

Ida Mattila & Jonna Virtala

SYRJÄYTYMISVAARASSA OLEVIENTYÖIKÄISTEN MIELENTERVEYDEN TUKEMINEN PERUSTERVEYDEN- HUOLLOSSA

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö

Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto

Sairaanhoitajakoulutus
Terveystenhoitajakoulutus

2022



Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu

Tutkintonimike	Sairaanhoitaja ja terveydenhoitaja (AMK)
Tekijä/Tekijät	Ida Mattila & Jonna Virtala
Työn nimi	Syrjäytymisvaarassa olevien työikäisten mielenterveyden tukeminen perusterveydenhuollossa
Toimeksiantaja	Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu
Vuosi	2022
Sivut	44 sivua, liitteitä 13 sivua
Työn ohjaaja(t)	Liisa Korpivaara

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyössä tarkoituksena oli kerätä ajankohtaista ja tutkittuun tietoon perustuvaa tietoa syrjäytymisvaarassa olevien työikäisten mielenterveyden tukemisesta perusterveydenhuollossa. Opinnäytetyössä tutkitaan, miten sairaanhoitaja voi tukea syrjäytymisvaarassa olevan mielenterveyttä.

Tutkimusmenetelmänä käytettiin kuvailevaa kirjallisuuskatsausta, johon valikoitui ennalta määrättyjen kriteerien mukaisesti 6 tutkimusta, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen. Valikoitu aineisto koostui väitöskirjoista, pro-graduista ja tutkimusartikkeleista, joita analysoitiin sisällönanalyysinä, jossa menetelmänä teemoittelua. Pääteemoiksi nousivat esiin varhainen puuttuminen, vuorovaikutus, terveyden edistäminen ja hoitajien asenteet.

Tutkimuksesta käy ilmi, että syrjäytymisvaarassa olevan mielenterveyden tukemisessa perusterveydenhuollossa tärkeää on kokonaisvaltainen hoito, potilaan omien voimavarojen tukeminen ja tunnistaminen, sekä mahdollisimman varhainen puuttuminen syrjäytymiseen tai mielenterveyden oireiluun. Tutkimuksissa nostettiin esiin, että sairaanhoitajan vastaanotoilla perusterveydenhuollossa olisi hyvä aika-ajoin nostaa somaattisten oireiden lisäksi esiin mielenterveyden hyvinvointi, arjesta selviytyminen, sosiaaliset suhteet ja päihteenkäyttö osana luonnollista keskustelua.

Perusterveydenhoidossa työskentelevän sairaanhoitajan haaste mielenterveyden tukemisessa on ongelmien moninaisuus, jossa apua ja tukea voidaan käyttää monella eri elämän osa-alueella. Tästä syystä moniammatillinen yhteistyö nostettiin yhdeksi tärkeäksi osaksi sairaanhoitajan työtä ja osaamista. Vaikka potilas tulee huomioida kokonaisuutena, on tutkimuksissa tullut ilmi, että on hyvä puuttua potilaan sen hetkiseen ongelmaan konkreettisesti ja alkaa työstämään tätä potilaan kanssa tavoitteellisesti. Tutkimuksessa todettiin, että ongelmien kohdentaminen on auttanut työskentelyn jäsentämisessä, sekä potilaan voinnissa, että yhteistyössä potilaan ja hoitajan välillä.

Asiasanat: syrjäytyneet, mielenterveys, perusterveydenhuolto

Degree title	Bachelor of Health Care
Author (authors)	Ida Mattila and Jonna Virtala
Thesis title	Supporting the mental health of working-age people who are at risk of social exclusion in primary care
Commissioned by	Kaakkois-Suomen Ammattikorkeakoulu
Time	2022
Pages	44 pages, 13 pages of appendices
Supervisor	Liisa Korpivaara

ABSTRACT

The purpose of this thesis is to collect up-to-date data based on research about supporting in primary care the mental health of working-age people who are at risk of social exclusion. It is a research of the methods nurses use to support mental health of people who are at risk of being socially excluded.

This research utilizes literature review method in which six researches has been chosen according to pre-existing criteria that answer for research question. Research has been concluded as content analysis, in which the method was to analyse researches covering different themes. This material consists of master theses, dissertations and research articles. Early intervention, interaction, health promotion and nurses' attitudes are the main themes of this thesis.

