

Jonna Tolonen, Liisa Kiviniemi, Kristiina Moilanen ja Erika Jääskeläinen

Henkilökohtaisen toipumisen käytännön työn mallien käyttökelpoisuus mielenterveystyössä

Toipumisorientaatioon perustuva henkilökohtainen toipuminen korostaa yksilön kokemusta elämänsä merkityksellisyydestä mielenterveyden häiriön aiheuttamista oireista huolimatta. Henkilökohtaisen toipumisen malleja on kehitetty 2000-luvulta saakka. Käytetyin henkilökohtaisen toipumisen viitekehys on CHIME, jossa henkilökohtaisen toipumisen prosesseja ovat sosiaalinen osallisuus, toivo ja usko tulevaisuuteen, identiteetti, elämän merkityksellisyys ja voimaantuminen. Sittenmin on kehitetty muunnelmia CHIME-viitekehuksesta, mutta myös eri potilas- ja ikäryhmille suunnattuja henkilökohtaisen toipumisen malleja. Mielenterveystyössä henkilökohtaista toipumista voidaan tukea huomioimalla ainakin palvelunkäyttäjän sosiaalinen osallisuus ja identiteetti sekä toivon ja merkityksellisyyden kokemuksen ylläpitäminen. Kliinisen ja henkilökohtaisen toipumisen välillä on yhteys, vaikka ilmiöiden lähtökohdat ja tavoitteet ovat erilaiset. Henkilökohtainen ja kliininen toipuminen voivat tukea toisiaan.

Mielenterveyspalveluissa palvelunkäyttäjät arvostavat myötätuntoista, turvallista ja kunnioittavaa työskentelyä sekä aitoa kuuntelemista ja yhteistyötä mielenterveystyöntekijän kanssa (1,2). Mielenterveyspalveluiden käyttäjän näkökulmasta toipumisorientoitunut työote voi kohentaa mielenterveyspalvelujen ja yhteistyösuhteiden laatua, koska viitekehys korostaa ihmisen kasvun mahdollisuutta, yksilöllisyyttä, osallisuutta ja itsemääräämisoikeutta (1,3,4). Toipumisorientaation keskeisiä käsitteitä ja prosesseja ovat henkilökohtainen toipuminen, kokemustieto mielenterveyden häiriöistä sekä yhteistyösuhde palvelunkäyttäjän ja mielenterveystyöntekijän välillä (3,5–7).

Yksilöllisten tavoitteiden asettamisen, vahvuuksiin perustuvan hoidon ja kuntoutuksen sekä palveluiden kokonaisvaltaisen lähestymistavan tulisi korostua toipumisorientoituneessa työotteessa (5). Merkityksellistä on nähdä ihminen kokonaisuutena vahvuuksineen ja välttää keskittymistä vain oireisiin, haasteisiin tai potilaan diagnoosiin (3). Kansallisen mielen-

terveysstrategian painopisteet ovat synergiassa toipumisorientaation teoreettisten lähtökoh- tien kanssa. Mielenterveysoikeuksien painopisteessä määritellään yhdenvertaisia mielen- terveysoikeuksia, kuten oikeus sosiaaliseen osallisuuteen ja syrjimättömyyteen. Lisäksi ”Ihmisten tarpeiden mukaiset, laaja-alaiset palvelut” -painopiste suosittelee kokemusasiantuntemuksen käyttöä palveluiden suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa (8).

Henkilökohtainen toipuminen on jokaiselle mielenterveyden häiriötä sairastavalle ihmiselle yksilöllinen ja syvälinen tunteiden, taitojen, arvojen ja asenteiden muutos, jossa keskeistä on henkilökohtainen kokemus tyydyttävästä ja merkityksellisestä elämästä sairauden aiheuttamista rajoitteista huolimatta. Keskeistä on yksilön mielekäs elämä sairaudesta huolimatta (9). Henkilökohtainen toipuminen on moniulotteinen ja vaiheittainen muttei suoraviivainen prosessi, ja siihen liittyy mahdollisuus yrittää ja erehtyä (10). Henkilökohtaisen toipumisen ymmärtämiseksi on kehitetty useita teoreettisia malleja (11).

Viime vuosina toipumisorientaatio ja henkilökohtainen toipuminen ovat olleet vilkkaan kansainvälisen tutkimuksen kohteena (7,12). CHIME (connectedness, hope and future, identity, meaning and purpose and empowerment) -viitekehyksen lisäksi vaihtoehtoisista henkilökohtaisen toipumisen käytännön työn malleista on niukasti suomenkielisiä julkaisuja (13). Henkilökohtaisen toipumisen soveltaminen mielenterveystyössä on tärkeää kaikille kliinistä mielenterveystyötä tekeville, kuten yleislääketieteen ja psykiatrian erikoislääkäreille.

