

'vertaisarviointitunnus' Tieteelliset artikkelit

Jonna Tolonen

Katja Kokkinen

Erika Jääskeläinen

Sanna Sihvonen

Liisa Kiviniemi

Kristiina Moilanen

Tavoitteet nuorten mielenterveyskuntoutuksessa (ots 1)

Johdanto (ots 3)

Psykiatrasta sairaalahoitoa on supistettu 1990-luvulta saakka (Alanko & Hellman 2017). Muutoksen myötä vakavia mielenterveyden häiriötä sairastaville henkilöille on tullut mahdolliseksi ja tarpeelliseksi selvittää itsenäisesti asumisessa ja sosiaalisissa ympäristöissä. Tähän tilanteeseen tarjottuja palveluita on Suomessa 2000-luvulla alettu kutsua mielenterveyskuntoutukseksi, jolla on tarkoitettu myös erilaisissa tilanteissa olevien yksilöiden kuntoutusta ilman diagnosoitua sairautta. Hoidon ja kuntoutuksen välinen raja on mielenterveyden häiriöissä erityisen hankala määrittää. Mielenterveyskuntoutus käsittää erilaisia kuntoutusmuotoja, esimerkiksi ammatillista, sosiaalista ja asumiskuntoutusta. (Järvikoski 2013.) Mielenterveyspalveluilla on merkittävä rooli mielenterveyshäiriöiden toipumisprosessin käynnistämisessä ja edistämässä (Nordling 2018).

Vakavissa mielenterveyden häiriöissä nuoren ikätasoinen kehitys hidastuu (Aalto-Setälä & Marttunen 2007), ja erityisesti psykoosisairaudet vaikuttavat kognitiiviseen ja sosiaaliseen kehitykseen (Landa ym. 2016). Vuonna 2015 Suomessa jäi mielenterveyshäiriön vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle 2289 alle 35-vuotiasta henkilöä (Joensuu ym. 2019).

Mielenterveyshäiriöt onkin nostettu yhdeksi nuorten syrjäytymistä selittäväksi tekijäksi (Aaltonen ym. 2015; Kestilä ym. 2011).

Mielenterveyskuntoutuksen tavoitteena on auttaa yksilöä valitsemaan saavutettavia tavoitteita ja löytämään taidot sekä tuki näiden tavoitteiden saavuttamiseen (Anthony & Farkas 2009). Tavoitteiden asettaminen onkin yhteydessä sekä kuntoutusmotivaatioon että kuntoutujan elämänlaatuun (Shamidi ym. 2017). On todettu, että tavoitteiden sisällöllä ei ole yhteyttä kuntoutujan parempaan toipumisennusteeseen, vaan tärkeämpää on kyky asettaa tavoitteita (Moran

ym. 2017). Ihmisen elämässä tavoitteiden ajatellaan usein olevan hierarkkisia. Alempien tasojen konkreettiset tavoitteet mahdollistavat pitkäaikaisempien ja kokonaisvaltaisempien tavoitteiden toteutumisen (Bandura 2001; Silverman Nair 2003), esimerkiksi koulutehtävän tekeminen edistää opinnoista valmistumista. Ihmisten tavoitteet mukailevat ikätasoisia kehitystehtäviä (Nurmi 1992), ja myös mielenterveyskuntoutuksen tavoitteiden tulisi tukea kuntoutujan kehitystehtäviä ja elämän tavoitteita (Martin 2016; Eklund & Tjörnstrand 2013; Silverman Nair 2003; Toivonen 2010).

Nuoren henkilön mielenterveyskuntoutuksen tavoitteet liittyvät useimmiten nuoruusiän kehityksen häiriintymiseen. Vaikeuksia voi olla koulutuksessa ja ammatinvalinnassa, sosiaalisessa osallistumisessa tai ihmissuhteissa. (Piha & Tainio 2016.) Suomessa on 2000-luvulla tehty muutamia yksittäisiä tutkimuksia tavoitteiden asettamisesta nuorten hoidossa ja kuntoutuksessa (Autere 2009; Alanko ym. 2017; Martin 2016). Nuorisopsykiatrisen hoitotyön tavoitteet sisälsivät psyykkistä terveyttä, tunteiden ja oireiden hallintaa, sosiaalisia suhteita ja taitoja sekä hoitotyön suunnitteluun liittyviä asioita (Autere ym. 2009). Kelan vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta saavien nuorten tavoitteet liittyivät terveyteen ja toimintakykyyn, sosiaalisiin suhteisiin, harrastuksiin sekä opiskeluun ja työelämään (Martin 2016). Suomessa on myös tutkittu GAS-tavoitteidenasettamismenetelmän (Goal Attainment Scaling) avulla nuoren kuntoutujan osallistamista tavoitteiden asettamiseen ja seurantaan. Tavoitteen asettamiseen vaikuttavia tekijöitä olivat kuntoutujaan liittyvät yksilölliset tekijät, käytettävissä olevat tukimuodot sekä ympäristöt. (Alanko ym. 2017.) Whitefordin ja kollegoiden (2013) mukaan aihealueesta tarvitaan lisää tutkimusta, ja tärkeä osa-alue on myös kuntoutujan omien tavoitteiden ja niiden saavuttamisen arviointi (Toivonen 2010).

Artikkeli perustuu Yamk-opinnäytetyönä toteutettuun tutkimukseen (Tolonen 2019), jonka tarkoituksena oli lisätä ymmärrystä nuorten mielenterveyskuntoutuksen tavoitteista.

Tutkimuskysymys oli, millaisia kuntoutuksen tavoitteita löydetään nuorten mielenterveyskuntoutujien asumiskuntoutuksessa kerätystä aineistosta, jonka muodostivat ammattilaisten laatimat kuntoutustiedotteet ja -suunnitelmat. Tavoitteena oli tarkastella ja kuvailla nuorten kuntoutukselle asettamia tavoitteita.

