

Esa Nordling

Mitä toipumisorientaatio tarkoittaa mielenterveystyössä?

Toipumisorientaatiosta on vähitellen tullut keskeinen viitekehys mielenterveyspalveluiden tuottamiseen ja järjestämiseen monissa maissa. Se on ajattelun ja toiminnan viitekehys, jossa painottuvat voimavarat, osallisuus, toivo, merkityksellisyys ja positiivinen mielenterveys. Henkilökohtainen toipumisprosessi johdattaa tyydytystä tuovaan ja toiveikkaaseen elämään psyykkisen sairauden aiheuttamista rajoituksista huolimatta. Toipumisen prosessit eivät kuitenkaan ole lineaarisia, vaan niihin liittyy sekä eteenpäin menon että taantumisen vaiheita. Psykiatriassa toipumisorientaation viitekehys toteutuu pitkälti positiivisen psykiatrian tavoitteiden ja käytäntöjen avulla, mutta toipumista voi tapahtua myös palveluista riippumatta. Toipumisorientaation implementointi on erityisesti psykiatrisessa sairaalahoidossa osoittautunut haasteelliseksi. Henkilöstön kouluttaminen ja erilaisten teknologioiden käyttö on edistänyt implementointia. Toipumisorientaatio on saamassa jalansijaa suomalaisessakin mielenterveystyössä.

Toipumisorientaation juuret kiinnittyvät 1960- ja 1970-lukujen erilaisten marginaaliryhmien puutteellisia ihmisoikeuksia esiin nostaneeseen ja erityisesti Yhdysvalloissa vaikuttaneeseen yhteiskunnalliseen liikkeeseen. Liikkeen aktivistit, joihin kuului eri tieteenalojen tutkijoita mutta myös poliitikkoja, vaativat, että yhteiskunnassa tunnustettaisiin psykiatrisista häiriöistä kärsivien henkilöiden sorto ja syrjäytyminen. Psykiatrian alalla anti-psykiatrinen suuntaus keskittyi kritisoimaan psykiatrian uskottavuutta tieteenä, olosuhteita mielisairaaloissa ja vallankäyttöä hoitotilanteissa. Myös osa tuolloisista ja entisistä mielenterveyspotilaista liittyi osaksi aikakauden yhteiskuntakriittistä aaltoa. He taistelivat omien organisaatioidensa kautta pakkohoitoa vastaan ja pyrkivät siten parantamaan myös omia kansalaisoikeuksiaan (1,2).

Kesti kuitenkin vuosia, ennen kuin toipuminen (recovery) käsitteenä siinä merkityksessä, jota sillä toipumisorientaation viitekehyksessä tarkoitetaan, ensimmäistä kertaa esiintyi tiedeellisessä julkaisussa. Vuonna 1988 psykologi ja mielenterveyspotilaaksi tunnustautunut Patricia Deegan teki omien kokemustensa perusteella olennaisen eron kuntoutuksen ja toipumisen välillä. Kuntoutuksessa mielenter-

veysongelmista kärsivät ihmiset nähdään passiivisina kuntoutuspalveluita vastaanottavina henkilöinä, jotka oppivat sopeutumaan vallitseviin olosuhteisiin, ja kuntoutuminen tarkoittaa paluuta sairautta edeltävään tilanteeseen. Toipumiseen liittyvässä ajattelussa korostuvat yksilön elämäkokemukset ja kokemukset, joiden avulla hän on pystynyt selviytymään psyykkisen sairauden mukanaan tuomista ongelmista. Kyse ei ole paluusta entiseen, vaan yksilöllisestä kehitymis- ja kasvuprosessista (3). Vuonna 1993 esitettiin, että tulevaisuudessa kaikki mielenterveyspalvelut tulisi organisoida toipumisen näkökulman mukaisesti. Tämän jälkeen toipumisen viitekehyksestä on vähitellen tullut keskeinen osa mielenterveyspalveluiden tuottamisessa ja organisoimisessa esimerkiksi Yhdysvalloissa, Australiassa, Isossa-Britanniassa ja Tanskassa (1).

Toipumisen kolme näkökulmaa

Toipumisorientaatiosta on olemassa lukuisia määritelmiä (4). Tässä yhteydessä sillä tarkoitetaan ajattelun ja toiminnan viitekehystä, jossa painottuvat voimavarat, osallisuus, toivo, merkityksellisyys ja positiivinen mielenterveys. Positiivisella mielenterveydellä tarkoitetaan

mielen hyvinvointia, jolloin mielenterveyttä tarkastellaan laajemmin kuin mielenterveyden häiriön puuttumisen näkökulmasta (5).

