



Hälsorelaterad livskvalitet och målsättningar för rehabilitering

Carina Lillqvist

Masterarbete
Rehabilitering

2015

MASTERARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Masterprogram (högre YH) i rehabilitering
Identifikationsnummer:	4927
Författare:	Carina Lillqvist
Arbetets namn:	Hälsorelaterad livskvalitet och målsättningar för rehabilitering
Handledare (Arcada):	Ira Jeglinsky-Kankainen
Uppdragsgivare:	
<p>Sammandrag:</p> <p>Syftet med studien var att utreda om det fanns samband mellan upplevd livskvalitet och uppnådda rehabiliteringsmål hos personer med ryggproblem inom medicinsk rehabilitering samt klargöra hur GAS-målformulering ses ur personalperspektiv. Frågeställningarna i studien var: Hur återspeglas den upplevda livskvaliteten i de skattade rehabiliteringsmålen i rehabiliteringens initial- och slutskede? Vilka erfarenheter har personalen gällande GAS-målformulering som arbetsinstrument? Den kvantitativa datan i studien bestod av RAND-36 poäng för 128 och T-score värden från GAS för 125 ryggrehabiliterings klienter som deltagit i FPA:s ryggrehabilitering vid Avire Oy åren 2012-2013. Genomgången av klienternas RAND-36 poäng och GAS blanketternas T-score värden påbörjades under december 2014. Den första versionen av dokumentationen gjordes i Microsoft Excel-form och för att möjliggöra analys av materialet överfördes data därefter till SPSS. Studiens kvalitativa data bestod av en fokusgruppintervju med två psykologer, tre arbetsfysioterapeuter och fem fysioterapeuter gällande deras erfarenheter av GAS-metoden som arbetsinstrument. Inklusionskriteriet för informanterna var att de skulle vara del av en multidisciplinär arbetsgrupp vid Avire Oy. Intervjun utfördes i januari 2015. Resultaten av studien gav indikationer på att det för vissa delområden statistiskt sett fanns samband mellan positiva förändringar gällande upplevd hälsorelaterad livskvalitet och uppnådda rehabiliteringsmål. GAS-målformulering, som arbetsinstrument, upplevdes utgående från svaren i fokusgruppintervjun till största delen som positivt. Utmaningar som framkom gällande arbetssättet gällde främst blankettens struktur och tidsaspekter.</p>	
Nyckelord:	Hälsorelaterad livskvalitet, målformulering, RAND-36, GAS, rehabilitering, ryggproblem, fokusgruppintervju
Sidantal:	57
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	15.6.2015

MASTER`S THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Master`s Degree Programme in Rehabilitation
Identification number:	4927
Author:	Carina Lillqvist
Titel:	Health related quality of life and goals for rehabilitation
Supervisor (Arcada):	Ira Jeglinsky-Kankainen
Commissioned by:	
<p>Abstract:</p> <p>The objectives of the study was to find out weather there are relations between experienced quality of life and rehabilitation goals set by persons with back problems in medical rehabilitation and further to clarify how Goal Attainment Scaling (GAS) is seen from the perspective of staffmembers. General questions of the study were: How is health related quality of life reflected in the rehabilitation goals in the initial- and the final stage of the rehabilitation? What are the experiences of the staff concerning GAS as an assessment tool? The quantitative data of the sudy consisted both of RAND-36 scores of 128 and T-scores from GAS of 125 clients participated in a back rehabilitation programme at Avire Oy during 2012-2013. The review of RAND-36 and T-score started during December 2014. The first version was documented in Microsoft Excel-form and to enable analysis of the material the data was converted to SPSS. The qualitative data of the study consisted of a focusgroupinterview with two psychologists, three vocational physiotherapists and five physiotherapists about their experiences of GAS as an assessment tool. All informants that were included had to be part of a multidisiplinary team at Avire Oy. The interview was conducted in January 2015. The results of the study indicated that relations between positive changes in experienced quality of life and achieved rehabilitation goals could be found for some of the sections of RAND-36. GAS as an assessment tool was according to the answers of the interview mostly experienced in a positive way. The challenges that were mentioned about the way of working was mainly related to the structure of the blanket and timeaspects.</p>	
Keywords:	Health related quality of life, goal setting, RAND-36, GAS, rehabilitation and back problems, focusgroupinterview
Number of pages:	57
Language:	Swedish
Date of acceptance:	15.6.2015

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Kuntoutuksen ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Tunnistenumero:	4927
Tekijä:	Carina Lilqvist
Työn nimi:	Terveysteen liittyvä elämänlaatu ja kuntoutuksen tavoitteet
Työn ohjaaja (Arcada):	Ira Jeglinsky-Kankainen
Toimeksiantaja:	
<p>Tiivistelmä: Opinnäytetyön tavoite oli selvittää korreloiko koettu terveyteen liittyvä elämänlaatu kuntoutustavoitteiden kanssa selkäoireisilla lääkinnällisessä kuntoutuksessa. Sen lisäksi tavoitteena oli kartoittaa miten Goal Attainment Scaling (GAS)- tavoitetyöskentely näyttäytyy työntekijän näkökulmasta. Tutkimuskysymykset olivat: Miten terveyteen liittyvä elämänlaatu näkyy tavoitteissa kuntoutuksen alussa ja lopussa? Mitkä ovat työntekijöiden kokemukset GAS-tavoitetyöskentelystä? Tutkimuksen kvantitatiivinen aineisto koostui 128 selkäkuntoutusasikkaan RAND-36 pisteistä ja 125 selkäkuntoutusasikkaan GAS-lomakkeen T-score luvuista. Kaikki kuntoutujat osallistuivat Kelan selkäkuntoutukseen Avire Oy:ssä vuonna 2012-2013. Kuntoutujien RAND-36 ja GAS lomakkeiden T-score läpikäynti alkoi joulukuussa 2014. Pisteet siirrettiin ensin Microsoft Excel-muotoon, jonka jälkeen tiedot siirrettiin SPSS ohjelmaan analyysia varten. Kvalitatiivinen osio koostui kahden psykologien, kolmen työfysioterapeuttien ja viiden fysioterapeuttien kanssa tehdystä täsmäryhmähaastattelusta ja heidän kokemuksistaan GAS-tavoitetyöskentelystä välineenä. Haastatteluun osallistuneiden pitivät kuulua moniammatilliseen työryhmään Avire Oy:ssä. Haastattelu suoritettiin tammikuussa 2015. Tutkimustulokset viittaavat siihen, että joidenkin osa-aluiden osalta löytyy yhteyksiä koskien myönteisiä muutoksia terveyteen liittyvän elämänlaadun ja saavutettujen tavoitteiden osalta. GAS-tavoitetyöskentely koettiin työntekijöiden kesken pääosin myönteisenä. Haasteet, jotka mainittiin, liittyivät suurimmaksi osaksi lomakkeen rakenteisiin ja aikaresursseihin.</p>	
Avainsanat:	Terveysteen liittyvä elämän laatu, tavoiteasettelu, RAND-36, GAS, kuntoutus, selkäoireita, täsmäryhmähaastattelu
Sivumäärä:	57
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	15.6.2015

FÖRORD

Det är nu två och ett halvt år sedan jag inledde mina Högre yrkeshögskolestudier inom rehabilitering hösten 2012. Genom studierna har jag lärt mig mycket och kommit en liten bit på väg när det gäller forskning. Arcadas lärare är värda ett stort tack för detta. Vidare vill jag tacka mina kollegor för deras stöd och medverkan. Ett särskilt varmt tack till min handledare och överlärare, Med.Dr Ira Jeglinsky-Kankainen samt seniorforskare, HvD Jyrki Kettunen för stödet och hjälpen jag fått och för det stora engageman ni visat. Studien skulle inte ha varit möjlig att genomföra utan er.

Sjundeå, juni 2015

Carina Lillqvist

INNEHÅLL

FÖRORD

1 Inledning	8
2 Bakgrund	8
2.1 Kurser för personer med sjukdomar i stöd- och rörelseorganen (Tules-kurser)	10
2.2 Förändring och motivation för att nå mål	11
2.2.1 GAS-målformulering	14
2.3 Hälsorelaterad livskvalitet	17
2.3.1 RAND-36	17
3 Syfte och problemavgränsning	20
4 Metod och genomförande	20
4.1 Datainsamling	21
4.1.1 RAND-36 och T-score värde för GAS	21
4.1.2 Fokusgruppintervju	22
4.1.3 Informanter	23
4.1.4 Innehållsanalys	24
4.2 Etiska överväganden	24
5 Resultatredovisning	25
5.1 Resultat från RAND-36 poäng och T-score värde för GAS	27
5.2 Resultat från fokusgruppintervjun	37
5.2.1 Klientens resurser/hinder synliggörs	28
5.2.2 Stödande arbetsinstrument för både personal och klienter	29
5.2.3 Tidskrävande och svårtolkad blankett	29
5.2.4 Klientens subjektiva förändring riskerar att förbli osynlig	31
5.2.5 Kräver erfarenhet och övning för att använda blanketten ändamålsenligt	32
6 Sammanfattande diskussion	33

6.1 Samband mellan förändringar gällande upplevd hälsorelaterad livskvalitet och uppnådda målsättningar	33
6.2 Erfarenheter av GAS-målformulering som arbetsinstrument	36
7 Avslutning	37
7.1 Sammanfattning och kritisk granskning av undersökningen	37
7.2 Avslutande reflektion	39
Källor	41
Bilagor	45
Tabeller	
Tabell 1. Domäner inom RAND-36	19
Bilagor	
1. GAS-blankett	46
2. Intervjuguide	48
3. E-post till kollegorna	49
4. Infobrev till kollegorna	50
5. Blankett för informerat samtycke	51
6. Anhållan av informanternas förman	52
7. Paired Samples Test	53
8. Independent Samples Test	55
9. Pearsons Correlation	57

1 INLEDNING

Olika definitioner på rehabilitering förefaller ha en gemensam nämnare i förhoppningen om en positiv förändring. Att hjälpa klienterna att hitta redskap för att nå en för dem positiv förändring genomsyrar också verksamheten inom Avire Oy. Avire Oy erbjuder FPA:s rehabiliteringskurser och är specialiserad på förebyggande och upprätthållande interventioner gällande funktions- och arbetsförmåga för personer i arbetslivet. Vi förverkligar grundaren Miina Sillanpääs mission från 1921: *”Jokaisella ihmisellä on oikeus hyvinvointiin, inhimillisiin työoloihin ja ihmisyyden kunnioittamiseen.”* Verksamheten baserar sig på fyra värderingar: vi högaktar individen, vi är till för klienterna, vi lyckas tillsammans och vi är modiga. (Avire Oy 2014) Dessa värderingar finns som bas för allt arbete tillsammans med klienterna. För att öka förståelsen för vilka faktorer som eventuellt påverkar klienterna i riktning mot en positiv förändring under rehabiliteringsprocessen tycks det relevant att studera i vilken mån den upplevda livskvaliteten har samband med rehabiliteringsmålen. Utöver detta förefaller det även väsentligt att utreda vilka erfarenheter de som arbetar inom rehabiliteringen har av målformulering.

Sjukdomar i det muskuloskeletala systemet och bindväven är ur rehabiliteringsynvinkel en oerhört viktig grupp. Enligt FPA:s statistiska årsbok (FPA 2012b: 53-54) beviljades år 2011 8 219 nya mottagare invalid-/ sjukpension pga. muskuloskeletala- och/ eller bindvävssjukdomar. Av dessa hade 3 604 olika former av ryggproblem. År 2011 var antalet, av FPA, utbetalade sjukdagpenningss dagar sammanlagt 15 699 000, varav 5 290 000 (33,7%) ersattes med anledning av sjukdomar i stöd- och rörelseorganen (FPA 2012c: 19). Ur statistiken framgår med andra ord att behovet av rehabilitering är stort och utöver detta pekar siffrorna även på att arbetsgivarna har möjlighet att spara stora summor i de fall där rehabiliteringen leder till positiva förändringar. Fokus har i denna studie varit på rehabiliteringsklienter med ländryggsproblem.

2 BAKGRUND

Rehabilitering har från första början å ena sidan fokuserat på att förbättra fysisk, psykisk och social funktionsförmåga och å andra sidan på att främja och återupprätta arbets-

förmåga. Båda funktionerna är fortfarande gällande inom rehabiliteringsverksamheten i Finland. (Järvikoski 2013: 11) Enligt Rehabiliteringsredogörelsen (2002: 9) är rehabilitering en viktig åtgärd när det gäller att öka befolkningens arbets- och funktionsförmåga och för att öka individens möjligheter att bemästra sitt eget liv. Oberoende av om rehabiliteringen är medicinsk, social, pedagogisk eller yrkesinriktad är det innehållsmässigt fråga om en mångfacetterad och mångsektoriell verksamhetshelhet. Rehabilitering handlar om målinriktad, planlagd och i de flesta fall långsiktig verksamhet, vars mål är att hjälpa klienten att bemästra sin livssituation genom åtgärder som berör både individen och hans/hennes livsmiljö. (Autti-Rämö 2013: 128)

Rehabilitering kan anses vara god i de fall den är välplanerad, utförd av en mångprofessionell arbetsgrupp och baserad på resultat. Målet med verksamheten ur individens synvinkel är att ge en ökad livskontroll i de fall där möjlighet till daglig delaktighet och social integrering anses vara hotad eller nedsatt. (Alaranta et. al. 2008: 647). För att resultatet av rehabiliteringen skall vara tillfredsställande ur klient-, personal- och samhällsperspektiv bör rehabiliteringsverksamheten vara klientcentrerad och uppgjord i samarbete med klienten mot ett gemensamt mål. Det har visat sig att klientens uppfattning om den egna funktionsförmågan och individuellt uppsatta mål spelar en avgörande roll vad gäller resultatet av rehabiliteringen. Detta kan inom medicinsk rehabilitering bl.a. betyda att de bästa resultaten uppnås när klienten kan tillämpa övningar från träningsterapin i den egna vardagen. (Järvikoski 2013: 24) Rehabilitering borde alltid till sin natur vara en s.k. resurscentrerad handling, en verksamhet där klientens styrkor samt att stöda klientens egna initiativförmåga poängteras (Järvikoski 2013: 73).

”Målet med rehabiliteringen är att bli rehabiliterad. Utgående från det kan rehabilitering definieras som en förändringsprocess i en människa eller i människan och omgivningen som syftar till att främja funktionsförmågan, förmågan att klara sig själv, välbefinnandet och sysselsättningen.” (Rehabiliteringsredogörelse 2002: 2) I redogörelsen betonas att dagens kärnfrågor gällande rehabilitering är klientens egen delaktighet i rehabiliteringsprocessen och i vilken mån det finns möjlighet att påverka omgivningen.