Teoreettiset perustat

Tutkimusnäyttö viittaa siihen, että toipumisorientaatiota painottavat mielenterveyspalvelut tukevat henkilökohtaisen toipumisen prosessia (14–16). Palvelunkäyttäjien kokemusten mukaan toipumisorientaatioviitekehyksen hyödyntäminen parantaa mielenterveyspalvelujen laatua sekä vahvistaa yhteistyösuhdetta palvelunkäyttäjän ja mielenterveystyöntekijän välillä (14–17).

Ensimmäisen henkilökohtaisen toipumisen mallin kehitti Andresen työryhmineen Australiassa 2000-luvun alussa ([TAULUKKO](#)). Mallin oli tarkoitus toimia tukena maan päihde- ja mielenterveystyön kehittämisessä toipumisorientoituneeseen suuntaan. Tämä toipumisen vaihemalli koostuu viidestä vaiheesta: 1) Etsintävaihe, jossa yksilö voi kokea epätietoisuutta, kieltämistä, vetäytymistä, toivottomuutta ja hämmennystä omasta identiteetistään. 2) Tietoisuuden vaihe, jossa yksilön toivo herää ja hän alkaa nähdä toipumisen mahdollisuuksia. 3) Valmistautumisen vaihe, jonka aikana ihminen pyrkii selvittämään arvojaan, vahvuuksiaan ja rajoitteitaan. Tässä vaiheessa ihminen alkaa työskennellä toipumisensa edistämiseksi ja voi esimerkiksi pyrkiä hankkimaan tietoa sairaudestaan ja tarjolla olevista palveluista. 4) Uudelleen rakentamisen vaiheessa yksilö pyrkii työskentelemään kohti tavoitteitaan, kehittämään positiivisen minäkuvan ja ottamaan vastuuta omasta elämästään. 5) Kasvun vaiheessa ihminen kykenee oireidensa hallintaan ja hänellä on itseluottamusta sairautensa

hallinnasta. Ihminen on tyytyväinen elämäänsä ja odottaa tulevaisuutta. Kehittäjät näkivät vaihemallissa merkittäviä yhtymäkohtia psykologiseen hyvinvointiin ja positiiviseen psykologiaan (18).

Substance Abuse and Mental Health Services Administration SAMSHA, Yhdysvaltain päihde- ja mielenterveyspalvelujen hallinto julkaisi henkilökohtaisen toipumisen kymmenen pääperiaatetta (SAMSHA-malli) vuonna 2012. Henkilökohtaisen toipumisen pääperiaatteita ovat toivo, yksilölähtöisyys, monireittisyys, kokonaisvaltaisuus, vuorovaikutussuhteet, vahvuudet tai vastuu, trauman kohtaaminen, vertaistuki, kulttuuri ja kunnioitus. Pääperiaatteista yksilölähtöisyys nähdään itsemääräämisoikeuden kunnioittamisena mutta myös mahdollisuutena päättää omista tavoitteistaan ja hoidostaan. Monireittisyydellä puolestaan viitataan siihen, etteivät lääketieteelliset keinot ole ainoa reitti toipua, vaan esimerkiksi kolmannen sektorin vertaistukipalvelut voivat olla merkittävä resurssi. Kulttuurin merkitystä ihmisen toipumisessa korostetaan yhtenä pääperiaatteena. Kunnioituksella tarkoitetaan sitä, että yhteisön jäsenet kunnioittavat toisiaan ja välttävät syrjintää, mutta se viittaa myös positiiviseen käsitykseen itsestä (19). Systemoidussa katsauksessa tutkittiin pääperiaatteiden esiintymistä henkilökohtaisen toipumisen kirjallisuudessa. Katsauksessa todettiin, että pääperiaatteista yksilölähtöisyys, toivo, merkityksellisyys ja voimaantuminen löydettiin yli 80 %:sta tutkimuksista (20).

Henkilökohtaisen toipumisen teoreettisista malleista yleisimmin tutkimuksessa ja käytännön työssä käytetty on CHIME (11). Tässä viitekehyksessä toipumisen prosesseiksi on määritelty sosiaalinen osallisuus, toivo ja usko tulevaisuuteen, identiteetti, elämän merkityksellisyys ja voimaantuminen (10). Sosiaalinen osallisuus sisältää vuorovaikutussuhteet, toisilta saadun tuen ja kokemuksellisen vertaistuen. Toivo ja usko tulevaisuuteen on uskoa toipumisen mahdollisuuksiin, positiivista ajattelua, motivaatiota muutokseen sekä sitä, että ihmisellä on unelmia ja tavoitteita. Identiteetti määritellään positiiviseksi käsitykseksi itsestä ja leimaantumisen voittamiseksi. Elämän

TAULUKKO. Henkilökohtaisen toipumisen käytännön työn mallit.