This research will show that a center piece in basic health care in supporting mental health of people who are at risk of being socially excluded is comprehensive care, the support of a patient's personal capabilities and intervention at the earliest stage possible. Research points out that at a nurse's reception in basic health care it would be good from time to time talk about and ask about health wellbeing, surviving everyday life, social life and illegal drug or alcohol usage as part of a normal discussion of patient's wellbeing.

Challenges that a nurse who is working in basic healthcare meets in supporting mental health are the large variety of problems in which the patient may need help and support in many different areas of life. Even though every patient should be noticed as an individual, research has shown that it is necessary to intervene in one concrete ongoing problem and start working on it with the patient goal-orientedly. The research has also shown that targeting problems has helped organizing work, but also improved conditions between the patient and the cooperation of the nurse and the patient.

Keywords: social exclusion, mental health, primary health care

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	TYÖIKÄISET JA MIELENTERVEYS	6
3	SYRJÄYTYMINEN	7
3.1	Syrjäytymisvaarassa olevat ja sen tunnistaminen	7
3.2	Syrjäytymisen ehkäisy	8
3.3	Syrjäytymisvaarassa olevan terveyshaittojen ehkäisy ja terveyden edistäminen .	10
4	MIELENTERVEYSTYÖ PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA.....	12
4.1	Mielenterveyden palvelut perusterveydenhuollossa.....	12
4.2	Sairaanhoitajan työnkuva perusterveydenhuollossa	14
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	15
6	TUTKIMUSMENETELMÄ.....	16
6.1	Aineiston keruu.....	17
6.2	Aineiston analyysi.....	17
7	KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET	18
7.1	Sairaanhoitajan keinot mielenterveyden tukemiseen perusterveydenhuollossa ...	18
8	POHDINTA.....	20
8.1	Tulosten tarkastelu	20
8.2	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys.....	24
8.3	Jatkotutkimusehdotukset ja johtopäätökset	25
	LÄHTEET	26

LIITTEET

Liite 1. Aineistonhakutaulukko

Liite 2. Tutkimustaulukko

Liite 3. Sisällönanalyysitaulukko

1 JOHDANTO

Syrjäytymisellä tarkoitetaan ulkopuolisen antamaa määritelmää tai henkilön itsensä määrittelemää tilaa. Se on ulkopuolelle jäämistä useilla elämän osa-alueilla. (Kiviniemi 2020, 32.) Syrjäytyessä ihmisen ongelmat kasaantuvat ja pitkittyvät, aiheuttaen isomman ongelmavyöhdin. On tutkittu, että vaikka suurimpina syrjäytymisen syinä ovat mielenterveys- ja päihdeongelmat, niin syrjäytymisvaaraa aiheuttaa myös myöhäinen avun saanti tai avun riittämättömyys, sosiaalisten suhteiden puute, työelämästä ja koulusta syrjään jääminen, sairastuminen tai eri muutosvaiheet elämässä. (Karlsson & Mikkonen 2019.)

Vaikka syrjäytyminen on lähtenyt laskuun, on se edelleen suuri yhteiskunnallinen ongelma. (Härkönen 2016). Syrjäytyminen ja syrjäytymisen seuraukset ovat myös riskitekijänä usealle somaattiselle ja psyykkiselle sairaudelle, jolloin ennalta ehkäisevä hoito ja potilaan tuki on ensisijaisen tärkeää. Suomessa on näkynyt hyvää kehitystä fyysisessä terveydessä ja elinajanodotteessa, mutta kehitys ei ole ollut samanlainen mielenterveyshäiriöiden kohdalla. (Wahlbeck ym. 2017.)