Järvikoski & Härkäpää (2008: 59) framhåller att utgångspunkten för rehabiliteringsbehov är individens självupplevda problem och vilja att frigöra sig från detta. Problem uppstår i de fall där det finns någon form av konflikt gällande individens nuvarande situation och de egna önskningarna eller de uppställda målen. Det kan t.ex. vara fråga om att individen i den nuvarande situationen upplever mera smärta än tidigare och därmed har svårigheter att klara av vardagen. På individnivå handlar rehabilitering vidare utgående från Järvikoski & Karjalainen (2008: 91) om en inlärningsprocess och att omstrukturera sitt liv. Det gäller att endera återvinna den tidigare funktionsförmågan eller att lära sig sätt på vilka man kommer till rätta med knappare resurser än tidigare. Rehabiliteringspersonalens stöd och handledning är i detta sammanhang viktig, men samtidigt är det ytterst väsentligt att klienten förblir den som har huvudansvaret för omstruktureringen. Vikten av klientens aktiva roll i planeringen och utförande av rehabiliteringen på senare år betonats allt mer för att nå önskvärt resultat av olika interventioner. I samband med detta är det dock väsentligt att komma ihåg att klienten även har möjlighet att avstå från att göra självständiga beslut och istället ty sig till sakkunnig personal. (Järvikoski 2013: 22)

Målet med medicinsk rehabilitering är förbättrad funktionsförmåga. Rehabilitering till funktionsförmåga (toimintakykykuntoutus) är därför en term, som har uppkommit vid sidan av medicinsk rehabilitering (jfr. Järvikoski 2013: 44, 54). Denna term kan ses som mera beskrivande jämfört med den nuvarande benämningen medicinsk rehabilitering eftersom olika åtgärder för att ge stöd till positiva förändringar av levnadsvanor är det centrala. Medicinsk rehabilitering (rehabilitering till funktionsförmåga) fokuserar på att klienten skall få hjälp när det gäller att upprätthålla eller förbättra sin fysiska, psykiska eller sociala funktionsförmåga. Med andra ord skall klienten få stöd till ett så självständigt liv som möjligt. (Läkinnällinen kuntoutus 2014)

2.1 Kurser för personer med sjukdomar i rörelseorganen (Tules-kurser)

Avsikten med kurserna för personer i arbetslivet med sjukdomar i rörelseorganen (Tules-kurser för personer i arbetslivet) är att vara så stödjande som möjligt. Detta för

att de mål som arbetats fram tillsammans med klienten med avsikt att säkerställa eller förbättra dennes arbets- och/ eller funktionsförmåga uppfylls. Val av teman, som rehabiliteringen fokuserar på, beror på om kursen riktar sig till personer med rygg-, nack- eller ledsymtom. Rehabiliteringskurserna förverkligas i grupper på maximalt 10 deltagare inom en period på 12 månader. Sammanlagt varar kurserna 15 dygn och serviceproducenten får själv besluta om kursen delas i tre eller fyra perioder. Klienten gör upp målen tillsammans med en medlem av det multidisciplinära teamet enligt GAS-metoden (GAS= Goal Attainment Scaling). För att målen skall nås är klientens egen motivation ytterst betydelsefull och det är väsentligt att klienten själv upplever det viktigt att förbättra sin arbets- och funktionsförmåga. (FPA 2012: 1-4)

Avire Oy startade sin verksamhet 1.5.2012 när Wilhelmiina Palvelut Oy överförde Sjundeå Wellnesscenters (Siuntion Hyvinvointikeskus) rehabiliteringstjänster till bolaget. Upprätthållande och befrämjande av funktions- och arbetsförmåga för personer i arbetslivet har redan i årtionden hört till de tjänster Avire Oy har profilerat sig inom. Bolagets experter har specialiserat sig på rehabiliteringstjänster gällande problem i stöd- och rörelseorgan, mental hälsa och arbetsrelaterade problem. (Avire Oy 2014)

Avire Oy förverkligar sina tules-kurser i tre kursperioder; 5+5+5 dygn. För kursprogrammet ansvarar en multidisciplinär arbetsgrupp, som består av läkare, fysioterapeut, psykolog och expert inom arbetslivet. Programmet förverkligas främst i grupp men innefattar även individuella möten med läkare, fysioterapeut och psykolog. Arbetsgruppens fysioterapeut fungerar som gruppleddare under rehabiliteringsperioderna. Kursens innehåll baserar sig på aktiverande rehabilitering, funktionell träning samt rehabilitering i grupp och riktar sig till personer i arbetslivet, som är i behov av stöd för att klara sig bättre både i vardagen och arbetslivet. Kursdeltagarna får handledning i egenvård både vad gäller fysiska och psykiska utmaningar. (Avire Oy 2014)

2.2 Förändring och motivation för att nå mål

Belägg finns för att preventiva åtgärder lönar sig, men trots detta är det inte självklart att det leder till förändring av ett sedan tidigare inlärt beteendemönster. Det krävs moti-

vation, planering och handling för att få en förändring till stånd. Motivation handlar om känsla, kunskap och skicklighet. För att nå förändringar krävs målinriktad livsstilsförändring. Detta innebär att man börjar med att klargöra nuläget och utgående från det finns det sedan möjlighet att sätta upp mål, som beskriver vad man vill förändra. Därefter gäller det att planera hur man skall gå tillväga för att nå sitt mål, vilka beteendemönster som eventuellt behöver brytas och ersättas med nya. I detta sammanhang är det även av vikt att göra upp en tidsplan för när det är tänkt att målet skall vara uppnått. Uppföljning och utvärdering är alltid en väsentlig del av arbetet gällande målsättningar och målformulering. Tankemönstret i modellen återfinns i rehabilitering och processen i att handleda klienterna mot positiva förändringar, som återspeglas inom flera livsområden. (Absetz 2010)

I det skede som individen gör medvetna handlingar och val för att uppnå ett specifikt mål kan det ses som indikation på att personen i fråga är motiverad (Turku 2007: 33). Motivationen i sin tur involverar både känslor och tankeprocesser. Motivation kan därför ses som en inbyggd process vilken är omöjlig att framkalla hos en person, som inte är villig att involvera sig själv. Det handlar med andra ord för rehabiliteringspersonalen om att få klienten att känna att han/ hon har både möjligheter och förutsättningar att förändra något mot det bättre och därefter stöda och hjälpa individen att hitta motivation för att arbeta i riktning mot det uppsatta målet. (Turku 2007: 35) Detta överensstämmer med Wades (2009: 291) synpunkter kring rehabilitering där han hävdar att rehabilitering till sin karaktär har dubbel betydelse. Med andra ord innefattar rehabilitering både förändring och konsekvenser av en eller flera aktioner. Rehabilitering skall inte ses som någon enkel handling med förutbestämt resultat utan snarare som ett avsiktligt resultat av en intervention.

Det är lättare att nå mål som är positiva och motiverande. Detta kan även ses som förutsättningen för att också på sikt kunna upprätthålla ett redan uppnått mål, med andra ord hålla fast vid livsstilsförändringen. Viktigt är att målen är konkreta och tidsmässigt realistiska, formulerade i nutid och att de utvärderas regelbundet. (Angelöw 2010: 113-114) Med andra ord är det skäl att betona kontinuitet gällande stöd och handledning också efter att målet är nått och framför allt om man misslyckats vad gäller att nå ett uppsatt mål (jfr. Turku 2007: 78).

Förväntningarna på rehabiliteringsverksamheten både ur individ och samhällsperspektiv är att finna lösningar på mångfacetterade problem. Avgörande och centralt för en effektiv rehabilitering är att kunna motivera och därmed också få klienten att förpliktiga sig till nödvändiga åtgärder. Målsättningarna och betydelsen av dessa har en betydande inverkan på motivationen och hur väl klienten förbinder sig till nödvändiga rehabiliteringsåtgärder. Om målsättningarna för rehabiliteringen inte upplevs som betydelsefulla av klienten är det osannolikt att de kommer att leda till förändrade handlingsmönster i hans eller hennes vardag. Vidare krävs också att klienten självständigt förmår utvärdera och känna igen framsteg i vardagliga situationer utan att vara beroende av personalens utsaga. (Autti-Rämö 2010: 5-6)

Rehabilitering kan, enligt Bovend'Eerd et al. (2009: 1), ses som en komplex intervention, som innefattar en mångfald av komplicerade aktiviteter och åtgärder. Det är väsentligt att använda målformuleringsprocesser med hjälp av vilka det är möjligt att trygga en process där samtliga involverade, i första hand klienten, har samma uppfattning om målen för rehabiliteringen. Med andra ord handlar det om att klargöra vilka metoder som används för att nå de uppställda målen och samtidigt klargöra varje persons roll i den ifrågavarande processen. Målformulering är ett effektivt sätt för att uppnå beteendeförändringar hos människor. (Bovend'Eerd et al. 2009: 352)

Högsta ansträngning att nå ett mål förekommer när målet har en moderat svårighetsgrad. Uppsatta mål har en riktgivande funktion, d.v.s. de för uppmärksamheten och ansträngningarna mot relevanta aktiviteter för att nå målet och samtidigt styr de bort från mindre relevanta aktiviteter. Detta både ur kognitiv och beteendemässig synvinkel. (Locke & Latham 2002: 705-706) Högt engagemang gällande målet förverkligas när individen är övertygad om att målet är viktigt och att målet är delvis eller helt nåbart. Personer med hög självupplevd förmåga tenderar att ställa högre mål för sig själva än andra. Målformulering är mest effektiv när personen ifråga får feedback som visar på förbättring i relation till målet. (Locke 1996: 119-120) En viktig förutsättning för att en rehabiliteringsintervention skall ha önskad effekt är att klienten förbinder sig att vidtaga åtgärder som motsvarar de uppsatta målen. Ytterligare är det väsentligt att tidpunkten är rätt och att processen vid behov kan fortsätta smidigt inom följande organisation. (Autti-Rämö 2013: 128)

2.2.1 GAS-målformulering

Goal attainment scaling (GAS) är termen som används för att beskriva en metod, med vilken det är möjligt att kvantifiera ett uppnått mål. GAS är utvecklad i USA på 1960-talet inom mentalvårdsservicen av Kiresuk och Sherman. (Autti-Rämö 2010: 6, Bovend'Eerd et al. 2009: 354) Kiresuk (1994: 161) framhåller att GAS är ett utvärderingssätt, vars strävan är att locka fram och bestämma påtagliga förväntningar. Dessa kan ses som antagna resultat av specifika aktiviteter eller aktioner. Enligt Smith (1994: 7) är metodens fokus förankrad i de problem, symptom och aspekter, som åtgärderna förväntas förändra.

Utgångspunkten, så som även tidigare i texten framkommit, för FPA:s rehabilitering är att eftersträva ett visst mål och av den orsaken tillsattes i standarden 14/2007 ett målsättningsformulär som bilaga (bilaga 1). Tanken var att med hjälp av detta bättre kunna handleda både serviceproducenten och klienterna till att formulera konkreta och mätbara målsättningar för rehabiliteringen samt utvärdera hur väl målen uppnåts. (Louhenperä & Vainiemi 2010: 4) I enlighet med FPA:s standard är serviceproducenterna skyldiga att använda vissa specifika mät- och utvärderingsmetoder. GAS-metoden hör till ett av dessa mätinstrument. En eller flera från den multidisciplinära arbetsgruppen gör upp och utvärderar målen för rehabiliteringen tillsammans med klienten och vid dessa tillfällen används alltid GAS-målformuleringsblankett. (FPA 2012a: 15)

Metodiken gör det möjligt att systematiskt utvärdera och följa upp mål över tid och också möjlighet att beskriva många olika typer av målsättningar. Därutöver kan även både under- och överprestationer konkret beskrivas. (Lindstedt & Ivarsson 2008: 5) Ett mål kan med andra ord ses som något en person strävar efter genom valda handlingar eller beteenden. Dessa går att beskriva eller observera på ett sätt som gör det möjligt att utvärdera i vilken mån personen i fråga nått sitt mål. (Jfr. Lindstedt & Ivarsson 2008: 9) Om metoden används på ändamålsenligt sätt är det möjligt att avgöra i vilken utsträckning målsättningen är nådd och därmed också möjligt att jämföra hur effektiva olika åtgärder har varit. (Kiresuk & Sherman 1968: 445) GAS ger även möjlighet att jämföra olika mål för individer och mellan individer och beskriver därmed relevansen av förändring. (Steenbeek 2010: 112-113)

FPA utbildade under åren 2010-2011 servicproducenternas kontaktpersoner vid olika rehabiliteringsenheter i att använda GAS-målformuleringsinstrument. Detta för att de skulle introducera och implementera användningen av GAS-metoden inom institutionsrehabilitering. Utbildningen utvidgades även till att gälla yrkeshögskolornas personal, som därefter har ordnat utbildningar i användningen av GAS-målformuleringsinstrument. Trots att införandet av GAS-målformuleringsinstrument ur serviceproducentens synvinkel har krävt omorganisering av arbetssätt och kontinuerlig utbildning av personalen har enligt FPA:s förfrågning största delen av serviceproducenterna varit nöjda med GAS-metoden. Här bör dock poängteras att metoden är resurskrävande, vilket betyder att den inte nödvändigtvis fungerar i praktiken om ledningen inte ger de resurser som behövs för att implementera den i rehabiliteringsverksamheten. (Autti-Rämö 2013: 136)

I praktiken handlar det om att först klargöra vad som är fokus för behandlingen/rehabiliteringen och därefter formulera detta till konkreta mål. Klienten gör upp målen i samråd med personalen, d.v.s. verbaliserar det önskvärda resultatet av interventionen. Efter detta formuleras en rubrik, som beskriver målet; t.ex. återfå styrka. Processen fortgår genom att man formulerar en indikator, som representerar målet. Ett av de viktigaste stegen och möjligen också ett av de mest utmanande är att kunna specificera och formulera det förväntade resultatet. Det förväntade resultatet kan beskrivas kvantitativt eller kvalitativt. Härmed är det viktigt att granska målformuleringen på nytt för att avgöra om indikatorn och de förväntade resultaten är förenliga med rubriken för målet. Kvaliteten av målformuleringen har visat sig ha inverkan på resultatet. När det förväntade resultatet är klarlagt blir följande att formulera beskrivningar, som visar på om resultatet är något sämre eller något bättre än förväntat. Dessa skrivs ovanför respektive nedanför formuleringen gällande det förväntade resultatet. Därefter formuleras även beskrivningar för att ange om resultatet är mycket sämre än förväntat eller motsatsen; betydligt bättre än förväntat. Varje målsättning bör med andra ord ha fem nivåer, som beskriver utfallet av arbetet i riktning mot målsättningen. Varje nivå har ett numeriskt värde med -2 för betydligt sämre än väntat och $+2$ för betydligt bättre än förväntat. Noll beskriver det förväntade resultatet och -1 respektive $+1$ skalstegen emellan. (Kiresuk & Sherman 1968: 445, Smith 1994: 7-9, Steenbeek 2010: 32)

