

*"Mahdollisuus tehdä työtä ja rakastaa" – mielenterveyspalveluita käyttävien asiakkaiden ja heidän työntekijöidensä näkemyksiä siitä mikä asiakkaan vointia kohentaa*

**\*Vertaisarvioitu\***

**Katja Raudaskoski**

sairaanhoitaja,  
Keroputaan psykiatrian  
poliklinikka, Länsi-  
Pohjan sairaanhoitopiiri

**Aino-Elina Keränen**

sairaanhoitaja,  
Keroputaan psykiatrian  
poliklinikka, Länsi-  
Pohjan sairaanhoitopiiri

**Tomi Bergström**

PsT, psykologi,  
tutkijatohtori, psykiatrian  
tulosityksikkö, Länsi-  
Pohjan sairaanhoitopiiri,  
Psykologian laitos,  
Jyväskylän yliopisto  
[tomi.s.bergstrom@jyu.fi](mailto:tomi.s.bergstrom@jyu.fi)

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

## JOHDANTO

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

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

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

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

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

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

1980-luvun jälkeen tarpeenmukaisen hoitomallin kehittämistä jatkettiin pääasiassa Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin alueella, jossa mielenterveyspalveluita ja hoidon vaikuttavuutta tutkittiin osana valtakunnallisia ja paikallisia tutkimushankkeita (Seikkula ym. 2006). Näiden tutkimusten pohjalta muotoiltu perhe- ja verkostokeskeinen avoimen dialogin hoitomalli on useissa tutkimuksissa näyttänyt edistävän etenkin vaikeista mielenterveysongelmista kärsivien hoitotulosta (esimerkiksi Bergström ym. 2018; Bouchery ym. 2018; Buus ym. 2019).

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

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

## MENETELMÄT

### Tutkimusasetelma

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

Tutkimushankkeen ensimmäisessä vaiheessa strukturoiduilla kyselyillä selvitetään työntekijöiden, asiakkaiden ja heidän hoitoonsa osallistuvien läheisten näkemystä siitä, mistä mielenterveyspalveluiden tarve kyseisessä hoitoprosessissa johtuu, ja mitkä asiat hoidossa ovat siihen mennessä auttaneet tai voisivat mahdollisesti jatkossa auttaa. Tutkimuskyselyn runko laadittiin vuosien 2019–2020 aikana Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin alueella järjestetyissä yhteisökokouksissa, joihin kutsuttiin kaikki psykiatrian tulosalueen työntekijät ja kokemusasiantuntijat. Keväällä 2020 kysely esitettiin sähköisesti kaikille Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen työntekijöille, jonka

yhteydessä tutkittiin myös kyselyn psykometrisia ominaisuuksia (Nikanne 2021). Tulosten pohjalta kyselyä jatkokehitettiin uusissa yhteisökokouksissa. Lisäksi kysymyksiä ja niiden lopullista muotoilua käytiin läpi Keroputaan sairaalassa psykiatrisessa osastohoidossa olleiden potilaiden kanssa.

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

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

## **Tutkimusmenetelmä**

Asiakkaiden ja työntekijöiden näkemyksiä asiakkaan vointia kohentavista asioista kussakin hoitoprosessissa analysoitiin aineistolähtöisesti kvantitatiivisella sisällönanalyysillä (Coe & Scacco 2017; Züll 2016). Ensin koko aineisto luettiin läpi ja kaikki vastaukset koodattiin näiden temaattisen sisällön mukaan. Seuraavaksi koodatuista vastauksista muodostettiin yläluokkia, jotka yhdistivät sisällöltään samanlaisia vastauksia toisiinsa. Analyysin validiteetin parantamiseksi tutkijat suorittivat kaksi ensimmäistä vaihetta ensin itsenäisesti, jonka jälkeen luokkien yhdenmukaisuutta arvioitiin yhdessä. Analyysia jatkettiin, kunnes saavutettiin riittävä yksimielisyys, eikä uusia luokkia enää löytynyt.