Toipuminen on käsitteellistetty kolmella eri tavalla. Toipumista voidaan lähestyä kliinisen työn tavoitteiden kautta, palveluiden näkökulmasta ja henkilökohtaisen kokemuksen perusteella. Kliinisessä toipumisessa keskeistä on psyykkisen sairauden oireiden lievittäminen ja psyykkisen tilan vakauttaminen lääkityksen ja riskienhallinnan avulla. Palveluiden kannalta katsottuna toipumista arvioidaan organisaatioiden näkökulmasta, jolloin keskeisiksi tulevat hallinnolliset ja kustannukselliset päämäärät ja kriteerit, jotka liittyvät palveluista pois siirtymiseen ja palveluihin pääsemiseen. Kliinisen toipumisen ja palveluihin liittyvän toipumisen käsitteet ovat usein sidoksissa toisiinsa ja edustavat tavanomaista psyykkisistä häiriöistä toipumisen näkökulmaa. Kumpaakaan niistä ei välttämättä sisälly palvelun käyttäjän tekemään määrittelyyn omasta toipumisestaan (6).

Toipumisorientaation viitekehyksessä kyse on henkilökohtaisesta toipumisesta, joka nähdään siinä huomattavasti laaja-alaisempana käsitteenä kuin toipuminen kliinisenä käsitteenä. Kun jälkimmäisessä oireiden vähenemistä tai loppumista pidetään keskeisenä tavoitteena, toipumisorientaatiossa korostuu henkilön omakohtainen kokemus mielekkästä elämästä. Toipuminen on henkilökohtainen ja ainutlaatuinen asenteiden, arvojen, tunteiden, päämäärien, taitojen ja roolien muutosprosessi. Se on tapa elää tyydytystä tuovaa ja toiveikasta elämää psyykkisen sairauden aiheuttamista rajoituksista huolimatta (7). Sitä on kuvattu myös metaforan avulla henkilökohtaisena matkana, jossa yksilö löytää elämässään toiveikkautta lisääviä merkityksellisiä asioita ja mahdollisuuksia henkiseen kasvuun (8).

Toipumisorientaation mukaisessa viitekehyksessä toipumisen käsitettä on kuvattu monin eri ominaisuuksin. Se on nähty yleensä päätepisteettömänä prosessina, pikemminkin polkuna kuin määränpäänä. Toipumisprosessi on aina yksilöllinen ja ainutlaatuinen. Samoin kriteerit, joilla yksilö arvioi toipumistaan, ovat erilaisia. Vastakohtana sille, että asiakas on passiivinen ja ilman sananvaltaa oleva palveluiden

Ydinasiat

- ▶ Toipumisorientaatiossa painottuvat asiakkaan voimavarat, osallisuus, toivo, merkityksellisyys ja positiivinen mielenterveys.
- ▶ Henkilökohtainen toipuminen on ainutlaatuinen asenteiden, arvojen, tunteiden, päämäärien, taitojen ja roolien muutosprosessi.
- ▶ Palveluntuottajien ja ammattihenkilöiden on mietittävä uudelleen roolia, joka heillä on asiakkaiden toipumisen tukijoina, sekä sitä, minkälaisia taitoja ja osaamista se heiltä edellyttää.
- ▶ Psykiatriassa toipumisorientaation viitekehys toteutuu pitkälti positiivisen psykiatrian tavoitteiden ja käytäntöjen avulla.
- ▶ Toipumisorientaation etenemisen myötä suomalaisessa mielenterveystyössä tapahtunee positiivisia muutoksia lähivuosina.

kohde, toipuminen on aktiivista toimintaa ja edellyttää omakohtaista vastuuta toipumisprosessista ja usein yhteistyötä ystävien, perheen, tukihenkilöiden ja ammattilaisten kanssa. Valintojen tekeminen tukee itsenäistä toimintaa. Se edellyttää, että on olemassa mahdollisuuksia ja vaihtoehtoja, joista voi saadun tiedon perusteella tehdä valintoja. Kun henkilö tietää tekemiensä valintojen seuraukset, hänen henkilökohtainen vastuunsa lisääntyy (9).

Toipumisorientaatiossa avaintemoina ovat toivo sekä elämän tarkoituksen ja suunnan löytäminen. Toivo sisältää lupauksen siitä, että asiat voivat muuttua ja muuttuvat. Merkityksellisten asioiden löytäminen voi tapahtua monin eri tavoin. Joillekin se tapahtuu työn kautta, toisille sosiaalisten suhteiden avulla. Jotkut löytävät merkityksen elämälleen aatteellisen, poliittisen tai hengellisen toiminnan kautta (9).

Toipuminen prosessina

Vaikka toipumisprosessi on hyvin yksilöllinen, sen etenemistä on kuvattu myös eri vaiheiden kautta tapahtuvana. Prosessi on kuvattu ta-

pahtuvaksi viiden eri vaiheen kautta (10). Ensimmäinen vaihe on etsintävaihe (moratorio), jolle on ominaista vetäytyminen, toivottomuus ja kielteinen minäkuva. Toinen vaihe on tietoisuus, jota kuvastavat toivo ja lisääntyvä tietoisuus minäkuvan terveistä puolista. Kolmas vaihe on valmistautumisen vaihe, jolloin tutkitaan keskeisiä elämänarvoja ja otetaan käyttöön sisäisiä ja ulkoisia voimavaroja. Neljännessä, uudelleen rakentamiseksi nimetyssä vaiheessa otetaan askelia kohti merkityksellisiä päämääriä. Viimeinen vaihe on kasvun vaihe, jossa voidaan toteuttaa itseä ja suuntautua kohti positiivista tulevaisuutta. Tässä mallissa nimetään myös neljä psykologista prosessia, jotka ovat toivon löytäminen ja säilyttäminen, vastuun ottaminen omasta elämästä ja hyvinvoinnista, positiivisen identiteetin rakentaminen ja elämän tarkoituksen löytäminen (10).

