

GAS-menetelmä

Käsikirja, versio 5

Seija Sukula, Kirsi Vainiemi ja Ilona Autti-Rämö

Sisällysluettelo

1	GAS-menetelmän käyttö Kelan kuntoutuksessa.....	3
2	GAS-käsitteet.....	4
3	Tavoitteiden laatiminen.....	5
3.1	Tavoitteiden tunnistaminen.....	5
3.2	Tavoitteen nimeäminen.....	6
3.3	Indikaattorin valinta.....	7
3.4	Asteikon valinta.....	7
3.5	Tavoitteiden tarkistaminen ja mahdolliset ongelmat.....	9
4	Kuntoutukselta sopiminen.....	10
5	Tavoitteiden saavuttaminen.....	11
6	Kirjallisuutta.....	11
7	Liitteet	13
	Liite 1. GAS-osaamisen portaat.....	13
	Liite 2. T-lukuarvotaulukko (T-score).....	14

Taulukot

Taulukko 1. GAS-peruskäsitteet.....	4
Taulukko 2. GAS-asteikko ja muutoksen kuvaaminen	9

Tämä käsikirja on lyhyt perehdytys GAS-menetelmän käyttöön ja perustuu alkuperäiseen Kiresukin ym. (1994) julkaisemaan teokseen. Käsikirjaa käytetään yhdessä Omat tavoitteeni -lomakkeen kanssa.

Kirjoittanut Seija Sukula, Kirsi Vainiemi ja Ilona Autti-Rämö (2010). Versio 5 (2021).

1 GAS-menetelmän käyttö Kelan kuntoutuksessa

Tämän käsikirjan tavoitteena on toimia tavoitteiden laatimisen ja arvioinnin käytännön työkaluna erilaisissa tilanteissa. Hyvin laaditut tavoitteet ovat kuntoutuksen selkäranka. Tavoitteet toimivat toiminnan viitoittajana ja tuovat kuntoutuksen lähelle asiakkaan arkea. Yhteinen tavoite selkeytyy ja asiakas tietää, mihin kuntoutuksella pyritään.

GAS-menetelmää (Goal Attainment Scaling) käytetään tavoitteiden asettamiseen ja arvioimiseen Kelan kuntoutuksessa. Kela julkaisi vuonna 2010 menetelmää koskevan käsikirjan palveluntuottajien ja terveydenhuollon käyttöön. Lisäksi Kela tuotti Omat tavoitteeni -lomakkeen tavoitteiden asettamiseen ja arvioimiseen.

Omat tavoitteeni -lomaketta uudistettiin vuonna 2015 yhdessä moniammatillisen työryhmän kanssa. Omat tavoitteeni -lomakkeessa tuodaan lomakkeen kieli lähemmäksi asiakkaan arkikieltä. Tavoitteena on, että asiakkaalle puhutaan vain omien tavoitteiden laatimisesta, eikä käytetä enää vierasperäisiä sanoja, kuten esimerkiksi GAS. Tavoitteiden laatimisen yhteydessä ei enää käytetä numeerista asteikkoa, vaan asteikon numeroilla on merkitystä vain T-lukuarvoa laskettaessa.

Vuonna 2015 julkaistiin GAS – Menetelmästä sovellukseen -kirja, jossa kuvataan menetelmän sovelluksia ja sen haasteita suomalaisessa kuntoutusjärjestelmässä (Sukula, Vainiemi, Laukkala 2015).

GAS-menetelmä on myös yksi osa Kelan kuntoutuksen hyödyn arviointia. Lisätietoja kuntoutuksen hyödyn arvioinnista on Kelan yhteistyökumppanien verkkosivuilla kohdassa Palveluntuottajille – Kuntoutuksen mittaaminen ja arviointi.

2 GAS-käsitteet

Taulukko 1. GAS-peruskäsitteet

Alkuperäinen käsite	Suomenkielinen käsite
goal	tavoite
goal attainmentscaling	tavoitteiden saavuttamista mittaava asteikko
weight (the goals)	määrittää (kullekin tavoitteelle) painotusarvo
importance	tärkeys
difficulty	vaikeus
level of attainment	saavutettu taso
much less than expected level (-2)	selvästi odotettua matalampi
somewhat less than expected level (-1)	jonkin verran odotettua matalampi
expected level of outcome (0)	tavoitetaso
somewhat more expected (+1)	jonkin verran odotettua korkeampi
much more than expected (+2)	selvästi odotettua korkeampi

Suomenkieliset GAS-menetelmän käsitteet on käännetty Kiresukin ym. (1994) käyttämästä englanninkielisistä alkuperäisteoksesta, minkä jälkeen ne on arvioitu monitieteisessä työryhmässä. Lopulliset käsitteet on valittu sen mukaan, miten ne kuvaavat parhaiten suomen kielessä käytettyjä ammattikäsitteitä ja GAS-menetelmän ideologiaa.

