

**This is a self-archived version of an original article. This version may differ from the original in pagination and typographic details.**

**Author(s):** Raudaskoski, Katja; Keränen, Aino-Elina; Bergström, Tomi

**Title:** Mielenterveyspalveluita käyttävien asiakkaiden ja heidän työntekijöidensä näkemyksiä siitä mikä asiakkaan vointia kohentaa

**Year:** 2022

**Version:** Accepted version (Final draft)

**Copyright:** © 2022 Suomen perheterapiayhdistys ry

**Rights:** In Copyright

**Rights url:** <http://rightsstatements.org/page/InC/1.0/?language=en>

**Please cite the original version:**

Raudaskoski, K., Keränen, A.-E., & Bergström, T. (2022). Mielenterveyspalveluita käyttävien asiakkaiden ja heidän työntekijöidensä näkemyksiä siitä mikä asiakkaan vointia kohentaa. *Perhe- ja pariterapialehti*, 3(1). <https://www.perheterapialehti.fi/vertaisarvioidut-artikkelit/mielenterveyspalveluita-kayttavien-asiakkaiden-ja-heidan-tyontekijoidensa-nakemyksia-siita-mika-asiakkaan-vointia-kohentaa/>

1 Mielenterveyspalveluita käyttävien asiakkaiden ja heidän  
2 työntekijöidensä näkemyksiä siitä mikä asiakkaan vointia  
3 kohentaa

4  
5  
6  
7 Katja Raudaskoski, sh, sairaanhoitaja  
8 Keroputaan psykiatrian poliklinikka  
9 Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri  
10  
11 Aino-Elina Keränen, sh, sairaanhoitaja  
12 Keroputaan psykiatrian poliklinikka  
13 Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri  
14  
15 Tomi Bergström, PsT, psykologi, tutkijatohtori  
16 Psykiatrian tulosityksikkö  
17 Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri  
18 &  
19 Psykologian laitos  
20 Jyväskylän yliopisto  
21  
22 Käsikirjoituksen yhteyshenkilö:  
23 Tomi Bergström  
24 [tomi.bergstrom@lpshp.fi](mailto:tomi.bergstrom@lpshp.fi)  
25 Hakalankatu 9, 95420 Tornio  
26 044 300 1483  
27  
28

29 Mielenterveyspalveluita käyttävien asiakkaiden ja heidän työntekijöidensä näkemyksiä siitä mikä  
30 asiakkaan vointia kohentaa

31

## 32 ABSTRAKTI

33

34 Tämän kyselytutkimuksen tavoitteena oli selvittää aikuispsykiatrian poliklinikan asiakkaiden ja  
35 heidän hoitavien työntekijöidensä näkemyksiä asioista, jotka ovat kohentaneet tai jotka saattaisivat  
36 kohentaa asiakkaan vointia. Tutkimusaineisto muodostettiin osana Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin  
37 osallistavan PSILEAPS-kyselytutkimuksen pilotointia. Pilotointiin osallistui 12 asiakasta ja 11  
38 työntekijää. Tietoja asiakkailta ja työntekijöiltä kerättiin tutkimusprojektia varten laaditulla  
39 kyselylomakkeella, joka sisälsi sekä suljettuja että avoimia kysymyksiä. Tässä tutkimuksessa  
40 analysoitiin vastauksia avoimeen kysymykseen siitä, mitkä asiat (asiakkaan) vointia kohentavat.  
41 Vastaukset analysoitiin ja ryhmiteltiin aineistolähtöisen kvantitatiivisen sisällön analyysin keinoin.  
42 Lisäksi tarkasteltiin vastausten yhteyksiä asiakkaiden demografisiin ja kliinisiin taustamuuttujiin.  
43 Tulosten perusteella asiakkaat toivat useimmin esille arkielämän asioiden kuten läheisten  
44 ihmissuhteiden ja mielekkään elämänsisällön kohentavan vointia. Etenkin lyhyemmän aikaa  
45 hoidossa olleet asiakkaat kertoivat myös hoitosuhteessa tapahtuvan itsetutkiskelun ja laajemminkin  
46 itsensä kehittämisen kohentavan vointia. Työntekijät toivat asiakkaitaan useammin esille  
47 mielenterveyshoidon kohentavan asiakkaidensa vointia, mutta myös heidän vastauksissaan  
48 toistuivat ihmissuhteiden ja muun muassa elämäntilanteen vaikutus asiakkaan vointiin.  
49 Yhteenvetona voitiin todeta, että mielenterveyspalveluita käyttävät asiakkaat ja heidän hoitavat  
50 työntekijänsä näkevät asiakkaan voinnin kohentumisen liittyvän ennen kaikkea erilaisiin sosiaalisiin  
51 ja arkielämän asioihin, kuten ihmissuhteisiin ja mielekkäaseen elämänsisältöön. Tarkkarajaiseen  
52 näyttöön perustuva psykiatria, jossa hoitoa kohdennetaan tietyn hetken oirekuvan ja tähän ennalta  
53 määriteltyjen interventiomien mukaan, ei tällöin välttämättä suoraan edistä niitä asioita,  
54 joita sekä mielenterveyspalveluita käyttävät asiakkaat että heitä hoitavat työntekijät toivoisivat  
55 ensisijaisesti edistettävän. Tämän yhteyttä mielenterveyshoidon vaikuttavuuteen olisi tärkeää tutkia  
56 jatkossa lisää, sillä tutkimusasetelmaan liittyvien rajoitusten vuoksi pitkälle vietäviä johtopäätöksiä  
57 ei tämän tutkimuksen pohjalta voitu tehdä.

58

59 Avainsanat: mielenterveystyö, kokemusasiantuntijuus, osallisuus, psykiatria, tarpeenmukaisuus  
60 toipumisorientaatio

61

62

63

64

## 65 JOHDANTO

66 Psykiatrian tutkimuksessa ja hoidossa on viime vuosikymmenen aikana alettu enenevässä määrin  
67 painottaa palveluita käyttävien ja heidän läheistensä henkilökohtaisia kokemuksia sekä hoidosta että  
68 toipumisesta (esim. Bracken ym., 2012; van Os ym., 2019). Esimerkiksi toipumisorientoituneissa  
69 lähestymistavoissa huomiota siirretään perinteisestä oirekeskeisyydestä kohti henkilökohtaisesti  
70 määriteltävää toipumista sekä yksilön toimijuuden ja yhteiskuntaosallisuuden tukemista (Gammon  
71 ym., 2017). Mielenterveysongelmista toipumisen yksilöllistä luonnetta alleviivataan myös  
72 maailman terveysjärjestö WHO:n (2021) uusissa ohjeistuksissa, joiden tavoitteena on  
73 maailmanlaajuisesti edistää toipumisorientaation ja laajemminkin ihmisoikeuksien toteutumista  
74 mielenterveyshoidossa. Vastaavanlaisia lähestymistapoja on viime vuosien aikana tuotu myös  
75 Suomessa enenevässä määrin esille (esim. Vorma ym., 2020; Wahlbeck ym., 2018)

76 Toipumisorientaation tuomista palvelujärjestelmään on kuitenkin haastanut muun muassa  
77 mielenterveysongelmista toipumisen lähtökohtainen määritelmä, joka on voinut erota  
78 merkittävästikin mielenterveyspalveluita käyttävien ja mielenterveysalan ammattilaisten välillä  
79 (esim. Piat & Sabetti, 2009). Monille palveluita käyttäville toipuminen on käsite, joka kuvaa ei-  
80 lineaarista ja jatkuvaa mielenterveyden haasteista ylipääsemistä ja tätä kautta muun muassa omaan  
81 toimijuuteen, voimaantumiseen ja sosiaaliseen osallisuuteen liittyviä asioita (O’Keeffe ym., 2021).  
82 Tämä eroaa jossain määrin perinteisemmistä lääketieteellisistä määritelmistä, kuten remissiosta,  
83 jossa toipuminen nähdään ennalta määriteltujen oireiden lievittymisenä tai poistumisena (Davidson  
84 & Roe, 2007). Lisäksi jotkut mielenterveyspalveluita käyttävät kokevat toipumis-käsitteen itsessään  
85 leimaavana ja kapeana suhteessa yksilöllisiin haasteisiin ja ongelmiin (esim. O’Keeffe ym., 2021).