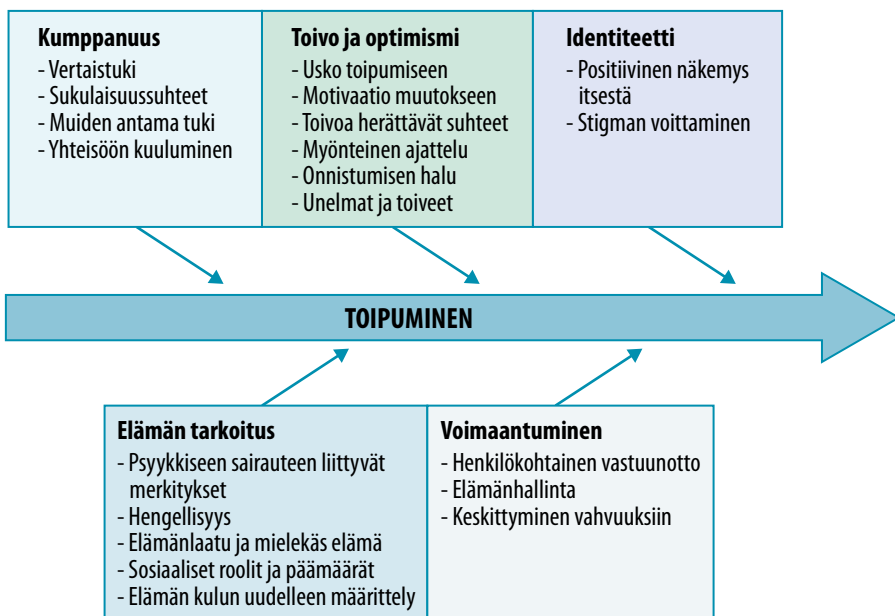
Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen perusteella löytyi viisi prosessia, joilla voidaan kuvata henkilökohtaista toipumista (KUVA) (11). Jokaiseen prosessiin sisältyy elementtejä, joihin vaikuttamalla voidaan edistää toipumista. Jos mielenterveystyötä tekevien ammattilaisten tavoitteena on tukea toipumista, heidän pitäisi

arvioida työkäytäntöjään sen perusteella, miten niillä voidaan edistää toipumisen prosesseja (11). Nämä prosessit eivät kuitenkaan ole lineaarisia, vaan niihin liittyy sekä eteenpäin menon että taantumisen vaihteita. Muutoksia voi tapahtua harppauksin tai vähitellen (12).

Toipumisprosessi näkyy yksilön kokemusmaailman positiivisena muutoksena, jota palvelut edistävät ja jonka järjestelmä mahdollistaa. Palvelut eivät itsessään johda toipumiseen, mutta parhaimmillaan niiden avulla voidaan luoda edellytyksiä siihen (13). Palveluntuottajien ja ammattihenkilöiden on mietittävä uudelleen roolia, joka heillä on asiakkaiden toipumisen tukijoina, sekä sitä, minkälaisia taitoja ja osaamista se heiltä edellyttää. Tämä vaatii muutakin kuin diagnosoidun psyykkisen sairauden hoitoa (14).

Miten toipumisorientaation pitäisi näkyä mielenterveyspalveluissa?

Toipumisorientaation mukaisten palveluiden olennainen perusta on tukea henkilön toipumista riippumatta siitä, mikä hänen lähtökohdansa psyykkisen sairauden suhteen on hel-



KUVA. Viisi prosessia, joihin vaikuttamalla toipumista voidaan edistää (11).

TAULUKKO 1. Ammattilaisten työtettä kuvaavia näkemyksiä tavanomaisissa ja toipumisorientaation mukaisissa mielen-terveyspalveluissa (23).

Tavanomaiset mielen-terveyspalvelut	Toipumisorientaation mukaiset mielen-terveyspalvelut
Toimimme jo toipumisorientaation mukaisesti.	Toipuminen on matka, ei päämäärä. Olemme matkalla, mutta edessä on vielä pitkä taival.
Toipuminen alkaa psyykkisen sairauden tunnistamisesta.	Toipuminen alkaa minuuden tunteen takaisin saamisesta.
Tehtävänä on diagnosoida tai muodostaa käsitys psyykkisen sairauden luonteesta ja sen jälkeen tarjota sopivia hoitoja tai interventioita.	Tehtävänä on tukea henkilöä hänen matkallaan kohti merkityksellisempää ja nautinnollisempaa elämää.
Ensisijainen roolini asiakastyössä on olla asiantuntija.	Ensisijainen roolini asiakastyössä on olla valmentaja tai mentori.
Velvollisuuteni on puuttua asiakkaan asioihin.	On joitakin pakollisia asioita, jotka on huomioitava. Pyrin kuitenkin välttämään sitä, että omat suunnitelmani saavat hallitsevan aseman yhteistyössä.
Minä päätän, milloin pakkotoimet ovat välttämättömiä.	Käytän erilaisia lähestymistapoja ja neuvottelumahdollisuuksia pakkotoimien välttämiseksi.
Ammattihenkilöstön ja asiakkaiden välillä on perustavaa laatua oleva ero. He ovat psyykkisesti sairaita, me emme.	Ammattihenkilöstö ja asiakkaat ovat pohjimmiltaan samanlaisia. Yritämme elää merkityksellistä ja nautinnollista elämää.
Mahdollisista omakohtaisista kokemuksista mielen-terveysongelmista on parempi pysyä vaihi.	Omista vahvuuksista ja haavoittuvuudesta puhuminen henkilöstölle ja asiakkaille on positiivinen voimavara.