Kun luokat oli muodostettu, aineisto koodattiin näiden mukaan. Tämän jälkeen tehtiin kuvailevaa tilastanalyysia, miten erilaiset vastaukset/luokat toistuivat suhteessa koko aineistoon. Asiakkaiden vastausten yhteyksiä heidän demografisiin ja kliinisiin taustamuuttujiin tarkasteltiin myös ei-konfirmatorisesti aineistoa ristiintaulukoimalla. Varsinaisen tilastollisen mallintamisen ja hypoteesien testaamisen sijaan sekä pilottitutkimuksen (Bergström ym. 2022) että tämän alatutkimuksen tavoitteena oli

eksploratiivinen ja uusia hypoteeseja tuottava aineiston analyysi kyselyn kehittämistä ja jatkotutkimuksia varten.

### **Eettinen arvio**

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

## **TULOKSET**

### **Osallistujat**

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

Sama työntekijä saattoi olla mukana useammassa hoitoprosesseissa. Koska työntekijät työskentelivät pääasiassa työpareittain, yhdessä hoitoprosessi saattoi olla vastauksia useammalta työntekijältä. Tutkimuksen tavoitteiden mukaisesti raportoimme tässä tulokset hoitoprosessikohtaisesti ( $n=12$ ). Koska pilotissa vain yksi perheenjäsenistä vastasi tämän tutkimuksen tarkastelun kohteena olleeseen avoimeen kysymykseen, jätettiin perheenjäsenten vastaukset analyysin ulkopuolelle. Kahdestatoista asiakkaasta 11 vastasi avoimeen kysymykseen. Vastaavasti kahdestatoista hoitoprosessissa yhdessätoista vähintään yksi työntekijöistä/työryhmän jäsenistä oli vastannut kysymykseen. Tutkimukseen osallistuneiden asiakkaiden ( $n=12$ ) keski-ikä oli 32 vuotta ( $sd=10$ ). Asiakkaista puolet (50 %) oli naisia, 7 (58 %) oli parisuhteessa ja kolmella (25 %) oli korkeakoulututkinto. Tutkimushetkellä kolme (25 %) asiakkaista oli töissä tai koulussa ja puolet (50 %) saivat työkyvyttömyystukia mielenterveyssyistä. Loput saivat muita tukia ja/tai olivat työttöminä työnhakijoina. Seitsemälle (58 %) asiakkaalle oli tutkimushetkellä asetettu F-diagnoosi. Kahdella (17 %) asiakkaalla oli diagnosoitu ei-affektiivinen psykoosi (F20-F29), kahdella (17 %) mielialahäiriö (F30-F38) ja kolmella (25 %) jokin ahdistuneisuus- ja/tai stressiin liittyvä häiriö (F40-F49). Seitsemällä (58 %) asiakkaalla hoitokontakti oli jatkunut yli vuoden ja kolme asiakasta (25 %) oli jossakin hoidon vaiheessa ollut sairaalahoidossa.

## Analyysin yhteenveto

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

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

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) 1.2. Lääkitys (N=1) 1.3. Muut hoitomuodot (N=1)	2.1. Omiin ajatuksiin ja tunteisiin vaikuttaminen (esim. terapian/keskustelujen tai muunlaisen itsetutkiskelun keinoin) (N=3) 2.2. Käyttäytyminen (N=2)	3.1. Työt ja opinnot (N=2) 3.2. Harrastukset (N=3) 3.3. Läheiset (N=6) 3.4. Kotieläimet (N=1)

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

Tutkijat päätyivät sisällöllisesti samankaltaisiin luokkiin toisistaan riippumattomasti. Tutkijoiden analyysit erosivat ainoastaan keskusteluapualaluokan osalta, joka toisessa analyysissä oli sijoitettu hoitokontekstiin ja toisessa yksilötasolle. Tältä osin asiakkaiden ja työntekijöiden vastaukset olivatkin osin limittäisiä ja tulkinnanvaraisia. Koska vastauksissa

toistui myös hoitokontekstin ulkopuolinen itsetutkiskelu ja itsensä kehittäminen, eikä psykoterapeuttinen työskentely tai muu keskusteluapu rajoittunut vain yksilötasolle, päätettiin nämä pitää omina luokkina. Mainittakoon, etteivät muutkaan luokat olleet toisiaan poissulkevia, ja monissa vastauksissa toistuivat limittäin useat eri teemat.