Tutkimuksen aineisto ja menetelmät (ots 3)

Tutkimuksen aineisto kerättiin 18–29-vuotiaiden, mielenterveyshäiriötä sairastavien nuorten asumiskuntoutuksesta. Kuntoutusprosessi sisältää kolme kuukautta kestävästä alkuarviointijakson ja

sen jälkeen pidemmän kuntoutusohjelman. Asumiskuntoutuksen yleisenä päämääränä on itsenäinen asuminen, johon pyritään konkreettisten ja yksilöllisten kuntoutustavoitteiden avulla. Alkuarviointijaksolla tehtävän toimintakyvynarvioinnin perusteella muodostetaan yksilölliset tavoitteet. Käytännössä kuntoutujat ja heidän omaohjaajansa asettavat kuntoutuksen tavoitteet kahdenkeskisessä keskustelussa. Lisäksi kuntoutujien tavoitteista voidaan keskustella kuntoutustyöryhmässä, johon osallistuvat kuntoutuja sekä moniammatillinen työryhmä. Kuntoutustyöryhmässä voidaan alustavasti suunnitella tavoitteita sekä arvioida-tavoitteiden saavuttamista. Kuntoutuksen tavoitteille ei ole välttämättä määritelty ajanjaksoa. Kuntoutuksessa keskeistä on yksilön aktiivinen osallistuminen oman kuntoutuksensa suunnitteluun. Kuntoutus sisältää yksilöllistä ohjausta, esimerkiksi psykoedukaatiota, kuntouttavaa ryhmätoimintaa, kognitiivista kuntoutusta (Cognitive Remedation Therapy sekä Social Cognition and Interaction Training ryhmä), toiminnallista kuntoutusta eri toimintakokonaisuuksissa sekä sosiaalista kuntoutusta.

Tutkimusaineisto kerättiin henkilöiden (n = 98) olivat aloittaneet kuntoutuksen tammikuun 2011 heinäkuun 2016 välillä. Tutkimuksesta poissuljettiin henkilöt, jotka olivat päiväkuntoutuksen asiakkaita eivätkä osallistuneet asumiskuntoutukseen. Tutkimussuostumuksen antoi 34 henkilöä (kuvio 1). Kuntoutujien iän mediaani kuntoutuksen alkaessa oli 23 vuotta, ja kuntoutuksen keskimääräinen kesto oli 2,9 vuotta. Yli puolet (20/34) tutkittavista oli naisia. Suurimmalla osalla (28/34) oli useita diagnooseja. Yleisin diagnoosi oli masennus (15/34) ja seuraavaksi yleisimmät psykoosi (13/34) ja erilaiset persoonallisuushäiriöt (11/34). Kuntoutujilla saattoi olla myös päihdehäiriö tai kognitiivisia haasteita.

Kuvio 1. Tutkittavien valikoituminen tutkimukseen.

Tutkimusaineisto muodostui nuorten mielenterveyskuntoutujien asumiskuntoutuksen tiedoista, jotka muodostivat rekisterin (aikaväliltä tammikuu 2011 - toukokuu 2018). Ensimmäinen kirjoittaja keräsi aineiston aikavälillä 15.5. - 30.6.2018. Aineistona toimivat kuntoutussuunnitelmat ja/tai - tiedotteet (jatkossa dokumentit), jotka kuntoutujan omaohjaaja (sosiaali- ja terveysalan ammattilainen) oli kirjoittanut toteutuneen kuntoutuksen pohjalta maksavan tahon ammattilaiselle, kuten sosiaalityöntekijälle tai lääkärille. Kuntoutuksessa toimintatapana oli, että tavoitteet olivat kuntoutujan henkilökohtaisia tavoitteita, jotka kuntoutuja ja omaohjaaja olivat määritelleet yhteisesti. Kuntoutujien kanssa käytiin läpi heistä kirjoitetut ajankohtaiset suunnitelmat ja tiedotteet, ja he saivat niistä oman kappaleen. Dokumenttien määrä vaihteli tutkittavien välillä:

neljällä tutkittavalla oli vain yksi dokumentti ja yhdellä 11 dokumenttia. Lopuilla tutkittavilla oli 2–8 dokumenttia. Dokumentit olivat pituudeltaan kahdesta kolmeen A4-sivua.

Tutkimuksessa käytettiin harkinnanvaraisella otannalla kerättyä 16 tutkittavan näytettä (kuvio 1). Jokaiselle tutkittavalle muodostui tutkimussuostumuksen antamisvaiheessa numeraalinen tunniste. Aineiston keruu aloitettiin henkilöstä, jonka numeraalinen tunniste oli järjestysnumeroltaan ensimmäinen. Sen jälkeen kerättiin niiden tutkittavien dokumentit, joiden sukunimi alkoi samalla kirjaimella kuin ensimmäisen tutkittavan. Kun nämä dokumentit oli kerätty, siirryttiin järjestysnumeroltaan seuraavaan numeraaliseen tunnisteeseen ja jälleen kerättiin kaikki samalla sukunimen ensimmäisellä kirjaimella alkavien tutkittavien dokumentit. Tätä toimintatapaa jatkettiin, kunnes näyte oli kerätty. Kirjalliseen aineistoon perustuvassa laadullisessa tutkimuksessa aineiston riittävän koon määrittämiseksi ei ole selkeitä kriteereitä (Eskola & Suoranta 1998, harkinnan varainen otanta, aineiston kattavuus).

Aineistoa tarkasteltiin laadullisen aineistolähtöisen sisällönanalyysin keinoin. Sisällönanalyysin avulla laadittiin luokittelu, jonka pohjalta nuorten mielenterveyskuntoutuksen tavoitteita voitiin tarkastella. Sisällönanalyysin periaatteiden mukaisesti etsittiin ilmaisuja, joilla oli samaa tarkoittava merkitys (Silverman 2010). Ilmaisut saattoivat olla kokonaisia lauseita tai yksittäisiä sanoja. Analyysissä huomioitiin ilmaisut, joissa mainittiin tavoite, päämäärä, tähtäin tai muu vastaava. Lisäksi huomioitiin tavoitteiden vastakohtat, kuten haasteet tai ongelmat. Rekisterin retrospektiivisestä luonteen takia tekstisisältö oli kuvattu vaihtelevasti: eri kirjoittajat muotoilivat tavoitteet eri tavoilla, tavoitteet saattoivat olla pitkien lauseiden sisällä ja lause saattoi sisältää useita eri tavoitekategorioita.

Ilmaisujen pelkistämisen seuraavassa vaiheessa poistettiin tunnistetiedot. Ilmaisujen merkityssisällön säilyttämiseksi tunnistetietoja myös korvattiin kuvaavilla yleiskielisillä substantiiveilla (esimerkiksi termillä ammatillinen kuntoutus). Löydetyt ilmaisut kirjattiin taulukoihin (ilmaisujen kokonaismäärä oli 1642). Taulukkojen avulla aineistoa hahmoteltiin visuaalisesti käyttäen värikoodausta. Ensimmäisessä vaiheessa ilmaisuja analysoitiin jokaisen kuntoutujan dokumenttien osalta erikseen. Sen jälkeen kuntoutujien dokumenteista löydetyt, ilmaisuissa esiintyneet asiat ja ilmiöt koottiin yhteen taulukkoon. Yhdistelyn kautta ilmaisuista muodostui alakategorioita.