pottamalla aktiivista yhteistyötä psyykkisesti sairaan potilaan ja mielen-terveystyötä tekevän ammattilaisen välillä (15). Ammattihenkilöstö toimii toipumisorientaation mukaisesti palvelu- ja vuorovaikutusprosesseissa tukiessaan ja edistäessään asiakkaan toiveikkautta, elämän tarkoituksellisuuden kokemista ja elämän mielekkyyttä. Käytännössä terveydenhuollon ammattilaiset voivat edistää asiakkaan toipumista auttamalla häntä löytämään voimavaroja ja tekemään suunnitelmia, joiden avulla hän pystyy elämään merkityksellistä ja antoisaa elämää sekä toteuttamaan päämääriään ja haaveitaan. Henkilökohtaisista haaveista ja päämääristä keskusteleminen asiakkaan kanssa edellyttää luottamuksellisen terapeutin suhteen luomista ja ylläpitämistä (16).

Jotta terapeutit ja ehkäisevät interventiot voivat tehokkaasti auttaa asiakasta, niitä toteutettaessa pitää hyödyntää tietoa ja kokemuksia, joita asiakkaalla on oman psyykkisen sairautensa kanssa selviytymisestä ja pyrkimyksistä hyvinvointinsa lisäämiseksi (17). Toipumisorientaation mukaisen palveluiden pitää vahvistaa asiakkaan tietopohjaa omasta psyykkisestä sairaudestaan, opettaa strategioita oireiden kanssa toimeen tulemiseksi, tukea asiakkaan pystyvyyden tunnetta ja erityisesti

edistää asiakkaan mahdollisuuksia saada tarvitsemaansa sosiaalista tukea (18).

Psykiatriassa toipumisorientaation viitekehys toteutuu pitkälti positiivisen psykiatrian tavoitteiden ja käytäntöjen avulla. Positiivisen psykiatrian tavoitteena on kiinnittää nykyistä enemmän huomiota niihin psykososiaalisiin tekijöihin, jotka ovat merkityksellisiä psyykkisen ja fyysisen terveyden kannalta. Tällaisia avaintekijöitä ovat pärjäävyys ja sopeutumiskyky, optimismi, toivo, viisaus, trauman jälkeinen kasvu ja osallisuus (19,20). Niitä voidaan vahvistaa erilaisilla positiivisilla psykologisilla interventioilla, joilla on saatu myönteisiä tuloksia erityisesti masennuksen hoidossa (21). Osana lääketiedettä positiivisen psykiatrian juuret ovat biologiassa, ja sen tutkimuskohteita ovat myös positiiviseen mielen-terveyteen liittyvät biomarkerit (20,22).

Vaikka mielen-terveyspalveluilla on suuri merkitys henkilökohtaisen toipumisprosessin käynnistämisessä ja edistämisessä, toipumista voi tapahtua palveluista riippumatta. Erilaisten osallisuuden tunnetta vahvistavien mahdollisuuksien hyödyntäminen auttaa toipumaan. Osallisuuden kokemus tarkoittaa kuulumista tai liittymistä sellaiseen itselle merkitykselliseen ryhmään tai toimintaan, jossa tulee ym-

TAULUKKO 2. Toipumisorientaatiota estäviä ja vahvistavia tekijöitä (24–29).

