sisäistämään GAS-menetelmän käytön teknisen osaamisen varhaisessa vaiheessa, jolloin työelämässä käytön opettelu olisi nopeampaa ja nopeuttasi GAS-prosessia.

GAS-menetelmän käyttö moniammatillisessa yhteistyössä ei ole ongelmatonta. Menetelmän käyttö moniammatillisesti on tämän tutkimuksen tulosten mukaan vaativaa työtä, joka haastaa puheterapeuttien sekä muiden terveydenhuoltoalan ammattilaisten työajan

käyttöä. Jotta menetelmän käyttö moniammatillisessa yhteistyössä helpottuisi, voitaisiin GAS-ajattelu huomioida jo kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa, jotta GAS-tavoitteet olisi helpompaa sovittaa kuntoutussuunnitelmaan. Kuntoutussuunnitelman laadinnassa olisi ensiarvoisen tärkeää kiinnittää huomiota siihen, että sen tavoitteet olisivat lähellä kuntoutujan arkea sekä kuntoutujan ja hänen lähipiirinsä näkökulmaa. GAS-prosessi voitaisiin aloittaa jo kuntoutukseen lähettävän tahon suunnalta esimerkiksi tutustuttamalla kuntoutuja ja hänen lähipiirinsä GAS-tavoitteisiin ja niiden muodostamiseen ennen kuntoutuksen alkua, jolloin heidän näkökulmansa ehdisi tarkentua ennen tavoitteiden asettamista. Myös ICF-luokituksen termistöä voitaisiin jatkossa hyödyntää moniammatillisia GAS-tavoitteita muodostettaessa. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan ICF-luokituksen hyödyntäminen moniammatillisessa GAS-menetelmän käytössä oli vähäistä, mutta kirjallisuuden perusteella ICF-luokituksen käytöstä olisi hyötyä moniammatillisessa tavoitteiden asettelussa (Finger ym., 2015; Jeglinsky ym., 2014; Musikka-Siirtola & Anttila, 2015). Jatkossa tulisi huomioida biopsykososiaalinen malli (Engel, 1977) niin kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa kuin GAS-tavoitteita aseteltaessa, jonka myötä kuntoutujan eri elinympäristöt ja roolit yhteiskunnassa huomioitaisiin paremmin tavoitteiden asettelussa. Tällaisia tavoitteita kohti voitaisiin kurkottaa juuri kuntoutusmuotojen rajat ylittävällä yhteistyöllä.

Jotta GAS-menetelmän käytöstä moniammatillisessa yhteistyössä saataisiin irti sen tarjoama hyöty ja menetelmän käytön haasteita voitaisiin kompensoida, on sille kohdennettava kuntoutusprosessissa aikaa. Esimerkiksi Kela voisi kohdentaa aikaa GAS-menetelmän moniammatilliseen käyttöön jo kuntoutusjaksoa myöntäessä, mikä velvoitettaisi kuntouttajia ja kuntoutujaa muodostamaan moniammatillisia GAS-tavoitteita. Kun aikaa moniammatilliseen GAS-prosessiin on tarpeeksi, voi tavoitteiden asettelu tapahtua aidosti kuntoutujalähtöisesti, jolloin myös tavoitteiden saavuttaminen on todennäköisempää. GAS-menetelmän huolellinen käyttö kuntoutuksessa on tärkeää, jotta sen avulla voitaisiin todenmukaisemmin kuvata kuntoutuksen vaikuttavuutta. Suomessa Kelan tulee osoittaa näyttöä kuntoutuksen vaikuttavuudesta yhteiskunnan päättäjille, ja tähän tarpeeseen GAS-menetelmän käytöllä pyritään vastaamaan (Niemitalo-Haapola ym., 2021). Mikäli GAS-menetelmän avulla tullaan jatkossakin tarkastelemaan kuntoutuksen vaikuttavuutta, jonka perusteella kuntoutusta rahoitetaan yhteiskunnassa, voidaan huolellisella GAS-menetelmän käytöllä turvata, että ne henkilöt, jotka kuntoutuksesta hyötyvät, saisivat kuntoutusta myös jatkossa.

## LÄHTEET

Alanko, T., Karhula, M., Kröger, T., Piirainen, A. & Nikander, R. (2019). Rehabilitees perspective on goal setting in rehabilitation – a phenomenological approach. *Disability and Rehabilitation*, 41, 2280–2288.

Arksey, H., Snape, C. & Watt, I. (2007). Roles and expectations of a primary care team. *Journal of Interprofessional Care*, 21, 217–219.

Atwal, A. & Caldwell, K. (2005). Do all health and social care professionals interact equally: A study of interactions in multidisciplinary teams in the United Kingdom. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19, 268–273.

Autti-Rämö, I., Mikkelsen, M., Lappalainen, T. & Leino, E. (2016). Kuntoutumisen prosessi. Teoksessa I. Autti-Rämö, A.-L. Salminen, M. Rajavaara & A. Ylinen (toim.), *Kuntoutuminen* (s. 56–73). Helsinki: Duodecim.

Autti-Rämö, I., Poutiainen, E., Pohjolainen, T. & Kehusmaa, S. (2016). Kuntoutuksen vaikutusten arviointi. Teoksessa I. Autti-Rämö, A.-L. Salminen, M. Rajavaara & A. Ylinen (toim.), *Kuntoutuminen* (s. 91–107). Helsinki: Duodecim.

Autti-Rämö, I., Vainiemi, K. & Sukula, S. (2016). Tavoitteiden laatiminen. Teoksessa S. Sukula & K. Vainiemi (toim.), *GAS-menetelmä. Käsikirja, versio 4* (s. 5–10). Helsinki: Kela. Haettu 4.12.2020 osoitteesta <https://www.kela.fi/documents/10180/0/Gas+-k%C3%A4sikirja/07692e5a-c6d0-48f0-97a1-0737c4add7f8>

Berg, K., Rise, M. B., Balandin, S., Armstrong, E. & Askim, T. (2016). Speech pathologists' experience of involving people with stroke-induced aphasia in clinical decision making during rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 38, 870–878.

Bizovičar, N. & Hermann, T. K. (2019). Rehabilitation team members' view on how goal-setting is practised in patients after stroke. *Zdravniski Vestnik*, 88, 305–316.

Bouwens, S. F. M., van Heugten, C. M. & Verhey, F. R. J. (2009). The practical use of goal attainment scaling for people with acquired brain injury who receive cognitive rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, 23, 310–320.

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

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3, 77–101.

Cott, C. (2004). Client-centred rehabilitation: client perspectives. *Disability and Rehabilitation*, 26, 1411–1422.

DiazGranados, D., Dow, A. W., Appelbaum, N., Mazmanian, P. E. & Retchin, S. M. (2018). Interprofessional practice in different patient care settings: A qualitative exploration. *Journal of Interprofessional Care*, 32, 151–159.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129–136.

Eskola, J., Lähti, J. & Vastamäki, J. (2018). Teemahaastattelu: lyhyt selviytymisopas. Teoksessa R. Valli (toim.), *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle* (s. 27–51). Jyväskylä: PS-kustannus.

Eskola, J. & Suoranta, J. (1998). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Vastapaino.

Finger, M. E., Selb, M., De Bie, R. & Escorpizo, R. (2015). Using the International Classification of Functioning, Disability and Health in physiotherapy in multidisciplinary vocational rehabilitation: A case study of low back pain. *Physiotherapy Research International*, 20, 231–241.

Galletta, A. (2012). *Mastering the semi-structured interview and beyond: From research design to analysis and publication*. New York: New York University Press.

Grant, M. & Ponsford, J. (2014). Goal attainment scaling in brain injury rehabilitation: Strengths, limitations and recommendations for future applications. *Neuropsychological Rehabilitation*, 24, 661–677.

Grumbach, K. & Bodenheimer, T. (2004). Can health care teams improve primary care practice? *Journal of the American Medical Association*, 291, 1246–1251.

Hiekkala, S., Hautamäki, L., Vuorento, M., Tuomenoksa, A. & Poutiainen, E. (2020). Aivoverenkiertohäiriön sairastaneiden tavoitteet kuntoutuskursseilla ja tavoitteiden siltaus ICF-luokitukseen. *Kuntoutus*, 43, 22–37.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2008). *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Gaudeamus.

Hugh, C. (2014). *Research methods and statistics in psychology*. East Sussex: Psychology Press.