Även utvärderingen görs tillsammans med klienten varvid man avläser det förverkligade numeriska värdet för respektive målsättning. Värdena adderas och med hjälp av T-score tabellen (Bilaga 1) avläses klientens T-score värde i enlighet med antalet målsättningar. I de fall där klienten nått sina mål (summan av målsättningarna är 0) är T-score värdet alltid 50. Detta innebär med andra ord att klienten i medeltal har nått upp till sina målsättningar. Om poängen är under 50 har klienten i medeltal inte nått sina mål och i de fall där poängen överstiger 50 har klienten lyckats bättre än medeltalet eller också kan det tänkas att målsättningen har varit för lätt. (Autti-Rämö et. al. 2010: 11-12)

Gällande användningen av GAS-målformuleringsinstrument betonas följande tre saker: 1. fem sannolika och mätbara steg gällande målsättningen bör vara indentifierbara, 2. definition av nivåerna bör stämma överens med de av Kiersuk & Sherman (1968) presenterade och 3. det ska finnas specificerade kriterier för poängräkningen. Kriterierna för poängräkningen bör vara uppsatta för alla fem nivåer genast i samband med målformuleringen och inte först vid uppföljningen. (Cardillo & Choate 1994: 15)

GAS-målformuleringsinstrument är ur många synvinklar fungerande och stödande i processen mot förändring, men har även sina negativa sidor. Risk för partiskhet ur personalperspektiv är bl.a. kritik, som metoden fått. Med andra ord kan det finnas fara för att personalen favoriserar vissa områden framom andra, varvid det kan hända att klienten formulerar mål, som egentligen inte är väsentliga ur hans/ hennes synvinkel. (jfr. Kiersuk & Sherman 1968: 450, Steenbeek 2010: 25) Formuleringen av skalan för poängsättningen så att den är kontinuerlig är en annan utmaning som framkommit när det gäller användningen av metoden. Om skalan är gjord korrekt är det endast möjligt att värdera ett steg åt gången. Problem uppstår i de fall där det finns möjlighet att sätta poängen på flera än ett skalsteg eller där poängen inte passar in på något av de specifika skalstegen. (Cardillo & Choate 1994: 24) Liknande aspekter framkommer vad gäller rehabiliteringspersonalens erfarenheter så tillvida att skalan för poängsättning enligt dem gör arbetet gällande målsättning för rehabilitering mera konkret men, samtidigt också mera tidskrävande och utmanande. I många fall är det svårt för klienterna att förstå arbetssättet, vilket i många fall har att göra med pressade tidsresurser avsatt för arbetet. (Ylisassi 2011: 29)

Om de förutsedda målen är orealistiska kommer endera optimismen eller pessimismen att leda till poäng som är för låga eller höga. GAS gör det möjligt att fånga upp små, men samtidigt väsentliga förändringar gällande klientcentrerade funktioner (Mannion et al. 2010: 1737-1738). Enligt Smith (1994: 3) finns det indikationer på att redan processen i sig, att arbeta fram lämpliga mål har positiva effekter på resultatet av interventionen. Också Cardillo (1994: 50) menar att hemligheten bakom ett fruktbart arbete med GAS finns i målsättningsprocessen. Detta stämmer överens också med vad Steenbeek i sin doktoravhandling (2010: 27) anser, d.v.s. att GAS i sig har en terapeutisk effekt.

2.3 Hälsorelaterad livskvalitet

Enligt FPA:s statistik (Kela 2014: 2) är nedsatt mental hälsa och ryggproblem de största orsakerna till varför individer ansöker om rehabilitering. Inom ramen för problem i stöd- och rörelseorganen fick 27 600 personer rehabilitering under år 2013. Personer med ryggproblem hörde till den största gruppen av dessa. Sammanlagt utgjorde FPA:s utgifter gällande rehabiliteringstjänster år 2013 380 miljoner euro. Utgifter riktade till enskilda individer uppgick till 375 miljoner euro, varav rehabilitering stod för en andel på 292 miljoner euro och utbetalade rehabiliteringspenningar uppgick till 83 miljoner. (Kela 2014: 3) Det har visat sig att personer med ländryggsbesvär i tillägg till den konkreta fysiska smärtan också har funktionella begränsningar, som ofta återspeglas i livskvaliteten. Kostnaderna gällande vården av ländryggsproblem ökar hela tiden och därmed är det berättigat att mäta upplevd livskvalitet hos dessa klienter för att utreda effekten av vården och därmed utveckla den till att vara så adekvat som möjligt. (Hornig et. al. 2005: 551)

2.3.1 RAND-36

Livskvalitet har på senare tid allt mera börjat användas som mätare inom både hälsovård och rehabilitering för att utreda effekten av behandlingen/ interventionen (Pekkonen 2010: 29). Hälsorelaterad livskvalitet kan definieras som individens upplevelse av det egna hälsotillståndet fysiskt och psykiskt samt välmående relaterat till hälsa (jfr. Gill & Feinstein 1994 och Sax & Gathe 2005 I: Pekkonen 2010: 29). Det finns ett flertal

mätare, som används för att mäta upplevd livskvalitet angående funktionsförmåga och hälsoaspekter. Nottingham Health Profile, 15D och RAND-36 Health Survey 1.0 är bland andra mätare, som är allmänt kända och använda i Finland. Klienterna, som deltar i Tules-kurser, fyller i RAND-36 före eller under första perioden samt under den avslutande perioden av rehabiliteringen (FPA 2012a: 15). Skribenten har därmed valt att ge en mera ingående beskrivning av RAND-36 i arbetet och medvetet utelämnat andra mätare.

"RAND-36-item health survey 1.0" (RAND-36) är ett mätinstrument, som har utvecklats i USA, för att mäta hälsorelaterad livskvalitet. Mätinstrumentet utvärderar hälsa och välmående inom åtta olika domäner (tabell 1). (Aalto et. al. 1999: vii) Det är en väl använd mätare i Väst-Europa och det finns publicerade versioner på bl.a. tyska, svenska, franska och holländska (Aalto et. al. 1999: 5). Frågorna poängsätts 0-100 så att höga poäng betyder god hälsorelaterad livskvalitet och låga dålig hälsorelaterad livskvalitet (Aalto et al. 1999: 15). Mätinstrumentet innefattar även en tilläggsfråga, som kartlägger den självupplevda förändringen gällande livskvaliteten (Pekkonen 2010: 45). Enligt Hemingway et. al. (1997, I: Aalto et al. 1999: 5-6) lämpar sig RAND-36 som mätinstrument bl.a. inom hälsovården när man önskar mäta en hälsointerventions effekter på olika livsområden och i rehabilitering för uppföljning när personalen vill utvärdera resultatet av sitt arbete på gruppnivå.

Den upplevda hälsan är sällan statisk, utan varierar t.ex. i olika skeden av en sjukdom eller beroende på smärtförminnelsens styrka. I bästa fall kan en person med nedsatt funktionsförmåga omvärdera sina målsättningar och tack vare detta till och med uppleva sig ha bättre livskvalitet nu jämfört med hur läget var innan insjuknandet. (Jfr. Hyland 1997, I: Aalto et al. 1999: 2) Inom den kliniska vården är utvärdering av hälsorelaterad livskvalitet väsentlig bland annat när det gäller att utvärdera resultaten ur klient synvinkel (Aalto et al. 1999: 3). Eftersom RAND-36 förefaller vara ett känsligt mätinstrument när det gäller att fånga upp förändring över tid lämpar sig mätinstrumentet väl för att evaluera rehabiliteringsresultat (jfr. Pekkonen 2010: 8, 49).

Tabell 1. Domäner inom RAND-36 (Aalto et. al. 1999: 6).

Skala	Delområden	Skalans innehåll
Generell hälsa	5	Subjektiv upplevelse av nuvarande hälsotillstånd, utveckling av den egna hälsan, sjukdomsbenägenhet. Som bäst perfekt hälsa, som sämst upplevelse av försämrat och avtagande hälsotillstånd.
Fysisk funktion	10	Fysisk funktion, att klara av olika fysiska påfrestningar. Som bäst inga begränsningar vid krävande fysisk ansträngning (t.ex. tung motion), som sämst stora svårigheter att röra sig och bl.a. svårt att sköta sin personliga hygien.
Psykiskt välbefinnande	5	Ångest, depression, positiv sinnesstämning. Som bäst lugn, lyckligt sinnelag, som sämst nervöshet och nedstämdhet hela tiden under de senaste 4 veckorna.
Social funktion	2	Begränsningar gällande hälsotillståndet (fysiskt och mentalt) som begränsar socialt umgänge med familj, vänner, grannar o.dyl. Som bäst inga begränsningar, som sämst ytterst stor begränsning.
Vitalitet	4	Vakenhet, vitalitet. Har som bäst varit energisk och livskraftig de senaste 4 veckorna, som sämst varit trött hela tiden.
Smärta	2	Smärtgrad och hur stor utsträckning den har besvärat. Som bäst ingen smärta, som sämst mycket kraftig och begränsande smärta.
Rollfunktion-fysiska orsaker	4	Begränsningar p.g.a. fysiska hälsoproblem under de senaste 4 veckorna. Som värst varit tvungen att minska arbetstid, arbetsuppgifter, resultatet har varit sämre än normalt.
Rollfunktion-emotionella orsaker	3	Begränsningar p.g.a. emotionella orsaker under de senaste 4 veckorna. Som bäst inga begränsningar, som sämst varit tvungen att minska arbetstid, koncentration och resultat har varit sämre än normalt.

3 SYFTE OCH PROBLEMAVGRÄNSNING

Som framhållits i inledningen verkar ett av de viktigaste målen med rehabiliterande verksamhet vara att på ett eller flera plan nå någon form av förändring och omstrukturering, som är betydelsefull ur klientens synvinkel. För att mäta denna förändring används sedan en relativt kort tid tillbaka GAS-målformulering. Instrumentet har inom Tules-kurserna använts sedan 2012 och är därmed förhållandevis nytt för personalen. Därför var det relevant att utreda vilka uppfattningar personalen har av användningen av instrumentet. Det övergripande syftet med arbetet var därmed att:

Utreda om det finns samband mellan upplevd livskvalitet och uppnådda rehabiliteringsmål hos personer med ryggproblem inom medicinsk rehabilitering samt klarlägga hur GAS-målformulering ses ur personalperspektiv.

För att uppnå syftet har skribenten haft för avsikt att besvara två frågor:

- 1. Hur återspeglas den upplevda livskvaliteten i de skattade rehabiliteringsmålen i rehabiliteringens initial- och slutskede?**
- 2. Vilka erfarenheter har personalen gällande GAS-målformulering som arbetsinstrument?**

Genom fråga ett strävade skribenten efter att få klarhet i om klienternas upplevda livskvalitet förändras under rehabiliteringsprocessen och hur detta eventuellt korrelerar med hur väl målen utgående från GAS-målformuleringsprocess har uppnåtts. Genom den andra frågan strävade skribenten efter att få svar på vilka erfarenheter personalen har gällande GAS-målformulering som arbetsinstrument. Målformulering enligt GAS är ett relativt nytt arbetsinstrument inom FPA:s tules-kurser och aktuellt inom rehabiliteringsverksamheten. Därmed föreföll det relevant att även utreda personalens erfarenheter av arbetsinstrumentet.

4 METOD OCH GENOMFÖRANDE

I detta kapitel följer en beskrivning av datainsamlingen, fokusgruppintervju som metod, informanterna, etiska riktlinjer samt analysmetoden.

4.1 Datainsamling

Utgående från arbetets syfte har både en kvantitativ och en kvalitativ ansats vid insamlingen av data använts. Detta för att ha möjlighet att belysa både statistiskt mätbara förändringar och belysa subjektiva aspekter.

4.1.1 RAND-36 och T-score värde för GAS

Tidigare i arbetet har framkommit att klienterna, som deltar i Tules-kurser, fyller i RAND-36 i rehabiliteringens slut- och initialskede. Detta sker via HyvinvointiNetti®, som är ett av Avire Oy utvecklat datanätbaserat arbetsforum och används sedan 2008 av rehabiliteringskunderna. HyvinvointiNetti® innefattar olika frågeformulär vars målsättning är att samla information om individens hälsotillstånd, utvärdera personliga målsättningar samt effektivera samarbetet med arbetsplatshälsovården och övrig hälsovård. Därmed fungerar det också som ett uppföljningssystem gällande rehabiliteringens effekter. Frågeformulären för FPA:s rehabiliteringskurser har valts utgående från föreliggande rehabiliteringsforms rehabiliteringsstandard och varierar därför beroende på vilken rehabiliteringsform det gäller. (Rantanen 2009: 13, Salo 2013: 4) I denna studie har data gällande endast RAND-36 och GAS-målformulering samlats in och som tidigare nämnts har därmed inte de andra frågeformulären behandlats.

Under åren 2012-2013 utförde en fysioterapeut och fysioterapeut ett internt projekt vid Avire Oy där ryggrehabiliterings klienter ingick. Samtliga klienter, som under det året deltog i ryggrehabilitering, inkluderades och intervjuades angående hemträningens frekvens, smärtupplevelse enligt VAS och upplevd hälsorelaterad livskvalitet mätt med RAND-36 poäng. Det sammanlagda antalet klienter var därmed 180. All data dokumenterades i Microsoft Excel-form för både initial- och slutskedet av rehabiliteringen. Rapporten från projektet är i skrivande stund opublicerad, men skribenten har av fysioterapeuten fått tillgång till datan.

Den kvantitativa datan i denna, av skribenten utförda studie bestod av både RAND-36 poäng och T-score värden för GAS. Under december 2014 påbörjades genomgången av klienternas RAND-36 och GAS blanketternas T-score värden. Vid genomgången framkom att RAND-36 poängen saknades i 52 fall gällande initial- eller slutskedet och

vad gällde T-score värdet för GAS saknades på motsvarande sätt dokumentering i 55 fall. Därmed har sammanlagt 128 klienternas RAND-36 poäng och 125 klienters T-score värden kunnat användas. T-score värdena för GAS fanns att tillgå i varje klients rehabiliteringsberättelse och plockades manuellt därifrån och dokumenterades därefter jämsides med RAND-36 poängen.

Den första versionen av dokumentationen gjordes i Microsoft Excel-form och för att möjliggöra analys av materialet överfördes data därefter till SPSS. För både RAND-36 och GAS räknades medelvärdet, maximi och minimi poäng för varje variabel ut. Medeltalet gällande förändringar i upplevd hälsorelaterad livskvalitet mätt med RAND-36 för initial- och slutskedet har jämförts med parat T-test (Paired Samples Test). Enkelt T-test (Independent Samples Test) användes för att utreda om det fanns skillnader mellan de som hade uppnått önskat T-score värde (50) och de som inte hade uppnått önskat värde; $T\text{-score} < 50$. Pearsons korrelation räknades ut för att se om det fanns samband mellan T-score värde och förändringar gällande RAND-36 poäng vid initial- och slutskedet av rehabiliteringen. T-score värdena för GAS dokumenterades separat för varje klient och i samband med detta dokumenterade respondenten även klienternas målformulering för att få en så heltäckande bild som möjligt av eventuella samband mellan upplevd livskvalitet och uppnådda mål.