Estävät tekijät	Vahvistavat tekijät
Implementoinnin epäonnistuminen, toimintaperiaatteet eivät siirry käytännöiksi (24,25,26,27)	Jaettu päätöksenteko, informoitu valinta (25,26,29)
Ammattilaisten pessimistinen asenne asiakkaan toipumismahdollisuuksia kohtaan (25,27,28)	Vertaistuen laajentaminen, vertaistyöntekijöiden käyttö (25,26,29)
Paternaaliset toimintamallit (24,25,28)	Toivoa ja luottamusta välittävä ja ylläpitävä toiminta (27,28)
Byrokraattiset käytännöt ja rakenteet (24,28)	Kokemusasiantuntijoiden uudet tehtävät ja yhteistyö kokemusasiantuntijoiden kanssa (25,29)
Leimaavat asenteet yhteiskunnassa ja palveluissa (24)	Kansalaisuuden tukeminen, hyvinvoinnin ja elämänlaadun korostaminen (25,26)
Huono johtaminen (24)	Valinnan mahdollisuudet, itsemäärääminen (25,26)
Organisaation suorituskeskeinen toiminta (28)	Asiakkaiden osallistuminen kehittämistyöhön (24,25)
Psykiatristen osastojen fyysisten tilojen epätarkoituksenmukaisuus potilaiden tarpeisiin nähden (27)	Asiakkaiden työllistyminen tarpeitaan ja voimavarojaan vastaaviin työtehtäviin (26,29)
Ammattilaisten vähättelevä asenne toipumisorientaatiota kohtaan (24)	Palveluiden käyttäjien oikeuksien ajaminen, eettinen kestävyys (25,28)
Ammattilaisten tyytymättömyys työhönsä (27)	Tasa-arvoinen, kunnioitusta ja arvostusta välittävä vuorovaikutussuhde ammattilaisten ja asiakkaiden kesken (24)
Toipumisen käsitteeseen liittyvät erilaiset tulkinnat (28)	Asiantuntijavallan uudelleen ymmärtäminen (24)
Pakon käyttö (25)	Kuntoutumiskeskuksen koulutus ja kurssit (25)
Asiakkaan vahvasti sisäistävä psykkinesti sairaan henkilön identiteetti (25)	Tutkimustiedon toipumisorientaatiosta hyödyntäminen (24)
Sosiaalisten verkostojen ja yhteyksien puute (24)	Validoituja työvälineitä ja indikaattoreita toipumisen seurantaan ja arviointiin (25)
Oman kodin puute (26)	

märretyksi ja hyväksytyksi tai jossa voi jakaa omia kokemuksiaan tai tunteitaan. Toipumisorientaation mukaisella työotteella myös mielenterveystyötä tekevät ammattilaiset voivat vahvistaa asiakkaan osallisuutta. Tämä tapahtuu kartoittamalla ja aktivoimalla asiakkaan merkityksellisinä pitämiä sosiaalisia verkostoja, lisäämällä vertaistuen saannin tai antamisen mahdollisuuksia sekä virittämällä asiakkaan kiinnostusta erilaisia kansalaistoiminnan muotoja kohtaan. Toipumisprosessin kannalta erityisen tärkeä asema on kokemusasiantuntijatoiminnalla, koska sen kautta voivat toteutua monet osallisuuden muodot (16). **TAULUKOSSA 1** on verrattu ammattilaisten työtettä kuvaavia näkemyksiä tavanomaisissa ja henkilökohtaista toipumista korostavissa mielenterveyspalveluissa (23). Laajan tutkimustiedon perusteella tunnetaan tekijöitä, jotka estävät tai vahvistavat henkilökohtaista toipumista. Niihin sisältyy niin yksilöön, palvelujärjestelmään kuin yhteiskunnalliseen kontekstiinkin liittyviä tekijöitä ja ominaisuuksia (**TAULUKKO 2**) (24–29).

Toipumisorientaation toteuttamisen ongelmat

Vaikka toipumisorientaatioon liittyvää tietopohjaa ja materiaalia on vuosien varrella kertynyt paljon, on sen implementointi osoittautunut vaativaksi. Toipumisorientaation toteuttaminen mielenterveyspalveluissa on tapahtunut valitettavan hitaasti, ja palvelukulttuurin muutokseen liittyy edelleen merkittäviä haasteita. Retoriikka ei ole siirtynyt käytännöksi (1). Toipumisorientaation päämääriä korostavat kansalliset poliittiset ohjelmat ja linjauksetkaan eivät välttämättä ole siirtyneet toivotulla tavalla palvelujärjestelmän käytäntöihin (17,29).

Skotlannissa hallitus on suunnannut huomattavan määrän rahaa ja ponnistuksia toipumisorientaation implementointiin ja samalla ottanut onnistuneesti käyttöön erilaisia toipumisen teknologioita. Näillä tarkoitetaan tekniikoita, käytäntöjä ja välineitä, joilla voidaan konkretisoida ja toteuttaa toipumisorientaation arvoja hoitojärjestelmässä. Näistä erityisesti

neljä teknologiaa on osoittautunut tehokkaaksi. Kuntoutujien toipumistarinoiden koonti ja niiden julkaisu kirjana ja DVD-muodossa on tehnyt näkyväksi sen, mistä henkilökohtaisessa toipumisessa on kyse. Toinen teknologia liittyy indikaattorityökaluun (The Scottish Recovery Indicator), jonka avulla mielenterveyspalveluja tarjoavat organisaatiot voivat itse arvioida, missä määrin toipumisorientaation periaatteet realisoituvat palveluissa. Kolmas teknologia on menetelmä (Wellness Recovery Action Planning), jonka avulla mielenterveyspalveluiden asiakas voi ohjata toipumistaan tunnistamalla niitä strategioita, jotka vahvistavat hänen hyvinvointiaan ja toipumistaan. Neljäs teknologia on vertaistukea antavien henkilöiden työskentely mielenterveyspalveluissa. Tavanomaisen vertaistuen antamisen lisäksi he ovat mukana palveluiden kehittämisessä toipumisorientaation arvojen mukaisiksi (17).