### **Hoitokonteksti**

Hoitokontekstiin lukeutuivat psykoterapeuttinen ja muu keskusteluapu, lääkitys sekä muut lääke- ja hoitotieteelliset hoidot, joiden asiakas kertoi joko kohentaneen tai saattavan kohentaa omaa vointia. Neljä asiakasta kertoi, että keskusteluapu, kuten säännölliset tapaamiset hoitavan työryhmän kanssa ja pariterapia kohentavat heidän vointiaan. Vain yksi asiakkaista kertoi psyykenlääkityksen kohentaneen vointia. Muunlaisista lääke- ja hoitotieteellisistä hoidoista nimettiin vain sähköhoito, josta yksi vastaajista oli kokenut hyötynensä. Kahdeksassa hoitoprosessissa työntekijät kertoivat keskusteluavun mukaan luettuna tapaamiset hoitavan työryhmän kanssa kohentaneen asiakkaan vointia. Kolmessa hoitoprosessissa asiakkaan katsottiin hyötynen myös lääkeshoidosta ja yhdessä hoitoprosessissa sähköhoidosta. Lisäksi työntekijät kertoivat yhden asiakkaan hyötynen ryhmämuotoisesta kuntoutustoiminnasta ja kahdessa hoitoprosessissa mahdollisuus nopeaan reagointiin katsottiin tärkeäksi.

### **Yksilötaso**

Yksilötaso koostui omiin tunteisiin, ajatteluun ja käyttäytymiseen vaikuttamisesta itsetutkiskelun tai keskusteluavun keinoin. Moni kertoi hoitotapaamisten mahdollistaneen psyykkisen itsetutkiskelun ja laajemminkin itsensä kehittämisen. Kolme asiakasta toi esille, että esimerkiksi itseä kiinnostavien asioiden löytäminen, negatiivisten ajatusten aktiivinen työstäminen, tunteiden patoamisen ehkäiseminen sekä hetkeen pysähtyminen kohentavat vointia. Kaksi vastaajaa toi esille, että omalla toiminnalla ja käytöksellä sekä näihin eri keinoin vaikuttamalla on ollut tai voisi olla yhteys voinnin kohentumiseen. Kolmessa hoitoprosessissa työntekijät toivat esille itseymmärryksen lisääntymisen esimerkiksi reflektiivisen työskentelyn ja/tai muuten hoidollisten keskustelujen kautta kohentavan asiakkaan vointia. Yhdessä hoitoprosessissa työntekijät toivat esille, että asiakkaan vointia kohentaisi kipuoireiden helpottuminen.

### **Sosiaalinen ulottuvuus**

Sosiaalinen ulottuvuus koostui neljästä alateemasta; työllisyystilanne, harrastukset, läheiset ja kotieläimet. Kaksi vastanneista koki työllisyys- tai opiskelutilanteen muutoksen joko kohentaneen tai saattavan kohentaa omaa vointia. Kolme asiakasta oli sitä mieltä, että harrastukset ja ylipäättään mielekäs elämänsisältö kohentavat vointia. Kuusi asiakasta kertoi läheisten ihmisten ja ihmissuhteiden kohentavan vointia. Yksi vastanneista nimesi lemmikkieläimen kohentavan vointia. Yhdeksässä hoitoprosessissa työntekijät toivat esille



perheiden ja läheisten merkityksen voinnin kannalta. Lisäksi kahdessa hoitoprosessissa työntekijät toivat esiin opiskelun ja töiden saannin kohentavan vointia, ja kolmessa hoitoprosessissa työntekijät toivat laajemminkin esiin elämäntilanteen muutoksen vointia kohentavan merkityksen.