Ikonen, H.-M. 2017. Puhelinhaastattelu. Teoksessa Hyvärinen, M., Nikander, P. & Ruusuvoori, J. (toim.), *Tutkimushaastattelun käsikirja*. Tampere: Vastapaino. 270–284.

Isoherranen, K. (2008). Yhteistyön uusi haaste – moniammatillinen yhteistyö. Teoksessa K. Isoherranen, L. Rekola & R. Nurminen (toim.), *Enemmän yhdessä. Moniammatillinen yhteistyö* (s. 26–48). Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Jeglinsky, I., Brogren Carlberg, E. & Autti-Rämö, I. (2014). How are actual needs recognized in the content and goals of written rehabilitation plans? *Disability and Rehabilitation*, 36, 441–451.

Jeglinsky, I. & Kukkonen, T. (2016). Moniammatillinen yhteistyö kuntoutuksessa. Teoksessa I. Autti-Rämö, A.-L. Salminen, M. Rajavaara & A. Ylinen (toim.), *Kuntoutuminen* (s. 393–401). Helsinki: Duodecim.

Jeglinsky, I., Salminen, A.-L., Carlberg, E. B. & Autti-Rämö, I. (2012). Rehabilitation planning for children and adolescents with cerebral palsy. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine*, 5, 203–215.

Jeglinsky, I. & Sipari, S. (2015). GAS-menetelmä moniammatillisesti asiakkaan arjessa. Teoksessa S. Sukula, K. Vainiemi & T. Laukkala (toim.), *GAS. Menetelmästä sovellukseen* (s. 47–55). Helsinki: Kelan tutkimusosasto.

Jenkin, T., Anderson, V., D’Cruz, K., Collins, A., Muscara, F., Scheinberg, A. & Knight, S. (2020). Engaging children and adolescents with acquired brain injury and their families in goal setting: The clinician perspective. *Neuropsychological Rehabilitation*. Ennakkopublication verkossa. doi:10.1080/09602011.2020.1801470

Karhula, M., Veijola, A. & Ylisassi, H. (2016). Tavoitteiden asettamisen käytäntö. Teoksessa I. Autti-Rämö, A.-L. Salminen, M. Rajavaara & A. Ylinen (toim.), *Kuntoutuminen* (s. 225–238). Helsinki: Duodecim.

Kekoni, T., Mönkkönen, K., Hujala, A., Laulainen, S. & Hirvonen, J. (2019). Moniammatillisuus käsitteinä ja käytänteinä. Teoksessa K. Mönkkönen, T. Kekoni & A. Pehkonen (toim.), *Moniammatillinen yhteistyö. Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla* (s. 15–46). Helsinki: Gaudeamus.

Kela (2019). *Kelan terapian palvelukuvaus. Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen terapiat*. Helsinki: Kela. Haettu 6.1.2021 osoitteesta [https://www.kela.fi/documents/10180/9184001/Kelan+terapioiden+palvelukuvaus\\_FI\\_pdf.pdf](https://www.kela.fi/documents/10180/9184001/Kelan+terapioiden+palvelukuvaus_FI_pdf.pdf)

Kela (2021). *Kuntoutussuunnitelma vaativaa lääkinällistä kuntoutusta varten*. Haettu 29.3.2021 osoitteesta <https://www.kela.fi/yhteistyokumppanit-terveydenhuolto-laakarilausunnot-ja-todistukset-b-lausunto-kuntoutus-vaativa-laakinnallinen-kuntoutus>

Kelly, G., Dunford, C., Forsyth, R. & Kavčič, A. (2019). Using child- and family-centred goal setting as an outcome measure in residential rehabilitation for children and youth with acquired brain injuries: The challenge of predicting expected levels of achievement. *Child: Care, Health and Development*, 45, 286–291.



Kiresuk, T. & Sherman, R. (1968). Goal attainment scaling: a general method of evaluating comprehensive mental health programmes. *Community Mental Health Journal*, 4, 443–53.

Klippi, A., Sellman, J., Heikkinen, P. & Laine, M. (2012). Current clinical practices in aphasia therapy in Finland: Challenges in moving towards national best practice. *Folia Phoniatrica Et Logopaedica*, 64, 169–178.

Kontio, M. (2010). *Moniammatillinen yhteistyö*. Oulu: TUKEVA-hanke.

Kotimaisten kielten keskus (2020). *Kokemus*. Haettu 12.7.2021 osoitteesta <https://www.kielitoimistonsanakirja.fi/#/kokemus?searchMode=all>

Krasny-Pacini, A., Hiebel, J., Pauly, F., Godon, S. & Chevignard, M. (2013). Goal attainment scaling in rehabilitation: A literature-based update. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 56, 212–230.

Laukkala, T., Tuomi, J. & Sukula, S. (2015). Menetelmän taustaa. Teoksessa S. Sukula, K. Vainiemi & T. Laukkala (toim.), *GAS. Menetelmästä sovellukseen* (s. 11–13). Helsinki: Kelan tutkimusosasto.

Levack, W. M. M., Taylor, K., Siegert, R. J., Dean, S. G., McPherson, K. M. & Weatherall, M. (2006). Is goal planning in rehabilitation effective? A systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 20, 739–755.

Levack, W. M. M., Weatherall, M., Hay-Smith, E. J. C., Dean, S. G., McPherson, K. & Siegert, R. J. (2016). Goal setting and strategies to enhance goal pursuit in adult rehabilitation: Summary of a cochrane systematic review and meta-analysis. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 52, 400–416.

Lloyd, A., Roberts, A. R. & Freeman J. A. (2014). 'Finding a balance' in involving patients in goal setting early after stroke: A physiotherapy perspective. *Physiotherapy Research International*, 19, 147–157.

Mailloux, Z., May-Benson, T. A., Summers, C. A., Miller, L. J., Brett-Green, B., Burke, J. P., . . . Schoen, S. A. (2007). Goal attainment scaling as a measure of meaningful outcomes for children with sensory integration disorders. *American Journal of Occupational Therapy*, *61*, 254–259.

Metsämuuronen, J. (2006). *Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä: Tutkijalaitos*. Helsinki: International Methelp.

Momsen, A.-M., Rasmussen, J. O., Nielsen, C. V., Iversen, M. D. & Lund, H. (2012). Multidisciplinary team care in rehabilitation: An overview of reviews. *Journal of Rehabilitation Medicine*, *44*, 901–912.

Musikka-Siirtola, M. & Anttila, H. (2015). ICF-käsitteistö toimintakyvyn arvioinnissa. Teoksessa S. Sukula, K. Vainiemi & T. Laukkala (toim.), *GAS. Menetelmästä sovellukseen* (s. 16–26). Helsinki: Kelan tutkimusosasto.

Niemitalo-Haapola, E., Heikkinen, E., Kauppila, R., Lainio, R., Piirto, H. & Tennilä, T. (2021). *GAS-menetelmän soveltaminen vaativassa lääkinnällisessä puheterapiakuntoutuksessa*. Helsinki: Kela.

Nikander, P. (2003). Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena. Vuorovaikutuksellinen näkökulma. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, *40*, 279–290.

Nikander, P. (2010). Laadullisten aineistojen litterointi, kääntäminen ja validiteetti. Teoksessa P. Nikander, M. Hyvärinen & J. Ruusuvoori (toim.), *Haastattelun analyysi* (s. 432–445). Tampere: Vastapaino.

Palisano, R. J., Haley, S. M. & Brown, D. A. (1992). Goal attainment scaling as a measure of change in infants with motor delays. *Physical Therapy*, *72*, 432–437.

Paltamaa, J., Karhula, M., Suomela-Markkanen, T. & Autti-Rämö, I. (2011). *Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suosituksiin vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa*. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.

Paltamaa, J. & Musikka-Siirtola, M. (2016). ICF-luokitus. Teoksessa I. Autti-Rämö, A.-L. Salminen, M. Rajavaara & A. Ylinen (toim.), *Kuntoutuminen* (s. 37–55). Helsinki: Duodecim.

Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. Thousand Oaks: Sage.

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

Robinson, M. & Cottrell, D. (2005). Health professionals in multi-disciplinary and multi-agency teams: Changing professional practice. *Journal of Interprofessional Care*, 19, 547–560.

Rosewilliam, S., Roskell, C. A. & Pandyan, A. D. (2011). A systematic review and synthesis of the quantitative and qualitative evidence behind patient-centred goal setting in stroke rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, 25, 501–514.

Ruusuvuori, J. (2010). Litteroijan muistilista. Teoksessa P. Nikander, M. Hyvärinen & J. Ruusuvuori (toim.), *Haastattelun analyysi* (s. 424–431). Tampere: Vastapaino.