Toipumisorientaation toteutuminen erityisesti psykiatrisessa sairaalahoidossa on ollut vaikeaa, vaikka henkilöstön asenteet toipumisorientaatiota kohtaan ovat yleensä myönteiset. Muutoksen esteinä on pidetty potilaiden suurta vaihtuvuutta ja lyhyitä hoitoaikoja, potilaiden suurta määrää suhteessa henkilökunnan määrään, potilaiden sairauden akuuttia vaihetta, osastojen ahtautta ja epäkäytännöllisiä rakkenteita, henkilöstön tietojen ja taitojen puutteita, huonoa johtajuutta ja byrokraatiaan liittyviä rajoituksia, muutosvastaista työskentelyä, riittämätöntä kollegiaalista tukea ja hoitoideologian epäselvyyttä (1). Sairaalapotilaisiin kohdistuvat rajoitukset ja pakon käyttö voivat muodostua toipumisorientaation esteiksi. Sairaalaolosuhteissakin potilaisiin suhtautumisen pitäisi olla ystävällistä ja kunnioittavaa sekä heidän valintojaan ja mieltymyksiään mahdollistavaa, mikä tukisi toipumisorientaation toteutumista (30).

Henkilöstön kouluttaminen toipumisorientaation perusteisiin on usein edistänyt implementointia. Erityisesti asiakkaiden ja ammattilaisten yhteiset koulutukset ovat osoittautuneet hyödyllisiksi, koska niillä on voitu vahvistaa asiakkaiden ja ammattihenkilöstön yhteistyösuhdetta (31). Toipumisorientaatioon liittyvät koulutukset ovat myös muuttaneet hoito-

suunnitelmien sisältöjä enemmän asiakkaiden tarpeita huomioiviksi ja selkeyttäneet toimeenpanoa koskevia vastuukysymyksiä (32).

Yksilötasolla henkilökohtaiset kommunikointi- ja itseilmaisutaidot sekä toipumisorientaation arvojen hyväksyminen helpottavat uuden näkökulman mukauttamista työkäytännöiksi. Kumppanuustaidot, asiakkaiden tarpeiden ja vahvuuksien tunnistaminen sekä vastuullinen riskinotto työssä ovat kykyjä, jotka vahvistavat uudenlaista työskentelytapaa myös vakavista psyykkisistä häiriöistä kärsivien henkilöiden kanssa (33). Kymmenen kysymyksen avulla esimerkiksi lääkäri voi arvioida, miten hänen oma työskentelytapansa vastaa toipumisorientaation mukaista työtettä (TAULUKKO 3) (34).

Lopuksi

Suomalaisessa mielenterveystyössä kiinnostus toipumisorientaatiota kohtaan on ollut erityisen suurta potilasjärjestöissä ja -yhdistyksissä. Mielenterveyden keskusliitto on ottanut sen toimintansa viitekehyydeksi. Sosiaalipsykiatristen yhteisöjen keskusliiton jäsenjärjestöt ovat myös linjanneet toimintansa toipumisorientaation mukaiseksi. Kuntien mielenterveyspalveluissa ja psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa muutos on ollut selvästi hitaampaa, mutta kiinnostus toipumisorientaatiota kohtaan näkyy sielläkin koulutuksen kysynnän lisääntymisenä. Positiivisia odotuksia kohdistuu vuosina 2018–2020 toteutettavaan Lapin yliopiston johtamaan Euroopan sosiaalirahasto (ESR)-rahoitteiseen Recovery-toimintaorientaatio mielenterveyspalveluissa -hankkeeseen, jossa toimijoina ovat Lapin, Etelä-Pohjanmaan ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirit, Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus, Mielenterveyden keskusliitto, Mielenterveysomaisten keskusliitto FinFami sekä Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Vuoden 2017 keväällä perustettiin Toipumisorientaatio ry. Yhdistyksen tarkoituksena on lisätä tietoisuutta toipumisorientaatiosta järjestämällä koulutus- ja julkaisutoimintaa sekä osallistamalla erilaisiin aiheita koskeviin hankkeisiin.

TAULUKKO 3. Kysymyksiä toipumisorientaatioon perustuvan työotteen itsearviointiin avuksi työntekijälle (34).

1. Autoinko asiakasta tunnistamaan ja priorisoimaan omia toipumistavoitteitaan (ei ammattilaisten tavoitteita)?
2. Toinko esille luottamukseni asiakkaan olemassa oleviin vahvuuksiin hänen pyrkinessään tavoitteisiinsa?
3. Annoinko omiin tai asiakkaiden kokemuksiin liittyviä esimerkkejä, jotka herättävät ja vahvistavat toivoa?
4. Toinko esille sen, että vaikka tulevaisuus on epävarma ja takaiskuja voi sattua, on omien tavoitteiden saavuttaminen siitä huolimatta mahdollista – annoinko tukea toivon ja positiivisten odotusten ylläpitämiseksi?
5. Kannustinko asiakasta mielenterveysongelmien itsehallintaan antamalla tietoa ja vahvistamalla olemassa olevia hallintastrategioita?
6. Kuuntelinko asiakkaan toiveita terapeuttisista interventioista ja osoitinko hänelle, että olin kuunnellut?
7. Ilmaisinko kunnioittavan asenteeni asiakasta kohtaan ja toinko esille haluni tasavertaiseen kumppanuuteen yhdessä työskenneltäessä?
8. Toinko esille sen, että olen valmis ”panemaan itseni likoon”, jotta asiakas voi saavuttaa tavoitteensa?
9. Kiinnitinkö erityistä huomiota sellaisten tavoitteiden tärkeyteen, jotka ohjaavat asiakkaan totunnaisesta sairaan roolistaan auttamaan muita?
10. Huomioinko muita kuin mielenterveyteen liittyviä oleellisia voimavaroja tavoitteiden saavuttamiseksi, esimerkiksi ystäviä, kontakteja ja organisaatioita?