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

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

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

Aineiston pienen koon takia taulukossa 3 kuvattuja jakaumia on kuitenkin syytä tulkita varauksella.

Taulukko 3. Vastausten jakautuminen asiakkaiden demografisten ja kliinisten taustatekijöiden mukaan

	<b>Hoitokonteksti N=5</b>	<b>Yksilötaso N=4</b>	<b>Sosiaalinen ulottuvuus N=8</b>
<b>Ikä</b>	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 (60%)	3 (75%) 1 (25%)	5 (63%) 3 (37%)
Korkeakoulu (N=3)			
<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%) 2 (40%)	1 (25%) 3 (75%)	5 (62%) 3 (38%)
Alle vuoden (N=7)			
<b>Tapaamistiheys</b>			
Viikoittain (N=7)	1 (20%) 4 (80%)	2 (50%) 2 (50%)	2 (25%) 6 (75%)
Harvemmin (N=5)			

<b>Sairaalahoittoa</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>Verkostotapaamisi</b>			
a	1 (20%)	1 (25%)	4 (50%)
Kyllä (N=4)	4 (80%)	3 (75%)	4 (50%)
Ei (N=8)			
<b>Lääkehoittoa</b>			
Kyllä (N=8)	4 (80%)	2 (50%)	7 (87%)
Ei (N=4)	1 (20%)	2 (50%)	1 (12%)

### Työntekijöiden vastaukset suhteessa asiakkaan vastauksiin

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

### POHDINTA

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

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

Tuloksissa oli viitteitä asiakkaiden vastausten yhteyksistä demografisiin ja kliinisiin taustatekijöihin. Esimerkiksi pidemmän aikaa hoidossa olleet painottivat enemmän sosiaalisten tekijöiden merkitystä, kun taas lyhyemmän aikaa hoidossa olleiden vastauksissa näkyi enemmän terapeuttiseen työskentelyyn ja itsensä kehittämiseen liittyvät teemat. Vaikka lisätutkimusta tarvitaan, voi tämä heijastella hoidon eri vaiheita ja toisaalta myös lähtökohtaisten ongelmien luonnetta. Esimerkiksi lievemmistä ongelmista kärsivät saattavat kaivata enemmän itsetuntemuksen ja oman toiminnan kehittämiseen tähtäävää psykoterapeuttista työskentelyä, kun taas monimutkaisemmista ongelmista kärsivillä korostuvat sosiaaliin suhteisiin ja muihin elämän perusosa-alueisiin liittyvät teemat. Toisaalta pidempään hoidossa olleet ovat voineet tulla hoitoprosessissa myös valmiimmiksi osallistumaan sosiaaliin toimintoihin, kun taas lyhyemmän aikaa hoidossa olleet keskittyvät havainnoimaan sellaisia yksilötason vaikutuksia, jotka edeltävät sosiaalisten suhteiden muutoksia. Jatkossa on syytä selvittää, miten nykyinen palvelujärjestelmä pystyy joustavasti vastamaan mielenterveyspalveluita käyttävien asiakkaiden muuttuviin ja yksilöllisiin tarpeisiin hoitoprosessien eri vaiheissa.

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

Myös muissa tutkimuksissa mielenterveyspalveluiden käyttäjät ovat korostaneet sosiaalisen ympäristön ja läheisverkoston merkitystä toipumisessa (Murray-Swank ym.