Ruusuvuori, J. & Nikander, P. (2018). Haastatteluaineiston litterointi. Teoksessa M. Hyvärinen, P. Nikander & J. Ruusuvuori (toim.), *Tutkimushaastattelun käsikirja* (s. 427–444). Tampere: Vastapaino.

Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (2018). Tutkimushaastattelu ja vuorovaikutus. Teoksessa M. Hyvärinen, P. Nikander & J. Ruusuvuori (toim.), *Tutkimushaastattelun käsikirja* (s. 46–83). Tampere: Vastapaino.

Saia, K., Toros, K. & DiNitto, D. M. (2020). Interprofessional collaboration in social rehabilitation services for dually-involved estonian youth: Perceptions of youth, parents, and professionals. *Children and Youth Services Review*, 113, 104945.

Sallinen, M., Bärlund, E., Koivuniemi, M. & Heinonen, T. (2015). *Kohti yhteisiä tavoitteita. GAS-koulutuksen arviointihankkeen loppuraportti*. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.

Sargeant, J., Loney, E. & Murphy, G. (2008). Effective interprofessional teams: "contact is not enough" to build a team. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 28, 228–234.

Schlosser, R. W. (2004). Goal attainment scaling as a clinical measurement technique in communication disorders: A critical review. *Journal of Communication Disorders*, 37, 217–239.

Schut, H. A. & Stam, H. J. (1994). Goals in rehabilitation teamwork. *Disability and Rehabilitation*, 16, 223–226.

Sellman, J. & Tykkyläinen, T. (2017). *Puheterapia. Vuorovaikutus muutoksen välineenä*. Tampere: Vastapaino.

Siegert, R. J., McPherson, K. M. & Taylor, W. J. (2004). Toward a cognitive-affective model of goal-setting in rehabilitation: Is self-regulation theory a key step? *Disability and Rehabilitation*, 26, 1175–1183.

Smith, A. (1994). Introduction and overview. Teoksessa T. J. Kiresuk, A. Smith & J. E. Cardillo (toim.), *Goal Attainment Scaling: Applications, Theory and Measurement* (s. 1–14). New York: Lawrence Erlbaum Associates, Psychology Press.

Stakes (2004). *Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus ICF*. Stakes ohjeita ja luokituksia 2004:4. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Steenbeek, D., Ketelaar, M., Galama, K. & Gorter, J. W. (2008). Goal attainment scaling in paediatric rehabilitation: A report on the clinical training of an interdisciplinary team. *Child: Care, Health and Development*, 34, 521–529.

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

Sukula, S. (2013). Hyvin laaditut tavoitteet ovat kuntoutuksen selkäranka. *Kuntoutus*, 36, 41–47.

Sukula, S. (2016). GAS-menetelmän käyttö Kelan kuntoutuksessa. Teoksessa S. Sukula & K. Vainiemi (toim.), *GAS-menetelmä. Käsikirja, versio 4* (s. 3). Helsinki: Kela. Haettu 4.12.2020 osoitteesta <https://www.kela.fi/documents/10180/0/Gas+-k%C3%A4sikirja/07692e5a-c6d0-48f0-97a1-0737c4add7f8>

Sukula, S. & Vainiemi, K. (2015). Tavoitteiden laatiminen. Teoksessa S. Sukula, K. Vainiemi & T. Laukkala (toim.), *GAS. Menetelmästä sovellukseen* (s. 13–15). Helsinki: Kelan tutkimusosasto.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi (Uudistettu laitos)*. Helsinki: Tammi.

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

Tuulio-Henriksson A., Härkäpää K. (2015). Motivaatio tavoitteellisen kuntoutuksen taustalla. Teoksessa S. Sukula, K. Vainiemi & T. Laukkala (toim.), *GAS. Menetelmästä sovellukseen* (s. 27–31). Helsinki: Kelan tutkimusosasto.

van den Broek, M. D. (2005). Why does neurorehabilitation fail? *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 20, 464–473.

Vyt, A. (2008). Interprofessional and transdisciplinary teamwork in health care. *Diabetes/metabolism Research and Reviews*, 24, 106–109.

Wade, D. T. (2009). Goal setting in rehabilitation: An overview of what, why and how. *Clinical Rehabilitation*, 23, 291–295.

Wieser, H., Mischo-Kelling, M., Vittadello, F., Cavada, L., Lochner, L., Fink, V., . . . Reeves, S. (2019). Perceptions of collaborative relationships between seven different health care professions in Northern Italy. *Journal of Interprofessional Care, 33*, 133–142.

Wressle, E., Eeg-Olofsson, A.-M., Marcusson, J. & Henriksson, C. (2002). Improved client participation in the rehabilitation process using a client-centred goal formulation structure. *Journal of Rehabilitation Medicine, 34*, 5–11.

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

## TAUSTATIEDOT

Nimi

---

Työkokemus puheterapeuttina vuosina

---

Kokemus GAS-tavoitteiden muodostamisesta osana kuntoutusta (kuukausissa tai vuosissa)

---

Ammattiryhmät, joiden kanssa GAS-tavoitteita on yhteistyössä asetettu

---

Asiakasryhmät, joille GAS-tavoitteita on moniammatillisessa yhteistyössä asetettu (esim. artikulaatio, ääni, syöminen...)

---

**TUTKIMUSTIEDOTE**

Versio 1, 4.12.2020

Hyvät puheterapeutit,

Opiskelen logopediaa Oulun yliopistossa ja aloitan pro gradu -tutkielman puheterapeuttien kokemuksista koskien GAS-menetelmän käyttöä moniammatillisessa yhteistyössä. Moniammatillisuudella tarkoitetaan tässä yhteydessä eri alojen terveydenhuollon ammattihenkilöiden yhteistyötä tavoitteiden asettelussa. Aiheen tutkiminen on tärkeää, sillä tutkimustietoa aiheesta on vähän ja yhteiskunnassa on yhä lisääntyviä vaatimuksia kuntoutuksen vaikuttavuuden osoittamisesta, ja juuri GAS-tavoitteiden avulla kuntoutuksen tuloksellisuutta voidaan seurata. Pro gradu -tutkielmani ohjaajana toimii filosofian tohtori, puheterapeutti Elina Niemitalo-Haapola. Tutkimuksen tarkoituksena on kerätä aineistoa vähintään kuudelta puheterapeutilta.

Tutkimuksessa tiedonkeruumenetelmänä käytetään teemahaastattelua, jonka avulla kerrotaan puheterapeuttien kokemuksia GAS-menetelmästä moniammatillisessa yhteistyössä. Haastattelutilanteet nauhoitetaan, jotta ne voidaan myöhemmin litteroida ja analysoida. Haastattelun lisäksi tutkimukseen osallistuvilta puheterapeuteilta kerätään taustatietoja esitietolomakkeella. Kerättävät taustatiedot liittyvät työkokemukseenne (esimerkiksi työkokemus puheterapeutina vuosina), ja ne esitetään tutkielmassa koontitaulukossa.

Tutkimukseen osallistuvien puheterapeuttien tietoja käsitellään luottamuksellisesti. Tietoja käsitellään tutkielmassa nimimerkein ja tutkittavien henkilötiedot jäävät vain tutkijan käyttöön. Tutkimuksen päätyttyä julkaistaan vain nimettömiä tutkimustuloksia. Haastatteluista tehdyt litteraattit ja esitietolomakkeet arkistoidaan ja niitä säilytetään Oulun yliopistossa logopedian oppiaineen tiloissa tietosuojalain mukaisesti 10 vuotta tutkimuksen päättymisestä, jonka jälkeen ne hävitetään.

Tutkimukseen osallistuminen on Teille täysin vapaaehtoista. Osallistumisenne on mahdollisuus peruuttaa missä tahansa tutkimuksen vaiheessa ilmoittamatta peruuttamisen syytä. Teillä on myös halutessanne mahdollisuus tarkistaa haastattelustanne tehty litteraatti. Haastattelun suorittaminen kestää noin yhden tunnin ja ne voidaan suorittaa esimerkiksi Oulun yliopistolla tai Zoom-etäyhteyden välityksellä Teille sopivana ajankohdantana. Mikäli Teillä herää kysymyksiä missä tahansa tutkimuksen vaiheessa, olettehan yhteydessä.

