

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 tulosyksikkö
17 Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri
18 &
19 Psykologian laitos
20 Jyväskylän yliopisto
21
22 Käsikirjoituksen yhteyshenkilö:
23 Tomi Bergström
24 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 määriteltyjen 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 terveystalvveluiden 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 kokemusasiantuntijat. 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 kehotettiin 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 kohentumiseen 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., McDavid, 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
Sukupuoli			
Nainen (N=6)	4 (80%)	2 (50%)	5 (63%)
Mies (N=6)	1 (20%)	2 (50%)	3 (37%)
Koulutus			
Toinen aste (N=9)	2 (40%)	3 (75%)	5 (63%)
Korkeakoulu (N=3)	3 (60%)	1 (25%)	3 (37%)
Parisuhde			
Kyllä (N=7)	3 (60%)	3 (75%)	3 (38%)
Ei (N=5)	2 (40%)	1 (25%)	5 (62%)
Työelämässä			
Kyllä (N=3)	1 (20%)	0	1 (12%)
Ei (N=9)	4 (80%)	4 (100%)	7 (88%)
Diagnoosi			
Kyllä (N=7)	4 (80%)	3 (75%)	6 (75%)
Ei (N=5)	1 (20%)	1 (25%)	2 (25%)
Hoidon kesto			
Yli vuoden (N=5)	3 (60%)	1 (25%)	5 (62%)
Alle vuoden (N=7)	2 (40%)	3 (75%)	3 (38%)
Tapaamistiheys			
Viikoittain (N=7)	1 (20%)	2 (50%)	2 (25%)
Harvemmin (N=5)	4 (80%)	2 (50%)	6 (75%)
Sairaalahoitoa			
Kyllä (N=3)	1 (20%)	1 (25%)	3 (37%)
Ei (N=9)	4 (80%)	3 (75%)	5 (62%)
Kotikäyntejä			
Kyllä (N=4)	2 (40%)	1 (25%)	4 (50%)
Ei (N=8)	3 (60%)	3 (75%)	4 (50%)
Perhetapaamisia			
Kyllä (N=6)	2 (40%)	2 (50%)	5 (62%)
Ei (N=6)	3 (60%)	2 (50%)	3 (37%)
Verkostotapaamisia			
Kyllä (N=4)	1 (20%)	1 (25%)	4 (50%)
Ei (N=8)	4 (80%)	3 (75%)	4 (50%)
Lääkehoitoa			
Kyllä (N=8)	4 (80%)	2 (50%)	7 (87%)
Ei (N=4)	1 (20%)	2 (50%)	1 (12%)