2007; Pec 2020; Reupert ym. 2015). Esimerkiksi Schön kumppaneineen (2009) havaitsivat, että vaikeista mielenterveysongelmista toipuminen on ennen kaikkea sosiaalinen prosessi, jossa avainasemassa ovat ihmissuhteet. Vastaavalla tavalla tutkimus psykoterapian yhteisistä tekijöistä on osoittanut, että menetelmästä riippumatta mielenterveyshoidon tehokkuutta ja vaikuttavuutta näyttää selittävän muun muassa terapeuttisen vuorovaikutuksen laatu (Wambold 2015). Myös tässä tutkimuksessa moni asiakkaista toi esille hoitosuhteen ja säännöllisten hoitotapaamisten merkityksen. Vastaavanlaisia tuloksia psykoterapeuttisen työskentelyn ja hoidollisen vuorovaikutussuhteen merkityksestä on raportoitu myös muissa tutkimuksissa, joissa on kysytty mielenterveyspalveluita käyttävien omia kokemuksia mielenterveyshoidossa auttavista asioista (Johansson & Eklund 2003; 2004).

Asiakkaiden ja työntekijöiden mukaan ihmissuhteiden myönteinen vaikutus ei rajoittunut pelkästään perheeseen tai hoitosuhteeseen. Sekä asiakkaiden että työntekijöiden mukaan mielenterveyspalveluita käyttävien asiakkaiden vointiin vaikuttaa myönteisellä tavalla muun muassa kuuluminen johonkin yhteisöön, harrastukset ja ylipäätään mielekkäiden asioiden tekeminen arjessa. Myös tällaisia havaintoja on tehty aiemmin. Esimerkiksi Mancini (2007) tutki entisten mielenterveyspalvelukäyttäjien kokemuksia toipumisesta. Keskeistä itse määritellyn toipumisen kannalta olivat oman itsetunnon ja -luottamuksen kohentuminen, johon vaikutti myönteisesti ennen kaikkea mielekäs arkitekeminen. Vastaavalla tavalla myös esimerkiksi liikuntaharrastuksilla ja muutenkin fyysisellä aktiivisuudella on todettu olevan myönteinen vaikutus mielenterveyteen (Fontaine 2000; Paluska & Schwenk 2000).

Williams ym. (2018) tutkivat luovien ryhmätoimintojen vaikutusta vaikeista mielenterveysongelmista kärsivien asiakkaidensa psyykkiseen vointiin. Tulokset osoittivat, että osallistumisella erilaisiin luoviin ryhmätoimintoihin, esimerkiksi kuorolaulu- ja kirjoitusryhmään, oli myönteinen vaikutus psyykkiseen vointiin. Mielekkään elämänsisällön ja sen mahdollistamisen vaikuttavuudesta vaikeiden mielenterveysongelmien hoidossa on olemassa myös satunnaiskontrolloitua näyttöä. Esimerkiksi eräässä yhdysvaltalaisessa kokeessa (Cook ym. 2019) vaikeista mielenterveysongelmista kärsivien annettiin itse valita valmiista palvelusapluunasta, millaista mielenterveyshoitoa heille järjestetään. Kahden vuoden seuranta-aikana tutkimusryhmäläiset suosivat mielenterveyshoidon sijaan ennen kaikkea sosiaalista tukea, kuten tukea asumis- ja elinkustannuksiin, parempia liikkumis- ja viestintämahdollisuuksia sekä paremman pääsyn somaattisen terveydenhuollon piiriin. Seurannan päätteeksi tutkimusryhmän hoitotulos oli kaikilla mittareilla hoitosuosituksen mukaista psykiatrasta hoitoa saanutta kontrolliryhmää parempi, jonka lisäksi heidän hoitonsa oli tullut halvemmaksi. Jatkossa olisi syytä tarkemmin selvittää, miten asiakkaiden omia tavoitteita ja näiden tavoitteiden mukaisia hoito- ja tukitoimia voitaisiin yksilöllisemmin edistää palvelujärjestelmässämme.