Yhteistyöstä lämpimästi kiittäen

logopedian opiskelija Laura Reunanen

### ### #####

[laura.reunanen@student oulu.fi](mailto:laura.reunanen@student oulu.fi)

Ohjaajan yhteystiedot:

FT, puheterapeutti Elina Niemitalo-Haapola

### ### #####

[elina.niemitalo-haapola@oulu.fi](mailto:elina.niemitalo-haapola@oulu.fi)

Logopedian tutkimusyksikkö, Humanistinen tiedekunta, Oulun yliopisto



**SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA**

Puheterapeuttien kokemuksia GAS-menetelmän käytöstä moniammatillisessa yhteistyössä

Minulta on pyydetty suostumusta osallistua yllä mainittuun tieteelliseen tutkimukseen, jonka tarkoituksena on tutkia puheterapeuttien kokemuksia GAS-menetelmän käytöstä moniammatillisessa yhteistyössä. Olen vastaanottanut tutkimustiedotteen sekä lukenut ja ymmärtänyt sen sisällön. Tiedotteesta olen saanut riittävät tiedot tutkimuksesta ja sen yhteydessä kerättävistä tiedoista sekä niiden käsittelystä ja luovuttamisesta. Minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä koskien tutkimusta ja olen saanut vastauksen kaikkiin esittämiini kysymyksiin.

Minulla on ollut tarpeeksi aikaa harkita tutkimukseen osallistumistani. Olen saanut riittävät tiedot oikeuksistani, tutkimuksen tarkoituksesta sekä sen toteutuksesta. Minua ei ole missään vaiheessa painostettu osallistumaan tutkimukseen ja osallistumiseni tutkimukseen on täysin vapaaehtoista. Voin peruuttaa suostumukseni osallistua koska tahansa ilmoittamatta peruuttamiseni syytä. Tietojani käsitellään luottamuksellisesti eikä niitä luovuteta ulkopuolisille. Minulla on myös halutessani mahdollisuus tarkastaa haastattelustani tehtävä litteraatti.

Haluan tarkistaa haastattelustani tehtävän litteraatin:   
Allekirjoitan ja vahvistan osallistumiseni yllä mainittuun tutkimukseen

Paikka ja aika: \_\_\_\_\_

Allekirjoitus: \_\_\_\_\_

Nimen selvennys: \_\_\_\_\_

Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus: \_\_\_\_\_

Suostumuksen vastaanottajan nimenselvennys: \_\_\_\_\_

Tätä asiakirjaa on tehty kaksi kappaletta (2 kpl), joista toinen jää tutkittavalle ja toinen suostumuksen vastaanottajalle.

## **HAASTATTELUN RAKENNE**

### **AIKAJÄRJESTYS**

1. Valmistautuminen
  - a. Tutkimuksen ja haastattelijan esittely
2. Kysymykset
3. Tietojen täydentäminen
4. Lopettelu

### **KYSYMYKSET**

Millaisia kokemuksia sinulla on GAS-menetelmän käytöstä moniammatillisessa yhteistyössä?

Minkäläisten ammattiryhmien kanssa olet tehnyt GAS-tavoitteita yhteistyössä? Onko GAS-tavoitteita aseteltu yhdessä tiiminä vai erikseen?

Kertoisitko ajatuksiasi GAS-menetelmän käytöstä moniammatillisessa yhteistyössä?

Mitä vahvuuksia menetelmän käytöllä moniammatillisessa yhteistyössä on? Mitä heikkouksia?

Minkälainen rooli kuntoutussuunnitelmalla on GAS-tavoitteiden asettelussa? Kuinka ICF-luokittelu huomioidaan GAS-tavoitteiden asettelussa? Onko muita asioita, jotka vaikuttavat GAS-tavoitteiden asetteluun?

Kuinka puheterapeutin näkökulma huomioidaan GAS-tavoitteiden asettelussa moniammatillisessa yhteistyössä? Mitä vaikutuksia moniammatillisella yhteistyöllä on puheterapian GAS-tavoitteiden asetteluun?

Ajatteletko GAS-menetelmän olevan sovellettavissa moniammatilliseen yhteistyöhön? Onko GAS-menetelmän käyttö moniammatillisessa yhteistyössä mielestäsi tarkoituksenmukaista puheterapian kannalta? Mitkä asiat tähän vaikuttavat?

## SITAATTEJA TEEMOITTAIN – HYÖDYT

Jokaisesta teemasta on annettu yksi esimerkkisitaatti kaikilta tutkittavilta, jotka ovat tuotaneet sisältöä kyseistä teemaa koskien. Tutkittavan vaihtuessa sitaattien välille on lisätty väli. Teemat esitellään tulososion mukaisessa järjestyksessä.

## ’kokonais kuvan muodostuminen’

*”- - hyvä, että saa kokonaiskäsityksen kaikista asiakkaan elämänalueista. Se on tosi hieno juttu. Ja tosi tärkeä juttu, että mihin suhteuttaa sen oman osa-alueensa, koska meillä kaikilla on taipumus luulla, että tää on maailman tärkein asia, maailman napa juuri tämä, mitä minä just teen. Eli se tavallaan suhteuttaa sen, että missä kokonaisuhtälössä tämä minun osa-alueeni on.”*

*”No se on just se, että siinä pääsee tavallaan joku ammattikunta tuomaan sitä omaa kuntoutusta, mutta sen yhteisen tavoitteen etteen. Että siellä on se iso asia, mitä lähetään tavoittelemaan, että mikä on asiakkaalle tärkeä, niin sitten joku ammattikunta tuo sinne sitä omaa tukevaa toimintaansa mukana, et se niinku tavallaan asettaa raameja sille, mitä lähdetään tekemään.”*

*”No jos sen tiivistäisi niin varmaan sitä, että kyllä se on hirmuisen keskeistä, että tietää, millainen on ihmisen toimintaympäristö. Et mihin hän sitä kieltä tarttee. Et tota, jos ihminen asuu palvelutalossa ja serviisi pelaa koko ajan ja kukaan ei esimerkiksi siellä odota, että ihminen soittais kelloa ja pyytäisi sitä apua, koska se on aikataulutettua, että kello tämä ja tämä mennään tämän henkilön luokse, niin mihin siinä sit puheterapiaa tarvitaan, jos serviisi pelaa muutenkin. Mutta kyllä se on kauheen tärkeää tietää, että mitkä on sen ihmisen toiminnalliset rajat ja tavoitteet. Et ihan yksilöpuheterapian niin kielellisinä kuin sitten AAC-keinoihin liittyvänä esimerkiksi. Että minkälaisella kombolla lähdetään kuntouttamaan, etenevämmän kohti tietynlaista toimintakykyä, niin kyl se ihan olennaisen tärkeää on tietää, että mitkä on ne fyysiset rajat ja ihmisen toiveet tietysti. Et mitä hän sit haluais tehdä, kun hänen fyysinen toimintakykynsä paranee. Kyllä se tottakai aina ohjaa sitä, et mitä harjoitellaan, vaikka luonnollisesti aina kielen kuntoutusjohtoisesti työskennellään, että ei niinkun harjotella kaupasanastoa, ei se sillä lailla ole, mutta minkälaisia kielen käyttötaitoja esimerkiksi ihminen tarvitsee ja sitten minkälaisilla keinoilla sitä toiminnallista kommunikaatiota pyritään laajentamaan ja ylläpitämään tietysti myös.”*

*”Moniammatillisuus on niinku muuten aivan hirveen hienoa, siinä oppii ihan hirveesti ja syntyy semmosta työoveruutta ja se, et oppii jollain lailla näkemään, mikä on mahdollista, mikä on mielekästä ja mikä on joskus ensisijaista. Et varsinkin monivammaisten kohdalla puheterapeutti ei pysty ilman fysioterapeuttia tekeen kauheesti mitään. Että sitä moniammatillisuutta tarvitaan, jotta voi edes tehdä niitä omia tavoitteita, vaikka niitä tehtäis edes yhdessäkään, mut jos on joku semmonen liikuntaan liittyvä, niin siinä tarvitaan sitä tietoa.”*

*”Kyllä siitä mun mielestä se hyöty on, että mä en jää sinne jotenki, ku kuntoutuja on kokonaisuus, niin jos mä mietin tavallaan ihan yksin niitä tavoitteita, enkä ollenkaan keskustele niistä toisten kanssa, niin mun mielestä siin on se vaarana, että se jää irralliseksi siitä muusta kuntoutuksesta. Et kun mä nään kuntoutuksen semmosena laajana kokonaisuutena.”*