4.1.2 Fokusgruppintervju

Kvalitativ data handlar enligt Eskola & Suoranta (2003: 61) om förståelse, att förstå en specifik händelse eller att ge en teoretiskt sett godtagbar tolkning av ett fenomen. Med tanke på att skribenten genom den andra forskningsfrågan strävat efter att klarlägga personalens erfarenheter gällande GAS-målformulering som arbetsinstrument föreföll det naturligt att för detta ändamål välja ett kvalitativt angreppssätt. Idén med fokusgruppintervjuer är enligt Kreuger & Casey (2000: 4) att höra på och samla in information. Det är ett sätt för att få ökad förståelse för hur personer tänker om t.ex. ett specifikt ämne. För att kunna ta del av personalens erfarenheter angående GAS-målformulering som arbetsinstrument valde skribenten därför att göra en fokusgruppintervju där fysioterapeuter och psykologer var representerade.

Kreuger & Cassey (2000: 40-42) betonar bl.a. följande vad gäller goda frågor för intervjuer: frågorna skall vara lätta att uttala, klara och väl genomtänkta, kortfattade, öppna och formulerade med ord som deltagarna i intervjun känner till. Arbetets syfte och frågeställningar har funnits som bas när intervjufrågorna har utarbetats. Intervjuguiden (Bilaga 2) bestod av 8 frågor, vilka var indelade i öppnande, introducerande, övergångs-, nyckel- och avslutande frågor enligt Kreuger & Cassey (2000: 43-45).

4.1.3 Informanter

Vid val av informanter, är det bra om de har någorlunda samma erfarenhetsbakgrund, samma grundskunskap som intervjuaren om forskningsområdet (Eskola & Suoranta 2003: 66). I en gruppintervju handlar det, vidare om att intervjua en grupp människor samtidigt och till fördel är om gruppen är så homogen som möjligt. Gällande de personer, som har intervjuats för detta arbete uppfylldes ovan nämnda kriterier väl. (Eskola & Suoranta 2003: 94)

Inklusionskriteriet gällande informanterna var att de skulle vara del av en multidisciplinär arbetsgrupp vid Avire Oy och därmed ha erfarenhet av att arbeta med målformulering sett ur GAS-perspektiv. Skribenten tillfrågade samtliga fysioterapeuter och psykologer inom tules-arbetsgruppen första veckan i december 2014 gällande deltagandet i fokusgruppintervjun. Det sammanlagda antalet, som per e-post tillfrågades om de vill delta i fokusgruppintervjun och dela med sig av sina erfarenheter av arbetet med GAS-målformuleringsinstrument inom rehabilitering, var därmed två psykologer, tre arbetsfysioterapeuter och fem fysioterapeuter (Bilaga 3). Fokusgruppen bestod sammanlagt av 10 informanter varav två var män och åtta kvinnor. Två av deltagarna var psykologer, tre arbetsfysioterapeuter och fem fysioterapeuter. Deltagarnas arbetserfarenhet inom nuvarande arbetsgrupp varierade från två och en halv månad till trettio år.

En och en halv timme hade reserverats för intervjun, som ägde rum i ett av grupp-arbetsutrymmena på arbetsplatsen efter arbetsdagens slut den 14 januari 2015. Samtliga deltagare och moderatorn satt kring samma bord. Tillfället inleddes så att moderatorn kort gick igenom tågordningen för intervjun samt upprepade syftet med studien och principen för frivilligt deltagande. I samband med detta samlades också de under-

tecknade blanketterna för informerat samtycke in. Därefter startade ljudbandningen och moderatorn ledde diskussionen genom att muntligt ställa frågor. För tydlighetens skull presenterades frågorna även som power point.

Moderatorn gjorde anteckningar och ställde följdfrågor enligt behov. När samtliga frågor var ställda gjordes en sammanfattning av svaren och informanterna gavs möjlighet att korrigera och ge vidare kommentarer. Informanterna gavs även möjlighet att ta upp aspekter som de upplevde som relevanta och vilka inte behandlats. Sammanlagt ljudbandades 1 h och 13 minuter. En av informanterna var tvungen att gå efter 30 minuter och en annan efter 50 minuter. Därmed deltog delvis 10 informanter och i sin helhet 8 informanter i intervjun. Den ljudbandade intervjun transkriberades ord för ord under veckorna 3 och 4 (januari 2015) och materialet uppgick till sammanlagt 36 sidor skriven text.

4.1.4 Innehållsanalys

Det transkriberade materialet från fokusgruppintervjun utgjorde grunden för innehållsanalysen. Utskrifterna möjliggjorde en systematisk tolkning och kodning av intervjun och därmed gick det att hitta inlägg, som upprepades. Målet har varit att hitta kategorier som, så väl det är möjligt, fångar helheten av de erfarenheter intervjun har haft för avsikt att belysa. (Jfr. Kvale & Brinkman 2009: 201-202) Det transkriberade materialet har lästs igenom upprepade gånger hela tiden med intervjufrågorna och studiens syfte i minnet. Först dokumenterades preliminära kategorier och därefter växte slutliga kategorier fram.

4.2 Etiska överväganden

Samtliga klienter har i samband med att rehabiliteringen påbörjats gett sitt samtycke (skriftligt) till att data från HyvinvointiNetti® får användas i bl.a. forskningssyfte. Därmed har de etiska principerna beaktats och enskilda lov av klienterna behövdes inte för att använda dessa data. Dataskyddet är säkrat vad gäller HyvinvointiNetti® i och med att klienterna fått ett lösenord i samband med kallelsebrevet till rehabiliteringen.

Från datanätverket (<https://secure.saga.fi/Siuntio/Verkko/login.aspx>) har varje användare tillgång till sina personliga sidor. Datasäkerheten är kontrollerad korrekt i och med att utomstående inte har tillgång till de data som finns där. (Rantanen 2009: 12)

Benämningen informerat samtycke används när man gett undersökningspersonerna information om det allmänna syftet med studien, på vilket sätt den är upplagd och om eventuella risker och fördelar som kan tänkas uppkomma i samband med deltagandet (Kvale & Brinkmann 2009: 87). Dessa etiska riktlinjer har följts genomgående i arbetet. Efter att ha tackat ja till att delta i fokusgruppintervjun fick alla deltagare skriftlig information (Bilaga 4) där syftet med studien och praktiska detaljer om intervjutillfället framgick. Informanterna fick också i samband med detta veta att intervjun kommer att ljudbandas och därefter transkriberas. Deltagarna informerades om att de deltar på frivillig basis och att de därmed har rätt att avbryta deltagandet om de så önskar i vilket skede av studien som helst. Alla informanter fick även information om att all data kommer att behandlas konfidentiellt. Detta betyder i forskningssammanhang att privata data, som kan göra att informanterna går att identifiera inte kommer att avslöjas. (jfr. Kvale & Brinkmann 2009: 88) I praktiken betyder detta också att ljudbanden och de transkriberade texterna har förstörts när analysen av materialet är gjord. Vid intervjutillfället underteckande samtliga informanter informerat samtycke att delta i intervjun (Bilaga 5).

Alla informanter arbetar vid Avire Oy och har således samma förman. Därmed har också både en muntlig och skriftlig (Bilaga 6) anhållan av informanternas förman gjorts. Förmannen gav genast sitt samtycke till att utföra intervjun och därmed vidtalades informanterna kort efter detta. Förmannen gav också sitt lov till att informanterna och respondenten fick räkna intervjun som arbetstid.

5 RESULTATREDOVISNING

Resultaten har presenterats i två delar: först redovisas RAND-36 poäng och T-score värden för GAS. Därefter personalens erfarenheter av GAS-målformulering som arbetsinstrument.

5.1 Resultat från RAND-36 poäng och T-score värde för GAS

Paired Samples Test (bilaga 7) ger indikationer på att det för fyra av åtta domäner gällande RAND-36 statistiskt sett skett signifikanta förändringar mot det bättre vid bekommer initial- och slutskedet av rehabiliteringen. Denna positiva förändring gäller domänerna **smärta, fysisk funktion, social funktion och vitalitet**. Vid rehabiliteringens initialskeket var klienternas upplevda **smärta** i medeltal 42,0 poäng (SD 19,8). Under rehabiliterings-processen minskade smärtan i medeltal 10,4 poäng (95% konfidensintervall 6,2-14,5, $p < 0.001$). För domänen **fysisk funktion** var medeltalet vid initialskeket 60,4 poäng (SD 21, 5) och vid slutskeket var förändringen mot det bättre i medeltal 8,5 poäng (95% konfidensintervall 5,2-11,8, $p < 0.001$). För domänen **social funktion** hade klienterna vid rehabiliteringens initialskeket i medeltal 67,1 poäng (SD 26, 0) och vid slutskeket av rehabiliteringen var förändringen mot det bättre i medeltal 6,7 poäng (95% konfidensintervall 2,3-11,2, $p < 0.01$). För domänen **vitalitet** hade klienterna vid rehabiliteringens initialskeket i medeltal 52, 4 poäng (SD 22,0) och vid slutskeket av rehabiliteringen var förändringen mot det bättre i medeltal 5,5 poäng (95% konfidensintervall 1,8-9,0, $p < 0.01$).

Utgående från studiens syfte, att utreda om det eventuellt fanns samband mellan hur väl klienterna uppnår sina målsättningar under rehabiliteringen och skedda förändringar gällande upplevd hälsorelaterad livskvalitet, delades klienterna in i två grupper: **1. de klienter som hade T-score < 50** ($n = 68$) och **2. de klienter som hade T-score minst 50** ($n = 57$). **Independent Samples T-Test** (bilaga 8) visar att klienterna, som hörde till den andra gruppen gällande domänen **generell hälsa** i genomsnitt har en större förändring mot det bättre jämfört med de som hade T-score < 50. Grupp 2 har i medeltal en förändring mot det bättre med 7,5 poäng (SD 17,1) jämfört med grupp 1 där förändringen mot det bättre i medeltal är -,88 poäng (SD 15, 2, $p < 0.005$). Samma gäller för domänen **fysisk funktion** där grupp 2 i medeltal har en förändring mot det bättre med 14, 3 poäng (SD 18,7) och grupp 1 i medeltal 3, 9 poäng (SD 17,6, $p < 0.005$). Även för domänen **vitalitet** har grupp 2 i medeltal en större förändring mot det bättre jämfört med grupp 1. Klienterna i grupp 2 har i medeltal en förändring mot det bättre med 9, 5 poäng (SD 23, 8) och klienterna i grupp 1 har i medeltal en förändring mot det bättre med 1, 8 poäng (SD 17, 5, $p < 0.05$). 95% konfidensintervall för dessa domäner är

följande: **generell hälsa**: (95% CI -2,7- (14, 1)), **fysisk funktion** (95% CI -3, 9- (-16,8)) och **vitalitet** (95% CI -3, 1- (-15,0)).

Pearsons Correlations test (bilaga 9) tyder på att det för en del av domänerna finns samband mellan RAND-36 variablerna och T-score värdet. Testet indikerar på att det finns samband mellan förändring av RAND-36 poäng mot det bättre och T-score värde gällande domänerna **generell hälsa**, **smärta**, **fysisk funktion** och **vitalitet**. För **generell hälsa** är den observerade korrelationen (r) = 0, 21 ($p < 0.02$), för **smärta** $r = 0, 24$ ($p < 0.008$), för **fysisk funktion** $r = 0, 35$ ($p < 0.000$) och för **vitaliet** $r = 0, 23$ ($p < 0.009$).

Både Independent Samples Test och Pearsons Correlation Test ger indikationer på att det finns samband mellan positiva förändringar i RAND-36 poäng och T-score värdet för GAS gällande domänen **generell hälsa**. Motsvarande signifikans i förändring kan dock inte ses vid jämförelsen av RAND-36 poängen för initial- och slutskedet av rehabiliteringen. Signifikansnivån gällande domänen generell hälsa är $p > 0.065$, det vill säga statistiskt inte signifikant. Paired Samples Test mäter medeltalet gällande förändringar för initial- och slutskedet för RAND-36 poäng medan de andra testen mäter skillnader och samband mellan RAND-36 och T-score värde för GAS. Detta kan tänkas vara orsaken till skillnaderna i resultatet.

5.2 Resultat från fokusgruppintervjun

Intervjusvaren presenteras utgående för de kategorier som trätt fram under analysen och genomgången av materialet. Citat från gruppens diskussion används under varje kategori för att göra redovisningen så konkret och åskådlig som möjligt. Det visade sig att mycket av det som framkom i personalens svar går att härleda till intervjuguidens teman och tidigare litteratur. Skribenten har strävat efter att vara så objektiv som möjligt under arbetets gång och valde av den orsaken att inte översätta citaten utan presentera dem på finska. Personalens erfarenheter av att använda GAS-målformuleringsinstrument förefaller innefatta åsikter sett både ur klientens- och personalens perspektiv. Följande fem kategorier stiger fram ur intervjusvaren: **1. stödande arbetsinstrument för både personal och klienter**, **2. klientens resurser/hinder synliggörs**, **3. klientens subjektiva förändring riskerar att förbli osynlig**, **4. tidskrävande och svårtolkad**

blankett, 5. kräver erfarenhet och övning för att använda blanketten ändamålsenligt.

5.2.1 Klientens resurser/hinder synliggörs

I denna kategori ingår positiva erfarenheter av GAS-målformulering som arbetsinstrument. Nästan alla i gruppen lyfter fram att de upplever arbetssättet positivt i och med att det, enligt dem, gör att klienterna bättre än tidigare förbinder sig att arbeta mot det/de mål, som de själva har satt upp för rehabiliteringen. Informanterna ansåg vidare att undertecknande av GAS blanketten gör att klienterna bättre förbinder sig och de vet att arbetet följs upp. Detta uttrycker personalen på bl.a. följande sätt:

I: *"se sitouttaa hyvin kuntoutujaa tähän kuntoutukseen minun mielestä."*

C: *" ..rupee kuntoutujat ikään kun alitajuisesti työskentelemään sen tavoitteen suunnaisesti."*

E: *"..kuntoutujat sitoutuvat paremmin...kun on tavoitekaavake."*

J: *"...tavoitetyöskentelyyn erinomaista, se sitouttaa..."*

F: *"...tukee vuoden prosessia ehdottomasti."*

F: *"...antaa punaisen langan siihen vuodelle, on työskentely joka jatketaan, tähän palataan, tätä seurataan. Se antaa myös ihmisille sitoutumisen..."*

I: *"...ihminen oppii näkemään...mikä on ollut esteenä se ettei ole päässyt tavoitteeseen. Tai mikä on auttanut että mä oon saavuttanut tavoitteen...oppii ajattelee asioita tällä tavalla..."*

Det lyfts också fram att arbetssättet aktiverar klienten att arbeta för att främja den egna hälsan samt hjälper klienterna att bättre förstå vad som varit hinder i de fall där klienten inte kommit upp till den egna målsättningsnivån.