## Tutkimuksen rajoitukset ja vahvuudet

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

Tutkijoiden henkilökohtaiset ominaisuudet ja kokemukset ovat voineet vaikuttaa tämän tutkimuksen analyysiin ja tulosten tulkintaan. Tomi työskentelee Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä psykologina ja hän on aiemmin tutkinut perhe- ja verkostokeskeisiä hoitokäytäntöjä. Hänen roolinsa tutkimuksen vastaavana tutkijana sekä hänen aiemmasta tutkimustyöstään nousevat hypoteesit ovat voineet ohjata myös tässä tutkimuksessa käytetyn tutkimuskyselyn sisältöä, kysymysten muotoilua, aineistonkeruun käytännön toteutusta ja tulosten tulkintaa. Tällaisten subjektiivisten näkemysten ja ennakkoolettamusten vaikutusta pyrittiin kontrolloimaan suunnittelemalla kyselyä ja tutkimusasetelmaa prosessiluontoisesti avoimessa yhteistyössä työntekijöiden, kokemus-asiiantuntijoiden ja palveluita käyttävien kanssa. Katja ja Aino-Elina toimivat tutkimuksessa sekä tutkijoina että työntekijöiden ominaisuudessa tutkittavina, joka voi niin ikään lisätä subjektiivisuutta sen suhteen, mihin asioihin analyysissa ja tulosten tulkinnassa he ovat kiinnittäneet huomiota. Tämän kontrolloimiseksi sekä analyysien validiteetin parantamiseksi Tomi teki aineistosta oman analyysinsa, jota verrattiin Katjan ja Aino-Elinan tekemään analyysiin. Analyysitulokset olivat pääosin yhdenmukaisia. Sillä, että tutkijat ovat samanaikaisesti sekä tutkimuksen kohteena että tutkijoina, voi olla myös myönteinen vaikutus analyysin validiteettiin (esim. Birt ym. 2016).

## YHTEENVETO

Mielenterveyspalveluita käyttävät asiakkaat ja heidän hoitavat työntekijänsä toivat esille useita eri asioita, jotka ovat kohentaneet tai jotka voisivat kohentaa asiakkaiden vointia. Nämä asiat voitiin ryhmitellä kolmeen luokkaan niiden temaattisen sisällön mukaan; hoitokonteksti, yksilötaso ja sosiaalinen ulottuvuus. Huomionarvoista on se, että tarkka-rajaiseen tutkimusnäyttöön perustuva psykiatria tavoittaa näistä pääasiassa hoitokontekstin ja yksilötason. Suurin osa tähän tutkimukseen osallistuneista psykiatrian avohoidon asiakkaista ja työntekijöistä kuitenkin korosti nimenomaan sosiaalisten asioiden kuten ihmissuhteiden ja mielekkään arkielämän myönteistä vaikutusta asiakkaan vointiin. Vaikka mielenterveyshoito ja sen lähtökohtaiset tavoitteet edistäisivätkin joko välillisesti tai

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

## LÄHTEET

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

Alanen Y.O. (2009). Towards a more humanistic psychiatry: Development of need-adapted treatment of schizophrenia group psychoses. *Psychosis; Psychological, Social and Integrative Approaches* 1(2), 156-166. <https://doi.org/10.1080/17522430902795667>

Bergström, T. (2020). *Life after integrated and dialogical treatment of first-episode psychosis: long-term outcomes at the group and individual level*. JYU Dissertations 207. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Bergström, T., Seikkula, J., Holma, J., Mäki, P., Köngäs-Saviaro, P. & Alakare, B. (2019). How do people talk decades later about their crisis that we call psychosis? A qualitative study of the personal meaning-making process. *Psychosis*, 11(2), 105-115. <https://doi.org/10.1080/17522439.2019.1603320>

Bergström, T., Seikkula, J., Holma, J., Köngäs-Saviaro, P., Taskila, J. J., & Alakare, B. (2021). Retrospective Experiences of First-Episode Psychosis Treatment Under Open Dialogue-Based Services: A Qualitative Study. *Community mental health journal*. 10.1007/s10597-021-00895-6.