Viite, maa, vuosi	Viitekehys	Kohderyhmä	Henkilökohtaisen toipumisen vaiheet, prosessit tai pääperiaatteet	Muuta huomioitavaa
(18), Australia, 2003	Henkilökohtaisen toipumisen vaihemalli	Vakavaa mielen terveyden häiriötä ja skitsofreniaa sairastavat	Vaiheet: 1. Etsintä 2. Tietoisuus 3. Valmistautuminen 4. Uudelleen rakentaminen 5. Kasvu	Kirjallisuuskatsaus. Malli perustuu 28 henkilön kokemukseen toipumisesta vakavasta mielen terveyden häiriöstä tai skitsofreniasta (sisältää kahdeksan laadullista tutkimusta).
(10), Iso-Britannia, 2011	CHIME-viitekehys	Mielen terveyden häiriötä sairastavat henkilöt	Pääperiaatteet: 1. Sosiaalinen osallisuus 2. Toivo ja usko tulevaisuuteen 3. Identiteetti 4. Merkityksellisyys 5. Voimaantuminen	Systemoitu kirjallisuuskatsaus. Viitekehys perustuu 97 tutkimukseen.
(19), Yhdysvallat, 2012	Toipumisen 10 pääperiaatetta	Mielen terveys- ja päihdehäiriötä sairastavat henkilöt	Pääperiaatteet: 1. Toivo 2. Yksilölläisyys 3. Monireittisyys 4. Kokonaisvaltaisuus 5. Vuorovaikutussuhteet 6. Vahvuudet tai vastuu 7. Trauman kohtaaminen 8. Vertaistuki 9. Kulttuuri 10. Kunnioitus	Kehitetty päihde- ja mielen terveyshallinnon, kokemusasiantuntijoiden ja muiden sidosryhmien kanssa yhteistyössä.
(26,27), Kanada, 2005 ja 2015	ELAR-malli	Nuoret aikuiset (15–24-vuotiaat), joilla mielen terveyden häiriö	Vaiheet: 1. Ilmaantuminen 2. Luopuminen 2. Sopeutuminen 3. Toipuminen	Perustuu kahteen laadulliseen tutkimukseen (n = 13, n = 53).
(23), Iso-Britannia ja Irlanti, 2017	CHIME-D-malli	Vakavaa mielen terveyden häiriötä sairastavat	Pääperiaate (lisäys CHIME-viitekehykseen): 6. Vaikeudet	Systemoitu katsaus. Tutkittiin 12 laadullista tutkimusta ja verrattiin niiden soveltuvuutta CHIME-viitekehykseen.
(6), Kanada, 2020	Toipumisen elementit	Vakavaa mielen terveyden häiriötä sairastavat	Prosessit: 1. Sosiaaliset suhteet 2. Merkityksellisyys 3. Osallistuminen	Systemoitu kartoittava katsaus. Malli perustuu 60 tutkimukseen.
(24), Iso-Britannia, 2021	POETIC-malli	Kaksisuuntaista mielen terveyden häiriötä sairastavat	Pääperiaatteet (muunnos CHIME-viitekehyksestä): 1. Tarkoitus ja merkityksellisyys 2. Optimismi ja toivo 3. Voimaantuminen 4. Jännitteet 5. Identiteetti 6. Sosiaalinen osallisuus	Systemoitu kirjallisuuskatsaus. Malli perustuu 12 laadulliseen tutkimukseen.

merkityksellisyys tarkoittaa yksilön kykyä ymmärtää mielen terveytensä ongelmat osana elämäkokemustaan ja halua rakentaa elämäänsä uudestaan sairaudesta huolimatta. Elämän merkityksellisyys voi liittyä myös elämän laatuun ja

hengellisyteen. Voimaantuminen on vahvuuksien esiintuomista ja henkilökohtaista vastuuta omasta elämästä (21). CHIME-viitekehyksestä on olemassa suomenkielistä kirjallisuutta (4,22).

Henkilökohtaisen toipumisen käytännön työn mallien kehitys ja soveltaminen

Henkilökohtaisen toipumisen mallien tutkimuksen avulla on viime vuosina syntynyt uusia teorioita aiheesta. Systemoidussa katsauksessa tarkasteltiin henkilökohtaisen toipumisen kokemuksia CHIME-viitekehyksen toipumisprosessien kautta. Noin 70 % toipumisen kuvauksista oli linjassa CHIME-viitekehyksen toipumisprosessien kanssa. Sen sijaan 30 % tutkimusaineistosta ei asettunut viitekehyksen kuvaamien ilmiöiden alle. CHIME-viitekehyksen ulkopuolelle jääneistä toipumisen kuvauksista 15 % voitiin yhdistää vaikeuksiin, joita esiintyi ihmisten toipuessa, kuten luopumiseen, kärsimykseen ja taloudellisiin vaikeuksiin. Kirjoittajat ehdottivat henkilökohtaiseen toipumiseen liittyviä vaikeuksia lisättäväksi CHIME-viitekehykseen ja viitekehykselle uutta nimeä CHIME-D (D = difficulties) (23).