86 Määritelmistä riippumatta sekä henkilökohtaisesti koettua toipumista että psykiatristen oireiden  
87 lievittymistä edesauttavat asiat ovat yksilöllisiä, eivätkä ne seuraile esimerkiksi tällä hetkellä  
88 käytössä olevia diagnoosirajoja (van Os ym., 2019). Joitakin toistuvia teemoja on kuitenkin  
89 löydetty. Esimerkiksi useissa tutkimuksissa vaikeista mielenterveysongelmista kärsineet ovat  
90 korostaneet sosiaalisen ympäristön, läheisten ihmissuhteiden ja oman toimijuuden tärkeyttä (esim.  
91 Bergström ym., 2019; O’Keeffe, ym., 2021). Vastaavanlaisia asioita on havaittu myös psykoterapian  
92 yhteisiä vaikuttavia tekijöitä (engl. common factors) selvittäneissä tutkimuksissa, joiden mukaan  
93 psykoterapeuttisessa työskentelyssä on menetelmästä riippumatta vaikuttavaa luottamuksen,  
94 empaattisen kohtaamisen ja ylipäättään vuorovaikutuksen laadun kaltaiset asiat (Wampold, 2015).  
95 Myös muissa tutkimuksissa on todettu, että sellaiset mielenterveyshoidon käytännöt, joissa  
96 huomioidaan yksilön lähipiiri ja kiinnitetään erityistä huomiota henkilökohtaisiin kokemuksiin sekä

97 erilaisten palvelujen sektorirajat ylittävään integraatioon, näyttävät edistävän mielenterveyshoidon  
98 vaikuttavuutta (WHO, 2021).

99 Toisaalta palveluita käyttävien omat kokemukset perhe- ja verkostokeskeisestä työskentelystä  
100 voivat olla myös ristiriitaisia. Esimerkiksi Murray-Swank kumppaneineen (2007) tarkastelivat  
101 mielenterveyspalveluita käyttävien asiakkaiden kokemuksia perheen osallistumisen merkityksestä  
102 hoitoon ja asiakkaan vointiin. Suurin osa tutkimukseen osallistuneista halusi perheen osallistuvan  
103 heidän psykiatriseen hoitoonsa, joskin osa tutkimukseen osallistuvista koki perheen osallistumisen  
104 haittaavan heidän yksityisyyttään. Osa tutkittavista koki myös olevansa taakkana perheelleen, ja he  
105 olivat skeptisiä perheen hoitoon osallistumisen positiivisista vaikutuksista. Vastaavanlaisia tuloksia  
106 on saatu myös muissa tutkimuksissa, joissa asiakkaat ovat itse korostaneet perheen ja lähipiirin  
107 osallistamisen tärkeyttä samalla kun pieni osa on kokenut perheen osallistamisen hoidon kannalta  
108 joko merkityksettömänä tai haitallisena (esim. Bergström ym., 2021).

109 Koska mielenterveysongelmista toipuminen ja tätä edesauttavat asiat ovat edellä kuvatulla tavalla  
110 sekä yksilöllisiä että riippuvaisia subjektiivisesta kokemuksesta, mielenterveyspalveluihin on  
111 haastavaa luoda ensisijaisesti yksilön ja hänen alati muuttuvia tarpeitaan tavoittavaa  
112 toipumisorientoitunutta lähestymistapaa (Slade ym., 2014). Ilmiöiden ja määritelmien  
113 heterogeenisuus vaikeuttaa myös näyttöön perustuvan psykiatrian tutkimusta, sillä esimerkiksi  
114 satunnaiskontrolloidut kokeet edellyttävät ennalta määritettyjä ja ryhmätasolla vertailukelpoisia  
115 vaikuttavuuden mittareita (van Os ym., 2019). Tästä syystä on esitetty, että psykiatrian  
116 tutkimuksessa olisi enenevässä määrin tehtävä osallistavia ja tiiviimmin arjen työhön integroituja  
117 toimintatutkimuksia, joissa pyritään laaja-alaisemmin huomioimaan mielenterveysongelmien ja  
118 niistä toipumisen heterogeeninen ja yksilöllinen luonne (van Os ym., 2019).

119 Yksi esimerkki osallistavasta ja ennen kaikkea palvelujärjestelmän kehittämiseen pyrkivästä  
120 toimintatutkimuksesta on 1970-luvulla Turun skitsofreniaprojektista alkanut (Alanen ym., 1991) ja  
121 valtakunnallisessa skitsofreniaprojektissa (Tuori ym., 1998) myöhemmin jatkunut tutkimustraditio,  
122 jonka pohjalta muotoiltiin tarpeenmukainen hoitomalli. Hoitomallin lähtökohta on psykiatrisen  
123 hoidon joustava suunnittelu siten, että diagnoosin ja ennalta määritettyjen hoitotavoitteiden sijaan  
124 pyritään huomioimaan sekä palveluita käyttävän, että hänen läheistensä yksilölliset ja alati  
125 muuttuvat tarpeet (Alanen, 2009).

126 1980-luvun jälkeen tarpeenmukaisen hoitomallin kehittämistä jatkettiin pääasiassa Länsi-Pohjan  
127 sairaanhoitopiirin alueella, jossa mielenterveyspalveluita ja hoidon vaikuttavuutta tutkittiin osana  
128 valtakunnallisia ja paikallisia tutkimushankkeita (Seikkula ym., 2006). Näiden tutkimusten pohjalta

129 muotoiltu perhe- ja verkostokeskeinen avoimen dialogin hoitomalli on useissa tutkimuksissa  
130 näyttänyt edistävän etenkin vaikeista mielenterveysongelmista kärsivien hoitotulosta (esim.  
131 Bergström ym., 2018; Bouchery ym., 2018; Buus ym., 2019).

132 Länsi-Pohjan alueella alkuperäisiin avoimen dialogin hoitomallin tutkimushankkeisiin osallistuneet  
133 ensipsykoosipotilaat ovat jälkeempään kertoneet lähiverkosta osallistaneiden hoitokokousten  
134 mahdollistaneen vaikeiden asioiden turvallisen käsittelyn, joskin osalla kokemukset hoidosta olivat  
135 ristiriitaisia (Bergström ym., 2021), eikä varsinaisen mielenterveyshoidon merkitystä  
136 lähtökohtaisesti korostettu psykoosista toipumisessa (Bergström ym., 2019). Löydösten kliininen  
137 merkitys ja niiden yhteys avoimen dialogin hoitokäytäntöön on kuitenkin jäänyt osin epäselväksi  
138 (Bergström, 2020), jonka lisäksi Länsi-Pohjan mielenterveyspalveluita käyttävien asiakkaiden  
139 kokemuksia hoidosta ja henkilökohtaista toipumista edistävästä tekijöistä on hoitomallin  
140 alkuperäisten kehityshankkeiden jälkeen tutkittu vain vähän.

141 Tässä tutkimuksessa tarkastelemme yhden Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiriin aikuispsykiatrian  
142 poliklinikan asiakkaiden ja työntekijöiden henkilökohtaisia näkemyksiä siitä, mitkä asiat ovat  
143 kohentaneet tai voisivat kohentaa asiakkaan vointia, ja miten nämä asiat ovat yhteydessä erilaisiin  
144 demografisiin ja kliinisiin taustatekijöihin. Tutkimus on osa laajempaa ja erilaisten hoitokäytäntöjen  
145 vaikuttavuutta selvittävää tutkimushanketta (Bergström ym., 2022), jonka yhtenä tavoitteena on  
146 tutkia, miten työntekijöitä, asiakkaita ja heidän perheenjäseniään osallistava tutkimus- ja  
147 kehittämistyö voidaan integroida osaksi kliinistä työtä.

148  
149

## 150 **MENETELMÄT**

### 151 **Tutkimusasetelma**

152 Tutkimusaineisto muodostettiin vuonna 2020 osana Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin psykiatrian ja  
153 riippuvuuksien hoidon tulosalueen sekä Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen yhteistä *A*  
154 *participatory survey to investigate the long-term effectiveness of adult psychiatric services: a*  
155 *prospective exploratory cohort study* (PSILEAPS)-seurantatutkimusta (Bergström ym., 2022).  
156 Tutkimushankkeen ennakoidaan antavan uutta tietoa erilaisten hoitokäytäntöjen vaikuttavuudesta  
157 sekä muista tekijöistä, jotka ovat yhteydessä mielenterveyshoidon pitkän aikavälin  
158 tuloksellisuuteen.