Bergström, T., Vahtola, P., Biro, M., Haaranieniemi, T., Hietasaari, T., Jussila, K., Karttunen, M., Keränen, A-E., Kurtti, M., Köngäs-Saviaro, P., Löhönen, E., Marttinen, M., Mäkiollitervo, H., Nikanne, P., Onkalo, S., Pitkänen, H., Puotiniemi, T., Raudaskoski, K., Teppola, R., Taskila, J. J., Tarkka, M., Vakkuri, R., Valtanen, K., Yrjänheikki, V. & Petäjaniemi, J. (2022). Mitä mielenterveysongelmat ovat ja mikä auttaa? Kokemuksia ja tuloksia Länsi-Pohjan psykiatrian kyselytutkimuksen pilotoinnista. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 59(1), 48–61.

Birt, L., Scott, S., Cavers, D., Campbell, C. & Walter, F. (2016). Member Checking: A Tool to Enhance Trustworthiness or Merely a Nod to Validation? *Qualitative health research*, 26(13), 1802–1811. <https://doi.org/10.1177/1049732316654870>

Bouchery, E. E., Barna, M., Babalola, E., Friend, D., Brown, J. D., Blyler, C. & Ireys, H. T. (2018). The Effectiveness of a Peer-Staffed Crisis Respite Program as an Alternative to Hospitalization. *Psychiatric Services*, 69(10), 1069-1074. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700451>

Bracken, P., Thomas, P., Timimi, S., Asen, E., Behr, G., Beuster, C., Bhunnoo, S., Browne, I., Chhina, N., Double, D., Downer, S., Evans, C., Fernando, S., Garland, M. R., Hopkins, W., Huws, R., Johnson, B., Martindale, B., Middleton, H., Moldavsky, D., ... Yeomans, D. (2012). Psychiatry beyond the current paradigm. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 201(6), 430–434. 10.1192/bjp.bp.112.109447

Buus, N., Kragh Jacobsen, E., Bojesen, A. B., Bikic, A., Müller-Nielsen, K., Aagaard, J., & Erlangsen, A. (2019). The association between Open Dialogue to young Danes in acute psychiatric crisis and their use of health care and social services: A retrospective register-based cohort study. *International journal of nursing studies*, 91, 119–127. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.12.015>

Coe, K. & Scacco, J. M. (2017). Content analysis, quantitative. Teoksessa Matthes, J. (toim.) *The international encyclopedia of communication research methods*, 346–356. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell.

Cook, J. A., Shore, S., Burke-Miller, J. K., Jonikas, J. A., Hamilton, M., Ruckdeschel, B., Norris, W., Markowitz, A. F., Ferrara, M., & Bhaumik, D. (2019). Mental Health Self-Directed Care Financing: Efficacy in Improving Outcomes and Controlling Costs for Adults with Serious Mental Illness. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 70(3), 191–201. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800337>

Davidson, L. & Roe, D. (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*, 16(4), 459–470. <https://doi.org/10.1080/09638230701482394>



Fontaine, KR. (2000). Physical activity improves mental health. *The Physician and Sports medicine*, 28 (10), 83-84. <https://doi.org/10.3810/psm.2000.10.1256>

Gammon, D., Strand, M., Eng, L. S., Børøsd, E., Varsi, C., & Ruland, C. (2017). Shifting Practices Toward Recovery-Oriented Care Through an E-Recovery Portal in Community Mental Health Care: A Mixed-Methods Exploratory Study. *Journal of medical Internet research*, 19(5), e145. <https://doi.org/10.2196/jmir.7524>

Johansson, H., & Eklund M. (2003). Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(4), 339-346. <https://doi.org/10.1046/j.0283-9318.2003.00233.x>

Johansson, H. & Eklund M. (2004). Helping alliance and ward atmosphere in psychiatric in-patient care. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practise*, 77(4), 511-523. <https://doi.org/10.1348/1476083042555415>

Mancini, M. A. (2007). The role of self-efficacy in recovery from serious psychiatric disabilities: A qualitative study with fifteen psychiatric survivors. *Qualitative Social Work: Research and Practice*, 6(1), 49-74. <https://doi.org/10.1177/1473325007074166>