Mielenterveyspotilaan ensisijainen hoito alkaa perusterveydenhuollosta. Mielenterveyspotilaan toimintakyky voi olla heikentynyt, silloin potilaat tarvitsevat ammattilaisen tuen valintojen tekemiseen. (Kärkkäinen, s.a.) Mielenterveyslaki velvoittaa kuntia järjestämään alueellaan mielenterveyspalveluita osana kansanterveystyötä (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116, 1.luku § mom.3). Lähtökohtana potilaan hoitamiseen toimii ajatus, että kaikessa potilaskontaktissa autetaan ihmistä selviytymään ja samalla ehkäistään syrjäytymistä (Kiviniemi 2020, 25). Tällä hetkellä palvelujärjestelmä on pirstaleinen ja perusterveydenhuollossa kaivataan lisää hoitajien monialaista osaamista ja jatkuvaa itsensä kehittämistä, sekä muuttuvien ohjeistusten päivittämistä (Alhgren-Rimpiläinen ym. 2019).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä kuvaileva kirjallisuuskatsaus työikäisten syrjäytymisvaarassa olevien mielenterveyden tukemisesta perusterveydenhuollossa. Tavoitteena on tuottaa tietoa mielenterveyden tukemi-

sesta terveydenhuollon tuleville ammattilaisille. Rajasimme työmme perusterveydenhuoltoon, koska siellä on ensikosketus potilaaseen. Opinnäytetyön tilaajana on Kaakkois-Suomen Ammattikorkeakoulu XAMK.

2 TYÖIKÄISET JA MIELENTERVEYS

Opinnäytetyömme käsittää työikäiset. Suomessa työikäisiksi lasketaan 15–64-vuotiaat, joita on Tilastokeskuksen (2021) mukaan noin 3,42 miljoonaa ihmistä. Mielenterveyshäiriöistä kärsiviä on työikäisistä katsottu olevan joka viides aikuinen, ja Suomen tulevaisuudet: suuret kysymykset ja vastaukset kirjan (2022, 281) mukaan joka toinen suomalainen kärsii mielenterveydenhäiriöistä jossain vaiheessa elämäänsä ja mielenterveyshäiriöt ovatkin yhteiskunnallisesti suurin yksittäinen sairausryhmä. Psykkinen toimintakyky ja positiivinen mielenterveys artikkelin (2018) mukaan ”mielenterveysongelmat ovat keskeisiä terveysongelmia kaikissa ikäryhmissä.” Vuosina 2013–2018 psykkinesti merkittävästi kuormittuneita aikuisväestöstä oli 9,6–12,8 prosenttia. Vuonna 2020 psykkinesti kuormittuneiden määrä oli noussut 14 % aikuisista. Eniten kuormittuneita olivat 20–29-vuotiaat aikuiset, kun taas vähiten kuormittuneita työikäisistä olivat 60–69-vuotiaat. (Suvisaari ym. 2021.)

Yleisesti mielenterveyttä kutsutaan hyvinvoinnin tilaksi, jossa ihminen ottaa osaa yhteisön toimintaan, selviytyy arkielämän paineista ja pystyy tuottamuksellisesti työskentelemään (Tamminen & Solin 2014). Ihmisen oma mielenterveys muotoutuu koko elämän ajan (Mielenterveyslaki 1. § mom. 1). Mielenterveys on kyky, jonka avulla ihminen pystyy reagoimaan rakentavasti ongelmiinsa. Jos mielenterveydelliset oireet ovat pitkäkestoisia, tai hankaloittavat merkittävästi elämää, on kyse mielenterveyden häiriöstä. (Huttunen 2017.) Myös päihdehäiriöt kuuluvat mielenterveyshäiriöihin. Mielenterveydenhäiriöt aiheuttavat pitkäaikaissairastavuutta, joka aiheuttaa työkyvyttömyyttä ja sairaslomia, jotka ovat riski syrjäytymiselle. (Kärkkäinen s.a.) Tietoisuus mielenterveyden häiriöistä on lisääntynyt, ja sitä myötä suhtautuminen on muuttunut ymmärtäväisemmäksi (Huttunen 2017). On muistettava, ettei mielenterveyttä voi määritellä tarkasti: ”Vaikka ihminen olisi mieleltään vakavasti sairas, voi hän silti kyetä elämään normaalia elämää” (Lehtonen & Lönnqvist 2017).