**’kommunikoinnin mahdollistuminen’**

*”Eli se tavallaan on justiin se, että me altistutaan keskinäiselle kommunikoinnille. Se on mun mielestä se paras hyöty GAS:ssa, että me oikeesti kommunikoidaan keskenään, vanhemmat ja me tai asiakas ja me. Ja me saahaan tietää ne niitten mahdollisesti utopistisetki toiveet, ja me saahaan realisoitua eli me saahaan tavallaan sitä kuntoutuksessa sitte, löyetään tavallaan se yhteinen käsitys siitä aiheesta, ku me altistutaan sille kommunikoinnille ja sitä ei oo koskaan liikaa. Että vaikka me ollaan aikasemminki tehty sitä tavoitekeskustelua niin sitä on kuitenkin siellä vähän niinku ohimennen, että ikään ku ite tietää tosi hyvin, mutta ei tuu sitä edes kommunikoinneeksi niille perheille, eli niille ei tuu edes kertoneeksi niin tarkasti ku haluais tavallaan kertoa, että ei ikään ku oo itellä rahkeita, että emmä nyt raaski niitä rasittaa näillä kaikilla ajatuksilla. Niin se tavallaan on se GAS:n lisäarvo se, että se pakottaa kommunikoimaan.”*

*”Onhan sitä laajuutta, mun mielestä on ihanaa, kun tietää, mitä kenenki ammattikuntaan kuuluu. Niin tietää, ettei kaikkee tarvi ite tietää eikä hok-satakkaan, vaan siellä tulee just se moniammatillisuus siitä, että kun alat limittäytyä toisiinsa. Niin sitten, jos pohdituttaa itteä jokin asia, että meneeköhän tää nyt näin tai mistä tässä kiikastaa, niin tietää, että tätä voi kysyä psykologilta tai tästä asiasta voin kääntyä toimintaterapeutin puoleen ja sitä kautta muovataan totta kai niitä GAS-tavoitteitakin tai sitä niinkun kuntoutuksen tavoitteita.”*

*”Ehkä puheterapian osalta juuri se, että puheterapiasta on huomattavan paljon sellaisia käsityksiä olemassa, joita sen puheterapeutin täytyy oikoa ennen ku päästään ikään ku asiaan. Et puheterapiasta on edelleen semmonen puheopetuksen ja sanomaan opettamisen ajatus. Ja sillon, kun lähetään puhumaan esimerkiksi toiminnallisen kommunikaation erilaisista keinoista, niin se on jotenki pitkä tie sillä puheterapeutilla yrittää välittää, yrittää saada muita ymmärtämään sitä, että näitä täytyy kaikkien yrittää käyttää siinä kuntoutustyössä niinku aloitteellisesti, että aina kun on kielellinen häiriö, niin siellä on aina jollain tasolla oman toiminnan suunnittelun tai ohjailun häiriö. Että ei AAC-keinot toimi, jos ei kommunikointikumppanit niitä käytä. Et fysioterapia on jollain tapaa niinku selvempää, puheterapia on kuitenkin edelleen, tottakai se on paljon menny eteenpäin, mutta puheterapeutin pitää kuitenkin jollain tapaa hiukan niinku selitellä itseään enemmän kuin esimerkiks fysioterapeutin. Mut mitä enemmän yhteistyötä tehdään, niin sitä enemmän se myös lisää ymmärrystä siitä, mitä kaikkea puheterapia on. Mut se on toimintatapana jonkin verran kaukaisempi ja siitä on ehkä enemmän tämmösiä käsityksiä kuin vaikka toimintaterapiasta ja fysioterapiasta.”*

*”Joo ehkä se on semmonen oivalluttaminen, myöskin asiakkaan oivalluttaminen, varsinkin silloin, kun eri ammattiryhmät saa niinku mukavassa ilmapöörissä ja vapautuneesti heitellä niitä ajatuksia niin silloinkin syntyy jotain tosi hyvää. Ei ehkä sitä lomaketta ajatellen, mut niinkun kuntoutusta.”*

*”Mut sit koen sen sit sillain mielekkääks, et se on semmonen tapa päästä keskustelemaan, että mitä me oikeestaan tässä yhdessä tavoitellaan, niin siinä on taas semmone hyvä tilaisuus ottaa sitä keskustelua esille.”*

#### ’motivaation lisääntyminen’

*”Että mä yritän niinku mielummin painottaa niinku henkilökohtaisesti sitä, että se asiakas osallistuu enemmän. Ja osallistuuhan hän omiin kuntoutuksiinsa, siitähän ei oo kiinni, ettei hän osallistuis, ei siinä oo mitään ongelmaa asiakkaan osallistumisessa, mutta että hänelle annetaan avoimesti tilaa kommentoida, tavallaan häntä haastetaan miettimään enempi muutosta. Eli kyllä se siinä mielessä häntä tavallaan motivoi.”*

*”Ja sitte lisäksi just se, et siinä saadaan se asiakkaan näkökulma esille, mikä sille asiakkaalle itselleen on tärkeitä. Et ei oo se, et me terapeutit sanotaan, että tää on sulla hankalaa niin tätä lähetään sitte tekemään, ku se ei kuitenkaan asiakkaalle välttämättä oo se tärkein asia.”*

*”Niin kyllä se antaa semmosen työkalun työryhmälle, että sen ympärillä on sit hyvä keskustella, mitä kukanenki eri kohtaamisissa tekee.”*

*”No onko se vahvuus sit siinä, et oikeesti käytetään aikaa ja pysähtyyään niinkun perheen kanssa pohtimaan sitä tilannetta, ehkä se on siinä.”*

*”Ja sama se on sit siellä moniammatillisessaki, et must se on, et kun on useampi terapeutti, niin on hyvä et me yhdessä istahetaan ja mietitään yhdessä siis asiakkaan kanssa tai kuntoutujan kanssa, et mitä me nyt halutaan tältä jaksolta.”*

#### ’tavoitteiden konkretisoituminen’

*”- - niin mä jotenki ajattelin, että erityisesti niinku, että antaa niitä tiedoksi muille, joille se ei oo tuttu asia eli semmoset niinku pienet askeleet, jota tavallaan yritetään kuvata siinä asteikon kuvauksissa. Et jos mä annan vaikka monisteita, sillä tavallahan niitä papereita annetaan siinä tilanteessa asiakkaan luvalla. Niin sitten, jos vaikka opettajakin saa nämä terapian tavoitteet tietoonsa, niin sille tulee hirveesti niinku tietoa siitä yhdestä oppilaasta ja hän ymmärtää paremmin, että miten tämä kehitys kehittyy tukemaan omalta osaltaan sitä arkikuntoutusta, että mä ajattelen, että se lisäänti vois olla se kielellistämisen tarkentuminen. Että mä samalla lailla ajattelen vanhemmillekki, että vaikka me - - nämä samat asiat puhuttas ilman GAS:ejaki, niin hahmottaahan se sitä, että jos sulla on selvä tämmönen portaikko tässä, että nyt se oletusarvo on, että kun me ollaan tässä matallimmalla tasolla eli nykyhetki yritetään kuvata ja mikä on seuraava pikkuaskel, niin se antaa niille sen perspektiivin, tämmösen putkinäön, mä ajattelen, että se on nimenomaan putkinäköperspektiivi, että se kohdentuu yhteen pikkunippeliin verrattuna siihen, että meillä oikeesti on*

*tosin monta kiikaria joka suuntaan, että siinä voi olla että se lapsi lähtee jonnekin eri suuntaan oikeesti kun mitä me on yritetty arvata. Mut se tavallaan antaa sille vanhemmallekin sellasen selvän struktuurin, että se on vähän niinku tämmönen kuvatuki, toiminnanohjauksen jäsentämistä, sen lisäarvo on ehkä sitä sarjaa.”*

*”Eli se konkretisoituu parhaimmillaan niin selkeäksi, joka on kaikille ihan kristallinkirkas tavoite. Kyl mä pidän sitä hyvänä konkretisoijana. Tässä terveydenhuollon maailmassa aika paljon se semmonen kuntoutusjargon pyörii, kun puhutaan lievenemisestä ja kohenemisesta, niin me kuvitellaan helposti, että me puhutaan samasta asiasta ja kuitenkin me tehdään töitä toistemme ohi. Kyl mä näen, että kunhan siihen opitaan ja jotenkin saadaan sitä ajatusmaailmaa muuttumaan, että kuntoutuminen on yksittäisiä tavoitteita ja yksittäisenkin tavoitteen saavuttaminen vaatii hitosti töitä. Et päästään vähän kauemmaksi siitä ’lievenee, kohenee, paranee, edistyy’ -jargonista, joka ei sit konkretisoidu kauheen helposti.”*

*”- - sillä niinku saadaan fokuoitua sitä terapiaa, että muutenhan siinä on vaarana, että tehdään paljon asioita, mutta sitten ei pystytä sitä edistymistä niin hyvin seuraamaan ja ei sit ehkä aina tehdä niitä asioita, jotka siellä arjessa sit tukis sitä, mikä sille vaikka kuntoutujalle on tärkeitä. Että se, että ehkä auttaa keskittymään tiettyihin asioihin.”*

## SITAATTEJA TEEMOITTAIN – HAASTEET

Jokaisesta teemasta on annettu yksi esimerkkisitaatti kaikilta tutkittavilta, jotka ovat tuottaneet sisältöä kyseistä teemaa koskien. Tutkittavan vaihtuessa sitaattien välille on lisätty väli. Teemat esitellään tulososion mukaisessa järjestyksessä.