3 Tavoitteiden laatiminen

3.1 Tavoitteiden tunnistaminen

GAS-menetelmä on lähtökohdaltaan aina asiakaslähtöinen. Asiakas on oman elämänsä asiantuntija. Kuntoutuksen tavoitteen tarkka tunnistaminen ja määrittäminen edellyttävät kuntoutuksen toteuttajilta hyvää ammattitaitoa ja kokemusta kyseisen kuntoutusmuodon toteuttamisesta ja vaikuttavuudesta. Asiakkaalla voi olla useita erilaisia terveyteen liittyviä oireita ja sekä työhön että elämäntilanteeseen liittyviä kysymyksiä, joista vain osaan voidaan vaikuttaa käytettävissä olevin kuntoutuksen keinoin. Jokaisen asiakkaan valmiudet ja mahdollisuudet muutokseen vaihtelevat eri tilanteissa. Vaikka asiakkailla olisi lähtötilanteessa sama sairaus, heidän kuntoutukselle asettamansa tavoitteet voivat muodostua erilaisiksi, kullekin yksilölle soveltuviksi.

Tavoitteen tunnistaminen perustuu haastatteluun ja asiakkaan tilanteen selvittämiseen. Asiakkaalle tärkeiden tavoitteiden tunnistamiseksi voidaan käyttää strukturoituja haastatteluja, jotka eivät etukäteen rajaa kysyttäviä ongelmia, mutta joiden avulla voidaan selvittää kuntoutuksen kannalta merkitykselliset asiat (esim. COPM¹). Niin sanottua ihmekysymystä voidaan käyttää helpottamaan tavoitteen konkretisointia. Tällöin asiakasta voidaan pyytää esimerkiksi kuvaamaan tilannetta seuraavasti: ”Kuvittele, että yöllä nukkuessasi on tapahtunut ihme, ja kaikki ongelmiasi, joiden vuoksi olet kuntoutuksessa, häviävät. Kun heräät seuraavana aamuna, mistä tiedät, että näin on tapahtunut?”

Asiakkaalta kysytään, millainen toimintakyvyn muutos omassa elämässä olisi hänelle tärkeää ja mahdollista. Jos asiakkaan tavoitteena on esimerkiksi opiskelujen jatkaminen, on tunnistettava tämän tavoitteen kannalta merkittävät muutokset, jotka pitäisi tapahtua, jotta opiskelu voisi jatkua. Opiskelujen jatkaminen voi olla joko lähiaikojen tai pitkänajan tavoite riippuen asiakkaan tilanteesta. Opiskelujen jatkaminen voi esimerkiksi edellyttää, että asiakkaan 1) vuorokausirytmisi normalisoituu, 2) alkoholikäyttö vähenee ja 3) keskittymiskyky paranee. Tällöin nämä kolme tavoitetta konkretisoivat ne muutostarpeet, jotka mahdollistavat opiskelujen jatkamisen.

¹ Canadian Occupational Performance Measure (Toiminnan ongelmien ja suoritustason itsearviointimenetelmä), Harra ym. 2006.

Yksi keskeinen kysymys GAS-menetelmässä on se, miten usein ja minkälaisia tavoitteita asetetaan. GAS-menetelmän avulla kuvataan selkeitä, tunnistettavia ja merkityksellisiä muutoksia asiakkaan elämässä. Tavoitteiden saavuttamiselle luodaan realistinen aikataulu. Tavoitteiden saavuttaminen voi edellyttää välivaiheita, joista ei ole tarkoituksenmukaista laatia erillisiä tavoitteita. Esimerkiksi jos tavoitetasoksi on asetettu, että paino putoaa viisi kiloa kolmen kuukauden kuluessa, ei ole tarkoituksenmukaista asettaa erillistä GAS-tavoitetta kahden kilon painonpudotukselle.

Tavoitteiden määrän tulee olla kohtuullinen, vaikka menetelmä mahdollistaa kahdeksan tavoitteen laatimisen. Keskimäärin asiakkaalla voi olla 1–3 yhtäaikaista tavoitetta.