159 Tutkimushankkeen ensimmäisessä vaiheessa strukturoiduilla kyselyillä selvitetään työntekijöiden,  
160 asiakkaiden ja heidän hoitoonsa osallistuvien läheisten näkemystä siitä, mistä

161 mielen terveystalouden tarve kyseisessä hoitoprosessissa johtuu, ja mitkä asiat hoidossa ovat  
162 siihen mennessä auttaneet tai voisivat mahdollisesti jatkossa auttaa. Tutkimuskyselyn runko  
163 laadittiin vuosien 2019-2020 aikana Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin alueella järjestetyissä  
164 yhteisökokouksissa, joihin kutsuttiin kaikki psykiatrian tulosalueen työntekijät ja  
165 kokemusasiiantuntijat. Keväällä 2020 kysely esitettiin sähköisesti kaikille Länsi-Pohjan  
166 sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen työntekijöille, jonka yhteydessä tutkittiin myös kyselyn  
167 psykometrisia ominaisuuksia (Nikanne, 2021). Tulosten pohjalta kyselyä jatkokehitettiin uusissa  
168 yhteisökokouksissa. Lisäksi kysymyksiä ja niiden lopullista muotoilua käytiin läpi Keroputaan  
169 sairaalassa psykiatrisessa osastohoidossa olleiden potilaiden kanssa.

170 Asiakaskysely pilotoitiin Keroputaan aikuispsykiatrian poliklinikalla joulukuussa 2020.  
171 Pilotoinnissa poliklinikan työntekijöitä kehoitettiin esittämään kysely viiden päivän ajan  
172 asiakkailleen. Mikäli asiakas halusi osallistua, täyttivät he, heidän hoitoonsa osallistuneet läheiset ja  
173 heidän työntekijänsä kukin omat kyselynsä koskien kyseistä hoitoprosessia. Vastauksia käytiin  
174 kaikkien asianomaisten kanssa yhteisesti läpi, jolloin kerätty tieto oli välittömästi hyödynnettävissä  
175 hoidonsuunnittelussa. Pilotoinnin toteutus ja tulokset on raportoitu tarkemmin toisaalla (Bergström  
176 ym., 2022).

177 Pilotointitutkimuksessa käytetty kysely koostui neljästä osiosta: (1) mistä asiakkaan sen hetkinen  
178 avuntarve johtuu, (2) miten apua on järjestettävä ja (3) mitkä Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin  
179 alueella käytössä olevista hoitotavoista ja/tai -menetelmistä ovat asiakasta auttaneet tai voisivat  
180 auttaa. Viimeisessä (4) osiossa kysytään asiakkaan sen hetkistä vointia ja tähän vaikuttavia  
181 tekijöitä. Lisäksi työntekijät keräsivät sekä suoraan asiakkaalta että heidän potilasasiakirjoistaan  
182 demografisia ja kliinisiä taustatietoja. Kysely sisälsi sekä suljettuja että avoimia kysymyksiä. Tässä  
183 artikkelissa keskitymme tarkastelemaan asiakkaiden ja työntekijöiden vastauksia avoimeen  
184 kysymykseen: *Mitkä tekijät (asiakkaan) voinnin kohentamiseen vaikuttavat/saattavat vaikuttaa?*

#### 185 **Tutkimusmenetelmä**

186 Asiakkaiden ja työntekijöiden näkemyksiä asiakkaan vointia kohentavista asioista kussakin  
187 hoitoprosessissa analysoitiin aineistolähtöisesti kvantitatiivisella sisällönanalyysillä (Coe & Scacco,  
188 2017; Züll, 2016). Ensin koko aineisto luettiin läpi ja kaikki vastaukset koodattiin näiden  
189 temaattisen sisällön mukaan. Seuraavaksi koodatuista vastauksista muodostettiin yläluokkia, jotka  
190 yhdistivät sisällöltään samanlaisia vastauksia toisiinsa. Analyysin validiteetin parantamiseksi  
191 tutkijat suorittivat kaksi ensimmäistä vaihetta ensin itsenäisesti, jonka jälkeen luokkien

192 yhdenmukaisuutta arvioitiin yhdessä. Analyysia jatkettiin, kunnes saavutettiin riittävä  
193 yksimielisyys, eikä uusia luokkia enää löytynyt.

194 Kun luokat oli muodostettu, aineisto koodattiin näiden mukaan. Tämän jälkeen tehtiin kuvailevaa  
195 tilastoanalyysia, miten erilaiset vastaukset/luokat toistuvat suhteessa koko aineistoon. Asiakkaiden  
196 vastausten yhteyksiä heidän demografisiin ja kliinisiin taustamuuttujiin tarkasteltiin myös ei-  
197 konfirmatorisesti aineistoa ristiintaulukoimalla. Varsinaisen tilastollisen mallintamisen ja  
198 hypoteesien testaamisen sijaan sekä pilottitutkimuksen (Bergström ym., 2022) että tämän  
199 alatutkimuksen tavoitteena oli eksploratiivinen ja uusia hypoteeseja tuottava aineiston analyysi  
200 kyselyn kehittämistä ja jatkotutkimuksia varten.

#### 201 **Eettinen arvio**

202 Ennen aineistonkeruuta tutkimukselle haettiin Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin eettisen  
203 toimikunnan puoltava lausunto. Ennen kyselyyn vastaamista sekä työntekijöiltä että asiakkailta  
204 pyydettiin informoitu ja allekirjoitettu suostumus. Asiakkaita muistutettiin, ettei tutkimuksesta  
205 kieltäytyminen vaikuta heidän hoitoonsa nyt tai tulevaisuudessa.

206

#### 207 **TULOKSET**

##### 208 **Osallistujat**

209 Kyselytutkimukseen osallistui 12 asiakasta, 11 työntekijää ja 4 perheenjäsentä. Kaikki asiakkaat  
210 osallistuivat, joille osallistumismahdollisuutta tarjottiin. Osallistumiskutsun esittämisessä oli  
211 kuitenkin työntekijöistä riippunutta valikoitumista (Bergström ym., 2022), jonka vuoksi otos ei  
212 välttämättä edusta kunnolla kaikkia psykiatrian poliklinikan asiakkaita.

213 Sama työntekijä saattoi olla mukana useammassa hoitoprosesseissa. Koska työntekijät  
214 työskentelivät pääasiassa työpareittain, yhdessä hoitoprosessi saattoi olla vastauksia useammalta  
215 työntekijältä. Tutkimuksen tavoitteiden mukaisesti raportoimme tässä tulokset  
216 hoitoprosessikohtaisesti ( $n=12$ ). Koska pilotissa vain yksi perheenjäsenistä vastasi tämän  
217 tutkimuksen tarkastelun kohteena olleeseen avoimeen kysymykseen, jätettiin perheenjäsenen  
218 vastaukset analyysin ulkopuolelle. Kahdestatoista asiakkaasta 11 vastasi avoimeen kysymykseen.  
219 Vastaavasti kahdestatoista hoitoprosessissa yhdessätoista vähintään yksi työntekijöistä/työryhmän  
220 jäsenistä oli vastannut kysymykseen.

221 Tutkimukseen osallistuneiden asiakkaiden ( $n=12$ ) keski-ikä oli 32 vuotta ( $sd=10$ ). Asiakkaista  
222 puolet (50 %) oli naisia, 7 (58 %) oli parisuhteessa ja kolmella (25 %) oli korkeakoulututkinto.



223 Tutkimushetkellä kolme (25 %) asiakkaista oli töissä tai koulussa ja puolet (50 %) saivat  
224 työkyvyttömyystukia mielenterveyssyistä. Loput saivat muita tukia ja/tai olivat työttöminä  
225 työnhakijoina. Seitsemälle (58 %) asiakkaalle oli tutkimushetkellä asetettu F-diagnoosi. Kahdella  
226 (17 %) asiakkaalla oli diagnosoitu ei-affektiivinen psykoosi (F20-F29), kahdella (17 %)  
227 mielialahäiriö (F30-F38) ja kolmella (25 %) jokin ahdistuneisuus- ja/tai stressiin liittyvä häiriö  
228 (F40-F49). Seitsemällä (58 %) asiakkaalla hoitokontakti oli jatkunut yli vuoden ja kolme asiakasta  
229 (25 %) oli jossakin hoidon vaiheessa ollut sairaalahoidossa.