## ’asteikon muodostaminen’

*” - - ennustamistaito on niinku tosi haastava. Että ku ne on tavallaan koko ajan poikkeavasti kehittyneitä sitte oikeasti sitte tietyssä mielessä ne, jotka saa Kelan vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta, niin se on automaattisesti aika paljon ohi niinku tavallaan normaalikehityksen, niin se, että mitä me tavallaan osataan edes valita tavoitteiksi, että osuuko ne meidän arvat oikeaan, kun me arvotaan oikea GAS-tavoite. Niin se on vähän pulmallista, kun se on niin pikkujuttu, että ku ei tavallaan kovin monimutkasesta asiasta ei saa tehtyä tasavälistä asteikkoa, ei millään. Et se harmi kyllä yksinkertaistuu tosi numeraalisiksi määreiksi se asteikko, jos sen tekee oikeaoppisesti. ”*

*”Nyt jos todellaki miettii sitä moniammatillisesta näkökulmasta, ku jos just sitä puheterapiaa aatellaan, nii siinä on just se asteikon asettaminen, et millä mitata sitä niinku oman asiakaskunnan edistymistä. Moniammatillisessa ehkä se haaste, että jos miettii tätä omaan työympäristöön liittyen, että ku meillä on niitä kuntoutusjaksoja, niin ne kestää yleensä sen tietyn verran, et se voi olla se kahesta viikosta neljään viikkoon. Joillaki se on niin, että joillaki on se kaks viikkoa ensin tämä laituskuntoutusjakso ja sitte on joitaki kuukausia taukoa ja sitte toine jakso tulee perrään. Niin tavallaan se ei oo kauheen helppo mitata sitä asiakkaan edistymistä kuitenkaan, ku se on niin lyhyt aika, se GAS ei sitte niin hyvin palvele moniammatillisesti katsottuna sitten niitä lyhyen aikavälin tuloksia ja tavoitteita. Et se tuntuu, että ne täytyy oikeen rautalangasta jotain sinne nyhjästä. ”*

*”Joskus voi olla niin, että näyttää ikään kuin voitais saavuttaa ne tavoitteet tosi äkkiä, niin silloin monta kertaa miettii, että, ja kuitenkin kuntoutustarvetta on edelleen, niin sit huomaa, että ne tavoitteet onkin sen hetkisen tiedon valossa jääneet liian mataliksi, ja sit pitää uudestaan käynnistää prosessi, jolla etsitään sit taas seuraavia tavoitteita. Ja kun kuntoutetaan, niin kuitenkin se, että neuraaliverkko muuttuu ja tarvitaan lukematon määrä toistoja ja että kaikki tekis likimain samansuuntaisesti niin toisaalta sitten niiden tavoitteiden pitäis olla kauheen maltillisia ja konkreetteja, että niinkun sanotaan, että ei mopolla mahottomia, niin se on sama tässä, että päästäisiin jotenkin siihen, että vaihe vaiheelta mennään eteenpäin, nähdään se prosessina, eikä jotenkin niin, että asetetaan tavoitteet liian korkeelle, eikä sitten nähä sitä, että me silmät sirrillään katotaan vähän niinkun liian korkeella tai kaukana olevaa tavoitetta, se voi sinänsä olla ihan relevantti, mutta se on liian kaukana, ja sit tulee semmonen tunne, että eihän tässä tapahukkaan mitään. Että osattais riittävän lähelle, riittävän konkreetteja tavoitteita, riittävän lähiajan tavoitteita, mut kuitenkin realistisia, niin silloin sillä kuntoutujalla ja kuntouttajalla säilyisi se toiveikkuus ja eteenpäin menemisen idea, ettei se tavoite oo jotenki ihan hirveen kaukana, ja sit kun*

*jotenki tuntuu, että ei sinne päästä koskaan, kun se on ihan hirveän kaukana, että siksi se prosessijattelu olisi ihan hirmuisen tärkeä, että siellä olisi paljon pieniä prosesseja, joiden etenemistä seurataan moniammatillisesti ja niiden eteen toimitaan.”*

*”Nii, että se on tietynlainen velvollisuus ja välttämättömyys ja ehkä se niinkun se, että kun ne niinkun hyvästäkin keskustelusta syntyvät asiat pitäis purkaa johonki portaikkoon, joka jossain määrin on ennustamista, ehkä just meidän alalla. Et ehkä just jos ajatellaan moniammatillisesti, jos niin kun vaikka toimintaterapeutin tavoitteena ois se, että ulos lähtiessä lapsi saa kengät jalkaansa, niin mä luulen, että se on helpompi purkaa niihin joku motorinen toiminta niihin portaisiin, et motorisissa taidoissa se ennustaminen ei varmasti oo niin vaikeeta, et kyl mä koen, että meidän alalla, jos mä vertaan vaikka fysio- ja toimintaterapeutteihin, niin kyl puheterapeutin portaikko on monesti aika paljon vaikeempi.”*

*”Samalla sit taas huomaan sen, että sen sanallistaminen ja varsinki se mitä siinä toivotaan, se asteikon löytäminen, niin se on toisinaan aika haasteellista jotenki, että se ois samaan aikaan semmonen mielekäs sinne arkeen, mutta samaan aikaan myös mitattavissa. Niin se on ehkä kans semmonen, minkä kanssa arjessa toisinaan vähän painiskelee, että saisi ne jotenki yhteen sovitettua. Joskus tulee oikeen hyviä mieleen, että tää nyt ois vaikka oikeen hyvä asteikko, mut ei tällä nyt arjen kanssa oo kauheesti tekemistä, tai et arkeen oikeen hyvä asia, mut miten mä saan sen sit asteikoille. Niin se on ehkä semmonen haaste.*

**’kuntoutujaan ja lähipiiriin liittyvät tekijät’**

*”Ja sit se, mikä on kaikista heikoimmalla tolalla, on se kuntoutettava lapsi, vaikeavammainen, jolla ei ees oo omaa mielipidettä, että miten se osallistetaan tähän hommaan, niin se on ehkä kaikista eniten retuperällä mikä on ihan absurdi ajatus. Asiakkaan pitäis olla ite se, joka sanoo, niin meillä vielä vähän tökkii tämäkin kohta, että ehkä mekin vielä pikkuhiljaa löydetään keinoja saaha asiakas olemaan niinku jotaki mieltä. Mutta lapsethan pääsääntöisesti ei oo mitään mieltä. Että aivan sama. Tai jopa, että en halua harjotella mittään, mä haluan vaan leikkiä”*

*”- - tavallaan seki, että saadaanko terapeutit, että jos asiakkaalla voi olla että lyhyenki aikavälin tavoitteena on jotakin suurta, esimerkiksi hyvin vaikea-asteinen afaattikko toivoo, että neljän viikon jakson jälkeen hän pystyy puhumaan, tai dysfagiapotilas joka ei pysty suun kautta syömään ollenkaan, ei oo pystynyt nieleeseen niinku vuosiin, niin toivoo, että hän pystyy kahden viikon jakson jälkeen ruokailemaan niinku kaikki suun kautta, että miten sitä tavoitetta saadaan sitte sinne realistisemmaksi ohjattua, niin nämähän on sitte sellasia haastetilanteita, mitkä sitte ohjaa kans sitä GAS:a, että siitä saadaan sit semmonen realistinen, mikä ois sitte mahdollista tavoittaa.”*