H: *"...pyrkii pakottamaan syvällisempään ajatteluun...liittyen siihen mikä on minulle hyväksi."*

J: *"...itse laitetaan siinä aktiiviseksi...itse joutuu arvioimaan."*

B: ”...ei opita tekemään...tavoitteesta totta pelkästään vaan tässä opitaan tekemän tavoitteita johon liittyy...että näkee...esteenkin seurannan kanssa.”

H: ”...konkretisoituu... mikä siinä oikeesti on esteenä...”

D: ”...minun omista tarpeista löydettävä se tavoite...silloin lyötyy niitä keinojakin...”

5.2.2 Stöd för både personal och klienter

Kategorin innefattar aspekter som indikerar på att personalen uppfattar arbetssättet som konkretiserande och upplever att GAS-målformulering som arbetsinstrument ger struktur åt arbetet. En annan aspekt som lyfts fram är att det förefaller som om det redan i det skedet när klienten dokumenterar sin målsättning stöder processen mot målet.

C: ”...jäsentään sitä kuntoutusprosessia sekä työntekijälle, että...erityisesti kuntoutujalle.”

J: ”...kyllähän se tukee minun mielestä sitä muutosprosessia...”

G: ”...se että niitä kirjoitetaan niitä tavoitteita ja toivietta tai unelmia ylös...jo itsessään tukee...”

C: ”...työntekijän näkökulmasta...GAS työskentely kuitenkin jäsentää sitä kuntoutusprosessia...siihen on tullut selvä käsikirjoitus siihen miten se...viimeinen ryhmä toteutetaan...siihen on tullut struktuuri siihen työskentelyyn.”

J: ”...tavoitteiden asettaminen sinänsä tukee muutosprosessia...lähtötilanteen näkee, niin hän haluaa muutosta...”

E: ”...kun vaihtuu ohjaajat...GAS on aika selkeä mistä pääsee alkuun.”

5.2.3 Tidskrävande och svårtolkad blankett

Många positiva aspekter angående erfarenheter av GAS-målformulering som arbetsinstrument kommer fram i diskussionen, men det finns även aspekter som upplevdes utmanande eller rent av negativa. I diskussionen framkommer att klientgrupperna är

väldigt heterogena så tillvida att det för en del kan kännas som en näst intill omöjlig uppgift att få målsättningar dokumenterade på GAS-blanketten. I talturerna framkommer också att skalan förefaller svårförstådd för många och upplevs av personalen i vissa fall som stel och delvis också svår att tillämpa för vissa typer av målsättningar.

B: ”...ihmiset ei ymmärrä yhtä nopeasti ja sitten...kätevintä katsoa...painokilot naapurin paperista ja kopioida ne suoraan...meidän syy että se ei ehdi tulla ihan se oma tavoite tällä mallilla...”

C: ”...osa ihmisistä se on niin ku ylivoimainen tehtävä...joko siellä on masennusta, uupumusta tai sitten vaan ei kognitiiviset taidot riitä tän tyyppiseen työskentelyyn ja kaavakkeiden täyttämiseen...”

I: ”...numeraaliset tavoitteet on helppoja asettaa koska ne on helppoja seurata...mutta jos joutuu sanottamaan tavoitteen niin se vaatii vähän enemmän työtä.”

J: ”...jotkut ymmärtää tämmöstä lomaketta helpommin...ett jollain se lomake sotkee...ne saattaa viimeisllä jaksolla ymmärtää...”

I: ”...haastetta...että kuntoutuja ei todellakaan ymmärrä tän työskentelyn päälle...se mene perille ja ihminen rupee vastustaa silloin kohta koko työskentelyä...tilanteita on tullut paljon että ihminen ei ymmärrä tosiaan mitä tehdään tässä.”

F: ”...kielteiset kokemukset tulee nimenomaan tästä mittaristosta, että se on hankalaa hahmottaa...”

J: ”...tuottaa hankaluuksia ne puls ykköset ja ne plus kakkoset jotenkin moni mieltää se plus kakkosen että siihen pitää pyrkiä vaikka sitä sanoo...nollahan on vähän semmonen että nolla on huono...”

J: ”...niille kenelle se on vaikee...ne tekee sen jotenkin teknisesti oikein...jolloin se ei toteudu se henkilökohtaisuus, yksilöllisyys...”

A: ”...viimeisellä jaksolla ihmiset tietää että jos minä nyt laittaisin näitä niin nyt mä tietäisin mitä mä siihen laitan...”

H: ”...toiset laittaa siihen keinoja siihen asteikkoon ja toiset tavoitteita, että siinäkään ei ole...johdonmukaisuutta...”

J: ”...asteikko pakottaa tai se on aika teennäistä siinä vääntää sitä asteikkoa...”

5.2.4 Klientens subjektiva förändring riskerar att förbli osynlig

De flesta i gruppen är överens om att det i många fall verkar vara så att klienternas subjektiva upplevelse är att det har skett stora förändringar mot det bättre, men att det utgående från T-score värdena förfaller vara på annat sätt.

D: ”...ylipäättään jos me ajatellaan mikä, jos me katsotaan niitä GAS tuloksia että mitä se kertoo ylipäättään siitä, niin se kertoo aika vähän. Se voi olla että se ei kerro yhtään mitään...se lopullinen tulos ei tosiaan välttämättä kerro yhtään mitään.”

E: ”...jos ei ole tavoitteet saavutettu että onko kuntoutuksessa ollut hyötyä vai ei...sitä se ei minusta tällä hetkellä ainakaan riittävän hyvin mittaa.”

H: ”...tuntuma on käytännön työstä että ihmiset ovat menneet eteenpäin jokainen omalla tavallaan mutta sitten taas jos katoo tilastotieteen...lukuilla sitä muutosta GAS lomakkeella niin se ei välttämättä näytä ollenkaan siltä. Eli tuleeko sitten oikeasti tällä lomkkeella näkyväksi ne todelliset tavoitteet, todellinen muutos?”

J: ”...saattanut ihminen sanoa, että hänen elämä on muuttunut tämän vuoden aikana, että hän on ihan toinen ihminen, GAS pisteissä näkyy että hän saa paljon alle 50 pistettä, että se on jotain 30 pistettä...”

E: ”...sulla on vaikka kilot pysyneet samana mutta...vyötärön ympärysmitta kaventunut hurjasti niin se on aika masentava sitten.”

F: ”...jos on tämmöisellä ihmisellä vain yksi tavoite ja se mikä on tapahtunut ei todellakaan liity yhtään siihen ja hän saa huonot pisteet...”

H: ”...se mihin se on päässyt ja mikä on sille tärkeä että ne ei välttämättä ole kuitenkaan sama asia.”

H: ”...tässä on tavallaan kaksi eri asiaa mun mielestä että on sen lomakkeen täyttäminen...miten me saadaan se mahdollisimman sujuvasti tehty ja siltä on ihan oikeesti ne ihmisten tavoitteet ja sen vuoden prosessi. Mihin se on päässyt ja mikä sille on tärkeä että ne ei välttämättä ole kuitenkaan sama asia.”

5.2.5 Kräver erfarenhet och övning för att använda blanketten ändamålsenligt

I diskussionen kommer det också fram att det är av stor betydelse på vilket sätt personalen presenterar och styr arbetet gällande formuleringen av målsättningarna. Vidare poängteras även vikten av vilken form av stöd som ges åt klienterna. Personalens uppgift är inte att styra utan att stöda processen. I detta sammanhang lyfts även fram tankar om tidpunkten för målformuleringen.

D: *”...on hirveä tärkeä...erityisesti toi johdattaminen sitten tähän tavoitteiden asettamiseen...”*

F: *”...semmoisten ryhmien kanssa jossa mulle on jotenkin jäänyt jo aikaa heti ensimmäisestä päivästä lähtien heitä johdattaa tähän tavoitteeseen ja miettimiseen niin heillä on kaikki valmiina.”*

I: *”...ekana päivänä jo kysytään...mihin haluaa muutosta ja ne voidaan laittaa vaikka fläpitaululle...niin se voi rakentua sen ympäri se omakin tavoite.”*

G: *”...pystyy selkeyttää sitä asteikkoa että ehkä enemmän sanallisesti jos kuvaa että tässä sitä lähtötasoa ja tämä tavoitetaso ja sitten siinä välillä...”*

I: *”...ihmisten ahdistusta vähentää se että kun heti alussa kertoo että tavoitteita voi aina muutta.”*

J: *”...voisiko vielä keskijaksolla jotenkin vielä korostaa sitä että nyt miettikää että onko ne oikeesti ne teidän tärkeät tavoitteet että siinä vaiheessa vielä niin ku pysähtyä niitten äärelle...”*

I: *”...onks se perjantai sitten se oikea päivä tehdä tätä tavoitetta ensimmäisellä jaksolla. Tässä on tullut monesti se tunne, että niillä on jo toinen jalka oven välissä kotiin lähdössä ja sitten nopeesti pitäisi tehdä joku tavoite...lähtöpäivä ja kiire on yksi ongelmakehto.”*

6 SAMMANFATTANDE DISKUSSION

Det övergripande syftet med arbetet var att utreda om det finns samband mellan upplevd livskvalitet och uppnådda rehabiliteringsmål hos personer med ryggproblem inom medicinsk rehabilitering samt klarlägga hur GAS-målformulering ses ur personalperspektiv. I föregående kapitel redovisades betydande statistiska fynd samt personalens erfarenheter utgående från fokusgruppintervjun. Här näst följer en sammanfattning med en djupare tolkning av resultaten och förankring i litteraturen.

6.1 Samband mellan förändringar gällande upplevd hälso-relaterad livskvalitet och uppnådda målsättningar

Resultaten av denna studie ger indikationer på att det inom vissa delområden finns statistiskt signifikanta samband mellan positiva förändringar gällande upplevd hälso-relaterad livskvalitet och uppnådda rehabiliteringsmål. Samtliga statistiska test tyder på att det för domänerna **fysisk funktion** och **vitalitet** finns signifikanta fynd vad gäller förändring mot det bättre mätt med RAND-36 poäng (initial- och slutskedet av rehabiliteringen). Motsvarande gäller även när klienterna med T-score < 50 och klienterna med T-score minst 50 jämfördes; klienterna som har uppnått sina rehabiliteringsmål eller lyckats över förväntan har signifikanta skillnader i RAND-36 poäng för dessa domäner vid jämförelsen av initial- och slutskedet av rehabiliteringen. Pekkonen (2010: 76) presenterade i sin undersökning delvis motsvarande resultat; klienter med fysiska besvär hade för domänen fysisk funktion signifikanta fynd vad gällde förändring mot det bättre efter rehabiliteringen (förändring 12,07 enheter, $p < .001$). För domänen vitalitet var förändringen 7,33 enheter, $p < .01$ i Pekkonens (2010: 76) undersökning. Detta kan ses överensstämma med Rehabiliteringsredogörelsen (2002:9) där rehabiliteringen beskrivs som en väsentlig åtgärd när det gäller att påverka befolkningens arbets- och funktionsförmåga mot det bättre och erbjuda arbetsredskap som möjliggör bemästring av den egna livssituationen.

För domänen **smärta** finns signifikans gällande förändringen i RAND-36 poäng när initial- och slutskedet av rehabiliteringen jämförs. Signifikans finns också för samma domän gällande sambandet mellan T-score värdet och RAND-36 poäng. Detta

korrelerar med Pekkonens (2010: 76) fynd där signifikansnivån för denna domän var hög; förändring 17,83 enheter, $p < .001$. När det gäller den egna studien är respondenten dock överraskad över att det inte hittades några signifikanta skillnader mellan de klienter som hade T-score < 50 och de som hade T-score minst 50 vad gäller domänen smärta när T-score och RAND-36 poäng jämfördes gällande initial- och slutskedet av rehabiliteringen.

Intresseväckande är att det för domänen **generell hälsa** hittas signifikanta samband mellan T-score och förändring mot det bättre vad gäller RAND-36 poäng för denna domän. Samma fynd görs vid jämförelse av den grupp klienter som har T-score minst 50 och den grupp som har T-score < 50 . De klienter som har lyckats nå målen eller lyckats över förväntan har i genomsnitt en större förändring mot det bättre gällande generell hälsa. Också i Pekkonens (2010: 76) undersökning var generell hälsa en av de domäner där förändringen var på den nivån, att det fanns signifikans vid jämförelse av initial- och slutskedet av rehabiliteringen (förändring 5,08 enheter, $p < .01$). För domänen **social funktion** hittas signifikans enbart vad gäller förändring i RAND-36 poäng mot det bättre från initial- till slutskedet av rehabiliteringen.

Genomsnittsvärdet för de olika domänerna i RAND-36 för finländare har dokumenterats av Aalto (1999: 36). När ifrågavarande poäng jämförs med de ryggrehabileringsklienters RAND-36 poäng, som har använts i denna studie ($n=128$), kan konstateras att de för samtliga domäner har lägre poäng än genomsnittet. Detta gäller även efter rehabiliteringsinterventionen trots att det för fyra domäner skett statistiskt signifikanta förändringar mot det bättre. Med andra ord förefaller det som om långvariga ryggproblem har samband med hur individen uppfattar sin hälsorelaterade livskvalitet.

Antalet målsättningar per klient varierar från 1-6 mål. Den största gruppen utgör de som har tre målsättningar: ($n= 63$). De mest frekvent förekommande målsättningar är sådana som berörde kondition och funktionsförmåga. Först i tredje och fjärde hand kommer målsättningar som gäller smärtlindring eller arbete. Detta fynd korrelerar med faktum att det inte går att påvisa signifikans utfört med Independent T-test gällande domänen smärta. Samband gällande detta verkar även finnas i intervjuvaren eftersom många av informanterna påpekar att GAS-målformulering och hur väl klienten uppnått sitt mål inte alltid går hand i hand. Också medeltalet av T-score värdena för klienterna tyder på

att klienterna i genomsnitt inte nått sina målsättningar. Det förefaller som om klientens subjektiva upplevelse i många fall är att mycket har förändrats mot det bättre, men motsvarande är inte alla gånger påvisbart om man ser till T-score värdena för GAS. Positivt gällande resultaten är dock att 22,4% av klienterna har nått sin målsättning och vidare att 23,2% av klienterna har lyckats t.o.m. bättre än förväntat.