CHIME-viitekehyksen soveltuvuus eri potilasryhmille on herättänyt keskustelua. Pääosin tutkimuspopulaatiot ovat koostuneet vakavia mielenterveyden häiriöitä, erityisesti psykoosisairauksia, sairastavista (11). CHIME-viitekehyksestä on kehitetty muunnos POETIC (Purpose and meaning, Optimism and hope, Empowerment, Tension, Identity, Connectedness) henkilöille, joilla on kaksisuuntainen mielialahäiriö. Malliin on lisätty henkilökohtaiseen toipumiseen liittyvien jännitteiden osa-alue. Näitä jännitteitä ovat tasapainoilu omien rajoitteiden ja tavoitteiden välillä, avoimuus omasta sairaudesta, joka voi aiheuttaa leimautumista, ja ambivalenssi suhteessa maniaoireisiin (24).

Tutkimuskirjallisuudessa on kuvattu henkilökohtaista toipumista epävakaan persoonallisuushäiriön yhteydessä vain niukasti. Kokeuspohjaisessa tutkimuksessa on havaittu, että epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavien toipuminen ei aina vastaa henkilökohtaisen toipumisen vakiintuneita määritelmiä. Toipumisprosessiin epävakaassa persoonallisuushäiriössä liitettiin tunnesäätely, identiteetin muodostuminen ja sosiaaliset taidot ja suhteet (25). Edellä mainittujen lisäksi on kehitetty malli, joka soveltuu vaikeisiin mielenterveyshäiri-

öihin ja sisältää kolme prosessia: sosiaaliset suhteet, merkityksellisyyden ja osallistumisen. Sosiaaliset suhteet tarkoittivat läheisiä ihmissuhteita, yhteistyösuhteita mielenterveystyöntekijöiden kanssa sekä laajempaa osallisuutta yhteisöön. Merkityksellisyys sisälsi käsityksen identiteetistä, toivosta ja tunteen oman toiminnan merkityksellisyydestä. Osallistumisella tarkoitettiin yksilön rooleja ja toimijuutta. Tässä mallissa korostetaan toimintakyvyn merkitystä henkilökohtaisessa toipumisessa (6).

On mahdollista, että eri ikäryhmien henkilökohtaisessa toipumisessa on erityispiirteitä. Kahden pienen laadullisen tutkimuksen perusteella nuorten aikuisten henkilökohtaisen toipumisen prosessissa on tunnistettu neljä vaihetta: ilmaantuminen, luopuminen, mukautuminen ja toipuminen (ELAR-malli: emergence, loss, adaptation, recovery). Mielenterveyden häiriön ilmaantuessa nuoret aikuiset korostavat identiteetin merkitystä ja luopumista, esimerkiksi sosiaalisista rooleista ja tulevaisuuden tavoitteista. Häiriön alkuvaiheita kuvaavat leimaantuminen ja sosiaalinen vetäytyminen. Seuraavassa vaiheessa nuoret aikuiset pyrkivät ymmärtämään sairauttaan, selviytymään sairautensa oireiden kanssa ja hakemaan apua. Mukautumista auttavat diagnoosin saaminen, erilaiset interventiot ja oireiden hallinta sekä ei-leimaaviksi koetut sosiaaliset suhteet. Toipumisen vaiheessa nuoret aikuiset (uudelleen) rakentavat identiteettinsä hyväksyen mielenterveyden häiriön osaksi minäkuvaansa (26,27).

Henkilökohtaisen toipumisen käytännön työn mallit suhteessa kulttuuriin

Henkilökohtaisen toipumisen mallit saattavat olla puutteellisia eri kulttuurien näkökulmasta. Tutkimusta on tehty lähinnä englannin kielellä ja länsimaissa, ja henkilökohtaisen toipumisen kokemus voi olla erilainen muissa kulttuureissa (28). Nykyiset henkilökohtaisen toipumisen viitekehykset painottavat yksilökeskeisyyttä, mikä voi vaikuttaa siihen, miten ihmiset kokevat toipuvansa erityisesti kollektivistisissä kulttuureissa (28,29). Esimerkiksi suomalaisessa tutkimuksessa todettiin, että palvelunkäyttäjät

eivät kokeneet uskonnollista, hengellistä tai kulttuurista identiteettiä merkityksellisinä henkilökohtaisessa toipumisessaan (30). Identiteetti on henkilökohtaisen toipumisen osa-alue useimmissa malleissa (6,10,24). Vastaavia havaintoja on tehty aasialaisesta kulttuurista (31).

Mielenkiintoista on, että SAMSHA-malli huomioi kulttuurin erillisenä osa-alueena henkilökohtaisessa toipumisessa, mutta käytännön sovelluksista ei kuitenkaan ole tutkimustietoa (19,20). Suomessa on tehty hoitotieteen pro gradu -tutkielma, jossa on tarkasteltu, miten psykiatrisessa osastohoidossa olleet potilaat kokevat toipuvansa henkilökohtaisella tasolla ja miten heidän omaisensa kokevat läheisensä toipumisprosessin. Tutkimassa hyödynnettiin CHIME-viitekehystä tutkimushaastatteluiden pohjana. Tutkimushaastatteluissa henkilökohtaisen toipumisen osa-alueista sosiaalista osallisuutta kuvattiin eniten. Toiseksi eniten esiintyi kuvauksia merkityksellisyydestä, ja ne olivat usein suhteessa potilaan tavoitteisiin. Vähemmän kuvausta esiintyi voimaantumisen, toivosta ja identiteetistä (32).