*”Mutta jos sille ei ole ja ne pitää vaan rykästä jossain, et nyt mulla tulee mieleen sellanen tilanne, missä en vaan kerta kaikkiaan saanu vanhempia löytämään sitä aikaa tai kiinnostusta, niin sit mä päiväkotipalaverin lopuksi yritän siitä keskustelusta nappasin niitä asioita ja sanoin sitten, että*



*ajattelisin, että puheterapian kolme semmosta osatavotetta vois olla nää, nää ja nää, ja kaikki sano, joo, joo ja joo, eli kukaan ei varsinaisesti pysähtynyt erikseen miettimään, mikä on merkityksellistä, vaan mun piti vaan napsia ne siitä keskustelusta voidakseni itse täyttää sen vaatimuksen, joka mun työlle on asetettu. Et ehkä sen tyyppinen perhe, joka ajattelee, että hoida sinä hommas ja meitä ei kauheesti kiinnosta, se ei ole kovin tavallista, mutta siinä perheessä kyllä.”*

*”No minkä oon huomannut, että siihen vaikuttaa esimerkiksi semmonen, että kuinka aktiivinen se kuntoutuja ja hänen lähiympäristönsä on. Siihen taas vaikuttaa se, että onko se ensimmäinen jakso vai onko niitä jaksoja ollu useampia. Et se on usealle se ensimmäinen jakso, niin ensimmäiset tavoitteiden asettelut on aika vieraita. Tai se ajattelutapa, että meidän pitäisi nyt tässä miettiä, että mikä meidän on, niin tuntuu joillekin perheille ja asiakkaille vieraalta, niin se vaikuttaa aika paljon myös, että kuinka paljon sieltä tulee niinkun ideoita sieltä kuntoutujan puolelta. Ja pyrin siihen just, että kyselen, yritän niinku paljon keskustella siitä ja näitä keskusteluja käyn jo ennen sitä verkostokäyntiä, et yritän saada kuvaa, et mitä siellä arjessa on ja mihin siinä toivottais muutosta. Ja joiltakin tulee enemmän sitä, he osaavat ehkä enemmän kuvailla helpommin, ja toisille se sit on vaikeampaa sit se semmosen tavoitteen löytäminen sieltä. Se vaikuttaa paljon siihen, kuinka paljon minä ehdotan ja kuinka paljon mä voin hyödyntää sitä, mitä heiltä tulee ja mä sit sanallistan sitä. Ja tähän sit varmaan vaikuttaa tosi moni seikka, mut yks on sit mun mielestä se, et jos meillä on vaikka kolmas jakso ja silloin on kuntoutujalla itellä paljon enemmän ideoita.”*

’ajan puute’

*”No varmaan yks keskeisiä, mikä omasta mielestä tässä kontekstissa on ollu on se, että niiden GAS-tavoitteiden tekeminen on vaativaa työtä. Se, että ylipäättään kukin professio itsessään miettii niitä tavoitteita, ja sit vielä, että me laitetaan niitä jotenki yhteen ja siihen tulee keskustelut läheisten kanssa ja keskustelut sen kuntoutettavan kanssa, niin se on aikaa vievää hommaa.”*

*”Mut kuitenkin ne GAS-tavoitteet ois tärkeitä tai Kela tavallaan odottaa, että ne tehdään kohtuu alkuvaiheessa, toisaalta monissa GAS-koulutuksissa on todettu, että ei sais kiirehtiä GAS-tavoitteiden tekemisessä, vaan antaa ajan kulua ja tuttuuden syntyä, että ne oikeesti merkitykselliset nousee.”*

*”Et se on ehkä semmonen, mitä nyt aattelen, että tietyllä tapaa se menis sit nopeampaa, jos tekis ihan yksin vaan ne tavoitteet, mut mä taas uskon siihen, että se vaikuttavuus on parempaa ja loppujen lopuksi kuntoutujan tilanteen kannalta parempaa se, että yhdessä niitä sit mietitään.”*

’tavoitteiden yhteensovittaminen’

*”- - ne niinku mieltää ihan eri asiaksi fysioterapian, et siellä niinku harjoitellaan niitä kävelemisiä ja jalka-asioita ja sitten ne mieltää, että se toimintaterapeutti niin sehän tekee niitä käsiasioita ja kotitöitä ja keittiöhommia, että ei se liity mitenkään puheterapiaan, jossa harjoitellaan hengitystä ja ääntä ja puheen selvyyttä. Eli se asiakas mieltää ite ne ihan eri asioiksi. Et*

*se asiakas ei ajattele Kelan haluamalla tavalla tietyissä mielessä. Että se ajattelee, että miten nää niinku liittyy yhteen, sehän on ajan haaskausta, jos me nyt niinku yhdessä ruvetaan miettiä, et se ei tavallaan niinku nää sitä, että ne on mun tavoitteita, että mitä mää niinku tavallaan haluan oppia, niin se ei halua eikä osaa ajatella, että miksi näitä niinku pitäis yhdistää.”*

*”Toki se vaikuttaa silleen, että voiko kaikkea, jos tavallaan asetetaan se puheterapian ykköstavoitteeksi, että millä tavalla niinku voidaan moniammatillisesti tukea sitä puheterapian tavoitetta. Kaikissa tilanteissa se ei täysin toteudu, mutta tuota jos... parhaimmillaan tuota se on sit sitä, että jos vaikka nielemisen suhteen, niin siellä saadaan sit fysioterapiassa keskityttyä asennon hallintaan eli heti niinku otetaan siellä, että millä saadaan sitä tavoitetta lähenemään, mutta nää on just joku äänen käyttö, hengitysrytmit, kognitiivisissa toiminnoissa muistiasiat eli sitte saadaan sitä kautta sinne toimintaterapiaan näkemystä ja kuntoutustavoitteita, että kyllä se joissaki tapauksissa menee hyvinkin sujuvasti, toisinaan se on sit erittäin vaikeeta saada sulautumaan siihen moniammatilliseen kuntoutukseen. Mutta onneksi on työryhmä, joka tätä on tehnyt paljon ja siinä sit saadaan tukea ja sitä keskinäistä toimintaa.”*

*”- - kun musta se GAS-tavoitteiden asteikkojen löytäminen on muutenki haasteellista, niin toisinaan se on tässä moniammatillisessa vielä haasteellisempaa, jos me yritetään löytää ihan niitä konkreettisia yhteisiä, että löytyis semmonen mielekäs ja ehkä myös sit se, et jos me todellakin yritetään löytää semmonen konkreettinen yhteinen tavoite, että se on kans sit semmonen mielekäs kaikille ammattiryhmille.”*

## SITAATTEJA TEEMOITTAIN – KUNTOOUTUSSUUNNITELMA JA ICF

Jokaisesta teemasta on annettu yksi esimerkkisitaatti kaikilta tutkittavilta, jotka ovat tuotaneet sisältöä kyseistä teemaa koskien. Tutkittavan vaihtuessa sitaattien välille on lisätty väli. Teemat esitellään tulososion mukaisessa järjestyksessä.

## ’ICF:n käyttö’

*”Niin ei siinä tavallaan se mitä Kela haluaa, Kelaha haluaa, että se menis suoraan sinne taitojen käytön osa-alueelle, eikä se voi mennä sinne ennen, ku mä oon opetellu niitä kehontoimintoja. Eli se ei tavallaan vielä mene yhtä aikaa sinne osallistumisen ja aktiviteetin osa-alueille, koska mä oon huomannu tosi monet asiat, että jos on vaikka tosi epäselvä lapsipuhuja dyspraktikko, niin ensimmäisen vuoden varsinki se opettelee niitä kehontominnan asioita niitä yksittäisiä äänteitä ja niitä tavuissa ja sanoissa maksimissaan. Seuraavan vuoden se opettelee niitä mahdollisesti lauseyhteydessä ja pidemmissä lauseissa ja vasta sen jälkeen tulee se yleistämisasiä, yleistämisen vaihe, jolloin vasta voi edes odottaa, että se käyttää niitä oikeasti jossain oikeassa elämässä. - - Mää huomaan esimerkiks ICF:ssä monesti, että se ei vastaa heti, että ku terapiassa tulee selvä vaste, eli että lapsi oppii tosi hyvin ne GAS-tavoitteessa muodostetut eli kaikki menee täppiin, jos on tehty GAS:ejä eri äänteistä vaikka ja äänteitten onnistumisesta eri äänneympäristöissä semmosta niinku mejän perustyötä, niin se ei vielä näy ICF:ssä eli siinä puheen ymmärrettävyys kontekstissa -lomakkeessa olenkaan.”*