Vid Avire Oy används sista dagen under första perioden av rehabiliteringen för att göra upp målsättningar. Under den första perioden deltar klienterna också i en föreläsning där GAS-målformulering, som arbetsätt, presenteras. Alla klienter gör upp individuella målsättningar, men arbetet sker i grupp så att en fysioterapeut, som under veckan fungerat som i frågavarnade grupps ledare, och en psykolog tillsammans handleder klienterna individuellt i arbetet. I samband med målformuleringsprocessen har ofta exempel på målsättningar presenterats, främst för att klargöra skalan för skattningen. Om exemplet har varit relaterat till fysisk träning eller viktminskning har det ofta resulterat i att åtminstone klienter, som upplevt arbetsättet svårforstått, använt exemplet för att få något till pappers. De har inte i den stunden desto djupare reflekterat över huruvida målet haft något att göra med främjandet av deras egen hälsa eller inte.

Utgående från fokusgruppintervjun ifrågasätter största delen av personalen tidpunkten och tidsramarna för arbetet med målsättningarna. Det kommer fram att de flesta upplever arbetet som utmanande och krävande. Detta gäller framför allt handledningen av klienterna till att formulera målsättningar, som verkligen beskriver områden, vilka ur hälsorelaterad livskvalitets synvinkel är relevanta för individen.

Dessa ovan nämnda aspekter kan, åtminstone delvis, vara förklaringen till varför det i så många fall finns målsättningar gällande kondition och funktionsförmåga och inte smärtlindring, som kommer först på tredje plats. Motsvarande kan tänkas vara fallet gällande varför klientens subjektiva upplevelse av att mycket har förändrats mot det bättre inte nödvändigtvis syns i varken RAND-36 poäng eller T-score värden. Med andra ord kan orsaken till varför rehabiliteringens effekter inte syns som positiva förändringar mätt med mätinstrumenten vara att målen inte är rätt formulerade. Parallellt till litteraturen kan dras gällande dessa fynd åtminstone i Kiresuk & Shermans (1968: 450) och Steenbeeks (2010: 25) utsagor att det finns risk för att personalen blir partisk och/eller favoriserar vissa typer av målsättningar. Å andra sidan hävdar dock Mäntynen et al.

(2013: 8) att bevisen för att GAS är ett relevant mätinstrument för att mäta rehabiliteringens effekt hela tiden ökar.

Resultaten av studien ger indikationer på att den upplevda livskvaliteten och eventuella förändringar gällande den delvis har samband med hur väl klienterna nått sina uppsatta rehabiliteringsmål. Orsaken kan tänkas vara att en stor del av klienterna upplever att deras fysiska funktionsförmåga och upplevda hälsa tack vare rehabiliteringsprocessen förändrats mot det bättre. I många fall kan det antas att tilltron till den egna förmågan både vad gäller fysiska och psykiska aspekter ökat. Tankegången har hos många förändrats mot det mera positiva hållet jämfört med tidigare. Detta kan tänkas vara en bidragande orsak till klienternas ökade vitalitet.

6.2 Erfarenheter av GAS-målformulering som arbetsinstrument

GAS-målformulering, som arbetsinstrument, upplevs utgående från svaren i fokusgruppintervjun av personalen till största delen som positivt. Många betonar att det ger struktur åt arbetet både för personalen och klienterna. En annan aspekt, som respondenten uppfattar som betydelsefull, är att personalen upplever att arbetet med GAS gör att klienterna förbinder sig bättre än tidigare till arbetet under rehabiliteringsprocessens gång. Motsvarande slutsatser har också dokumenterats av bl.a. Wade (2009), Autti-Rämö (2010: 6) och Tuomi (2014: 38). Wade (2009: 292) hävdar att det är allmänt känt att klientens motivation för att arbeta mot en önskvärd förändring ökar när klienten gör upp egna mål och att formulering av ett personligt mål är till stor hjälp vad gäller att förändra ett inlärt beteende. Han menar vidare att målformulering inom rehabilitering gör det möjligt att garantera att man känner igen orsaken till de aktiviteter, som rehabiliteringen innefattar.

Utmaningar angående arbetssättet som framkommer gäller främst blankettens struktur och upplevelsen av att den inte alltid går att använda på ett ändamålsenligt sätt. I diskussionen var det också många som lyfte fram att skalan för utvärderingen i många fall förefaller väldigt svårförstådd för klienterna. Informanterna lyfter också fram att det i vissa fall är ett mycket tidskrävande arbete att få samtliga klienter i gruppen att förstå

blanketten. Dock kan man fråga sig om det sist och slutligen är så väsentligt att klienterna förstår blanketten. Av större relevans är trots allt diskussionen av innehållet och att stöda klienten i arbetet mot en positiv förändring. I intervjustvaren betonas uttryckligen utmaningen i att stöda alla klienter individuellt så att samtliga får minst ett mål, som beskriver den förändring han/ hon vill åstadkomma under rehabiliteringens gång, formulerat. Dessa aspekter har även i tidigare undersökningar framkommit (jfr. bl.a. Tuomi 2014: 38, Steenbeek 2010: 25). Arbetet kunde eventuellt underlättas genom att ge klienterna i uppgift att mera systematiskt fundera på de egna målsättningarna redan i samband med att de får kallelsen till rehabiliteringen. Alla klienter formulerar målsättningar/ tankar varför de tror att rehabiliteringen kunde vara till nytta för dem i samband med sin ansökan till rehabiliteringen. Det förfaller dock som om klienterna har svårt att se kopplingen mellan dessa och GAS-målformulering. Eventuellt kunde personalen utveckla ett arbetssätt för att klienterna bättre än hittills skulle ha nytta av sina redan formulerade tankar gällande målsättningen för sin rehabiliteringsprocess och därmed underlätta arbetet med GAS-målformulering.

7 AVSLUTNING

Detta avslutande kapitel innehåller respondentens kritiska tillbakablick på arbetet som helhet och förslag till fortsatt forskning. Avslutningsvis följer respondentens reflektioner kring arbetsprocessen som helhet.

7.1 Sammanfattning och kritisk granskning av undersökningen

Undersökningen har innefattat både kvantitativ och kvalitativ datainsamling, vilket har gjort arbetet intressant, men samtidigt också utmanande. Intervju som datainsamlingsmetod var för respondenten bekant sedan tidigare men att göra fokusgruppintervju var nytt. Fokusgruppintervjun gav möjlighet att samtidigt höra flera informanter och på så sätt inom rimlig tid få ett bredare material. Tillförlitligheten i intervjuer är svår att bevisa eftersom det handlar om informanternas subjektiva åsikter. I denna studie är

det av vikt att ur tillförlitlighets aspekt lyfta fram att informanterna hade olika lång arbetserfarenhet inom tules-arbetsgruppen och också vad gällde arbetet med GAS-målformulering. En annan aspekt med eventuell betydelse för resultatet var faktum att respondenten var samtliga informanternas kollega. Detta kan möjligen i någon mån ha påverkat hur informanterna har svarat. Vidare är det av vikt att lyfta fram att alla i gruppen kom till tals. Dock fanns det skillnader så tillvida att en del av informanterna deltog mera och andra mindre i diskussionen. Respondenten styrde inte antalet talturer men strävade efter att vid behov ställa följdfrågor för att alla informanternas erfarenheter skulle komma fram. Tillförlitligheten och kvaliteten angående fokusgruppintervjun hade eventuellt ökat om respondenten före den egentliga intervjun hade testat intervjufrågorna på en annan grupp. Därmed hade respondenten fått respons på formuleringen av frågorna och vid behov hade frågorna kunnat omstruktureras före den egentliga fokusgruppintervjun.

Det var utmanande att tolka intervjusvaren och redovisa dem på ett sådant sätt att de också för läsaren var tydliga. För att få en så tillförlitlig och trovärdig redovisning som möjligt har respondenten både vid intervjutillfället och tolkningen av intervjusvaren strävat efter att vara så objektiv som möjligt och inte låta egna tankar och åsikter komma fram. Trots detta är det dock möjligt att subjektiva tankar syns någonstans i texten.

För att kunna dra slutsatser gällande erfarenheter av GAS-målformulering som arbetsinstrument bland rehabiliteringspersonal borde flera fokusgruppintervjuer ha utförts. Denna undersökning ger endast vissa indikationer på vad som ur personalperspektiv anses positivt respektive negativt gällande metoden. Intervjusvaren för denna grupp tyder på att detta också korrelerar med tidigare forskningar men med en annan fokusgrupp kunde resultatet ha varit annorlunda. Av intresse för fortsatt forskning kunde vara att intervjua personal vid samtliga serviceproducenter, som erbjuder ryggrehabilitering, angående deras erfarenheter av GAS-målformulering som arbetsinstrument. Därmed skulle det ur ett bredare perspektiv vara möjligt att ta del av serviceproducenternas erfarenheter av GAS-målformulering som arbetsinstrument och huruvida det ur personalperspektiv stöder rehabiliteringsprocessen.

När det gäller den kvantitativa datan kan konstateras, att kontrollgrupp/-er skulle ha gett mervärde åt resultaten. Med en eller flera jämförelsegrupper skulle det ha funnits möjlighet att göra mera omfattande slutledningar. 128 klienters hälsorelaterade livskvalitet ur RAND-36 perspektiv tyder på att det till vissa delar finns samband mellan uppnådda rehabiliteringsmål mätt med T-score värde för GAS och en förbättrad hälsorelaterad livskvalitet. En jämförelse mellan olika serviceproducenters ryggrehabiliterings klienters RAND-36 poäng i initial- och slutskedet av rehabiliteringen och uppnådda rehabiliteringsmål mätt med T-score värde för GAS skulle ha gett ett bredare mått på rehabiliterings effektivitet. Gällande RAND-36 poäng hade jämförelse av huruvida ålder, kön eller yrke eventuellt påverkar resultatet under rehabiliteringsprocessen varit intressant att undersöka. Avsaknaden av kontrollgrupp gällande RAND-36 och GAS T-score värden begränsar generaliserbarheten av resultaten. Ett alternativ för fortsatt forskning kunde därmed vara att samla in RAND-36 poäng och T-score värden för ett större antal ryggrehabiliteringsklienter. Inom ramen för denna studie var personalens erfarenheter av GAS- målformulering som arbetsinstrument i fokus, men intressant vore även att i en fortsatt studie fokusera på klienternas erfarenheter av målformulering enligt GAS-metoden. Att utföra fokusgruppintervjuer med klienter om deras erfarenheter av GAS-målformulering kunde ge viktig kunskap åt personalen om vad som, ur klientperspektiv, är av vikt för att målformuleringsprocessen skall stöda rehabiliteringsprocessen så väl som möjligt.

7. 2 Avslutande reflektion

Arbetet med studien har varit både givande och utmanande. Att märka att det, åtminstone för de klienter som ingick i denna studie, förefaller som om den upplevda hälsorelaterade livskvaliteten på vissa områden förändras mot det bättre under rehabiliteringsprocessen var glädjande. Också faktum att det på vissa områden verkar finnas samband mellan hur väl klienterna når sina rehabiliteringsmål och hur deras upplevda livskvalitet förändras mot det bättre var positivt att se. Att ta del av kollegornas erfarenheter av GAS-målformulering som arbetsmetod var intressant och glädjande var att märka att intervju svaren i denna grupp verkar korrelera med resultaten i tidigare

studier. Resultaten är inte helt generaliserbara men åtminstone i någon mån riktgivande, vilket ger tillförsikt för forstätt arbete med målformulering inom rehabiliteringen. Det verkar som om det finns relativt få forskningar, som utrett rehabiliteringspersonalens erfarenheter av arbetet med GAS-målformulering och därmed förefaller det även i framtiden relevant att undersöka metodens användbarhet inom rehabiliteringsverksamhet.

KÄLLOR

Aalto, Anna-Maria; Aro, Arja R. & Teperi, Juha. 1999, *RAND-36 Terveysteen liittyvän elämänlaadun mittarina. Mittarin luotettavuus ja suomalaiset väestöarvot*, STAKES Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia 101.

Absetz, Pilvikki. 2010, *Mistä motivaatio käyttäytymisen muutokseen?* Terveysteen ja hyvinvoinnin laitos. Kansanterveyspäivä 2010. Tillgänglig: www.thl.fi. Hämtad 11.10.2014.

Alaranta, Hannu; Lindberg, Heidi & Holma, Tupu. 2008, Hyvä kuntoutuskäytäntö. I: Rissanen, P. Kallanranta, T. & Suikkanen, A. red. *Kuntoutus*, 2 uppl., Helsingfors: Kustannus Oy Duodecim, s. 647-657.

Angelöw, Bosse. 2010, *Framgångsrikt förändringsarbete. Om individ och organisation i förändring*, Stockholm: Natur & Kultur, 208 s.

Autti-Rämö, Ilona; Vainiemi, Kirsi; Sukula, Seija & Louhenperä, Anneli. 2010, *GAS-menetelmä*. Käsikirja, 2. Version, Kela, 24 s.

Autti-Rämö, Ilona. 2010, Menetelmän perusteet ja käyttö tavoitteiden asettamisen apuvälineenä. I: Autti-Rämö, Ilona; Vainiemi, Kirsi; Sukula, Seija & Louhenperä, Anneli. 2010, *GAS-menetelmä*. Käsikirja, 2. Version, Kela, 24 s.

Autti-Rämö, Ilona. 2013, Lääkinnällinen kuntoutus – organisaatiot ja järjestämisvastuut ylittävät tavoitteellinen prosessi. I: Ashorn, U; Autti-Rämö, I; Lehto, J & Rajavaara, M. red. *Kuntoutus muuttuu – entä kuntoutusjärjestelmä?* Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 166 s.

Avire Oy. Tillgänglig: <http://www.avire.fi/kuntoutuspalvelut>. Hämtad 5.10.2014.

Bovend'Eerd, Thamar JH; Botell, Rachel E. & Wade, Derick T. 2009, Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide, *Clinical Rehabilitation*, nr 23, s. 352-361.

Cardillo, Joseph, E. 1994, Goal setting, follow-up and goal monitoring. I: Kiresuk, Thomas; Smith, Aaron & Cardillo, Joseph E. (red.) 1994, *Goal Attainment Scaling: Applications, theory, and measurement*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 308 s.

Cardillo, Joseph, E. & Choate, Robert, O. 1994, Illustrations of Goal Setting. I: Kiresuk, Thomas; Smith, Aaron & Cardillo, Joseph E. (red.) 1994, *Goal Attainment Scaling: Applications, theory, and measurement*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 308 s.

Eskola, Jari & Suoranta, Juha. 2003, *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*, 6. uppl., Tampere: Vastapaino, 266 s.