### 230 **Analyysin yhteenveto**

231 Asiakkaiden vastausten analyysin pohjalta löysimme yhdeksän alaluokkaa, jotka on koottu  
232 taulukkoon 1. Alaluokat järjestettiin kolmeksi yläluokaksi näiden temaattisen sisällön mukaan: (1)  
233 hoitokonteksti, (2) yksilötaso ja (3) sosiaalinen ulottuvuus. Työntekijöiden vastauksia koodattiin  
234 suhteessa asiakkaiden antamiin vastauksiin. Työntekijöiden vastauksissa oli tunnistettavissa samat  
235 yläluokat, mutta alaluokat erosivat sisällöltään jossain määrin asiakkaiden vastauksista (taulukko 2).

236 Asiakkaat itse käyttivät vastauksissaan usein terapia- tai psykoterapia-sanaa, jolla viitattiin  
237 käytännössä polikliinisiin tapaamisiin hoitavan työryhmän kanssa, ja ainoastaan yksi asiakkaista oli  
238 saanut varsinaista yksilöpsykoterapiaa. Noin puolella tutkimukseen osallistuneista työntekijöistä oli  
239 perheterapeutti- tai muu psykoterapeuttikoulutus. Koska tapaamiset ja hoitoprosessit ovat  
240 oletettavasti olleet sisällöltään erilaisia, eikä sisältöä tutkittavien omaa kertomaa tarkemmin  
241 analysoitu, käytetään tässä tutkimuksessa keskusteluapu-termiä kuvaamaan kaikkea  
242 hoitokontekstissa tapahtunutta vuorovaikutuksellista työskentelyä.

243 [Taulukko 1 tähän]

244 [Taulukko 2 tähän]

245 Tutkijat päätyivät sisällöllisesti samankaltaisiin luokkiin toisistaan riippumattomasti. Tutkijoiden  
246 analyysit erosivat ainoastaan keskusteluapu-alaluokan osalta, joka toisessa analyysissa oli sijoitettu  
247 hoitokontekstiin ja toisessa yksilötasolle. Tältä osin asiakkaiden ja työntekijöiden vastaukset  
248 olivatkin osin limittäisiä ja tulkinnanvaraisia. Koska vastauksissa toistui myös hoitokontekstin  
249 ulkopuolinen itsetutkiskelu ja itsensä kehittäminen, eikä psykoterapeuttinen työskentely tai muu  
250 keskusteluapu rajoittunut vain yksilötasolle, päätettiin nämä pitää omina luokkinaan. Mainittakoon,  
251 etteivät muutkaan luokat olleet toisiaan poissulkevia, ja monissa vastauksissa toistuivat limittäin  
252 useat eri teemat.

253

**254 Hoitokonteksti**

255 Hoitokontekstiin lukeutuivat psykoterapeuttinen ja muu keskusteluapu, lääkitys sekä muut lääke- ja  
256 hoitotieteelliset hoidot, joiden asiakas kertoi joko kohentaneen tai saattavan kohentaa omaa vointia.  
257 Neljä asiakasta kertoi, että keskusteluapu, kuten säännölliset tapaamiset hoitavan työryhmän kanssa  
258 ja pariterapia kohentavat heidän vointiaan. Vain yksi asiakkaista kertoi psyykenlääkityksen  
259 kohentaneen vointia. Muunlaisista lääke- ja hoitotieteellisistä hoidoista nimettiin vain sähköhoito,  
260 josta yksi vastaajista oli kokenut hyötyneensä.

261 Kahdeksassa hoitoprosessissa työntekijät kertoivat keskusteluavun mukaan luettuna tapaamiset  
262 hoitavan työryhmän kanssa kohentaneen asiakkaan vointia. Kolmessa hoitoprosessissa asiakkaan  
263 katsottiin hyötyneen myös lääkehoidosta ja yhdessä hoitoprosessissa sähköhoidosta. Lisäksi  
264 työntekijät kertoivat yhden asiakkaan hyötyneen ryhmämuotoisesta kuntoutustoiminnasta ja  
265 kahdessa hoitoprosessissa mahdollisuus nopeaan reagointiin katsottiin tärkeäksi.

**266 Yksilötaso**

267 Yksilötaso koostui omiin tunteisiin, ajatteluun ja käyttäytymiseen vaikuttamisesta itsetutkiskelun tai  
268 keskusteluavun keinoin. Moni kertoi hoitotapaamisten mahdollistaneen psyykkisen itsetutkiskelun  
269 ja laajemminkin itsensä kehittämisen. Kolme asiakasta toi esille, että esimerkiksi itseä kiinnostavien  
270 asioiden löytäminen, negatiivisten ajatusten aktiivinen työstäminen, tunteiden patoamisen  
271 ehkäiseminen sekä hetkeen pysähtyminen kohentavat vointia. Kaksi vastaajaa toi esille, että omalla  
272 toiminnalla ja käytöksellä sekä näihin eri keinoin vaikuttamalla on ollut tai voisi olla yhteys voimien  
273 kohentumiseen.

274 Kolmessa hoitoprosessissa työntekijät toivat esille itseymmärryksen lisääntymisen esimerkiksi  
275 reflektiivisen työskentelyn ja/tai muuten hoidollisten keskustelujen kautta kohentavan asiakkaan  
276 vointia. Yhdessä hoitoprosessissa työntekijät toivat esille, että asiakkaan vointia kohentaisi  
277 kipuoireiden helpottuminen.

**278 Sosiaalinen ulottuvuus**

279 Sosiaalinen ulottuvuus koostui neljästä alateemasta; työllisyystilanne, harrastukset, läheiset ja  
280 kotieläimet. Kaksi vastanneista koki työllisyys- tai opiskelutilanteen muutoksen joko kohentaneen  
281 tai saattavan kohentaa omaa vointia. Kolme asiakasta oli sitä mieltä, että harrastukset ja ylipäätään  
282 mielekäs elämänsisältö kohentavat vointia. Kuusi asiakasta kertoi läheisten ihmisten ja  
283 ihmissuhteiden kohentavan vointia. Yksi vastanneista nimesi lemmikkieläimen kohentavan vointia.

284 Yhdeksässä hoitoprosessissa työntekijät toivat esille perheiden ja läheisten merkityksen voinnin  
285 kannalta. Lisäksi kahdessa hoitoprosessissa työntekijät toivat esiin opiskelun ja töiden saannin  
286 kohentavan vointia, ja kolmessa hoitoprosessissa työntekijät toivat laajemminkin esiin  
287 elämäntilanteen muutoksen vointia kohentavan merkityksen.

#### 288 **Teemojen esiintyvyys asiakkaiden demografisten ja kliinisten taustatekijöiden mukaan**

289 Naiset ja korkeammin koulutetut korostivat enemmän hoidon ja hoitokontekstin merkitystä  
290 (taulukko 3). Yksilötasoon ja sosiaaliseen kontekstiin liittyvät teemat jakaantuivat tasaisemmin  
291 sukupuolten välille. Sosiaaliseen kontekstiin liittyviä teemoja esiin tuoneet olivat keskimäärin  
292 nuorempia. Hoitokontekstiin ja yksilötasoon liittyviä teemoja esiin tuoneista suurempi osa oli  
293 parisuhteessa.

294 Yksilötasoon liittyviä teemoja esiin tuonneista suurimmalla osalla hoito oli kestänyt alle vuoden ja  
295 puolella oli vastaamishetkellä viikoittaiset tapaamiset, kun taas hoitokontekstiin ja sosiaaliseen  
296 ulottuvuuteen liittyviä teemoja esiintuonneista suurimmalla osalla hoitokontakti oli jatkunut yli  
297 vuoden ja myös tapaamistiheys oli harvempi. Sosiaalisen kontekstin merkitystä esiin tuonneista  
298 suurimmalla osalla oli ollut perheenjäseniä mukana hoidossa, kun taas hoitokontekstiin ja  
299 yksilötasoon liittyviä teemoja esiintuonneilla jakaumat olivat näiden suhteen päinvastaiset. Puolella  
300 yksilötasoon liittyviä teemoja esiin tuoneista oli ollut psyykenlääkehoitoa, kun taas muita teemoja  
301 esiintuonneista suurimmalla osalla oli ollut psyykenlääkkeitä käytössä jossakin hoidon vaiheessa.