Hyvän tavoitteen asettamisen apuvälineenä voidaan käyttää "kultaista sääntöä" eli niin sanottua SMART-ideaa. SMART on lyhenne englanninkielisten sanojen ensimmäisistä kirjaimista. Suomennettuna se kuvaa menetelmän ideaa, joka on "älykäs, nokkela tai fiksu".

SMART-tavoite on

Specific = spesifinen, yksilöity, määritetty

Measurable = mitattavissa

Achievable = saavutettavissa

Realistic/Relevant = realistinen ja merkityksellinen

Timed = mahdollinen aikatauluttaa

3.2 Tavoitteen nimeäminen

Tavoitteen nimeäminen alkaa keskustelulla asiakkaan kanssa. Keskustelussa tunnistetaan elämän ja terveyden kannalta tärkeimmät asiat, joihin asiakas toivoisi muutosta.

Asiakkaan kannalta on parempi puhua positiivisesta muutoksesta kuin keskittyä ongelmaan ja sen syihin. Kuntoutuksen ammattihenkilön tehtävänä on auttaa asiakasta muokkaamaan muutosta vaativat asiat tavoitteen muotoon ja nähdä ammattitaidollaan ja kokemuksellaan, onko tavoite kuntoutuksen keinoin saavutettavissa. (Ks. liite 1.)

Hyvä tavoite on asiakkaalle merkityksellinen ja sen tulee olla saavutettavissa kyseisellä kuntoutusmuodolla. Tavoitteelle annetaan lyhyt kuvaava nimi, kuten vuorokausirytmä, raitistuminen, keskittymiskyky, painonpudotus, unenlaatu, mielekäs työn sisältö, tiedon hallinta, mieliala jne. Näin esimerkiksi mielenterveyskuntoutuksessa tavoitteeksi voidaan nimetä mielialan koheneminen, vihamielisyyden tai ahdistuskohtausten väheneminen tai se, että asiakas saa ystäviä.

3.3 Indikaattorin valinta

Kutakin tavoitetta kuvaamaan valitaan selkeä indikaattori, joka on sovittuna hetkenä arvioitavissa. Indikaattori on käyttäytyminen, tunnetila, tai to tai prosessi, joka selkeimmin edustaa valittua tavoitetta ja edistymistä tavoitteen suuntaan. Se voi olla laadullinen tai määrällinen ilmaisu, kuten paino kiloina, unen kesto, heräämisten määrä yöunien aikana, itsetuhoisten ajatusten määrä, validoitu oirekyselyasteikko tai kokemuksellinen ilmaisu.

Esimerkiksi jos mielenterveyskuntoutuksessa tavoitteeksi on valittu mielialan koheneminen, indikaattorina voi olla itsemurha-ajatusten esiintymisen tiheys, eristäytymisen aste, käsitys tulevaisuudesta, toivottomuuden tunteet, masentunut mieliala, itsetunto tai unihäiriöt.

3.4 Asteikon valinta

Asteikon laadinta on GAS-menetelmän haasteellisin vaihe ja edellyttää ammattihenkilöltä kuntoutuksen hyvää asiantuntemusta. Kuntoutuksen ammattihenkilöiden pitää pystyä arvioimaan, mitä kyseisellä käytettävissä olevalla tai asiakkaan motivaation ylläpitämisen kannalta sopivalla aikavälillä on mahdollista saavuttaa. Tämä edellyttää ammattihenkilöltä riittävää kokemusta vastaavista asiakkaista.

Asteikon laadinnassa valittu indikaattori tehdään mitattavaksi ja mahdolliseksi arvioida. Tällöin tavoitetason suuntaista muutosta kuvataan määrällisen (esim. painokiloa, tuntia, tiheyttä, prosenttiosuutta) tai laadullisen ilmaisun (esim. kykyä hallita tunteensa, koettua tiedon hallintaa) avulla. Määrälliseksi indikaattoriksi ei tule laittaa yhtä tar kkaa lukua, vaan indikaattoriksi kannattaa aina asettaa jonkinlainen liukuma (esim. painonpu-


dotus 5–6 kg, nukahtaminen 1 tunnin sisällä, aggressiivisia kohtauksia 1–2 kertaa päivässä). Laadullinen indikaattori perustuu usein asiakkaan omaan kokemukseen tai tuntemukseen, ja sen pitää olla selkeästi ilmaistu, jotta sen saavuttamisen tunnistaminen on yksiselitteistä (esim. kokee vuorovaikutustilanteen positiivisena, pystyy selittämään taudin vieraalle).