FPA:s standard för rehabilitering i öppen och sluten vård. Servicelinjen för kurser för personer med sjukdomar i rörelseorganen (Tules-kurser). 2012a, Publicerad 1.1.2012, uppdaterad 21.5.2013. Tillgänglig: www.fpa.fi. Hämtad 30.9.2014.

FPA:s statistiska årsbok 2011. Finlands officiella statistik. Socialskydd 2012b, 458 s. Tillgänglig: www.kela.fi. Hämtad 14.10.2014.

FPA- statistik Sjukförsäkring 2011, publicerad 3.9.2012, 233 s. Kansaneläkelaitos tilastoryhmä Helsinki 2012c. Tillgänglig: www.fpa.fi/statistik>årsstatistik Hämtad 14.10.2014.

Horn, Yi-Shiung; Hwang, Yaw-Huei; Wu, Hsin-Chi; Liang, Huey-Wen; Jang, Yuh; Twu Fuh-Chour & Wang, Jung-Der. 2005. Predicting Health-Related Quality of Life in patients with low back pain, *Spine*, Vol. 30, nr 4, s 551-555.

Järvikoski, Aila. 2013, *Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet*, Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön raportteja ja muistioita 2013:43, 89 s.

Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina. 2008, Kuntoutuskäsityksen muutos ja asiakkuuden muotoutuminen. I: Rissanen, P. Kallanranta, T. & Suikkanen, A. red. *Kuntoutus*, 2 uppl., Helsingfors: Kustannus Oy Duodecim, s. 51-62.

Järvikoski, Aila & Karjalainen, Vappu. 2008, Kuntoutus monitieteisenä ja –alaisena prosessina. I: Rissanen, P. Kallanranta, T. & Suikkanen, A. red. *Kuntoutus*, 2. uppl., Helsingfors: Kustannus Oy Duodecim, s. 80-93.

Kela. 2014, Tilastokatsaus 11.03.2014. Tillgänglig: www.kela.fi/tilastot. Hämtad 18.10.2014.

Kieresuk, J. Thomas & Sherman, E. Robert. 1968. Goal attainment scaling: a general method for evaluating community mental health programs. *Community Mental Health Journal*, nr 4, s. 443-453.

Kieresuk, J. Thomas. 1994, Conceptual Background. I: Kieresuk, Thomas; Smith, Aaron & Cardillo, Joseph E. (red.) 1994, *Goal Attainment Scaling: Applications, theory, and measurement*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 308 s.

Kreuger, Richard, A. & Casey, Mary Anne. 2000. *Focus Groups. A practical guide for applied research*. 3. uppl. London: Sage Publications, Inc, 215 s.

Kvale, Steinar & Brinkmann, Svend. 2009, *Den kvalitativa forskningsintervjun*, 2 uppl., Lund: Studentlitteratur, 370 s.

Lindstedt, Helena & Ivarsson, Ann-Britt. 2008, *Goal Attainment Scaling GAS Måluppfyllelseskala*. Manual, Örebro: Örebro Universitet, 52 s.

Locke, Edwin A. 1996, Motivation through conscious goal setting, *Applied & Preventive Psychology*, nr 5, s. 117-124.

Locke, Edwin A. & Latham, Gary P. 2002, Building a practically useful theory of goal setting and task motivation, *American Psychologist*, Vol. 57, nr 9, s. 705-717.

Louhenperä, Anneli & Vainiemi, Kirsi. 2010. I: Autti-Rämö, Ilona; Vainiemi, Kirsi; Sukula, Seija & Louhenperä, Anneli. 2010, *GAS-menetelmä*. Käsikirja, 2. Version, Kela, 24 s.

Lääkinnällinen kuntoutus. Tillgänglig: www.kuntoutusportti.fi. Hämtad 11.10.2014.

Mannion, Anne, F. Caporaso, Filomena; Pulkovski, Natascha & Sprott, Haiko. 2010, Goal attainment scaling as a measure of treatment success after physiotherapy for chronic low back pain, *Rheumatology*, nr 49, s. 1734-1738.

Mäntynen, Anu; Rosti-Otajärvi, Eija; Koivisto, Keijo; Lilja, Arja; Huhtala, Heini & Hämäläinen, Päivi. 2013, Neuropsychological rehabilitation does not improve cognitive

performance but reduces perceived cognitive deficits in patients with multiple sclerosis: a randomized, controlled, multi-centred trial, *Multiple sclerosis journal*, 0 (0), s. 1-9.

Pekkonen, Mika. 2010, *Terveysteen liittyvä elämänlaatu laitoskuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnissa. RAND-36-mittarin soveltuvuus työikäisten laitoskuntoutuksen ongelmaprofiilin määrittämiseen ja kuntoutuksen vaikutuksen arvioimiseen*. Tieteellinen tutkimus ORTONin julkaisusarja, akateeminen väitöskirja, Helsinki: Invaliidisäätiö, 149 s.

Rantanen, Marjut. 2009, *Työhyvinvointi- ja kuntoutuspalvelujen vaikuttavuuden seuranta järjestelmän kehittäminen Siuntion Hyvinvointikeskuksessa*, Helsinki: Miina Sillanpää Säätiö julkaisuja B:31, 68 s.

Rehabiliteringsredogörelse 2002. Statrådets redogörelse till riksdagen om rehabiliteringen, publicerad 28.2.2002. Tillgänglig: <http://pre20031103.stm.fi> Hämtad 7.6.2014.

Salo, Tiina. 2013, *HyvinvointiNetti® kuntoutuksen verkkotyöskentelyssä ja eri toimijoiden yhteistyössä*, Helsinki: Miina Sillanpää Säätiö julkaisuja B:37, 50 s.

Smith, Aaron. 1994, Introduction and overview. I: Kiresuk, Thomas; Smith, Aaron & Cardillo, Joseph E. (red.) 1994, *Goal Attainment Scaling: Applications, theory, and measurement*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 308 s.

Steenbeek, Duco. 2010, *Goal attainment scaling in paediatric rehabilitation practice a useful outcome measure*. Doctoral Thesis. Utercht University, 160 s.

Tuomi, Jenni. 2014, *Kyselytutkimus fysio- ja toimintaterapeuteille GAS-menetelmän käyttökokemuksesta*. Pro gradu – arbete. Liikuntatieteellinen tiedekunta, Terveystieteellinen laitos. Jyväskylä Universitet, 73 s.

Turku, Riikka. 2007, *Muutosta tukemassa. Valmentava elämäntapaohjaus*. Helsinki: Edita Prima Oy, 132 s.

Wade, Derick T. 2009, Goal setting in rehabilitation: an overview of what, why and how. *Clinical Rehabilitation*; Apr. 2009 Vol 23, Issue 4, 291-295.

Ylisassi, Hilikka. 2011, GAS:n (Goal Attainment Scaling) käyttö ammatillisessa (työhön liittyvässä) kuntoutuksessa. Tutkimus- ja kehittämishanke Aslak-kuntoutuksessa. Loppuraportti Verve Consulting, 59 s.

Bilaga 1



GAS – Målformulering

Klientens personbeteckning

Ifyllnadsanvisning finns på sidan 2.

1	Klientens efternamn och alla förnamn	
BASUPPGIFTER	Rehabiliteringsform	Kursnummer
	Startdatum	Slutdatum
	Serviceproducent	

2
MÅLFORMULERING OCH
UTVÄRDERING

MÅL 1:

Skala	Utvärderingsdatum
Klart mindre än förväntat resultat	-2
Något mindre än förväntat resultat	-1
Förväntat resultat	0
Något mer än förväntat	+1
Klart mer än förväntat	+2

MÅL 2:

Skala	Utvärderingsdatum
Klart mindre än förväntat resultat	-2
Något mindre än förväntat resultat	-1
Förväntat resultat	0
Något mer än förväntat	+1
Klart mer än förväntat	+2

MÅL 3:

Skala	Utvärderingsdatum
Klart mindre än förväntat resultat	-2
Något mindre än förväntat resultat	-1
Förväntat resultat	0
Något mer än förväntat	+1
Klart mer än förväntat	+2

3	Datum för målformulering	Underskrift av klienten eller den som sköter honom
DATUM FÖR MÅLFORMULERINGEN SAMT UNDERSKRIFT	Representant för det multidisciplinära teamet samt yrkesbeteckning	

4	Poäng	T-score
POÄNG		

Ifyllnadsanvisning

- Punkt 1** Börja med att fylla i rehabiliteringsklientens personbeteckning och namn. Som rehabiliteringsform anges det namn som finns i rehabiliteringskurssystemet eller annat officiellt namn på rehabiliteringen, t.ex. "ASLAK-kurs för småföretagare", med eventuellt kursnummer. Som startdatum och slutdatum anges datum för när rehabiliteringen i fråga började eller upphörde.
- Punkt 2** En medlem i det multidisciplinära teamet ställer upp mål för rehabiliteringsperioden tillsammans med rehabiliteringsklienten eller en person som sköter denne. Det kan röra sig om 1–8 mål/rehabiliteringsperiod. Målen anges under punkterna för mål (Mål 1, Mål 2...). Målen kan preciseras, ändras eller nya mål kan ställas upp under rehabiliteringen. Om det blir fler än 3 mål, kan flera blanketter fyllas i.
- För beskrivningen av respektive mål ska det finnas en tydlig indikator som mäter och utvärderar. En skala som innehåller fem nivåer anges i det fält som reserverats för ändamålet. Grad av måluppfyllelse utvärderas under rehabiliteringens gång och vid slutet av rehabiliteringen. Utvärderingsdatum antecknas i en egen kolumn.
- Punkt 3** Överenskommelsen undertecknas av både rehabiliteringsklienten (eller den som sköter klienten) och av den medlem i det multidisciplinära teamet som varit med och satt upp målen. Teammedlemmens yrke ska också anges.
- Punkt 4** Avslutningsvis utvärderas samtliga uppställda mål. Poängen för samtliga utvärderade mål räknas samman (alla blanketter), och summan antecknas under Poäng. Därefter avläses tabellen med T-scores på det ställe där poäng och mål korsar varandra. Det aktuella T-scorevärdet anges på blanketten.

Tabell med T-scorevärden

Poäng- summa	Antal uppställda mål							
	1	2	3	4	5	6	7	8
-16								18
-15								20
-14							18	22
-13							21	24
-12						19	23	26
-11						22	25	28
-10					20	24	27	30
-9					23	27	30	32
-8				21	26	29	32	34
-7				25	29	32	34	36
-6			23	28	32	35	36	38
-5			27	32	35	37	39	40
-4		25	32	35	38	40	41	42
-3		31	36	39	41	42	43	44
-2	30	38	41	43	44	45	45	46
-1	40	44	45	46	47	47	48	48
0	50	50	50	50	50	50	50	50
1	60	56	55	54	53	53	52	52
2	70	62	59	57	56	55	55	54
3		69	64	61	59	58	57	56
4		75	68	65	62	60	59	58
5			73	68	65	63	61	60
6			77	72	68	65	64	62
7				76	71	68	66	64
8				79	74	71	68	66
9					77	73	70	68
10					80	76	73	70
11						78	75	72
12						81	77	74
13							79	76
14							82	78
15								80
16								82

En utförlig beskrivning av resultaten ges i rehabiliteringsrapporten eller i rapporten om öppenvårdsterapi. Blankett GAS 1r bifogas. Kopior av handlingarna skickas till FPA, den remitterande instansen och klienten.

Bilaga 2

Intervjuguide

1. Kerro lyhyesti itsestäsi ja kuinka pitkään olet työskennellyt tules kuntoutuksen parissa?
2. Mitä GAS-tavoitetyöskentely herättää sinussa?
3. Kirjallisuuden mukaan GAS-menetelmä mahdollistaa tavoitteiden systemaattisen arvioinnin sekä seurannan. Miten se sinun mielestä näkyy käytännössä?
4. Kirjallisuudessa väitetään, että GAS-tavoitetyöskentely tukee kuntoutujan muutosprosessia. Mitä mieltä olet siitä? Miten se näkyy käytännön työssä?
5. Mitkä ovat sinun myönteiset kokemuksesi GAS-tavoitetyöskentelystä?
6. Mitkä ovat mahdolliset kielteiset tai haasteelliset kokemuksesi GAS-tavoitetyöskentelystä?
7. Yhteenveto, olenko ymmärtänyt oikein?
8. Onko jollain muita koettuja kokemuksia mitkä haluaisi mainita?

Bilaga 3

E-post till kollegorna.

Hei,

suurin osa teistä jo tiedätte, että opiskelen työni ohessa Arcadassa (Nylands svenska yrkeshögskola), suoritan ylempää ammattikorkeakoulututkintoa kuntoutus-ohjelmassa. Opinnot ovat siinä vaiheessa, että työstän parhaillaan maisterityöni.

Maisterityön tavoitteena on selvittää miten selkäoireisten laaditut tavoitteet mahdollisesti näkyvät koetussa elämänlaadussa lääkinällisessä kuntoutuksessa ja miten GAS-tavoitetyöskentely koetaan työntekijän näkökulmasta.

Jotta saan tietää miten työntekijät kokevat GAS-tavoitetyöskentelyn tarkoitukseni on toteuttaa ryhmähaastattelun psykologien ja fysioterapeuttien kanssa. Olisin iloinen jos sinä haluaisit olla siinä mukana. Haastatteluun varataan 1-1,30h ja Satu on luvannut, että se on työaika (todennäköisesti työpäivän jälkeen).

Vastaathan mahdollisimman nopeasti jos haluat olla mukana haastattelussa, niin pystytään aikatauluttaa sitä joko ennen joulua tai heti joululoman jälkeen. Saat myös siinä vaiheessa lisää tietoa tutkimuksesta ja haastattelutilanteesta.

Kiitos jo etukäteen!

T. Carina

Carina Lillqvist
Fysioterapeutti

puh.050 568 1598
AvireOy
Lepopirtintie 80, 02570 Siuntio

E-mail: carina.lillqvist@avire.fi

www.avire.fi

Bilaga 4

Infobrev till kollegorna.

Hyvä kollega,

Suuri kiitos siitä, että haluat osallistua täsmäryhmähaastatteluun ja siten auttaa minua! Annan tässä vähän tarkempaa tietoa maisterityöstäni. Maistertyön tarkoitus on selvittää miten koettu elämänlaatu mahdollisesti näkyy asetetuissa kuntoutustavoitteissa selkäoireita potevilla henkilöillä lääkinällisessä kuntoutuksessa sekä selvittää miten GAS-tavoiteasettelu koetaan työntekijän näkökulmasta.

Haluaisin tutkimukseni kautta saada vastauksen seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten RAND-36 pisteet peilautuvat GAS-tavoitteisiin kuntoutuksen alussa ja lopussa?
2. Miten työntekijät kokevat GAS-tavoiteasettelun työvälineenä?