Yli puolet mielenterveydenhäiriöistä kärsivistä ovat vailla hoitokontaktia. Mielenterveydellisiä haasteita kasvattavat juuri palveluntarpeen ja saatavuuden kohtaamattomuus. Varsinkin huono-osaisempien väestöryhmien jäsenten palvelun pariin saamisessa ja sitouttamisessa on ollut haasteita. (Partonen ym. 2020.) Huono-osaisempien mielenterveysongelmien hoitoisuus on heikompaa ja he usein kokevat epätasa-arvoisuutta hoitoon pääsystä koska taloudellinen asema, taloudellinen tuki, ja tukien hakeminen tai saaminen ovat usein saamatta ja hoitamatta. (Kärkkäinen ym. s.a). Hoitoon hakeutumiseen ja sitoutumiseen vaikuttaa usein myös sosiaalisen tukiverkoston puute ja tätä kautta puuttumaan jäävä kannustus ja ohjaus hoidon pariin sekä tähän sitoutumiseen. (Karlsson & Mikkonen 2019.) On todettu, että asumisympäristöllä on suuri vaikutus syrjäytymisen ja masentuneisuuteen. Luonnonläheisissä, kuitenkin hyvin palveluita saatavilla olevissa naapurustoissa asuvilla on vähemmän stressiä ja paineita kuin suurissa ja kehittyvissä kaupungeissa asuvilla. Ihmiset, jotka asuvat syrjäisissä ja köyhemmissä paikoissa kaukana palveluista, on syrjäytymistä ja masentuneisuutta taas huomattavasti enemmän. Tämän on katsottu johtuvan siitä, että palveluiden pariin hakeutuminen on hankalaa ja sosiaaliset suhteet ovat rajatumpia. (Heinz ym. 2020.)

Työikäisten mielenterveyden haasteita voidaan tarkastella myös yhteiskunnallisesta näkökulmasta. Kelan vuoden 2020 sairausvakuutusilaston mukaan sairausrahakausien toiseksi yleisin syy aloitukselle on ollut mielenterveyden häiriöt, nämä kattavat vuoden 2020 tilastoiduista kausista 25 %. Nämä sairausrahakaudet maksavat valtiolle huomattavan suuria summia rahaa. (Kela 2020.)

3 SYRJÄYTYMINEN

3.1 Syrjäytymisvaarassa olevat ja sen tunnistaminen

Käsitteenä syrjäytynyt kuvaa henkilöä, joka on jäänyt tai jäämässä yhteiskunnan tai yhteisön ulkopuolelle eikä pysty täysipainoisesti osallistumaan yhteiskunnan eri toimintoihin. Syrjäytymistä voidaankin tarkastella yhteiskunnallisista tai elämäntapavalinnoista johtuvista syistä. Se voi olla seurausta koulutukseen, palveluiden saamiseen, työntekoon, päihteiden käyttöön, terveyteen, sosiaalisiin suhteisiin, kansallisuuteen tai elintasoon liittyvistä ongelmakoh-

dista ja ongelmien kasautumisesta. (Kärkkäinen ym. 2021.) Mielenterveys-työssä voidaan syrjäytymiseen vaikuttaa moniammatillisella yhteistyöllä, kokonaisvaltaisella hoidolla, itsehoitoa tukemalla ja ottamalla huomioon potilaan koko perhe (Kiviniemi 2020, 25).

Syrjäytymistä tai syrjäytymisen riskiä on hankala määritellä, koska henkilön oma kokemus syrjäytymisestään voi erota muiden näkemyksestä. Toiset sopeutuvat syrjäytymiseen ja voivat olla syrjäytyneitä hyvinkin pitkään. (Kiviniemi 2020, 23.) Syrjäytyminen on usein vaikea ottaa terveydenhuollossa puheeksi, sillä se usein koetaan leimaamisena ja koetaan, että syrjäytyneiden tai syrjäytymisvaarassa olevien mielipiteitä ja näkökulmia ei kuunnella, heidän kansalaisuuttaan ja osallisuuttaan kyseenalaistetaan, sekä heidän syrjäytymistään epäilläään itseaiheutetuksi. (Hänninen 2014.)

Suomessa mielenterveyden ongelmat ovat suurin riski syrjäytymiselle (Hietala ym. 2018, 12). Psykykkisiä sairauksia sairastavilla on myös muuta väestöä enemmän somaattisia sairauksia (Isola ym. 2017). Syrjäytyminen on kuitenkin käsitteenä monitahoinen: se voi olla ulkopuolisten ihmisten määritelmä tai sitten potilaan itse kokema tila (Kiviniemi 2020, 23).