Murray-Swank, Aaron B., Glynn, S., Cohen A., Sherman M., Medoff D., Fang L.J., Drapalski A., Dixon L. (2007). Family contact, experience of family relationships, and views about family involvement in treatment among VA consumers with serious mental illness. *Journal of rehabilitation research and development*, 44(6), 801-812. <https://doi.org/10.1682/JRRD.2006.08.0092>

Nikanne, P. (2021). *Tolerating uncertainty. Causal beliefs of mental health disorders and their relationship to views of ideal treatment among mental health professionals in open dialogue practice in Western Lapland. Master's thesis.* University of Tampere. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:tuni-202105215277>

O'Keeffe, D., Sheridan, A., Kelly, A. Doyle R., Madigan K., Lawlor E., Clarke M. (2021). A qualitative study exploring personal recovery meaning and the potential influence of clinical recovery status on this meaning 20 years after a first-episode psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02121-w>

Paluska, S.A. & Schwenk, T.L. (2000). Physical Activity and Mental Health. *Sports Medicine*, 29, 167-180. <https://doi.org/10.2165/00007256-200029030-00003>

Pec, O. (2020). Stages of recovery in psychosis: Converging qualitative research and psychoanalysis. *Perspectives in psychiatric care*, 56(4), 760-767. <https://doi.org/10.1111/ppc.12490>

Piat, M. & Sabetti, J. (2009). The Development of a Recovery-Oriented Mental Health System in Canada: What the Experience of Commonwealth Countries Tells Us. *Canadian journal of community mental health*, 28(2), 17–33. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2009-0020>

Reupert, A., Maybery, D., Cox, M. & Scott Stokes, E. (2015). Place of family in recovery models for those with a mental illness. *International journal of mental health nursing*, 24(6), 495–506. <https://doi.org/10.1111/inm.12146>

Schön, U-K., Denhov A. & Topor A. (2009). Social Relationships as a Decisive Factor in Recovering from Severe Mental Illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 55 (4), 336–347. <https://doi.org/10.1177/0020764008093686>

Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J. & Lehtinen, K. (2006). Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research*, 16(2), 214–218. <https://doi.org/10.1080/10503300500268490>

Slade, M. (2009). *Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals*. Cambridge University Press.

Slade M., Amering M., Farkas M., Hamilton B., O'Hagan M., Panther G., Perkins R., Shepard G., Tse S. & Whitley R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13(1), 12–20. <https://doi.org/10.1002/wps.20084>

Tuori, T., Lehtinen, V., Hakkarainen, A., Jääskeläinen, J., Kokkola, A., Ojanen, M., ... Alanen, Y. O. (1998). The Finnish National Schizophrenia Project 1981-1987: 10-year evaluation of its 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)

van Os, J., Guloksuz, S., Vijn, T. W., Hafkenscheid, A. & Delespaul, P. (2019). The evidence-based group-level symptom-reduction model as the organizing principle for mental health care: time for change? *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 18(1), 88–96. <https://doi.org/10.1002/wps.20609>

Vorma, H., Rotko, T., Larivaara, T. & Kosloff, A. (2020). *Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030*. Sosiaali- ja terveysministeriö 2020:6.

Wahlbeck, K., Hietala, O., Kuosmanen, L., McDaid, D., Mikkonen, J., Parkkonen, J., Reini, K., Salovuori, S. & Tourunen, J. (2018). *Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut*. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 89/2018.

Wampold B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 14(3), 270–277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>

Williams E., Dingle G.A., Jetten J. & Rowan C. (2018). Identification with arts-based groups improves mental wellbeing in adults with chronic mental health conditions. *Journal of Applied Social Psychology*, 49(1), 15-26. <https://doi.org/10.1111/jasp.12561>

World Health Organization WHO (2021). *Guidance on community mental health services: promoting person-centered and right-based approaches*. Geneva: World Health Organization.

Züll, C. (2016). *Open-Ended Questions. GESIS Survey Guidelines*. Mannheim, Germany: GESIS - Leibniz Institute for the Social Sciences. 10.15465/gesis-sg\_en\_002