Tarkoitukseni on saada vastaus ensimmäiseen kysymykseen analysoimalla 50-180 vuonna 2012-2013 selkäkurssiin osallistuneiden kuntoutujien RAND-36 sekä GAS-pisteet. Toiseen kysymykseen toivon saavani vastauksen haastattelemalla moni-ammattilliseen tiimiin kuuluvaa henkilökuntaa kenellä on kokemusta GAS-tavoite-työskentelystä.

Osallistuminen haastatteluun on tietysti täysin vapaaehtoista ja sinulla on oikeus keskeyttää osanottosi koska tahansa jos niin haluat. Haastattelu nauhoitetaan ja kirjataan kokonaisuudessaan, jotta sitä voidaan analysoida. Sekä haastattelutilanteessa että valmiissa työssä kutsutaan osallistujia kirjaimilla (A,B, C jne.) ja kaikki tiedot käsitellään luottamuksellisesti. Ainoastaan tutkimuksen tulos julkaistaan valmiiseen tuotokseen ja tuotos julkaistaan myös Theseuseen (Ammattikorkeakoulujen julkaisuarkisto). Tarkoitus on vertailla haastattelutuloksia aikaisempien tutkimuksien tuloksiin. Kun tutkimus on valmistunut hävitän haastattelun aikana kaiken siitä kertyneen materiaalin.

Tutkimuksen avulla toivon saavani ymmärrystä GAS- menetelmän käyttökelpoisuudesta tämänpäiväisessä kuntoutustodellisuudessa työntekijöiden näkökulmasta.

Pyydän, että tutustut liitteenä olevaan suostumuslomakkeeseen ja tuot sen allekirjoitettuna mukaan haastatteluun.

Haastattelun ajankohta on siis 14.01.2015. Siihen on varattu 1, 5 h, klo 16-17.30.

Kiitos ajastanne ja tervetuloa!

Ystävällisin terveisin,

Opiskelija Carina Lillqvist

Puh. 050 362 7573

Sähköposti: clillqvist@hotmail.com

Opettaja ja ohjaaja Ira Jeglinsky-Kankainen

Puh. Puh. 040 511 46 86

Sähköposti: ira.jeglinsky-kankainen@arcada.fi

Bilaga 5

Blankett för informerat samtycke.

Tietoinen suostumus osallistua täsmäryhmähaastatteluun

Suostun osallistumaan täsmäryhmähaastatteluun, missä keskustellaan kokemuksista GAS-tavoitetyöskentelystä työntekijän näkökulmasta. Olen tietoinen siitä, että haastattelu nauhoitetaan ja kirjataan analysointia varten. Kun tutkimus on valmistunut hävitetään haastattelun aikana kaiken siitä kertyneen materiaalin.

Minulle on annettu tietoa tutkimuksen tarkoituksesta ja luonteesta. Osallistun täysin vapaaehtoisesti ja minulla on oikeus keskeyttää osanottoni koska tahansa jos niin toivon.

Nimi: _____

Allekirjoitus _____

Päivämäärä ____/____2015.

Bilaga 6

Anhållan.

Lähiesimies Satu Hellsten, Avire Oy

Siuntio 8.1.2015

ANOMUS

Hyvä lukija,

Minä, Carina Lillqvist, suoritan korkeampaa ammattikorkeakoulu tutkintoa Arcadassa, Nylands svenska yrkeshögskola. Olen aloittanut maisterityöni ja työn tarkoitus on selvittää miten koettu elämänlaatu mahdollisesti näkyy asetetuissa kuntoutustavoitteissa selköoireita potevilla henkilöillä lääkinnällisessä kuntoutuksessa sekä selventää miten GAS-tavoiteasettelu koetaan työntekijän näkökulmasta.

Haluaisin tutkimukseni kautta saada vastauksen seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten RAND-36 pisteet peilautuvat GAS-tavoitteisiin kuntoutuksen alussa ja lopussa?
2. Miten työntekijät kokevat GAS-tavoiteasettelun työvälineenä?

Tarkoitukseni on saada vastaus ensimmäiseen kysymykseen analysoimalla 50-180 vuonna 2012-2013 selkärussa osallistuneiden kuntoutujien RAND-36 sekä GAS-pisteet. Toiseen kysymykseen toivon saavani vastauksen haastattelemalla moniammatilliseen tiimiin kuuluvaa henkilökuntaa kenellä on kokemusta GAS-tavoitetyöskentelystä.

Olen puhunut tulestyöryhmän psykologien ja fysioterapeuttien kanssa ja he ovat halukkaita osallistumaan haastatteluun. Olen ajatellut toteuttaa haastattelun 14.01.2015 klo 16-17.30.

Anon siten luvan toteuttaa täsmäryhmähaastattelun siten, että se olisi työaikaa sekä osallistujille että minulle. Osallistuminen on tietysti täysin vapaaehtoista ja osallistujilla on oikeus keskeyttää osanottonsa koska tahansa jos niin toivovat. Haastattelu nauhoitetaan ja kirjataan kokonaisuudessaan, jotta sitä voidaan analysoida. Sekä haastattelutilanteessa että valmiissa työssä kutsutaan osallistujia kirjaimilla (A,B, C jne.) ja kaikki tiedot käsitellään luottamuksellisesti. Ainoastaan tutkimuksen tulos julkaistaan valmiiseen tuotokseen ja tuotos julkaistaan myös Theseuseen (Ammattikorkeakoulujen julkaisuarkisto). Tarkoitus on vertailla haastattelutuloksia aikaisempien tutkimuksien tuloksiin. Kun tutkimus on valmistunut hävitän haastattelun aikana kaiken siitä kertyneen materiaalin.

Ystävällisin terveisin:

Opiskelija Carina Lillqvist

Puh. 050 362 75 73

Sähköposti: clillqvist@hotmail.com

Opettaja ja ohjaaja Ira Jeglinsky-Kankainen

Puh. 040 511 46 86

Sähköposti: ira.jeglinsky-kankainen@arcada.fi

Bilaga 7

Paired Samples Test

Paired differences

	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Lower	95% Confidence Interval Upper	t	df	Sig. (2-tailed)
GENERELL HÄLSA slut- GENERELL HÄLSA början	2.7734	16.8459	1.4890	-.1730	5.7199	1.863	127	.065
SMÄRTA slut- SMÄRTA början	10.3711	23.8022	2.1038	6.2080	14.5342	4.930	127	.000
FYSISK FUNKTION slut- FYSISK FUNKTION början	8.5000	18.6117	1.6451	5.2447	11.7553	5.167	127	.000
ROLLFUNKTION- FYSISKA ORSAKER slut- ROLLFUNKTION FYSISKA ORSAKER början	6.7031	40.6020	3.5887	-.3984	13.8046	1.868	127	.064
PSYKISKT VÄLBEFINNANDE slut- PSYKISKT VÄLBEFINNANDE början	1.9063	16.8287	1.4875	-1.0372	4.8497	1.282	127	.202
SOCIAL FUNKTION slut- SOCIAL FUNKTION början	6.7383	25.5790	2.2609	2.2644	11.2122	2.980	127	.003
ROLLFUNKTION- EMOTIONELLA OSAKER slut- ROLLFUNKTION EMOTIONELLA ORSAKER början	2.4992	39.5593	3.4966	-4.4199	9.4183	.715	127	.476
VITALITET slut- VITALITET början	5.4297	20.6682	1.8268	1.8147	9.0447	2.972	127	.004

Paired Samples statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
GENERELL HÄLSA slut GENERELL HÄLSA början	53.281 50.508	128	19.6168 18.5799	1.7339 1.6422
SMÄRTA slut SMÄRTA början	52.363 41.992	128	24.5116 19.8304	2.1665 1.7528
FYSISK FUNKTION slut FYSISK FUNKTION början	68.914 60.414	128	22.1804 21.5240	1.9605 1.9025
ROLLFUNKTION- FYSISKA ORSAKER slut- ROLLFUNKTION FYSISKA ORSAKER början	46.680 39.977	128	38.4712 37.1132	3.4004 3.2804
PSYKISKT VÄLBEFINNANDE slut- PSYKISKT VÄLBEFINNANDE början	71.406 69.500	128	19.0620 21.2551	1.6849 1.8787
SOCIAL FUNKTION slut- SOCIAL FUNKTION början	73.828 67.090	128	23.8638 26.0068	2.1093 2.2987
ROLLFUNKTION- EMOTIONELLA OSAKER slut- ROLLFUNKTION EMOTIONELLA OSAKER början	68.127 65.627	128	40.1834 41.1875	3.5517 3.6405
VITALITET slut- VITALITET början	57.852 52.422	128	20.8923 21.9608	1.8466 1.9411

Bilaga 8

Independent Samples Test

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
GENERELL HÄLSA FÖRÄNDRING	Equal variances assumed	,358	,551	-2,923	123	,004	-8,426	2,883	-14,133	-2,719
	Equal variances not assumed			-2,892	113,196	,005	-8,426	2,913	-14,198	-2,654
SMÄRTA FÖRÄNDRING	Equal variances assumed	,000	,998	-1,541	123	,126	-6,565	4,259	-14,995	1,865
	Equal variances not assumed			-1,550	121,461	,124	-6,565	4,234	-14,947	1,817
FYSISK FUNKTION FÖRÄNDRING	Equal variances assumed	,107	,744	-3,180	123	,002	-10,357	3,257	-16,804	-3,910
	Equal variances not assumed			-3,163	116,446	,002	-10,357	3,274	-16,842	-3,872
ROLLFUNKTION FYSISKA ORSAKER FÖRÄNDRING	Equal variances assumed	2,985	,087	-1,792	123	,076	-13,072	7,295	-27,512	1,367
	Equal variances not assumed			-1,771	112,147	,079	-13,072	7,383	-27,700	1,555
PSYKISKT VÄLBEFINNANDE FÖRÄNDRING	Equal variances assumed	1,650	,201	-1,619	123	,108	-4,914	3,035	-10,923	1,094
	Equal variances not assumed			-1,585	105,395	,116	-4,914	3,100	-11,060	1,232
SOCIAL FUNKTION FÖRÄNDRING	Equal variances assumed	,034	,855	-1,310	123	,193	-6,044	4,614	-15,178	3,090
	Equal variances not assumed			-1,317	121,351	,190	-6,044	4,589	-15,129	3,042
ROLLFUNKTION EMOTIONELLA ORSAKER FÖRÄNDRING	Equal variances assumed	,074	,786	-,206	123	,837	-1,485	7,200	-15,737	12,766
	Equal variances not assumed			-,208	122,141	,836	-1,485	7,140	-15,620	12,649
VITALITET FÖRÄNDRING	Equal variances assumed	2,065	,153	-2,063	123	,041	-7,635	3,701	-14,960	-,310
	Equal variances not assumed			-2,010	101,014	,047	-7,635	3,799	-15,172	-,098

Group Statistics					
	GASDIKOTOMINEN	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
GENERELL HÄLSA FÖRÄNDRING	GAS < 50	68	-,88	15,159	1,838
	GAS MINST 50	57	7,54	17,064	2,260
SMÄRTA FÖRÄNDRING	GAS < 50	68	7,43	24,407	2,960
	GAS MINST 50	57	13,99	22,859	3,028
FYSISK FUNKTION FÖRÄNDRING	GAS < 50	68	3,94	17,634	2,138
	GAS MINST 50	57	14,30	18,719	2,479
ROLLFUNKTION FYSISKA ORSAKER FÖRÄNDRING	GAS < 50	68	1,10	38,009	4,609
	GAS MINST 50	57	14,18	43,540	5,767
PSYKISKT VÄLBEFINNANDE FÖRÄNDRING	GAS < 50	68	-,35	14,930	1,811
	GAS MINST 50	57	4,56	18,995	2,516
SOCIAL FUNKTION FÖRÄNDRING	GAS < 50	68	4,04	26,401	3,202
	GAS MINST 50	57	10,09	24,825	3,288
ROLLFUNKTION EMOTIONELLA ORSAKER FÖRÄNDRING	GAS < 50	68	1,61	41,756	5,064
	GAS MINST 50	57	3,10	38,005	5,034
VITALITET FÖRÄNDRING	GAS < 50	68	1,84	17,511	2,124
	GAS MINST 50	57	9,47	23,786	3,151

Bilaga 9

Pearsons Correlation

		Correlations								
		GENERELL HÄLSA FÖRÄNDRING	SMÄRTA FÖRÄNDRING	FYSISK FUNKTION FÖRÄNDRING	ROLLFUNKTION- FYSISKA ORSAKER FÖRÄNDRING	PSYKISKT VÄLBEFINNANDE FÖRÄNDRING	SOCIAL FUNKTION FÖRÄNDRING	ROLLFUNKTION- EMOTIONELLA ORSAKER	VITALITET FÖRÄNDRING	GAS T- SCORE
GENERELL HÄLSA FÖRÄNDRING	Pearson Correlation	1	,454**	,423**	,367**	,412**	,421**	,395**	,558**	,212*
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,017
	N	128	128	128	128	128	128	128	128	125
SMÄRTA FÖRÄNDRING	Pearson Correlation	,454**	1	,540**	,533**	,322**	,519**	,199*	,524**	,237**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,000	,025	,000	,008
	N	128	128	128	128	128	128	128	128	125
FYSISK FUNKTION FÖRÄNDRING	Pearson Correlation	,423**	,540**	1	,437**	,304**	,426**	,200*	,461**	,352**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,000	,024	,000	,000
	N	128	128	128	128	128	128	128	128	125
ROLLFUNKTION- FYSISKA ORSAKER FÖRÄNDRING	Pearson Correlation	,367**	,533**	,437**	1	,349**	,406**	,230**	,406**	,190*
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000	,000	,009	,000	,034
	N	128	128	128	128	128	128	128	128	125
PSYKISKT VÄLBEFINNANDE FÖRÄNDRING	Pearson Correlation	,412**	,322**	,304**	,349**	1	,533**	,410**	,731**	,166
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,064
	N	128	128	128	128	128	128	128	128	125
SOCIAL FUNKTION FÖRÄNDRING	Pearson Correlation	,421**	,519**	,426**	,406**	,533**	1	,192*	,587**	,103
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000		,030	,000	,251
	N	128	128	128	128	128	128	128	128	125
ROLLFUNKTION- EMOTIONELLA ORSAKER	Pearson Correlation	,395**	,199*	,200*	,230**	,410**	,192*	1	,350**	-,024
	Sig. (2-tailed)	,000	,025	,024	,009	,000	,030		,000	,792
	N	128	128	128	128	128	128	128	128	125
VITALITET	Pearson Correlation	,558**	,524**	,461**	,406**	,731**	,587**	,350**	1	,234**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,009
	N	128	128	128	128	128	128	128	128	125
GAS T- SCORE	Pearson Correlation	,212*	,237**	,352**	,190*	,166	,103	-,024	,234**	1
	Sig. (2-tailed)	,017	,008	,000	,034	,064	,251	,792	,009	
	N	125	125	125	125	125	125	125	125	125

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).