302 Aineiston pienestä koosta johtuen taulukossa 3 kuvattuja jakaumia on kuitenkin syytä tulkita  
303 varauksella.

304 [TAULUKKO 3 tähän]

#### 305 **Työntekijöiden vastaukset suhteessa asiakkaan vastauksiin**

306 Viidessä (42 %) hoitoprosessissa työntekijät toivat esille asiakkaan hyötynneen hoitoon ja  
307 hoitokontekstiin liittyvistä asioista myös silloin, kun asiakkaat eivät tätä teemaa nostaneet itse  
308 vastauksissaan esille. Kahdessa (25 %) hoitoprosessissa työntekijät toivat esille yksilötasoon  
309 liittyviä teemoja ja yhdessä hoitoprosessissa sosiaaliseen kontekstiin liittyviä teemoja silloin, kun  
310 asiakas ei itse tuonut näitä esille.

311

#### 312 **POHDINTA**

313 Sekä asiakkaat että työntekijät kertoivat ennen kaikkea sosiaaliseen ja arkielämään liittyvien  
314 asioiden kohentavan mielenterveyspalveluita käyttävän asiakkaan vointia. Suurin osa kyselyyn  
315 osallistuneista työntekijöistä ja asiakkaista nimesi läheisten ihmisten ja ihmissuhteiden kohentavan  
316 asiakkaan vointia. Osalle asiakkaista vointia kohentavia asioita olivat muun muassa työt, opinnot ja  
317 harrastukset. Osa asiakkaista koki myös hoitokontaktissa tapahtuneen terapeuttisen työskentelyn  
318 sekä laajemmin omaan itsetuntemukseen ja käyttäytymiseen vaikuttavat asiat tärkeinä. Työntekijät  
319 toivat asiakkaitaan useammin esille mielenterveyshoidon ja erilaisten hoitomenetelmien kuten  
320 lääkeshoidon kohentavan asiakkaidensa vointia.

321 Vaikka asiakkaat eivät korostaneetkaan mielenterveyshoidon merkitystä, ei tämän tutkimuksen  
322 tulosten perusteella voida tehdä päätelmiä mielenterveyshoidon vaikuttavuudesta. Esimerkiksi  
323 tarpeenmukainen oirelievitys sekä psykoterapeuttinen ja muu tavoitteellinen vuorovaikutus  
324 hoitavien työntekijöiden kanssa voivat parhaimmillaan edistää juuri niitä asioita, joita asiakkaat  
325 pitivät tärkeinä. On myös oletettavaa, etteivät asiakkaat tunne yhtä tarkasti kuin työntekijät hoidon  
326 tekniseen toteutukseen ja tavoitteisiin liittyviä asioita, jonka vuoksi nämä eivät myöskään nouse  
327 heidän vastauksissa samalla tavalla esille. Pilottitutkimuksen aiemmat tulokset viittasivat siihen,  
328 että tutkimukseen osallistuneille oli keskeisintä asiakkaan oireilun ja elämäntilanteen helpottuminen  
329 hoitomenetelmästä tai -tekniikasta riippumatta (Bergström ym., 2022). Mahdollisten näkemys- ja  
330 tulkintaerojen vaikutusta yhteistyösuhteeseen ja tätä kautta mielenterveyshoidon tuloksellisuuteen  
331 olisi joka tapauksessa syytä jatkossa tarkemmin selvittää. Lisätutkimusta tarvitaan myös siitä, mikä  
332 vaikutus hoitokontekstilla, koulutuksella ja ammattirooleilla on työntekijöiden näkemykseen.

333 Tuloksissa oli viitteitä asiakkaiden vastausten yhteyksistä demografisiin ja kliinisiin  
334 taustatekijöihin. Esimerkiksi pidemmän aikaa hoidossa olleet painottivat enemmän sosiaalisten  
335 tekijöiden merkitystä, kun taas lyhyemmän aikaa hoidossa olleiden vastauksissa näkyi enemmän  
336 terapeuttiseen työskentelyyn ja itsensä kehittämiseen liittyvät teemat. Vaikka lisätutkimusta  
337 tarvitaan, voi tämä heijastella hoidon eri vaiheita ja toisaalta myös lähtökohtaisten ongelmien  
338 luonnetta. Esimerkiksi lievemmistä ongelmista kärsivät saattavat kaivata enemmän itsetuntemuksen  
339 ja oman toiminnan kehittämiseen tähtäävää psykoterapeuttista työskentelyä, kun taas  
340 monimutkaisemmista ongelmista kärsivillä korostuvat sosiaalisiin suhteisiin ja muihin elämän  
341 perusosa-alueisiin liittyvät teemat. Toisaalta pidempään hoidossa olleet ovat voineet tulla  
342 hoitoprosessissa myös valmiimmiksi osallistumaan sosiaalisiin toimintoihin, kun taas lyhyemmän  
343 aikaa hoidossa olleet keskittyvät havainnoimaan sellaisia yksilötason vaikutuksia, jotka edeltävät  
344 sosiaalisten suhteiden muutoksia. Jatkossa on syytä selvittää, miten nykyinen palvelujärjestelmä

345 pystyy joustavasti vastamaan mielenterveyspalveluita käyttävien asiakkaiden muuttuviin ja  
346 yksilöllisiin tarpeisiin hoitoprosessien eri vaiheissa.

347 Kaikkiaan tulokset ovat yhdenmukaisia aiempien Länsi-Pohjan alueella tehtyjen tutkimusten  
348 kanssa, joissa asiakkaat ovat korostaneet sosiaalisten ja ylipäättään elämäntilanteeseen liittyvien  
349 asioiden merkitystä varsinaisen mielenterveyshoidon ja erilaisten interventiomenetelmien sijaan  
350 (Bergström ym., 2019). Useissa tilanteissa onnistuneen dialogisen hoitoprosessin tulos näytti olevan  
351 se, että asiakkaan ja hänen läheistensä oma toimijuus säilyvät ja näin ollen myös kokemus siitä, että  
352 toipuminen on tapahtunut hoidosta huolimatta (Bergström, 2020).

353 Myös muissa tutkimuksissa mielenterveyspalveluiden käyttäjät ovat korostaneet sosiaalisen  
354 ympäristön ja läheisverkoston merkitystä toipumisessa (Murray-Swank ym., 2007; Pec, 2020;  
355 Reupert ym., 2015). Esimerkiksi Schön kumppaneineen (2009) havaitsivat, että vaikeista  
356 mielenterveysongelmista toipuminen on ennen kaikkea sosiaalinen prosessi, jossa avainasemassa  
357 ovat ihmissuhteet. Vastaavalla tavalla tutkimus psykoterapian yhteisistä tekijöistä on osoittanut, että  
358 menetelmästä riippumatta mielenterveyshoidon tehokkuutta ja vaikuttavuutta näyttää selittävän  
359 muun muassa terapeutin vuorovaikutuksen laatu (Wambold, 2015). Myös tässä tutkimuksessa  
360 moni asiakkaista toi esille hoitosuhteen ja säännöllisten hoitotapaamisten merkityksen.  
361 Vastaavanlaisia tuloksia psykoterapeuttisen työskentelyn ja hoidollisen vuorovaikutussuhteen  
362 merkityksestä on raportoitu myös muissa tutkimuksissa, joissa on kysytty mielenterveyspalveluita  
363 käyttävien omia kokemuksia mielenterveyshoidossa auttavista asioista (Johansson & Eklund, 2003;  
364 2004).