Tutkija kävi läpi analyysiprosessia, loogista päättelyään ja syntyneitä ryhmiä yhdessä opinnäytetyön ohjaajien (SS ja KK) kanssa. Ensimmäisen yhteisen keskustelun jälkeen tutkija palasi alkuperäiseen aineistoon lukien sen kauttaaltaan ja tehden tarvittavia muutoksia, korjauksia tai lisäyksiä aineistoon sekä syntyneisiin alakategorioihin. Sen jälkeen prosessia ja muodostuneita ala- ja pääkategorioita käytiin vielä uudestaan läpi opinnäytetyön ohjaajien sekä opiskeluryhmän kanssa. Tutkija perusteli näissä keskusteluissa päätöksensä esimerkiksi yhdistelyn osalta. Tuloksien esittelyssä käytetään hyväksi ilmaisia, joista on poistettu tunnistetiedot. Esimerkkien avulla lukija saa paremman käsityksen ilmiöstä.

Tulokset (ots 3)

Kuntoutuksen tavoitteet jakautuivat kolmeen pääkategoriaan: ikätasoihin toiminnallisiin rooleihin, sosiaaliseen osallisuuteen sekä sisäiseen resilienssiin (kuvio 2.) Ikätasoiset toiminnalliset roolit koskivat yksilön kykyä toimia ikätasoisien kehitystehtäviensä ja henkilökohtaisten tavoitteidensa suunnassa. Sosiaalisen osallisuuden pääkategoria sisälsi kuntoutujan mahdollisuuden osallistua sosiaalisiin ympäristöihinsä, kuten sosiaalisiin lähisuhteisiin (perhe, ystävät) ja toisaalta yhteiskunnan toimintaan. Sisäisen resilienssin pääkategoriassa esiintyi henkilökohtaisia ominaisuuksia, joita yksilö pyrki hyödyntämään haastavissa tilanteissa. Lisäksi pääkategoria sisälsi terveyden edistämistä, joka mahdollistaa sisäisen resilienssin syntyä.

Lisää kuvio otsakkeen yläpuolelle.

Kuvio 2. Analyysin eteneminen alakategorioista pääkategorioihin.

Ikätasoiset toiminnalliset roolit (*alaotsikko ots 3:n Tulokset alla*)

Ikätasoiset toiminnalliset roolit -pääkategorian alakategorioita tutkimuksessa olivat itsenäinen asuminen, autonomian saavuttaminen, toimintakyky ja käyttäytymisen hallinta.

Nuorille suunnatun mielenterveyskuntoutuksen yleisluonteinen tavoite on itsenäinen asuminen, jota tavoitellaan portaittaisesti vähentäen asumiseen tarjottua tukea ja lisäten nuoren omaa vastuuta. Esimerkki itsenäiseen asumiseen liittyvästä tavoitteesta on ilmaus ”*Selviydyn itsenäisestä asumisesta tukitoimien avulla*”. Itsenäisen asumisen mahdollistumiseksi nuoret tavoittelivat itsenäistymistä vanhemmistaan sekä turvallisuuden tunteen lisääntymistä siten, että nuoret

uskalsivat olla yksin esimerkiksi asunnollaan. Näiden tavoitteiden alakategoria oli autonomian saavuttaminen.

Toimintakykyyn liittyvät tavoitteet koskivat itsestä huolehtimista, päivittäisiä toimintoja sekä välineellisiä päivittäisiä toimintoja, vapaa-ajan toimintoja sekä ympäristön muokkausta.

Toimintakykyyn liittyvät tavoitteet olivat usein taitojen harjoittelua, esimerkiksi näin: *”Kokenut tukikodin [jatkokuntoutuksen vaihe] liian haastavaksi itselleen esim. ruuan valmistamisen sekä kaupassa asioinnin suhteen”*. Ikätasoisten toiminnallisten roolien pääkategoriaan kuuluivat myös oman käyttäytymisen hallintaan liittyvät tavoitteet, joita olivat, ettei yksilö vahingoittaisi itseään tai toisia, päihteiden käytön hallinta ja impulssikontrollin hallinta (esimerkiksi *”Tavoitteena ollut keinojen löytyminen paremman impulssikontrollin saavuttamiseen”*). Parempaan impulssikontrolliin liittyivät myös pyrkimys olla rikkomatta tavaroita tai olla pelaamatta impulsiivisesti, esimerkiksi nettirahapelejä.

Sosiaalinen osallisuus (*alaotsikko ots 3:n Tulokset alla*)

Sosiaalisen osallisuuden pääkategoria sisälsi työelämään ja opiskeluun sekä sosiaaliseen osallistumiseen liittyviä tavoitteita.

Työelämään ja opiskeluun liittyvät tavoitteet lisääntyivät dokumenteissa nuorten kuntoutuksen edetessä. Opiskelemiseen liittyvät tavoitteet koskivat kirjallisia tehtäviä, työssäoppimista sekä ammattiin valmistumista. Esimerkki opintoihin liittyvistä tavoitteista on ilmaus *”Tehdä viimeinen työharjoittelu + tehtävät”*. Työllistymiseen liittyvät tavoitteet voitiin jaotella tuettuun työhön, ammatilliseen kuntoutukseen, työskentelytaitoihin sekä työhön paluuseen. Työskentelytaitoihin liittyvää tavoitetta kuvasi ilmaisu *”Viriketoiminnan tavoitteina jatkossa töiden ennalta suunnittelu ja hiukan haastavampien töiden kokeilu”*. Työelämään ja opiskeluun liittyvissä tavoitteissa oli kirjattu aikamääreitä useammin kuin muissa tavoitteissa, esimerkiksi näin: *”Jatkosuunnitelmikseen kertonut nyt työkokeilun aloituksen elokuun alussa”*.

Sosiaalinen osallistuminen voitiin jakaa vuorovaikutustaitojen harjoitteluun sekä sosiaalisiin tilanteisiin ja suhteisiin liittyviin tavoitteisiin. Sosiaalisia ja vuorovaikutustaitoja harjoiteltiin ohjaajien kanssa. Ohjaajien kanssa tehtävässä harjoittelussa oli kysymys luottamuksellisesta suhteesta, jossa kannustamalla nuorta osallistumaan tai kuvaamaan ajatuksiaan voitiin tukea hänen osallisuuttaan, mistä esimerkkinä ilmaisu *”Tarvitsee satunnaisesti tukea ja ohjausta*

[oireidenhallinta-] kortin keinojen käyttämiseen ohjaajilta". Sosiaaliin tilanteisiin osallistumista taas harjoiteltiin vertaisryhmissä (*"Tavoitteeksi rohkaistua sosiaalisissa tilanteissa"*) tai erilaisissa ympäristöissä asumiskuntoutuksen ulkopuolella: *"Siedättää itseä sosiaalisissa tilanteissa (tapahtumat, reissut, ruokailut)."*

Sisäinen resilienssi (*alaotsikko ots 3:n Tulokset alla*)

Sisäisen resilienssin pääkategoria jakautui kuuteen alaryhmään, joita olivat psyykkisen terveydentilan edistäminen, valtaistuminen, kognitiiviset toiminnot, fyysisen terveydentilan edistäminen, tunnesäätelytaidot sekä tulevaisuuteen suuntautuminen. Kuntoutujan haasteet vaikeuttivat sopeutumista muuttuvissa elämäntilanteissa ja näin sisäisen resilienssin syntyä.