*”- - mä luulen, että se ICF tulee vähän siinä, tietenki ite noudattaa niitä Puheterapeuttiliiton, mitkä on tehty nämä ohjeistukset siitä, että miten tavallaan jaotella niitä aihealueita ja niiden kuntoutuksen ja arvioinnin kautta, mutta tuota... sais olla varmaan enemmänki, mä luulen, että aika vähäseksi jää.”*

*”- - mä käytän ICF:ää aika paljon apuna sillon, kun mä yritän päästä jäljille, vaikkapa nyt, että kuntoutetaan, että kielellinen ymmärtäminen on heikkoa ja aletaan kuntouttamaan, niin kyl mä siinä sit siinä GAS-keskustelussa esimerkiks läheisten kans kun olen, niin yritän saada semmosta näppituntumaa, millaista se nimentä tai ymmärtäminen on, jos pisteet on tän tyypiset, niin missä kohtaa ne kuoppapaikat sit on. Niin kyl mä käytän sitä sillä lailla, et siellä on mun mielestä toiminnan tasolla hyviä otsikoita, että ymmärtää lukemansa artikkelin sisällön tai ymmärtää, mitä hänelle puhelimesta sanotaan tai tän tyypistä. Niin kyl mä käytän niitä sitten niinku esimerkkeinä, et haetaan siinä keskustelussa, jos nyt vaikka ajatellaan sitä ymmärtämistä, et niinku mitä ymmärtää ja sit listataan niitä ja sit sieltä valitaan, että mitä kohti me nyt mennään. Ja yritetään, että sitä mitä kohti nyt mennään, niin se resonoi niihin muihinkin. Et sillä lailla semmosina esimerkkeinä läheisille ja kuntoutujalle itselleen, että mitä se ymmärtämisen kuntoutus vois sit tarkoittaa. Et kyl se sillain hyvä työväline on, et siellä*

*on paljon hyvin operationaalistettu niitä erilaisia teemoja, et kyl se on hyvä työkalu.”*

*”Jatkuvasti enemmän, välillä jopa huvittelen laittamalla GAS-tavotteiden perään ICF-numeron, koska se on musta jotenkin hauskaa nähdä, että mihiin se ICF-luokitus niinku taipuu. Ehkei sillä lailla nyt luokittelu niin kun millään lailla sitä määritä, mut kyllähän se ICF on perusasia, niinku arjen toimintakyky, sehän määrittää ihan kaikkea, et sehän on se, mitä tavoitteen asettelussa lähetään hakemaan, sitä arjen toimintakykyä, että vaikka sanoin, että välillä huvittelen niitten niinkun luokkanumeroiden kanssa ja katson mistä joku löytyis niin ei se sillä lailla niinku, ehkä mä ajattelisin, että arjen toimintakyky ja kielen tai AAC-keinon käyttötaidot arjessa, et ei se, et lapsi osaa vaikka 50 viittomaa, et eihän sillä oo mitään merkitystä, jos se osaa niitä vaan sillon, kun mä näytän sille vaikka jonku kuvan ja kysyn miten sä viitot tän, vaan niinku se käyttö. Et enemmän niinku se ICF:n perusajatus siitä arjen toimintakyvystä, niin se määrittelee sitä tavoitteiden asetelua.”*

*”Et kyllähän se sillain, sanotaan nyt, että varmaan käytän sitä, mut en ehkä aina ajattele, että tää on nyt ICF-luokitusta. Oon kyllä sitä miettinyt, että ois hyvä ottaa tietosemmin käyttöön, mutta se pitää myöntää, etten oo sitä niin tietosesti käyttänyt.”*

#### *’kuntoutussuunnitelma rajana’*

*”Mää otan aina sen kuntoutussuunnitelman oman GAS:n pohjaksi, että se on niinku se työmääräys. Ja siihen on niinku hirmu helppo vedota rajauksena. Että voidaan puhua mistä vaan, kunhan puhutaan tästä osa-alueesta, koska pakkohan sitä tunnin mittasta palaveria on rajata. Niin se kuntoutussuunnitelma antaa hyvän rajan.”*

*”No kyllä se kuntoutussuunnitelma mun mielestä antaa semmosen niinku hyvän, jos mietin - - mitä sieltä tulee niitä kuntoutussuunnitelmia, niin siellä on vähän niinku semmoset raamit, että mitä kautta lähetään syventymään, mikä antaa niinku hyvää tavoitetta ja niinku sitä kautta ohjaa sitä GAS:n asetelua”*

*”Kyl mä aattelen, et GAS vois parhaimmillaan toimia semmosena niinkun raaminantajana myöskin siinä kuntoutussuunnitelman teossa. Että onko painopiste tällä jaksolla nyt monimenetelmäisessä ilmaisussa vai onko se kielellisen dekoodauksen harjoittelua vai kielellisen ilmaisun harjoittelua. Ja niinku millä tasolla, onko se kielen käyttötaidojen vai nimennän kohoamista vai mitä. Et se antais vielä sitä suuntaviivaa niihin GAS-keskusteluihin, et niinku sanoin tossa moneen kertaan jo, että sitä joutuu aika kaukaa ponnistamaan, kun mietitään, että mitähän se kuntoutussuunnitelman tekijätaho on tällä mahtanut tarkottaa.”*

*”Kyllähän sillä lailla on roolia, että ’sen lauluja laulat, kenen leipää syöt’, että jos sairaala haluaa multa jotakin, niin täytyyhän mun työskennellä siihen suuntaan”*

*”Niin se on siellä niinkun taustalla, mut en mä sitä lähde orjallisesti noudattamaan, vaan sit mää lähden enemmänkin siitä, että mikä se tilanne on nyt siellä kotona ja mihin se kuntoutuja ja hänen lähiympäristönsä toivovat sitten tukea.”*

*’kuntoutussuunnitelma ei vastaa kuntoutujan tarvetta’*

*”- - se ei välttämättä kuitenkaan - - oo enää sen asiakkaan sen hetkistä näkemystä eli niilläki kuitenkin on aikaa siinä välissä, niin se asiakkaan oma niinku tavote, tarve ehtii muuttua sen kuntoutussuunnitelman ja sit sen kuntoutuksen alkamisen välissä jo.”*

*”- - kyllä mää ajattelen sitä niin, että kyllä se näkökulma siitä, että millä tavalla tavoitteita asetetaan, niin kyllä se tänä päivänä vielä terveydenhuollossa on hyvin organisaatioiden sisällä, tarkoitan nyt terveystieteistä tai sairaalaa, jossa henkilöt on jonkun aikaa, nii kyl se on hyvin työntekijälähtöistä ne tavoitteet. Et se tulee tavallaan niinku sieltä profession näkökulmasta, eli ku ihmiset tulee niin niiltä kysytään, mitä teille sanottiin siellä, että mitä tavoitetaan, niin sit se on hyvin semmosta leijuvaa ja yleistä, mistä ei oikein saa kiinni. Ja kyllä se pakottaa, että vaikka terveydenhuollossa, kun tehdään se alkuperäinen kuntoutussuunnitelma, johon liittyen ne GAS-keskustelut täytyy käydä”*

*”Niin jos lapsi tulee sellasilla tavoitteilla ja sitten se ensikäynnillä lähtee tuottamaan ääntelyä, niin on ihan selvä, että tällöinen sairaalan kuntoutussuunnitelma ei voi ohjata mua niinkun kohti kuvia, jos mä nään, että sieltä tulee puhetta, niin kun sitten tulikin. Eli kyl mä aattelen, et jos sairaalalla on niinkun kokonaistavoitteena niinkun, että lapsi saisi jotenkin ilmaistua itseään esimerkiksi kuvilla, niin jos mä löydänkin jotain toimivampaa”*

*”- - varsinkin ku se voi olla et on aika tuoreetki tutkimukset, mut siitä voi olla jonkin verran aikaa, ja just se testaustilanne jossain sairaalassa on ihan eri kun sit se kotiympäristö kuitenkin. Ja totta kai se on hyvä, että testataan ja tiedetään joitakin asioita, sanotaan et joku puheen ymmärtäminen tulee ehkä testeissä joskus selkeemmin esillekki ne haasteet, mut kuitenkin mun mielestä ne GAS-tavoitteet liittyy niin vahvasti sinne arkeen, että lähdän kuitenkin itse enemmän sieltä arjen tilanteesta, pyrin siinä paljon sitä kuntoutujaa ja sitä hänen lähiympäristöään kuuntelemaan, mikä siellä on se tarve.”*