On riski, että kokemustietoon perustuvas- ta henkilökohtaisen toipumisen käsitteestä muodostuu ylioptimistinen ja tasapäistävä hallinnon ja työntekijöiden työkalu, esimerkiksi CHIME-viitekehysten voimaantumisen käsitteen ja SAMSHA-mallin henkilökohtaisen vastuunottamisen kautta (10,19,23). Henkilökohtainen toipuminen saatetaan nähdä yksilön vastuuna, mikä voi johtaa siihen, että ihminen kokee joutuvansa toipumaan omin voimin ja kantamaan vastuun toipumisestaan yksin (23,33). Tällöin ei huomioida mielen- terveyden häiriötä sairastavien ihmisten olemassa olevia sosiaalisia ja taloudellisia resursseja (23,28,33).

Henkilökohtaisen toipumisen osa-alueilla (mallista riippumatta) on suhde ympäristöön ja vallitsevaan kulttuuriin (6,29). Esimerkiksi yksilöllisyys ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen tarkoittavat mielen- terveyspalvelun käyttäjälle todellisen valinnan mahdollistamista tarjolla olevasta palveluvalikoimasta. Tosiasiassa tämä harvoin toteutuu, esimerkiksi työntekijöiden yksilöllisen osaamisen, palvelu- valikoiman ja maantieteellisten erojen vuoksi. Henkilökohtainen toipuminen tulisi- kin nähdä

Ydinasiat

- » Erilaisille henkilökohtaisen toipumisen malleille ovat yhteisiä yksilön sosiaalinen osallisuus ja identiteetti, toivo sekä merkityksellisyyden kokemus.
- » Henkilökohtaisen toipumisen näkökul- massa on tärkeää huomioida myös poti- laan mielen-terveyshäiriönsä vuoksi koke- mat vaikeudet.
- » Mielen-terveystyössä on tärkeä huomi- oida ympäristön ja kulttuurin vaikutus henkilökohtaisen toipumisen prosessiin.
- » Henkilökohtaisen toipumisen prosessin ja klinisen toipumisen välillä on kaksi- suuntainen yhteys: kumpikin voi edistää toistaan.

yksilöllisten ja ympäristön resurssien välisenä rajapintana. Ihminen voi tarvita ympäristön mukauttamista toimintakykynsä kohentami- seksi ja mukautusten tarjoaminen voidaan näh- dä ihmisoikeudeksi (29).

Sukupuoli voi vaikuttaa henkilökohtaiseen toipumiseen (12,25). On esitetty, että naisten yhteiskunnalliset ja kulttuuriset normit, kuten perheen merkittävä rooli naisen elämässä, edis- tävät naisten kykyä toipua. Miesten kulttuuriset odotukset liittyvät pääosin työhön, ja mielen- terveyden häiriöt vaikeuttavat työroolien saa- vuttamista (26,27). Toisaalta miessukupuolen on todettu olevan kytköksissä parempaan ky- kyyn toipua (12,25). Tätä on selitetty sillä, että naisilla on enemmän mielialaloireita, jotka puo- lestaan on yhdistetty heikompaan henkilökohtaiseen toipumiseen (28,29).

Henkilökohtaisen ja klinisen toipumisen yhteys

Henkilökohtaisessa toipumisessa korostuu yksilön kyky elää mielekästä elämää sairauden oireiden kanssa, kun taas klininen toipuminen viittaa oireremissioon, toimintakyvyn palautu- miseen tai näiden yhdistelmään (9,34). Henki- lökohtaisen toipumisen ja klinisen toipumisen välillä voidaan nähdä myös ero ajallisessa ulot-

tuvuudessa. Henkilökohtainen toipuminen on prosessi, kun taas kliininen toipuminen lopputulos (35).

Teoreettisesti ja käytännön työssä henkilökohtaisen ja kliinisen toipumisen on todettu olevan erillisiä konstruktioita, vaikka käsitteiden väliltä on löydetty yhteyksiä tutkimuksissa (36,37). Esimerkiksi skitsofreniaa sairastavien henkilöiden tutkimusjoukossa alkutilanteessa paremmin henkilökohtaisesti toipuneilla oli viisinkertainen todennäköisyys olla kliinisesti toipuneita ja kliinisesti toipuneilla oli kolminkertainen todennäköisyys olla henkilökohtaisen toipumisen prosessissa vuoden kuluttua (38). Skitsofreniaa sairastavien tutkimusjoukossa sekä kliinisesti toipuneiden että henkilökohtaisen toipumisen prosessissa olevien määrä on ollut 5–38 % (36,38,39).