Asteikkoa laadittaessa asetetaan ensin tavoitetaso, joka asiakkaan on realistista saavuttaa. Tämä on GAS-asteikolla 0. Seuraavaksi määritetään asteikon tasoista jonkin verran korkeampi (+1) ja jonkin verran matalampi (-1), kuin tavoitetaso.

Asiakasta pyydetään kuvaamaan tilanne, jossa muutos on odotettua korkeampi. Tämä kuvaa realistista ja myönteistä muutosta verrattuna lähtötilanteeseen, mutta tavoitteen saavuttaminen ei ole niin todennäköistä. Seuraavaksi asiakasta pyydetään kuvaamaan tilanne, jossa muutos on odotettua matalampi, kuin tavoitetaso. Odotettua jonkin verran matalamman tavoitteen saavuttamisen tason määrittelyssä on oleellista, että se kuvaa kaikille muutoksen olevan oikeansuuntainen ja todellinen (taulukko 2). Tällöin asiakas ja ammattilainen voivat varmistua varsinaisen tavoitetason realistisuudesta.

Seuraavaksi laaditaan asteikon taso, jossa muutos on selvästi korkeampi (+2) ja sen jälkeen selvästi matalampi (-2) kuin odotettu tavoitetaso. GAS-asteikossa taso +2 tarkoittaa sitä, että tavoite on saavutettavissa optimaalisissa olosuhteissa määritetyssä aikataulussa. Tavoite on mahdollista saavuttaa, jos kaikki onnistuu. GAS-asteikossa taso -2 tarkoittaa sitä, että asiakas ei ole edennyt kuntoutuksen tavoitetason suuntaan niin paljon, että muutoksella olisi hänen toiminnalleen merkitystä. GAS-asteikon taso on -2, mikäli tilanne huononee tai pysyy ennallaan.

Taulukko 2. GAS-asteikko ja muutoksen kuvaaminen

Muutoksen suunta	GAS-asteikko		Muutoksen laatu
<p style="text-align: center;">-</p>  <p style="text-align: center;">+</p>	-2	Selvästi odotettua matalampi	Muutoksella ei toiminnalle merkitystä. Tilanne ennallaan tai huonontunut
	-1	Jonkin verran odotettua matalampi	Lopputulokset odotettua vähäisempi, mutta oikean suuntaiset.
	0	Tavoitetaso	Realistinen saavuttaa
	+1	Jonkin verran odotettua korkeampi	Tavoite realistinen. Lopputulokset enemmän kuin odotettiin.
	+2	Selvästi odotettua korkeampi	Saavutettavissa optimaalisissa olosuhteissa.

Cardillo ja Smith toteavat Kiresukin ym. (1994, 199) kirjassa, että Gaussin käyrän jakauman mukaisesti tavoitetaso 0 saavuttaa samanlaisista asiakkaista 43 %, vastaavasti GAS-asteikolla tasolle -1 tai +1 päättyy kumpaankin noin 21 % vastaavanlaisista asiakkaista. Asteikon ääriarvoihin +2 ja -2 jää kumpaankin noin 7 % asiakkaista.

3.5 Tavoitteiden tarkistaminen ja mahdolliset ongelmat

Tavoitteiden asettamisessa on aina otettava huomioon, että tavoiteasteikon eri tasojen kuvausten täytyy olla yksiselitteisesti ymmärrettävissä.

Tavoitteita asettaessa voi tulla eteen seuraavia ongelmia:

- Valittu indikaattori ei kuvaa asetettua tavoitealuetta (tavoitteen nimi).

- Asteikkoa ei ole määritetty riittävän selkeästi tai se on kuvattu epäselvin sanoin, jolloin saavuttamista ei voida myöhemmin arvioida.
- Asteikko ei ole yksiselitteinen. Jatkuvassa muuttujassa on joko päällekkäisyyttä (GAS-asteikon taso 0: nukkuu 7–8,5 tuntia, GAS-asteikon taso +1: nukkuu 8–9 tuntia) tai asteikon eri tasojen välillä on aukkoja (GAS-asteikon taso -1: laihtuu 2–3 kiloa, GAS-asteikon taso 0: laihtuu 5–6 kiloa).
- Saman tavoitteen asteikolla on kaksi eri indikaattoria: esimerkiksi tavoitetaso (GAS-asteikon taso 0) lähtee kouluun ajoissa eikä aamulla riitele äidin kanssa. Ensimmäinen indikaattori on kouluun ajoissa lähteminen ja toinen riiteleminen äidin kanssa. Näiden indikaattoreiden yhtä aikaa arvioiminen on mahdotonta.
- Indikaattorin valinnassa määritetään myös kolmannen osapuolen toimintaa, joka on asiakkaan toiminnasta riippumatonta eikä kuntoutuksen ammattihenkilöiden vaikutuspiirissä.
- Tavoitteen saavuttamiselle ei ole asetettu aikataulua.
- Tavoitteiden saavuttamisen tasojen laadinnassa käytetään kieltä, menetelmiä tai mittareita, joita kaikki kuntoutuksen toteuttajat eivät tunne.