365 Asiakkaiden ja työntekijöiden mukaan ihmissuhteiden myönteinen vaikutus ei rajoittunut  
366 pelkästään perheeseen tai hoitosuhteeseen. Sekä asiakkaiden että työntekijöiden mukaan  
367 mielenterveyspalveluita käyttävien asiakkaiden vointiin vaikuttaa myönteisellä tavalla muun  
368 muassa kuuluminen johonkin yhteisöön, harrastukset ja ylipäättään mielekkäiden asioiden  
369 tekeminen arjessa. Myös tällaisia havaintoja on tehty aiemmin. Esimerkiksi Mancini (2007) tutki  
370 entisten mielenterveyspalvelukäyttäjien kokemuksia toipumisesta. Keskeistä itse määritellyn  
371 toipumisen kannalta olivat oman itsetunnon ja -luottamuksen kohentuminen, johon vaikutti  
372 myönteisesti ennen kaikkea mielekäs arkitekeminen. Vastaavalla tavalla myös esimerkiksi  
373 liikuntaharrastuksilla ja muutenkin fyysisellä aktiivisuudella on todettu olevan myönteinen vaikutus  
374 mielenterveyteen (Fontaine, 2000; Paluska & Schwenk, 2000). Williams ym. (2018) tutkivat  
375 luovien ryhmätoimintojen vaikutusta vaikeista mielenterveysongelmista kärsivien asiakkaidensa  
376 psyykkiseen vointiin. Tulokset osoittivat, että osallistumisella erilaisiin luoviin ryhmätoimintoihin,  
377 esimerkiksi kuorolaulu- ja kirjoitusryhmään, oli myönteinen vaikutus psyykkiseen vointiin.

378 Mielekkään elämänsisällön ja sen mahdollistamisen vaikuttavuudesta vaikeiden  
379 mielenterveysongelmien hoidossa on olemassa myös satunnaiskontrolloitua näyttöä. Esimerkiksi  
380 eräässä yhdysvaltalaisessa kokeessa (Cook ym., 2019) vaikeista mielenterveysongelmista kärsivien  
381 annettiin itse valita valmiista palvelusapluunasta, millaista mielenterveyshoitoa heille järjestetään.  
382 Kahden vuoden seuranta-aikana tutkimusryhmäläiset suosivat mielenterveyshoidon sijaan ennen  
383 kaikkea sosiaalista tukea, kuten tukea asumis- ja elinkustannuksiin, parempia liikkumis- ja  
384 viestintämahdollisuuksia sekä paremman pääsyn somaattisen terveydenhuollon piiriin. Seurannan  
385 päätteeksi tutkimusryhmän hoitotulos oli kaikilla mittareilla hoitosuositusten mukaista psykiatrista  
386 hoitoa saanutta kontrolliryhmää parempi, jonka lisäksi heidän hoitonsa oli tullut halvemmaksi.  
387 Jatkossa olisi syytä tarkemmin selvittää, miten asiakkaiden omia tavoitteita ja näiden tavoitteiden  
388 mukaisia hoito- ja tukitoimia voitaisiin yksilöllisemmin edistää palvelujärjestelmässämme.

#### 389 **Tutkimuksen rajoitukset ja vahvuudet**

390 Pilotointiaineisto oli pieni ja valikoitunut. Tulokset eivät siksi välttämättä edusta psykiatrian  
391 avohoidon palvelukäyttäjien ja työntekijöiden yleisiä näkemyksiä niistä asioista, jotka  
392 mielenterveyspalveluita käyttävien vointia ovat kohentaneet tai saattaisivat kohentaa. Toisaalta  
393 aineiston voidaan katsoa olevan riittävä kuvailevaan analyysiin ja pilotointitutkimukseen, jonka  
394 tavoitteena oli hypoteesien testaamisen sijaan selvittää asiakkaiden ja työntekijöiden omia  
395 näkemyksiä ja tätä kautta hahmottaa jatkotutkimusaiheita.

396 Tutkijoiden henkilökohtaiset ominaisuudet ja kokemukset ovat voineet vaikuttaa tämän tutkimuksen  
397 analyysiin ja tulosten tulkintaan. Tomi työskentelee Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä psykologina  
398 ja hän on aiemmin tutkinut perhe- ja verkostokeskeisiä hoitokäytäntöjä. Hänen roolinsa tutkimuksen  
399 vastaavana tutkijana sekä hänen aiemmasta tutkimustyöstään nousevat hypoteesit ovat voineet  
400 ohjata myös tässä tutkimuksessa käytetyn tutkimuskyselyn sisältöä, kysymysten muotoilua,  
401 aineistonkeruun käytännön toteutusta ja tulosten tulkintaa. Tällaisten subjektiivisten näkemysten ja  
402 ennako-olettamusten vaikutusta pyrittiin kontrolloimaan suunnittelemalla kyselyä ja  
403 tutkimusasetelmaa prosessiluontoisesti avoimessa yhteistyössä työntekijöiden,  
404 kokemusasiantuntijoiden ja palveluita käyttävien kanssa.

405 Katja ja Aino-Elina toimivat tutkimuksessa sekä tutkijoina että työntekijöiden ominaisuudessa  
406 tutkittavina, joka voi niin ikään lisätä subjektiivisuutta sen suhteen, mihin asioihin analyysissa ja  
407 tulosten tulkinnassa he ovat kiinnittäneet huomiota. Tämän kontrolloimiseksi sekä analyysien  
408 validiteetin parantamiseksi Tomi teki aineistosta oman analyysinsa, jota verrattiin Katjan ja Aino-  
409 Elinan tekemään analyysiin. Analyysitulokset olivat pääosin yhdenmukaisia. Sillä, että tutkijat ovat

410 samanaikaisesti sekä tutkimuksen kohteena että tutkijoina, voi olla myös myönteinen vaikutus  
411 analyysin validiteettiin (esim. Birt ym., 2016).

#### 412 YHTEENVETO

413 Mielenterveyspalveluita käyttävät asiakkaat ja heidän hoitavat työntekijänsä toivat esille useita eri  
414 asioita, jotka ovat kohentaneet tai jotka voisivat kohentaa asiakkaiden vointia. Nämä asiat voitiin  
415 ryhmitellä kolmeen luokkaan niiden temaattisen sisällön mukaan; hoitokonteksti, yksilötaso ja  
416 sosiaalinen ulottuvuus. Huomionarvoista on se, että tarkkarajaiseen tutkimusnäyttöön perustuva  
417 psykiatria tavoittaa näistä pääasiassa hoitokontekstin ja yksilötason. Suurin osa tähän tutkimukseen  
418 osallistuneista psykiatrian avohoidon asiakkaista ja työntekijöistä kuitenkin korosti nimenomaan  
419 sosiaalisten asioiden kuten ihmissuhteiden ja mielekkään arkielämän myönteistä vaikutusta  
420 asiakkaan vointiin. Vaikka mielenterveyshoito ja sen lähtökohtaiset tavoitteet edistäisivätkin joko  
421 välillisesti tai välittömästi näiden asioiden toteutumista, on myös mahdollista, että monissa  
422 tilanteissa mielenterveyspalvelut ja -hoito kohdentuvat palveluita käyttävien kannalta epäolennaisiin  
423 asioihin.

424 Tutkimusasetelmaan liittyvien rajoitusten vuoksi pitkälle vietyjä johtopäätöksiä yllä kuvattujen  
425 havaintojen kliinisestä merkityksestä ei kuitenkaan voitu tehdä. Toisaalta jo aiemmin on todettu,  
426 että esimerkiksi mielekkääseen elämään, toimijuuteen, yhteiskuntaosallisuuteen ja muihin  
427 eksistentiaalisempiin asioihin voi olla lähtökohtaisesti haastavaa vaikuttaa tämän päivän  
428 mielenterveyspalveluissa, joissa pyritään tietynhetken oirekuvan mukaan ennalta määritettyihin  
429 toimintatapoihin ja -menetelmiin (van Os ym., 2019). Tältä osin myös tämän tutkimuksen tulokset  
430 ovat linjassa maailman terveysjärjestö WHO:n (2021) uuden ohjeistuksen kanssa. Sen mukaan  
431 palvelujärjestelmää tulisi kehittää niin, että ihmisten ja heidän lähipiirinsä yksilölliseen  
432 elämäntilanteeseen pystyttäisiin kokonaisvaltaisemmin vastaamaan erilaisia palveluita, toimijoita ja  
433 menetelmiä joustavasti integroiden. Tulosten perusteella osallistavalla toimintatutkimuksella voi  
434 olla mahdollista edistää näitä tavoitteita, sillä sen avulla saatiin välittömästi sekä kliinisen työn että  
435 palveluiden kehittämisen tueksi yksilötason tietoa niistä asioista, jotka todella auttavat ja kohentavat  
436 mielenterveyspalveluita käyttävien asiakkaiden vointia.