Psyykkisen terveydentilan edistämiseen liittyviä tavoitteita oli kaikilla kuntoutujilla, ne olivat usein omien oireiden tunnistamista ja hallintaa. Esimerkiksi haasteena saattoivat olla masennuksen nostamat omat kriittiset ajatukset (*"Olevansa hyvin vaativa itseä kohtaan"*). Ohjaajat myös ohjasivat kuntoutujia tunteiden tunnistamiseen ja käsittelyyn eli tunteidensäätelyyn: *"Tärkeä oppia tunnistamaan ja hallitsemaan omia tunteitaan."*

Sisäisen resilienssin pääkategoriassa toinen alaryhmä olivat valtaistumiseen liittyvät tavoitteet, joita olivat itsetunnon vahvistuminen, vastuun lisääntyminen sekä elämänhallintaan ja motivoitumiseen liittyvät asiat. Kuntoutujaa tuettiin löytämään voimavaroja, saamaan onnistumisen kokemuksia ja lisäämään itsetuntemustaan: *"Tavoitteena rohkeuden, itsetuntemuksen ja -arvostuksen vahvistaminen."* Lisäksi kuntoutujaa kannustettiin ottamaan käyttöön toimintakykyisiä puoliaan ja luopumaan sairauteen kuuluvista toimintamalleista. Tulevaisuuteen suuntautumiseen liittyvissä tavoitteissa näkyi tarve motivoitua tämän hetken toimintoihin suunnittelemalla tulevaisuutta ja luomalla toivoa, esimerkiksi ilmaisussa *"pyritty herätteleämään tulevaisuuteen liittyviä ajatuksia"*. Nuori kuntoutuja saattoi asettaa itselleen tulevaan ammatinvalintaan liittyvän tavoitteen: *"Tavoitteekseen itselle mielenkiintoisen ammatin löytämisen."*

Tässä analyysissä sisäisen resilienssin pääkategoriaan sisältyivät yksilötekijöiden lisäksi kuntoutujan kognitiiviset, psyykkiset sekä fyysiset ominaisuudet ja niiden edistäminen. Nämä näkyivät kognitiivisten toimintojen sekä fyysisen terveyden tilan edistämisen alaryhmissä. Kognitiivisiin toimintoihin liittyvät tavoitteet näkyivät arkisissa toiminnoissa (*"kognitiivisia haasteita ruuanlaittoilanteissa olisi turvallista harjoitella ensin tukikodilla"*). Fyysisen

terveydentilan edistämiseen liittyvät tavoitteet koskivat terveydentilan tutkimista, ja sairauksien hoitoon kannustamista ja tukemista. Nämä tavoitteet koskivat myös terveellisiä elämäntapoja, kuten ruokailua ja liikuntaa. Esimerkkinä tästä tavoitteesta on kirjaus ”*ajankohtaiseksi painonpudotuksen, johon laadittu yhdessä suunnitelmaa*”.

Pohdinta (ots 3)

Asumiskuntoutukseen osallistuneiden 18-29 -vuotiaiden mielenterveyskuntoutujien tavoitteista löydettiin kolme tavoitteiden pääkategoriaa: ikätasoiset toiminnalliset roolit, sosiaalinen osallisuus sekä sisäinen resilienssi. Osallisuus voidaan käsittää elämän merkityksellisinä vuorovaikutussuhteina ja kuulumisena sosiaalisiin yhteisöihin. Se on myös pääsyä aineettomiin ja aineellisiin resursseihin. (Isola ym. 2017.) Resilienssi on yksilön kykyä hyödyntää vaativissa tilanteissa aktiivisesti omia henkilökohtaisia ominaisuuksiaan – kuten vahvuuksia ja pystyvyyden kokemusta – sekä ympäristöä ylläpitääkseen positiivista mielenterveyttä. Ensin mainitut henkilökohtaiset ominaisuudet ovat sisäisiä resilienssitekijöitä. (Dray ym. 2014.)

Kuntoutuksen tavoitteiden tulisi ottaa huomioon yksilöllinen elämäntilanne, kehitystehtävät ja päämäärät (Henderson & Jackson 2017; Martin 2016). Niitä olisi hyvä voida mitata ja niiden tulisi olla aikasidonnaisia, jotta niistä voi saada palautetta (Bovend`Eerdt ym. 2009; Clarke ym. 2009). Tärkeää on myös, että tavoitteet olisivat sopivan haastavia (Lindström ym. 2013; Clarke ym. 2009; Locke & Latham 2002). Taulukossa 1 kuvattujen periaatteiden mukaan muodostetut tavoitteet lisäävät kuntoutujan motivaatiota, sitoutumista (Shamidi ym. 2017), hyvinvointia (Lecomte ym. 2005; Svedberg ym. 2014), pystyvyyttä (Clarke ym. 2009) ja valtaistumista (Svedberg ym. 2014). Vuorovaikutuksessa ammattilaisen kanssa kielellisesti selkeästi rakennetut tavoitteet mahdollistavat paremmin konkreettisten toimintasuunnitelmien tekemisen ja muokkaavat nuoren todellisuutta.

Taulukko 1. Kuntoutuksen tavoitteiden periaatteita.

Lisää taulukko otsakkeen alle.

Tämän tutkimuksen aineistossa tavoitteet eivät välttämättä noudattaneet kuntoutuksen tavoitteiden hyviä periaatteita. Esimerkiksi aikamääreitä oli kirjattu vain työelämään ja opiskeluun sekä itsenäiseen asumiseen liittyvien tavoitteiden osalta. Tavoitteet jäivät usein ylätasolle eivätkä olleet tarpeeksi konkreettisia. Tässä tutkimuksessa osallistujina olleista nuorista kuntoutujista suurimmalla osalla oli useita mielenterveyden häiriöitä. Samanaikaiset mielenterveydenhäiriöt ovat yleisiä

nuorilla, joilla on psyykkistä oireilua (Sourander & Marttunen 2016, 117). Lisäksi erityishaasteita kuntoutukselle ja tavoitteiden asettamiselle toivat kuntoutujien kognitiiviset erityisvaikeudet, kuten oppimisvaikeudet sekä psykoosisairauksiin liittyvät kognitiiviset oireet. Tämän vuoksi tavoitteiden konkreettisuus olisi erityisen tärkeää, ja siihen vaaditaan erityisosaamista kuntoutujien kanssa työskenteleviltä ammattilaisilta. Tavoitteiden asetteluun tuleekin kiinnittää entistä enemmän huomiota. Tukena tässä voi toimia esimerkiksi GAS-tavoitteidenasettelumenetelmä (Toivonen 2010), joka tukee hyvien periaatteiden mukaista (ks. taulukko 1) tavoitteiden asettelua (Bowend'Eerd't ym. 2009).