Psykkisten oireiden ja henkilökohtaisen toipumisen välillä on yhteys (40,41). Vähäisemmät mielialaoireet ja negatiiviset oireet on yhdistetty kohentuneeseen kykyyn toipua henkilökohtaisesti (38,41,42). Psykoosisairauden positiivisten oireiden määrän ei ole osoitettu liittyvän ihmisen kykyyn toipua (41,42). Kohentuneen henkilökohtaisen toipumisen ja paremman toimintakyvyn välillä on havaittu positiivinen yhteys (40,41,43). Kognitiivisella suoriutumisella ja henkilökohtaisella toipumisella ei ole todettu yhteyttä (41,42,44). On esitetty, että psyykkisiä oireita merkittävämpi tekijä yksilön kyvyssä toipua olisi toimintakyky, esimerkiksi toiminnallisten roolien kautta (38,41).

Lopuksi

Toipumisorientoituneessa mielenterveystyössä on hyvä huomioida mielenterveyden häiriötä sairastavan ihmisen yksilöllisyys ja ympäristön tarjoamat resurssit. Työssä tulee arvostaa myös ihmisen omaa kulttuuria ja sen mukaisia arvoja. Henkilökohtaisen toipumisen mallien keskeisiä osa-alueita – kuten sosiaalinen osallisuus ja ihmissuhteet, toiveikkuus, identiteetti sekä elämän merkityksellisyys toimijuuden kautta – voidaan hyödyntää mielenterveystyössä mallista riippumatta. Näiden lisäksi on tärkeää kohdata ja tunnistaa myös yksilöiden kokemat vaikeudet ja mielenterveyden häiriöstä johtuvat haasteet.

Palvelunkäyttäjien näkökulmasta toipumisorientoitunut työote ja henkilökohtaisen toipumisen mallien käyttö voivat parantaa palveluiden laatua sekä vahvistaa yhteistyösuhdetta mielenterveystyöntekijän kanssa. Henkilökohtaisen toipumisen näkökulman huomioiminen voi tukea hoidon vaikuttavuutta, sillä henkilökohtainen ja kliininen toipuminen täydentävät toisiaan.

Suomalaistutkimuksessa tarkasteltiin toipumisorientaation toteutumista psykiatrisessa osastohoidossa. Tulosten mukaan toipumisorientaation periaatteiden käyttöönotossa on edelleen puutteita, erityisesti käytäntöjen ja tulosten arvioinnissa (45). Lisätietoa henkilökohtaisesta toipumisesta tarjoaa vuosien 2018–2022 aikana toteutunut Recovery-toimintorientaatio mielenterveyspalveluissa -hanke, jossa kehitettiin toipumisorientoituneita ratkaisuja mielenterveyspalveluihin. Hankkeessa on julkaistu suomenkielistä tietoa toipumisorientaatiosta, kuten työpaperi toipumisorientaation teoreettisista lähtökohdista sekä toimintaperiaatteista ja niiden implementoinnista käytännön työssä (22,46).

Ajankohtaisesti on tutkimustietoa kahden toipumisorientaation perustuvan suomenkielisen käytännön työn mittarin luotettavuudesta. I.ROC-mittari mittaa henkilökohtaista toipumisen prosessia ja INSPIRE-mittari mielenterveystyöntekijän tarjoamaa tukea henkilökoh-taiseen toipumiseen (30,47). Nämä työvälineet mahdollistavat toipumisorientoitunutta työskentelyä suomalaisessa mielenterveystyössä. ■

JONNA TOLONEN, FT, toimintaterapeutti

Väestöterveyden tutkimusyksikkö, Oulun yliopisto
Medical Research Center Oulu, Pohjois-Pohjanmaan
hyvinvointialue (Pohde) ja Oulun yliopisto

LIISA KIVINIEMI, TtT, yliopettaja

Hyvinvointi ja kulttuuri -osaamisala, Oulun
ammattikorkeakoulu, Oulu

KRISTIINA MOILANEN, LT, psykiatrian ja nuorisopsykiatrian erikoislääkäri

Medical Research Center Oulu, Pohjois-Pohjanmaan
hyvinvointialue (Pohde) ja Oulun yliopisto, Oulu
OYS Psykiatria, Pohde

ERIKA JÄÄSKELÄINEN, LT, professori, psykiatrian erikoislääkäri

Väestöterveyden tutkimusyksikkö, Oulun yliopisto
Medical Research Center Oulu, Pohjois-Pohjanmaan
hyvinvointialue (Pohde) ja Oulun yliopisto, Oulu
OYS Psykiatria, Pohde