4 Kuntoutuksesta sopiminen

Asiakkaan kanssa käydään läpi, mitä pitäisi tapahtua, jotta sovitut tavoitteet saavutetaan. Mitä ovat välivaiheet, jotka on ohitettava. Mitä asiakkaalta edellytetään ja millaista tukea kuntoutuksen ammattihenkilö tarjoaa?

Käytännössä voi kuitenkin käydä niin, että aikataulu ei riitä, terveydentila muuttuu tai suunnitellut kuntoutustoimenpiteet eivät sovellu asiakkaalle. Silloin on ensisijaisesti mietittävä, voidaanko kuntoutustoimenpiteitä muuttamalla saavuttaa tavoitetaso aikataulun mukaisesti vai pitääkö todeta, että tavoite oli liian vaativa ja laaditaan kokonaan uusi tavoite käyttäen SMART-periaatetta.

Tavoitteita on hyvä tarkistaa säännöllisesti. Mikäli tavoite ei ole enää ajankohtainen tai tarpeellinen, se voidaan arvioida ja laatia uusia tavoitteita ja mahdottomaksi osoittautuneet tavoitteet poistetaan.

5 Tavoitteiden saavuttaminen

Tavoitteiden saavuttaminen arvioidaan yhdessä asiakkaan kanssa sovittuna päivänä. Tällöin kunkin tavoitteen asteikosta katsotaan toteutuneet lukuarvot. Nämä toteutuneet lukuarvot lasketaan yhteen ja katsotaan T-lukuarvotaulukosta tavoitteiden määrän mukainen T-lukuarvo (ks. Liite 2).

Taulukko mahdollistaa enintään kahdeksan tavoitteen lukuarvon katsomisen. T-lukuarvo on aina 50, jos tavoitteiden summa on 0. Tämä tarkoittaa sitä, että tavoitteet on keskimäärin saavutettu. Kun tavoitteiden saavuttamisen summa jää alle nollan, ts. T-lukuarvo on alle 50, tavoitteita ei ole keskimäärin saavutettu tai ne on laadittu liian vaikeiksi saavuttaa. Jos tavoitteiden saavuttamisen summa puolestaan on yli nollan, ts. T-lukuarvo suurempi kuin 50, tavoitteet on saavutettu keskimääräistä paremmin tai ne on laadittu liian helpoiksi saavuttaa. T-lukuarvo tekee ryhmätason analyysit mahdolliseksi ja yksittäisten henkilöiden tavoitteiden vaihtelevat määrät ovat hallittavissa tilastollisessa analyysissä.

6 Kirjallisuutta

Bovend'Eerd, T. J., Botell, R. E., Wade, D. T. (2009). Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: A practical guide. *Clinical Rehabilitation*, 23(4), 352–361.

Gordon, J. E., Powell, C., Rockwood, K. (1999). Goal attainment scaling as a measure of clinically important change in nursinghome patients. *Age and Ageing* 28 (3): 275–283.

Harra T., Aralinna V., Heikkilä M., Korkiatupa R., Löytönen K., Onkalo-Olkkonen, R. (2006). Kohti toimintakyvyn kokonaisvaltaista arviointia. *Duodecim* 122, 554–62.

Kiresuk, T. J., Smith A., Cardillo, J. E. (1994). *Goal Attainment Scaling: Applications, Theory, and Measurement*. Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates.

Sukula S., Vainiemi K., Laukkala T. (toim.) (2015) GAS – Menetelmästä sovellukseen. Kela tutkimusosasto. Julkaisu löytyy Helsingin yliopiston digitaalisesta arkistosta (www.helda.helsinki.fi).

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

7 Liitteet

Liite 1. GAS-osaamisen portaat