Mielenterveyshäiriöistä toipuminen tarkoittaa muutakin kuin oireiden poistumista korostavaa kliinistä toipumista. Tätä kuvaamaan on kehitetty toipumisorientaation ja henkilökohtaisen toipumisen käsitteet. (Slade & Lodgen 2015.) Toipumisorientaatiossa korostetaan mahdollisuutta elämäntyytyväisyyteen mielenterveyshäiriöstä huolimatta ja yksilön liittymistä sosiaalisiin ympäristöihin (Nordling 2018). Toipumisorientaatio voisikin olla strateginen valinta, joka lisäisi yksilöllisempää tavoitteiden asettelua taulukossa 1 mainittujen periaatteiden mukaisesti. Toipumisorientaation implementointi käytännön mielenterveystyössä on kuitenkin osoittautunut vaikeaksi ja hitaaksi. Suomessa se on saanut enemmän jalansijaa kolmannella sektorilla kuin julkisissa palveluissa. (Nordling 2018.)

Sekä tämän tutkimuksen tulosten että aiemman tutkimustiedon valossa sosiaalisen osallisuuden tavoittelu on merkittävässä asemassa mielenterveyskuntoutuksen tavoitteiden asettelussa (ks. Shamidi ym. 2017; Svedberg ym. 2014). On tärkeää pohtia, kuinka paljon siihen vaikuttaa maksajatahojen tavoite sosiaalisesta ja työelämäosallisuudesta. Suomessa kuntoutuksen pääasiallinen järjestäjä on Kansaneläkelaitos (Kuntoutuksen uudistamiskomitea 2017), ja sen mukaan kuntoutuksen pääasiallinen tavoite on toiminta-, opiskelu- ja työkyvyn ylläpitäminen, säilyttäminen tai palauttaminen (Kela kuntoutuspalvelut 2020). Tämän tutkimuksen aineistossa on nähtävissä, että tavoitteet voivat olla kuntoutujalähtöisiä, mutta yhteiskunta esimerkiksi etuuksien kautta vaikuttaa tavoitteiden sisältöihin ja aikamääreisiin. Tulokset tukevat Hacklingin (2009) havaintoa, että sosiaalinen ja kulttuurinen ympäristö (etuuden myöntäjä) vaikuttaa todellisuuteen, jossa kuntoutuja pyrkii kuntoutumaan. Voidaan perustellusti esittää kysymys: kuka suomalaisessa järjestelmässä määrittää kuntoutuksen tavoitteet?

Tutkimuksessa nousi esiin merkittävänä kuntoutuksen tekijänä nuoren kuntoutujan ja ammattilaisen välinen vuorovaikutussuhde. Aineistossa kuvattiin nuoren ja ammattilaisen välistä

vuorovaikutussuhdetta ikään kuin kuntoutumista mahdollistavana alustana sekä kuntoutumisen menetelmänä (ks. myös Jørgensen & Rendtorff 2017). Ammatillaiset kuvasivat tekstissä nuorten kannustamista ja tukemista, pyrkimystä luottamukselliseen suhteeseen sekä sitoutumistaan työskentelyyn. Ammatillaisen ja kuntoutujan välisellä toimivalla vuorovaikutussuhteella on positiivinen yhteys henkilökohtaiseen toipumiseen (Moran ym. 2017), erityisesti yhteistoiminnallisuuden ja toivon kautta (Le Boutillier ym. 2011). Aineistossa näyttäytyi ammatillaisten nuorelle tarjoama tuki, jotta nuoret kuntoutujat voisivat uskoa omaan pystyvyyteensä. **Pystyvyyden** avulla voidaan vaikuttaa esimerkiksi yksilön motivaatioon ja sitä kautta tavoitteiden saavuttamiseen (Bandura 2006). Yksi keino tukea kuntoutujan pystyvyyden kokemusta on jaettu päätöksenteko (Jørgensen & Rendtorff 2017; Anthony & Farkas 2009). Aineistossa oli nähtävissä nuorten päätöksenteon harjoittelu ammatillaisen tuella, ensin pienissä konkreettisemmissä asioissa ja myöhemmin laajemmin. Gosha ja Rapp (2015) ovat todenneet, että kuntoutujat ovat sitoutuneempia jaettuun päätöksentekoon, jos se edesauttaa heidän omia tavoitteitaan. Kuntoutujan osallistaminen kuntoutuksen prosessiin voi lisätä myös sisäisen resilienssin vahvistumista (Jørgensen & Rendtorff 2017).

Tutkimuksen eettiset näkökohdat ja luotettavuus (ots 3)

Tutkimus oli osa ”Psykiatrisen kuntoutuksen vaikuttavuus” -tutkimushanketta. Tutkimushanke sai Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan lausunnon tammikuussa 2018. Tutkimukseen osallistujilta pyydettiin suostumus tutkimukseen. Tutkimusrekisteri muodostettiin GDPR-asetuksen vaatimalla tavalla (Euroopan parlamentin ja neuvoston asetus EU 2016/679). Tutkimuksen aineistosta poistettiin tunnistetiedot. Kaikki tutkimuksen aineisto tallennettiin sähköisesti Oulun yliopiston sähköiselle serverille ja suojattiin pankkialauksen tasoisesti. Tämän artikkelin kirjoittamisessa hyödynnettiin Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR) tarkistuslistaa (O’Brien ym. 2014), jotta tutkimuksen metodologia, sisällön analyysin toteutus sekä tulosten esittely noudattaisivat kansainvälisiä vaatimuksia.

Tutkimuksen aineisto kerättiin kliinisessä työssä syntyneestä kirjallisesta aineistosta **ja tutkimusta voidaan arvioida eettiseltä kannalta kuten rekisteritutkimusta**. Keskeisiä eettisiä kysymyksiä ovat tällöin itsemääräämisoikeus, hyödyn maksimointi, vahingon välttäminen sekä sosiaalinen oikeudenmukaisuus (Räisänen & Gissler 2012). Mielenterveyskuntoutuksen tavoitteet sisälsivät tunteita herättäviä ilmiöitä, kuten pyrkimystä olla **vahingoittamatta itseä**. Eettisenä riskinä voidaan pitää tutkimusjoukon leimaantumista **tunteita herättävien asioiden, kuten itsen vahingoittamisen tai**

päihteiden käytön. Sen sijaan aineiston keruu kliinisesti muodostuneesta rekisteristä on tehokasta eikä esimerkiksi aiheuta tutkittaville haittaa ylimääräisinä tutkimuskäynteinä.