KIRJALLISUUTTA

1. Simpson A, Coffey M, Hannigan B, ym. Cross-national mixed-methods comparative case study of recovery-focused mental health care planning and co-ordination in acute inpatient mental health settings (COCAPP-A). *Health Services and Delivery Research*. 2017;5:1–234.
2. Newman D, O'Reilly P, Lee SH, ym. Mental health service users' experiences of mental health care: an integrative literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2015;22:171–82.
3. Le Boutillier C, Leamy M, Bird VJ, ym. What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatr Serv* 2011;62:1470–6.
4. Nordling E. Mitä toipumisorientaatio tarkoittaa mielenterveytyksessä? *Duodecim* 2018;134:1476–83.
5. A national framework for recovery-oriented mental health services: guide for practitioners and providers. Department of Health and Aged Care 2013. www.health.gov.au/resources/publications/a-national-framework-for-recovery-oriented-mental-health-services-guide-for-practitioners-and-providers.
6. Jaiswal A, Carmichael K, Gupta S, ym. Essential elements that contribute to the recovery of persons with severe mental illness: a systematic scoping study. *Front Psychiatry* 2020;11:586230.
7. Winsper C, Crawford-Docherty A, Weich S, ym. How do recovery-oriented interventions contribute to personal mental health recovery? A systematic review and logic model. *Clin Psychol Rev* 2020;76:101815.
8. Vormaa H, Rotko T, Larivaara M, ym. Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2020.
9. 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.
10. 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.
11. van Weeghel J, van Zelst C, Boertien D, ym. Conceptualizations, assessments, and implications of personal recovery in mental illness: a scoping review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatr Rehabil J* 2019;42:169–81.
12. Ferrara M, Srihari VH. Early intervention for psychosis in the United States: tailoring services to improve care for women. *Psychiatric Services* 2021;72:5–6.
13. Tolonen J. Toipuminen vakavista mielenterveyden häiriöistä: asumisperusteisen psykiatrisen kuntoutuksen vaikuttavuus ja toipumisen tuen psykometriset ominaisuudet. Oulu: Oulun yliopisto 2025. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:oulu-202501161208>.
14. Jas E, Wieling M. Providers' competencies positively affect personal recovery of involuntarily admitted patients with severe mental illness: a prospective observational study. *Int J Soc Psychiatry* 2018;64:145–55.
15. Leamy M, Clarke E, Le Boutillier C, ym. Recovery practice in community mental health teams: national survey. *Br J Psychiatry* 2016;209:340–6.
16. Thomas E, Despeaux K, Drapalski A, ym. Person-oriented recovery of individuals with serious mental illnesses: a review and meta-analysis of longitudinal findings. *Psychiatr Serv* 2018;69:259–67.
17. Coffey M, Hannigan B, Barlow S, ym. Recovery-focused mental health care planning and co-ordination in acute inpatient mental health settings: a cross national comparative mixed methods study. *BMC Psychiatry* 2019;19:115.
18. Andresen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Aust N Z J Psychiatry* 2003;37:586–94.
19. SAMSHA's working definition of recovery: 10 guiding principles of recovery. Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2012. <https://library.samhsa.gov/sites/default/files/pep12-recdef.pdf>.
20. Ellison ML, Belanger LK, Niles BL, ym. Explication and definition of mental health recovery: a systematic review. *Adm Policy Ment Health* 2018;45:91–102.
21. Bird V, Leamy M, Tew J, ym. Fit for purpose? Validation of a conceptual framework for personal recovery with current mental health consumers. *Aust N Z J Psychiatry* 2014;48:644–53.
22. Nordling E, Rissanen P. Mielenterveystyö uudistuu: toipumisorientaation teoreettiset lähtökohdat. Helsinki: Terveystien ja hyvinvoinnin laitos 2020. www.julkari.fi/handle/10024/140792.
23. Stuart SR, Tansey L, Quayle E. What we talk about when we talk about recovery: a systematic review and best-fit framework synthesis of qualitative literature. *J Ment Health* 2017;26:291–304.
24. Jagfeld G, Lobban F, Marshall P, ym. Personal recovery in bipolar disorder: systematic review and “best fit” framework synthesis of qualitative evidence – a POETIC adaptation of CHIME. *J Affect Disord* 2021;292:375–85.
25. Ng FYY, Bourke ME, Grenyer BFS. Recovery from borderline personality disorder: a systematic review of the perspectives of consumers, clinicians, family and carers. *PLoS One* 2016;11:e0160515.
26. Leavey JE. Living recovery: youth speak out on “owning” mental illness. Waterloo: Wilfrid Laurier University Press 2015.
27. Leavey JE. Youth experiences of living with mental health problems: emergence, loss, adaptation and recovery (Elar). *Can J Commun Ment Health* 2005;24:109–26.
28. Slade M, Leamy M, Bacon F, ym. International differences in understanding recovery: systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2012;21:353–64.
29. Onken SJ, Craig CM, Ridgway P, ym. An analysis of the definitions and elements of recovery: a review of the literature. *Psychiatr Rehabil J* 2007;31:9–22.
30. Tolonen J, Miettinen J, Moilanen K, ym. The reliability and validity of the Finnish translation of the INSPIRE measure of staff support for personal recovery. *Nord J Psychiatry* 2025;79:546–55.
31. Kotake R, Kanehara A, Miyamoto Y, ym. Reliability and validity of the Japanese version of the INSPIRE measure of staff support for personal recovery in community mental health service users in Japan. *BMC Psychiatry* 2020;20:51.
32. Rantala J. Toipuminen psykiatrisessa osastohoidossa toipujien ja läheisten kokemana. Pro gradu -tutkielma. Turku: Turun yliopisto 2022. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2022111465491>.
33. Speyer H, Roe D, Slade M. Recovery-oriented psychiatry: oxymoron or catalyst for change? *Lancet Psychiatry*. 2025;12:795–802.
34. Andreasen NC, Carpenter WT, Kane JM, ym. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatry* 2005;162:441–9.
35. Davidson L, Roe D. Recovery from versus recovery in serious mental illness: one strategy for lessening confusion plaguing recovery. *J Ment Health* 2007;16:459–70.
36. Ferrara M, Zaffarini G, Simonelli G, ym. Dimensions and predictors of clinical and personal recovery in first-episode psychoses: results from a cross-sectional study. *Early Interv Psychiatry* 2024;18:455–70.
37. Skar-Fröding R, Clausen H, Saltyte Benth J, ym. Associations between personal recovery and service user-rated versus clinician-rated clinical recovery: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 2022;22:42.
38. Dubreucq J, Gabayet F, Godin O, ym. Overlap and mutual distinctions between clinical recovery and personal recovery in people with schizophrenia in a one-year study. *Schizophr Bull* 2022;48:382–94.
39. Yu Y, Zhou W, Shen M, ym. Clinical and personal recovery for people with schizophrenia in China: prevalence and predictors. *J Ment Health* 2022;31:263–72.
40. Ponce-Correa F, Caqueo-Uribe A, Berrios R, ym. Defining recovery in schizophrenia: a review of outcome studies. *Psychiatry Res* 2023;322:115134.
41. Van Eck RM, Burger TJ, Vellinga A, ym. The relationship between clinical and personal recovery in patients with schizophrenia spectrum disorders: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull* 2018;44:631–42.
42. Best MW, Law H, Pyle M, ym. Relationships between psychiatric symptoms, functioning and personal recovery in psychosis. *Schizophr Res* 2020;223:112–8.
43. Yu Y, Shen M, Niu L, ym. The relationship between clinical recovery and personal recovery among people living with schizophrenia: a serial mediation model and the role of disability and quality of life. *Schizophr Res* 2022;239:168–75.
44. van Aken BC, Wiersma AI, Voskes Y, ym. The association between executive functioning and personal recovery in people with psychotic disorders. *Schizophr Bull Open* 2022;3:sgac023.
45. Anttila M, Lantta T, Hipp K, ym. Recovery-oriented mental health principles in psychiatric hospitals: how service users, family members and staff perceive the realization of practices. *J Adv Nurs* 2023;79:2732–43.
46. Martin M, Nordling E, Soronen K, ym. Yhdessä toipumisen tukena mielenterveytyksessä: Toipumisorientaation toimintamallit ja niiden implementaatio. Helsinki: Terveystien ja hyvinvoinnin laitos 2021. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-664-0>.
47. Laitila M, Martin M, Silén M. Henkilökohtaisen toipumisen mittaaminen mielenterveytyksessä ja päihdetyksessä. *Kuntoutus* 2023;46:14–23.