Toipumisorientaation toteuttamisen kannalta ongelmana on se, ettei suomenkielisiä julkaisuja ja materiaaleja ole vielä juurikaan saatavilla. Mittareita ja arviointimenetelmiä on käännetty suomeksi vain muutamia, eikä niiden ominaisuuksista tai soveltuvuudesta suomalaisiin kohderyhmiin ole kertynyt riittävästi kokemus- tai tutkimustietoa.

Useilla kansainvälisillä mittareilla voidaan arvioida henkilökohtaista toipumista tai toipumisorientaation periaatteiden toteutumista palveluissa. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa löytyi 13 henkilökohtaiseen toipumiseen liittyvää mittaria, joiden psykometrisiä ominaisuuksia oli selvitetty ainakin osin (35). Kuntoutumisen tukeminen -mittaria kehitettäessä löytyi kahdeksan järjestelmä- tai yhteisötason mittaria, joilla voidaan arvioida toipumisorientaation periaatteiden toteutumista mielenterveyspalveluissa (36).

Toipumisorientaatioon liittyvän tietoisuuden lisääntymisen ja kehittämistyön tuloksena mielenterveystyössä on mahdollista saavuttaa tulevaisuudessa monenlaisia myönteisiä muutoksia. Potilaiden, kuntoutujien ja asiakkaiden vastuu hoidostaan ja elämästään vahvistuu myönteisellä tavalla. Potilasyhdistysten ja -järjestöjen vaikutusvalta lisääntyy. Hoito ja kuntoutus monipuolistuvat, koska kokemuksellisuutta ja vertaisuutta hyödynnetään nykyistä laajemmin. Kokemustieto synnyttää uutta teoreettista tietoa, mikä syventää eri tieteenalojen teoriapohjaa. Tämä uudistaa terveydenhuollon eri professioiden koulutusohjelmia, jolloin uusien ammattilaisten osaaminen paranee. Pakon käytön vähenemisen myötä ihmisoikeudet toteutuvat paremmin ja avun hakemisen kynnyks laskee. Varhainen avun hakeminen tuottaa parempia hoitotuloksia pienemmillä kustannuksilla. On helppo yhtyä psykiatrikunnan sisältä äskettäin esitettyyn toiveeseen siitä, että Suomeenkin saataisiin luotua viitekehys toipumisorientoituneille mielenterveyspalveluille (37). ■

ESA NORDLING, PsT, kehittämisspäälikkö
Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, mielenterveysyksikkö