Tutkijan itsereflektio tutkimusprosessin aikana on keskeinen osa tutkimuksen ja sen tulosten kriittistä arviointia (Graneheim & Lundman 2004). Tästä huolimatta voi tutkijan subjektiivinen kokemusmaailma vaikuttaa tutkimusprosessiin (Silverman 2010; Tuomi & Sarajärvi 2018). Tässä tutkimuksessa keskeisin luotettavuuteen vaikuttava kysymys oli tutkijan työkokemus. Tutkija oli työskennellyt nuorten mielenterveyskuntoutuksessa yli kymmenen vuoden ajan, ja hän oli työskennellyt myös tutkittavien kanssa. Tutkijan kliininen kokemus asiakasryhmästä sekä se, että kirjallinen aineisto oli hänelle ennestään tuttua, mahdollisti syvällistä ymmärrystä kirjoitetuista tavoitteista sekä aineiston sisältämistä asioista ja ilmiöistä. Toisaalta se aiheutti riskin, ettei tutkija kyennyt kliinisen kokemuksensa takia tulkitsemaan aineistoa täysin objektiivisesti. Riskiä pyrittiin vähentämään käsittelemällä analyysiprosessia sekä tehtyjä ratkaisuja opinnäytetyön ohjaajien (SS ja KK) sekä opiskelijaryhmän kanssa. Lisäksi tutkija teki tutkimusprosessin aikana muistiinpanoja, joissa pohti myös tutkijapositionaan.

Sisällön analyysin avulla nuorten mielenterveyskuntoutuksen tavoitteet olisi voitu kategorisoida myös muilla tavoilla, esimerkiksi olemassa olevien taitojen harjoittamisen, taitojen palauttamisen ja uusien taitojen oppimisen näkökulmasta (ks. Moran ym. 2017). Tavoitekategoriat eivät välttämättä ole toisiaan poissulkevia, vaan on hyvä huomioida myös tavoitteisiin liittyvät sisällölliset näkökohdat sekä kuntoutuksen vaihe. Esimerkiksi ikätasoisien toiminnallisten roolien pääkategoriaan kuuluvat tavoitteet oman käyttäytymisen hallinnasta ovat konkreettista toimintaa, kun taas sisäisen resilienssin alakategorian tavoitteet omien tunteiden tunnistamisen ja hallitsemisen oppimisesta liittyvät nuoren sisäiseen maailmaan. Toisena esimerkkinä mainittakoon sosiaalisen osallisuuden pääkategoriasta työelämään ja opiskeluun liittyvät tavoitteet, jotka ovat hyvin konkreettisia, kuten *”valmistua ammattiin”*. Sen sijaan sisäisen resilienssin kategoriassa tulevaisuuteen suuntautumiseen liittyvät tavoitteet koskevat pikemminkin nuoren kykyä nähdä itsellään tulevaisuus ja esimerkiksi ammatti. Ensin mainitut liittyvät enemmän kuntoutusprosessin loppupäähän ja jälkimmäiset alku- ja keskivaiheille.

Johtopäätökset (ots 3)

Asumiskuntoutukseen osallistuneiden nuorten mielenterveyskuntoutujien tavoitteista löydettiin kolme pääkategoriaa: ikätasoiset toiminnalliset roolit, sosiaalinen osallisuus ja sisäinen resilienssi.

Nämä ovat kirjallisuuden ja tutkimustiedon perusteella yhteydessä valtaistumisen, kuntoutumisen ja toipumisen käsitteisiin (Anthony & Farkas 2009; Le Boutillier ym. 2011; Nordling 2018).

On hyvä huomioida, että sosiaalisen osallisuuden tavoittelu voi olla nuorten mielenterveyskuntoutuksen tavoitteissa ylikorostuneena. Samaan aikaan sisäinen resilienssi ja ikätasoiset toiminnalliset roolit **voivat jäädä liian vähälle huomiolle. Näiden asioiden aktiivinen käsitteleminen kuntoutuksessa** voi parantaa kuntoutusprosessin ja sen tulosten laatua nuorilla. Ikätasoisien toiminnallisten roolien huomioiminen tavoitteiden asettelussa voi lisätä yksilön motivaatiota **osallistua kuntoutukseen** ja pystyvyyden tunnetta. Konkreettisesti toiminnallisten roolien huomioimista kuntoutuksessa tukisi esimerkiksi ammattilaisten laajempi osaaminen ikätasoisista kehitystehtävistä. Nuoren mielenterveyskuntoutujan ja ammattilaisen välinen vuorovaikutussuhde on tärkeä osa kuntoutusta. **Tämä itsestänselvyys saattaa jäädä liian vähälle huomiolle esimerkiksi resurssien puutteen tai työntekijöiden vaihtuvuuden takia.**

Laatikkoon:

Tulosten merkitys:

Tulosten avulla on mahdollista kiinnittää huomioita keskeisiin ilmiöihin nuorten mielenterveyskuntoutuksessa ja kehittää tavoitteiden asettelua. Tavoitteiden asettelussa strukturoitujen menetelmien käyttö voi edistää tavoitteiden laatua ja mitattavuutta. Nuorten mielenterveyskuntoutus ja sen tavoitteiden asettelu on yhteiskunnallisesti merkittävä asia. Ilmiöitä on tärkeää tutkia myös määrällisesti.

Laatikko kiinni

Laatikkoon:

Tiivistelmä

Johdanto: Tavoitteiden asettaminen on tärkeä osa mielenterveyskuntoutusta. Nuorilla mielenterveyshäiriöt voivat vaikeuttaa kehitystehtävien saavuttamista, joten kuntoutuksen tavoitteiden tulee mukailla niitä. Aiemmat tutkimukset korostavat, että kuntoutuksessa on tärkeää huomioida kuntoutujan henkilökohtaiset tavoitteet yhteiskunnallisten resurssien lisäksi.

Tavoite ja menetelmä: Tämän tutkimuksen tavoitteena oli kuvailla nuorten mielenterveyskuntoutuksen tavoitteita ja tämän myötä lisätä ymmärrystä tavoitteiden merkityksestä ja kehittää tavoitteiden asettelua. Tutkimuksen aineistona olivat 18–29-vuotiaiden nuorten (n = 16)

asumiskuntoutuksessa laaditut kuntoutustiedotteet. Aineisto analysoitiin laadullisella sisällön analyysillä.