VASTUUTOIMITTAJA

Jaana Suvisaari

SIDONNAISUUDET

Jonna Tolonen: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Humana Suomi Oy), muut sidonnaisuudet (Peili Visio, hallituksen jäsen ja pienomistaja; Vankka Terapia Oy, omistaja, toimitusjohtaja, hallituksen puheenjohtaja; Soporte Oy, hallituksen jäsen; Jussi Capital Oy, hallituksen jäsen 2016–2023, hallituksen puheenjohtaja; Jussi Invest Oy, hallituksen jäsen; Vankka sijoitus Oy, toimitusjohtaja ja hallituksen jäsen; Vieska Trading Oy, hallituksen jäsen)

Liisa Kiviniemi: Luottamustoimet (Pohjanmaan Kuusistokoti ry, hallituksen varapuheenjohtaja), muut sidonnaisuudet (Oulun ammattikorkeakoulu Oy, henkilöstöstä valittu hallituksen jäsen)

Kristiina Moilanen: Ei sidonnaisuuksia

Erika Jääskeläinen: Apuraha (Suomen Akatemia), luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Oulun Psykiatriakeskus), luottamustoimet (Suomen Psykiatriyhdistys, puheenjohtaja; Kelan Sosiaalilääketieteellinen neuvottelukunta, jäsen; Valtakunnallinen terveyden tutkimuksen arviointiryhmä, jäsen; Suomen Lääketieteen Säätiö, stipendivaliokunnan jäsen 2024 saakka; Suomen Psykiatriyhdistys, varapuheenjohtaja 2022–2023)