#### 437 KIRJALLISUUTTA

438 Alanen Y.O., Lehtinen K., Rökköläinen V., Aaltonen J. (1991). Need-adapted treatment of new  
439 schizophrenic patients: experiences and results of the Turku project. *Acta Psychiatrica*  
440 *Scandinavica*, 83 (5), 363-372. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1991.tb05557.x>

- 441 Alanen Y.O.(2009). Towards a more humanistic psychiatry: Development of need-adapted  
 442 treatment of schizophrenia group psychoses. *Psychosis; Psychological, Social and Integrative*  
 443 *Approaches* 1(2), 156-166. <https://doi.org/10.1080/17522430902795667>
- 444 Bergström, T. (2020). *Life after integrated and dialogical treatment of first-episode psychosis:*  
 445 *long-term outcomes at the group and individual level*. JYU Dissertations 207.
- 446 Bergström, T., Seikkula, J., Holma, J., Mäki, P., Köngäs-Saviaro, P. & Alakare, B. (2019). How do  
 447 people talk decades later about their crisis that we call psychosis? A qualitative study of the  
 448 personal meaning-making process. *Psychosis*, 11(2), 105-115.  
 449 <https://doi.org/10.1080/17522439.2019.1603320>
- 450 Bergström, T., Seikkula, J., Holma, J., Köngäs-Saviaro, P., Taskila, J. J., & Alakare, B. (2021).  
 451 Retrospective Experiences of First-Episode Psychosis Treatment Under Open Dialogue-Based  
 452 Services: A Qualitative Study. *Community mental health journal*. 10.1007/s10597-021-  
 453 00895-6.
- 454 Bergström, T., Vahtola, P., Biro, M., Haaranieniemi, T., Hietasaari, T., Jussila, K., Karttunen, M.,  
 455 Keränen, A-E., Kurtti, M., Köngäs-Saviaro, P., Löhönen, E., Marttinen, M., Mäkiöllitervo,  
 456 H., Nikanne, P., Onkalo, S., Pitkänen, H., Puotiniemi, T., Raudaskoski, K., Teppola, R.,  
 457 Taskila, J. J., Tarkka, M., Vakkuri, R., Valtanen, K., Yrjänheikki, V. & Petäjaniemi, J. (2022).  
 458 Mitä mielenterveysongelmat ovat ja mikä auttaa? Kokemuksia ja tuloksia Länsi-Pohjan  
 459 psykiatrian kyselytutkimuksen pilotoinnista. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 59(1),  
 460 48-61.
- 461 Birt, L., Scott, S., Cavers, D., Campbell, C. & Walter, F. (2016). Member Checking: A Tool to  
 462 Enhance Trustworthiness or Merely a Nod to Validation?. *Qualitative health*  
 463 *research*, 26(13), 1802–1811. <https://doi.org/10.1177/1049732316654870>
- 464 Bouchery, E. E., Barna, M., Babalola, E., Friend, D., Brown, J. D., Blyler, C. & Ireys, H. T. (2018).  
 465 The Effectiveness of a Peer-Staffed Crisis Respite Program as an Alternative to  
 466 Hospitalization. *Psychiatric Services*, 69(10), 1069-1074.  
 467 <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700451>
- 468 Bracken, P., Thomas, P., Timimi, S., Asen, E., Behr, G., Beuster, C., Bhunnoo, S., Browne, I.,  
 469 Chhina, N., Double, D., Downer, S., Evans, C., Fernando, S., Garland, M. R., Hopkins, W.,  
 470 Huws, R., Johnson, B., Martindale, B., Middleton, H., Moldavsky, D., ... Yeomans, D.  
 471 (2012). Psychiatry beyond the current paradigm. *The British journal of psychiatry : the*  
 472 *journal of mental science*, 201(6), 430–434. 10.1192/bjp.bp.112.109447
- 473 Buus, N., Kragh Jacobsen, E., Bojesen, A. B., Bikic, A., Müller-Nielsen, K., Aagaard, J., &  
 474 Erlangsen, A. (2019). The association between Open Dialogue to young Danes in acute  
 475 psychiatric crisis and their use of health care and social services: A retrospective register-  
 476 based cohort study. *International journal of nursing studies*, 91, 119–127.  
 477 <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.12.015>
- 478 Coe, K., & Scacco, J. M. (2017). Content analysis, quantitative. Teoksessa J. Matthes (Toim.), *The*  
 479 *international encyclopedia of communication research methods* (346–356). Hoboken,  
 480 NJ: Wiley-Blackwell.
- 481 Cook, J. A., Shore, S., Burke-Miller, J. K., Jonikas, J. A., Hamilton, M., Ruckdeschel, B., Norris,  
 482 W., Markowitz, A. F., Ferrara, M., & Bhaumik, D. (2019). Mental Health Self-Directed Care  
 483 Financing: Efficacy in Improving Outcomes and Controlling Costs for Adults With Serious



- 484 Mental Illness. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 70(3), 191–201.  
 485 <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800337>
- 486 Davidson, L. & Roe, D. (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness: One  
 487 strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*, 16(4), 459–  
 488 470. <https://doi.org/10.1080/09638230701482394>
- 489 Fontaine, KR. (2000). Physical activity improves mental health. *The Physician and Sports*  
 490 *medicine*, 28 (10), 83-84. <https://doi.org/10.3810/psm.2000.10.1256>
- 491 Gammon, D., Strand, M., Eng, L. S., Børøsund, E., Varsi, C., & Ruland, C. (2017). Shifting  
 492 Practices Toward Recovery-Oriented Care Through an E-Recovery Portal in Community  
 493 Mental Health Care: A Mixed-Methods Exploratory Study. *Journal of medical Internet*  
 494 *research*, 19(5), e145. <https://doi.org/10.2196/jmir.7524>
- 495 Johansson, H., & Eklund M. (2003). Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care.  
 496 *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(4), 339-346. [https://doi.org/10.1046/j.0283-](https://doi.org/10.1046/j.0283-9318.2003.00233.x)  
 497 [9318.2003.00233.x](https://doi.org/10.1046/j.0283-9318.2003.00233.x)
- 498 Johansson, H. & Eklund M. (2004). Helping alliance and ward atmosphere in psychiatric in-patient  
 499 care. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practise*, 77(4), 511-523.  
 500 <https://doi.org/10.1348/1476083042555415>
- 501 Mancini, M. A. (2007). The role of self-efficacy in recovery from serious psychiatric disabilities: A  
 502 qualitative study with fifteen psychiatric survivors. *Qualitative Social Work: Research and*  
 503 *Practice*, 6(1), 49–74. <https://doi.org/10.1177/1473325007074166>
- 504 Murray-Swank, Aaron B., Glynn, S., Cohen A., Sherman M., Medoff D., Fang L.J., Drapalski A.,  
 505 Dixon L. (2007). Family contact, experience of family relationships, and views about family  
 506 involvement in treatment among VA consumers with serious mental illness. *Journal of*  
 507 *rehabilitation research and development*, 44(6), 801-812.  
 508 <https://doi.org/10.1682/JRRD.2006.08.0092>
- 509 Nikanne, P. (2021). *Tolerating uncertainty. Causal beliefs of mental health disorders and their*  
 510 *relationship to views of ideal treatment among mental health professionals in open dialogue*  
 511 *practice in Western Lapland. Master's thesis*. University of Tampere.  
 512 <http://urn.fi/URN:NBN:fi:tuni-202105215277>
- 513 O'Keeffe, D., Sheridan, A., Kelly, A. Doyle R., Madigan K., Lawlor E., Clarke M. (2021). A  
 514 qualitative study exploring personal recovery meaning and the potential influence of clinical  
 515 recovery status on this meaning 20 years after a first-episode psychosis. *Social Psychiatry and*  
 516 *Psychiatric Epidemiology*. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02121-w>
- 517 Paluska, S.A. & Schwenk, T.L. (2000). Physical Activity and Mental Health. *Sports Medicine*, 29,  
 518 167-180. <https://doi.org/10.2165/00007256-200029030-00003>
- 519 Pec, O. (2020). Stages of recovery in psychosis: Converging qualitative research and  
 520 psychoanalysis. *Perspectives in psychiatric care*, 56(4), 760–767.  
 521 <https://doi.org/10.1111/ppc.12490>
- 522 Piat, M. & Sabetti, J. (2009). The Development of a Recovery-Oriented Mental Health System in  
 523 Canada: What the Experience of Commonwealth Countries Tells Us. *Canadian journal of*  
 524 *community mental health*, 28(2), 17–33. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2009-0020>
- 525 Reupert, A., Maybery, D., Cox, M. & Scott Stokes, E. (2015). Place of family in recovery models  
 526 for those with a mental illness. *International journal of mental health nursing*, 24(6), 495–  
 527 506. <https://doi.org/10.1111/inm.12146>