Tulokset: Mielennerveyskuntoutuksen tavoitteiden pääkategoriat olivat: ikätasoiset toiminnalliset roolit, sosiaalinen osallisuus sekä sisäinen resilienssi. Yksilön toimiessa ikätasoisien toiminnallisten rooliensa mukaisesti yksilö kykenee suuntautumaan kehitystehtäviinsä. Sosiaalinen osallisuus on mahdollisuutta osallistua sosiaalisiin ympäristöihin. Sisäinen resilienssi tarkoittaa yksilön kykyä vaikeissa tilanteissa käyttää vahvuuksiaan. Aineistosta nousi esille myös nuoren ja ammattilaisen välinen vuorovaikutussuhde kuntoutusprosessin aikana.

Pohdinta: Tässä tutkimuksessa löydettyt pääkategoriat ovat aiemman tutkimustiedon perusteella yhteydessä valtaistumiseen, kuntoutumiseen ja toipumiseen. Tulosten perusteella ammattilaisen ja nuoren välinen vuorovaikutussuhde on tärkeä osa kuntoutusta ja kuntoutujan osallisuutta tavoitteiden asettelussa tulee vahvistaa. Toipumisorientaation laajempi käyttö mielennerveyspalveluissa voisi mahdollistaa tätä kehitystä.

Avainsanat: nuoret, nuoret aikuiset, mielennerveyshäiriöt, mielennerveyskuntoutus, tavoitteet, rekisteriaineisto, laadullinen tutkimus, retrospektiivinen tutkimus

Abstract

Goals in Adolescents' Mental Health Rehabilitation

Introduction: Goal setting is a central part of mental health rehabilitation. Especially among young people mental health disorders may delay achieving developmental tasks. Goals of rehabilitation should be in concordance with developmental tasks. According to rehabilitation impact studies, it is important to consider the rehabilitees' goals in addition to the social and financial perspectives.

Purpose and method: The purpose of this study was to increase the understanding of goals set in adolescents' mental health rehabilitation and develop goal setting. The aim of the study was to describe the goals set in adolescent's mental health rehabilitation. The study participants were rehabilitees between 18 - 29 years in residential rehabilitation (n=16) and the data was register information. The analyze method was content analysis.

Results: The main categories of goals were: age-level occupational roles, social inclusion and inner resilience. When acting according to the age-level occupational roles, people are pursuing their developmental tasks. Social inclusion is the possibility to participate in the social environment. Inner resilience is a psychological process which helps the individual to cope with difficult situations by using their personal skills. The data shows also the importance of collaborative relationship between the professional and the young person during the process of recovery.

Discussion: Prior research shows that the main categories are connected to empowerment, rehabilitation and recovery. It is important to support the collaborative relationship between the professional and the adolescent by increasing methods that supports adolescent's participation in the process of goal setting. Wider use of recovery orientation in mental health services could support this development.

Keywords: youth, young adults, adolescent's, mental health disorders, mental health rehabilitation, goals, register information, qualitative study, retrospective study

Jonna Tolonen, toimintaterapeutti YAMK, Humana Finland Oy Sähkö-yksiköt; lääketieteen tohtoriopiskelija, Oulun yliopiston elinikäisen terveyden tutkimusyksikkö,

Katja Kokkinen, TtM, lehtori Jyväskylän ammattikorkeakoulu, hyvinvointiyksikkö

Erika Jääskeläinen, dosentti, LT, psykiatrian erikoislääkäri, Oulun yliopiston elinikäisen terveyden tutkimusyksikkö; Oulun yliopistollinen sairaala psykiatrian tulosalue

Sanna Sihvonen, TtT, yliopettaja, Jyväskylän ammattikorkeakoulu, hyvinvointiyksikkö

Liisa Kiviniemi, TtT, yliopettaja, Oulun ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Kristiina Moilanen LT, psykiatrian ja nuorisopsykiatrian erikoislääkäri Oulun yliopistollinen sairaala psykiatrian tulosalue, Humana Finland Oy Sähkö-yksiköt

Lähteet (ots 3)

Aaltonen S, Berg P, Ikäheimo S (2015) Nuoret luukulla. Kolme näkökulmaa syrjäytymiseen ja nuorten asemaan palvelujärjestelmässä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Nuorisotutkimusseura ry. Tutkimuksesta tiiviisti 3. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-442-7>

Aalto-Setälä T, Marttunen M (2007) Nuoren psyykinen oireilu – häiriö vai normaalia kehitystä? *Duodecim* 123, 207–213.

Alanko A, Hellman M (2017) Service Users and Experts in Finnish Mental Health Care Planning: Three Phases of Expansion and Inclusion. *Sosiologia* 4, 361–376.

Alanko T, Karhula M, Piirainen A, Kröger T, Nikander R (2017) Kuntoutujan osallistaminen tavoitteenasettamisprosessiin ja tavoitteiden saavuttamisen arvointiin. Loppuraportti. Kelan tutkimus. Kelan työpapereita 113. <http://hdl.handle.net/10138/175226>

Anthony WA, Farkas MD (2009) *A Primer on the Psychiatric Rehabilitation Process*. Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston.

Autere K, Paavola M, Selander M, Kilkku N (2009) Tavoitteet esiin hoitotyön kirjaamisessa. *Sairaanhoitaja* 82, 2, 24–25.

Bandura A (2001) Social Cognitive Therapy: An Agentic Perspective. *Annual Review of Psychology* 52, 1, 1–26. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.1>

Bandura A (2006) Toward a Psychology of Human Agency. *Perspect Psychol Sci* 1, 2, 164–180. <https://doi.org/10.1111%2Fj.1745-6916.2006.00011.x>

Bowend'EerdT TJH, Botell RE, Wade DT (2009) Writing SMART rehabilitation goals and achieving attainment scaling: a practical guide. *Clin Rehabil* 23, 4, 352–361.

<https://doi.org/10.1177/0269215508101741>

Clarke SP, Crowe TP, Oades LG, Deane FP (2009) Do Goal-Setting Interventions Improve the Quality of Goals in Mental Health Services? *Psychiatric Rehabilitation Journal* 32, 4, 292–299.

<https://doi.org/10.2975/32.4.2009.292.299>

Dray J, Bowman J, Freund M, Campbell E, Wolfenden L, Hodder RK, Wiggers J (2014) Improving adolescent mental health and resilience through a resilience-based intervention in schools: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 2014, 18, 15, 289. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-289>

Eklund M, Tjörnstrand C (2013) Psychiatric rehabilitation in community-based day centers: Motivation and satisfaction. *Scand J Occup Ther* 20, 6, 438–445.

<https://doi.org/10.3109/11038128.2013.805428>

Eskola J, Suoranta J (1998) *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino. E-kirja.