SIDONNAISUUDET
Ei sidonnaisuuksia

KIRJALLISUUTTA

1. Waldemar AK, Arnfred SM, Petersen L, ym. Recovery-oriented practice in mental health inpatient settings: a literature review. *Psychiatric Services* 2016;67:596–602.
2. Pohtola M. Psykiatrian kriisi, Robert L. Spitzer ja DSM-III – Miksi diagnostiikkamanuaali nostatti keskustelua tiedeyhteisön parissa 1980-luvun alun Yhdysvalloissa? Yleisen historian pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto 2016.
3. Deegan PE. Recovery: the lived experience of rehabilitation. *Psychosoc Rehabil J* 1988;11:11–9.
4. Resnick SG, Fontana A, Lehman AF, ym. An empirical conceptualization of the recovery orientation. *Schizophr Res* 2005; 75:119–28.
5. Appelqvist-Schmidlechner K, Tuisku K, Tamminen N, ym. Mitä on positiivinen mielensterveys ja kuinka sitä mitataan? *Suom Lääkäril* 2016;71:1759–64.
6. Le Boutillier C, Chevalier A, Lawrence W, ym. Staff understanding of recovery-orientated mental health practice: a systematic review and narrative synthesis. *Implement Sci* 2015;10:87. DOI 10.1186/s13012-015-0275-4
7. Slade M, Amering M, Oades L. Recovery: an international perspective. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2008;17:128–37.
8. Pilgrim D, McCranie A. Recovery from mental disorder: a critical sociological account. Lontoo: Palgave Macmillan UK 2013.
9. Jacobson N, Curtis L. Recovery as policy in mental health services: strategy emerging from the States. *Psychosoc Rehabil J* 2000;23:333–41.
10. Andresen R, Oades LG, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically-validated stage model. *Aust NZ J Psychiatry* 2003;37:586–94.
11. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, ym. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry* 2011; 199:445–52.
12. Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J* 1993;16:11–23.
13. Jacobson N, Greenley D. What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatr Serv* 2001;52:482–5.
14. Farkas M, Gagne C, Anthony W, ym. Implementing recovery oriented evidence based programs: identifying the critical dimensions. *Community Ment Health J* 2005;41:141–58.
15. Farkas M. The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World Psychiatry* 2007;6:68–74.
16. Nordling E, Järvinen M, Lähteenlahti Y. Toipumisorientaatio hoidon ja kuntoutuksen viitekehystenä. Kirjassa: Partanen A, Moring J, Bergman V, ym, toim. Mielensterveys ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Miten tästä eteenpäin? Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen työpaperi 20/2015, s. 133–41.
17. Smith-Merry J, Freeman R, Sturdy S. Implementing recovery: an analysis of the key technologies in Scotland. *Int J Ment Health Syst* 2011;5:11.
18. Dalum HS, Pedersen IK, Cunningham H, ym. From recovery programs to recovery-oriented practice? A qualitative study of mental health professionals' experiences when facilitating a recovery-oriented rehabilitation program. *Arch Psychiatr Nurs* 2015;29:419–25.
19. Jeste DV, Palmer BW, Saks ER. Why we need positive psychiatry for schizophrenia and other psychotic disorders. *Schizophr Bull* 2017. DOI: 10.1093/schbul/sbw184.
20. Jeste DV, Palmer BW, Rettew DC, ym. Positive psychiatry: its time has come. *J Clin Psychiatry* 2015;76:675–83.
21. Bolier L, Haverman M, Westerhof GJ, ym. Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Publ Health* 2013;13:119.
22. Edmonds EC, Martin AS, Palmer BW, ym. Positive mental health in schizophrenia and healthy comparison groups: relationships with overall health and biomarkers. *Aging Ment Health* 2016;20:354–62.
23. Slade M. Measuring recovery in mental health services. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2010;47:206–12.
24. Piat M, Lal S. Service providers' experiences and perspectives on recovery-oriented mental health system reform. *Psychiat Rehabil J* 2012;35:289–96.
25. Shera W, Ramon S. Challenges in the implementation of recovery-oriented mental health policies and services: an analysis of developments in England and Canada. *Int J Ment Health* 2013;42:17–42.
26. Drake RE, Whitley R. Recovery and severe mental illness: description and analysis. *Can J Psychiatry* 2014;59:236–42.
27. Kidd SA, McKenzie K J, Virdee G. Mental health reform at a systems level: Widening the lens on recovery-oriented care. *Can J Psychiatry* 2014;59:243–9.
28. Davies E, Gray M. Mental health service users' aspirations for recovery: examining the gaps between what policy promises and practice delivers. *Br J Soc Work* 2015; 45:45–61.
29. Khoury E, Rodriguez Del Barrio L. Recovery-oriented mental health practice: a social work perspective. *Br J Soc Work* 2015;45:i27–i61.
30. Baker E, Fee J, Bovingdon L, ym. From taking to using medication: recovery-focused prescribing and medicines management. *BJPsych Adv* 2013;19:2–10.
31. Salkeld R, Wagstaff C, Tew J. Toward a new way of relating: an evaluation of recovery training delivered jointly to service users and staff. *J Ment Health* 2013;22:165–73.
32. Gilburn H, Slade M, Bird V, ym. Promoting recovery-oriented practice in mental health services: a quasi-experimental mixed-methods study. *BMC Psychiatry* 2013;13:167.
33. Redko C, Rapp RC, Elms C, ym. Understanding the working alliance between persons with substance abuse problems and strengths-based case managers. *J Psychoact Drugs* 2007;39:241–50.
34. Roberts G, Boardman J. Becoming a recovery-oriented practitioner. *BJPsych Adv* 2014;20:37–47.
35. Shanks W, Williams J, Leamy M, ym. Measures of personal recovery: a systematic Review. *Psychiatric Serv* 2013;64:974–80.
36. Laitila M. Tukevatko asumis- ja kuntoutuspalvelut palveluiden käyttäjien kuntoutumista? Etelä-Pohjanmaan sosiaalipsykiatrisen yhdistyksen palvelut asiakkaiden ja työntekijöiden arvioina. Kuntoutustieteen pro gradu -tutkielma. Lapin yliopisto 21/2014.
37. Korkeila J. Toipumisorientaation paluu. *Suom Lääkäril* 2017;72:2865.

SUMMARY

What does recovery orientation mean in mental health work?

Recovery orientation has slowly become an essential framework for producing and organizing mental health services in many countries. It is a framework for thinking and working that emphasizes resources, participation, hope, meaningfulness and positive mental health. The process of personal recovery results in a satisfactory and hopeful life regardless of the limits of mental illness. However, recovery processes are not linear. Instead they contain periods of both progress and regress. In psychiatry the framework of recovery is almost fully realised through goals and practices of positive psychiatry, but personal recovery may also happen regardless of services. Implementation of recovery orientation in psychiatric inpatient care has proven itself challenging. Training and use of various technologies has advanced the implementation of the framework. Recovery orientation is gaining foothold in Finnish mental health work too.