- 528 Schön, U-K., Denhov A. & Topor A. (2009). Social Relationships as a Decisive Factor in  
 529 Recovering From Severe Mental Illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 55 (4),  
 530 336–347. <https://doi.org/10.1177/0020764008093686>
- 531 Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J. & Lehtinen, K. (2006). Five-  
 532 year experience of first-episode nonaffective psychosis in open dialogue approach: Treatment  
 533 principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research*, 16(2), 214-  
 534 218. <https://doi.org/10.1080/10503300500268490>
- 535 Slade, M. (2009). *Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals*.  
 536 Cambridge University Press.
- 537 Slade M., Amering M., Farkas M., Hamilton B., O’Hagan M., Panther G., Perkins R., Shepard G.,  
 538 Tse S. & Whitley R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented  
 539 practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13(1), 12-20.  
 540 <https://doi.org/10.1002/wps.20084>
- 541 Tuori, T., Lehtinen, V., Hakkarainen, A., Jääskeläinen, J., Kokkola, A., Ojanen, M., ... Alanen, Y.  
 542 O. (1998). The Finnish National Schizophrenia Project 1981-1987: 10-year evaluation of its  
 543 results. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 10-17. [10.1111/j.1600-0447.1998.tb09956.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1998.tb09956.x)
- 544 van Os, J., Guloksuz, S., Vijn, T. W., Hafkenscheid, A. & Delespaul, P. (2019). The evidence-based  
 545 group-level symptom-reduction model as the organizing principle for mental health care: time  
 546 for change?. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association*  
 547 (*WPA*), 18(1), 88–96. <https://doi.org/10.1002/wps.20609>
- 548 Vormaa, H., Rotko, T., Larivaara, T. & Kosloff, A. (2020). *Kansallinen mielenterveysstrategia ja*  
 549 *itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020-2030*. Sosiaali- ja terveysministeriö 2020:6.
- 550 Wahlbeck, K., Hietala, O., Kuosmanen, L., McDaid, D., Mikkonen, J., Parkkonen, J., Reini, K.,  
 551 Salovuori, S. & Tourunen, J. (2018). *Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut*.  
 552 Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 89/2018.
- 553 Wampold B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An  
 554 update. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association*  
 555 (*WPA*), 14(3), 270–277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- 556 Williams E., Dingle G.A., Jetten J. & Rowan C. (2018). Identification with arts-based groups  
 557 improves mental wellbeing in adults with chronic mental health conditions. *Journal of*  
 558 *Applied Social Psychology*, 49(1), 15-26. <https://doi.org/10.1111/jasp.12561>
- 559 World Health Organization WHO (2021). *Guidance on community mental health services:*  
 560 *promoting person-centered and right-based approaches*. Geneva: World Health Organization.
- 561 Züll, C. (2016). *Open-Ended Questions. GESIS Survey Guidelines*. Mannheim, Germany: GESIS –  
 562 Leibniz Institute for the Social Sciences. [10.15465/gesis-sg\\_en\\_002](https://doi.org/10.15465/gesis-sg_en_002)

Formatted: Finnish

Formatted: Finnish

Field Code Changed

Field Code Changed

Taulukko 1. Psykiatrian avohoidon asiakkaiden näkemykset omaa vointia kohentavista asioista

1. Hoitokonteksti N=5	2. Yksilötaso N=4	3. Sosiaalinen ulottuvuus N=8	
1.1. Keskusteluapu (N=4)	2.1. Omiin ajatuksiin ja tunteisiin vaikuttaminen (esim. terapian/keskustelujen tai muunlaisen itsetutkiskelun keinoin) (N=3)	3.1 Työt ja opinnot (N=2)	572
1.2. Lääkitys (N=1)		3.2 Harrastukset (N=3)	573
1.3. Muut hoitomuodot (N=1)	2.2. Käyttäytyminen (N=2)	3.3 Läheiset (N=6)	574
		3.4 Kotieläimet (N=1)	575
			576
			577
			578
			579
			580

Taulukko 2. Psykiatrian avohoidon työntekijöiden näkemykset asiakkaan vointia kohentavista asioista

1. Hoitokonteksti N=10	2. Yksilötaso N=4	3. Sosiaalinen ulottuvuus N=9
1.1. Keskusteluapu (N=8)	2.1. Omiin ajatuksiin ja tunteisiin vaikuttaminen (N=3)	3.1. Työt ja opinnot (N=2)
1.2. Lääkitys (N=3)	2.2. Käyttäytyminen (N=1)	3.2. Harrastukset (N=2)
1.3. Muut hoitomuodot (N=1)	2.3. Kipujen lievittyminen (N=1)	3.3. Läheiset (N=7)
1.4. Ryhmätoiminta (N=1)		3.4. Elämäntilanteen muutos (N=3)
1.5. Nopea reagointi (N=2)		

581  
582  
583  
584  
585  
586  
587  
588  
589  
590  
591  
592  
593  
594  
595  
596  
597  
598  
599  
600  
601  
602  
603  
604  
605  
606  
607  
608  
609  
610  
611

Taulukko 3. Vastausten jakautuminen asiakkaiden demografisten ja kliinisten taustatekijöiden mukaan

	Hoitokonteksti N=5	Yksilötaso N=4	Sosiaalinen ulottuvuus N=8
Ikä	32,2	33,5	28,8
<b>Sukupuoli</b>			
Nainen (N=6)	4 (80%)	2 (50%)	5 (63%)
Mies (N=6)	1 (20%)	2 (50%)	3 (37%)
<b>Koulutus</b>			
Toinen aste (N=9)	2 (40%)	3 (75%)	5 (63%)
Korkeakoulu (N=3)	3 (60%)	1 (25%)	3 (37%)
<b>Parisuhde</b>			
Kyllä (N=7)	3 (60%)	3 (75%)	3 (38%)
Ei (N=5)	2 (40%)	1 (25%)	5 (62%)
<b>Työelämässä</b>			
Kyllä (N=3)	1 (20%)	0	1 (12%)
Ei (N=9)	4 (80%)	4 (100%)	7 (88%)
<b>Diagnoosi</b>			
Kyllä (N=7)	4 (80%)	3 (75%)	6 (75%)
Ei (N=5)	1 (20%)	1 (25%)	2 (25%)
<b>Hoidon kesto</b>			
Yli vuoden (N=5)	3 (60%)	1 (25%)	5 (62%)
Alle vuoden (N=7)	2 (40%)	3 (75%)	3 (38%)
<b>Tapaamistiheys</b>			
Viikoittain (N=7)	1 (20%)	2 (50%)	2 (25%)
Harvemmin (N=5)	4 (80%)	2 (50%)	6 (75%)
<b>Sairaalahoitoa</b>			
Kyllä (N=3)	1 (20%)	1 (25%)	3 (37%)
Ei (N=9)	4 (80%)	3 (75%)	5 (62%)
<b>Kotikäyntejä</b>			
Kyllä (N=4)	2 (40%)	1 (25%)	4 (50%)
Ei (N=8)	3 (60%)	3 (75%)	4 (50%)
<b>Perhetapaamisia</b>			
Kyllä (N=6)	2 (40%)	2 (50%)	5 (62%)
Ei (N=6)	3 (60%)	2 (50%)	3 (37%)
<b>Verkostotapaamisia</b>			
Kyllä (N=4)	1 (20%)	1 (25%)	4 (50%)
Ei (N=8)	4 (80%)	3 (75%)	4 (50%)
<b>Lääkehoitoa</b>			
Kyllä (N=8)	4 (80%)	2 (50%)	7 (87%)
Ei (N=4)	1 (20%)	2 (50%)	1 (12%)