Euroopan parlamentin ja neuvoston asetus EU 2016/679. Luonnollisten henkilöiden suojelusta henkilötietojen käsittelyssä sekä näiden tietojen vapaasta liikkuvuudesta ja direktiivin 95/46/EY kumoamisesta (yleinen tietosuojasetus). Viitattu 30.3.2020. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/HTML/?uri=CELEX:32016R0679&from=FI>

Goscha R, Rapp C (2015) Exploring the Experiences of Client Involvement in Medication Decisions Using a Shared Decision Making Model: Results of a Qualitative Study. *Community Mental Health Journal* 51, 267–274. <https://doi.org/10.1007/s10597-014-9759-y>

Graneheim UH, Lundman B (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24, 2, 105–112.

<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Henderson P, Jackson W (2017) Recovery in mental health: examining the reality or professionals and service users. *Mental Health Nursing* October/November, 11–14.

Isola A-M, Kaartinen H, Leemann L, Lääperi R, Schneider T, Valtari S, Keto-Tokoi A (2017) Mitä osallisuus on? Osallisuuden viitekehystä rakentamassa. Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen työpapereita 33/2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-917-0>

Joensuu M, Mattila-Holappa P, Ahola K, Kivimäki M, Tuisku K, Koskinen A, Vahtera J, Virtanen M (2019) Predictors of employment in young adults with psychiatric work disability. *Early Interv Psychiatry*, 13, 5, 1083–89. <https://doi.org/10.1111/eip.12730>

Jørgensen K, Rendtorff JD (2017) Patient participation in mental health care – perspectives of healthcare professionals: an integrative review. *Scand J Caring Sci*, 32, 2, 490–501. <https://doi.org/10.1111/scs.12531>

Järvikoski A. 2013. Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Sosiaali- ja terveysministeriö. Raportteja ja muistioita (STM) 2013, 43. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3457-3>

Kestilä L, Heino T, Solantausta T (2011) Nuorten syrjäytyminen -epäsuotuisia polkuja aikuisuuteen. Haaste 1. Viitattu 26.5.2021. <https://www.haaste.om.fi/fi/index/lehtiarkisto/haaste12011/nuortensyrjaytyminen-epasuotuisiapolkujaikuisuuteen.html>

Kuntoutuksen uudistamiskomitea 2017. Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotuksen kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:41. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3891-5>

Landa Y, Mueser KT, Wyka KE, Shreck E, Jespersen R, Jacobs MA, Griffin KW, van der Gaag M, Reyna VF, Beck AT, Silberswieg DA, Walkup JT (2016) Development of a group and family-based cognitive behavioral therapy program for youth at risk for psychosis. *Early Intervention in Psychiatry* 2016, 10, 6, 511–521. <https://doi.org/10.1111/eip.12204>

Le Boutillier C, Leamy M, Bird VJ, Davidson L, Williams J, Slade M (2011) What Does Recovery Mean in Practice? A Qualitative Analysis of International Recovery-Oriented Practice Guidance. *Psychiatric Services* 62, 12, 1470–1476. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.001312011>

Lecomte T, Wallace CJ, Perrault M, Caron J (2005) Consumers' Goals in Psychiatric Rehabilitation and Their Concordance with Existing Services. *Psychiatric Services* 56, 2, 209–211. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.2.209>

Lindström M, Sjöström S, Lindberg M (2013) Stories of Rediscovering Agency: Home-Based Occupational Therapy for People with Severe Psychiatric Disability. *Qual Health Res* 23, 6, 728–740. <https://doi.org/10.1177/1049732313482047>

Locke EA, Latham GP (2002) Building a Practically Useful Theory of Goal Setting and Task Motivation. A 35 -Year Odyssey. *American Psychologist* 57, 9, 705–717. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.57.9.705>

Martin M (2016) Nuoruus, vammaisuus ja kuntoutuksen merkitys. Väitöskirja. Lapin yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-484-906-7>

Moran GS, Westman K, Weissberg E, Melamed S (2017) Perceived assistance in pursuing personal goals and personal recovery among mental health consumers across housing services. *Psychiatry Res* 249, 94–101. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.013>

Nordling E (2018) Mitä toipumisorientaatio tarkoittaa mielenterveystyössä? *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 134, 15, 1476–83.

Nurmi JE (1992) Age Differences in adults` life goals, concerns, an their temporal extensions: A life course approach to future-oriented motivation. *Int J Behav Dev* 15, 4, 487–508. <https://doi.org/10.1177%2F016502549201500404>

O`Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA (2014) Standards for Reporting Qualitative Research. *Academic Medicine* 89, 9, 1245-251. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000000388>

Piha J, Tainio V-M (2016) Mielenterveyskuntoutus. Teoksessa K Kumpulainen, E Aronen, H Ebeling, E Laukkanen, M Marttunen, K Puura, A Sourander (toim.) *Duodecim*, Tallinna.

Räisänen S, Gissler M (2012) Rekisteritutkimus – mahdollisuus hoitotieteessä. *Hoitotiede* 24, 1, 62–69. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ELE-1551295>

Shadmi E, Gelkopf M, Garber-Epstein P, Baloush-Kleinman V, Dudai R, Scialom SL, Roe D (2017) Relationship Between Psychiatric-Service Consumers`and Providers`Goal Concordance and Consumers` Personal Goal Attainment. *Psychiatric Services* 68, 12, 1312–1314. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600580>

Silverman D (2010) *Doing Qualitative Research – A practical handbook*. Third edition. SAGE Publications Ltd, Great Britain.

Silverman Nair KP (2003) Life goals: the concept and its relevance to rehabilitation. *Clin Rehabil* 17, 2, 192–202. <https://doi.org/10.1191/0269215503cr599oa>

Slade M, Longden E (2015) Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC Psychiatry* 15, 285. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0678-4>

Sourander A, Marttunen M (2016) Lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöiden epidemiologia. Julkaisussa lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Teoksessa K Kumpulainen, E Aronen, H Ebeling, E Laukkanen, M Marttunen, K Puura, A Sourander (toim.) Talinna: Duodecim.

Svedberg P, Svensson B, Hansson L, Jormfeldt H (2014) A 2-year follow-up study of people with severe mental illness involved in psychosocial rehabilitation. *Nor J Psychiatry* 68, 6, 401–408. <https://doi.org/10.3109/08039488.2013.851737>

Toivonen S. (2010) GAS-menetelmä: Fiksusta tavoitteen asettamisesta tavoitteen toteutumisen arviointiin. *Fysioterapia* 7, 22–26.

Tolonen J. (2019) Tavoitteet nuorten mielenterveyskuntoutuksessa. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2019051510026>

Tuomi J, Sarajärvi A (2018) *Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi*. Uudistettu laitos. Tammi, Helsinki.

Whiteford, H.A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A.J., Ferrari, A.J., Erskine, H.E., Charlson, F.J., Norman RE, Falxman AD, Johns N, Burstein R, Murray CJL, Vos T (2013) Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet* 382, 9904, 1535–1586. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)61611-6)