Syrjäytymisvaarassa olevia terveydenhuollon näkökulmasta ovat seuraavat ryhmät (Missä elämänvaiheissa syrjäytyminen syntyy 2018):

- psyykkisiä sairauksia sairastavat
- mielenterveyspalveluihin huonosti hakeutuvat
- yksinäiset
- tuen puutteesta kärsivät
- päihteidenkäyttäjät ja riippuvuuksista kärsivät
- somaattisia sairauksia sairastavat
- elämän muutosvaiheissa olevat, esimerkiksi ero.

3.2 Syrjäytymisen ehkäisy

Syrjäytymisen ehkäisyn keskeisimmäksi keinoksi on Suomen hallituksen ja Euroopan unionin laatiman tavoitteen toteuttamiseksi on listattu osallistaminen (Osallisuus 2022). Osallistamisen tavoitteena on vähentää eriarvoisuutta ja

luoda ihmisille itselleen merkityksellistä yhteenkuuluvuuden tunnetta johonkin ryhmään tai yhteisöön ja jossa hän voi vaikuttaa yhteisön sisäisiin asioihin (Isola ym. 2017). Mielenterveyden häiriöt heikentävät toimintakykyä. Toimintakyvyn heikkeneminen aiheuttaa ihmiselle itselleen syrjäytymispaineita, johon osallistaminen on koettu toimivaksi keinoksi syrjäytymisen katkaisemiseksi. (Lehtonen & Lönnqvist 2017.) Yleisesti psyykkiseen sairastamiseen sekä päihteiden käyttöön liittyy vahva syrjäytymisen riski (Kansallinen mielenterveysstrategia 2020..., 13). Ehkäisyssä (primaari) on tärkeää, että ammattilaisella on tutkittua tietoutta ja erilaisia keinoja ja taitoja, joita voi työssään soveltaa syrjäytymisen katkaisemiseksi. Tähän kuuluu myös sairauksien varhainen tunnistaminen (sekundaari). (Lehtonen & Lönnqvist 2017, 26.) Ehkäisevä mielenterveystyö on toimiva osa syrjäytymisen ehkäisyä. Nordlingin ym. tutkimuksen mukaan terveydenhuollon voimavaroja täytyisi käyttää enemmän ennaltaehkäisevään työhön. (Ks. Nordling ym. 2009, 9.)

Yhtenä suurimpana vaikuttajana hyvinvointi - ja terveyseroihin on katsottu olevan suomalaisten kokemaa yksinäisyyttä. Yksinäisyys on liitetty useaan eri sairautteen, huonontamalla sairauden ennustetta. Yksinäisyyden onkin katsottu olevan terveysriski. Se on todettu väestötutkimusten mukaan vaikuttavan sairauksien (akuuttien ja kroonisten) riskien kasvuun sekä lisänneen ennenaikaisen kuoleman riskiä. Yksinäisyyden kanssa yhteydessä on myös useat muut terveyden riskitekijät: epäterveellinen ruokavalio, vähäinen liikunta, tupakointi ja päihteidenkäyttö. Yksinäisyys tekee myös elintapojen muutoksista haastavampaa. (Saari 2016, 9, 112, 113.)

Syrjäytyminen aiheuttaa eriarvoisuutta ja siitä aiheutuu terveyseroja (Rotko ym. 2014). On katsottu, että huonolla sosioekonomisella asemalla aiheutuu terveyseroja, ja se vaarantaa terveyttä. Ongelmana on, että terveydenhuoltojärjestelmä ei palvele ihmisiä tasapuolisesti. (Eriarvoisuus 2021.) Pitkääaikaisissa mielenterveyden oireissa on yleensä myös kielteistä terveyskäyttäytymistä, joka heikentää somaattista terveydentilaa. Kielteiseen terveyskäyttäytymiseen kuuluvat vähäinen liikunta, epäterveellinen ruokavalio, ylipaino ja kardiometaboliset sairaudet. Lisäksi neurologisia haittoja ja seksuaalitoiminnan häiriöitä voi ilmetä. Myös tupakointiin, sekä lääkkeiden käyttöön liittyvät haitat ovat yleisiä. Kaikki nämä lisäävät ylikuolleisuuden vaaraa. (Koponen & Lappalainen 2015.) Näille sairauksille yleisimpänä riskitekijänä on ylipaino, joka on

aiheutunut huonoista elintavoista, tai lääkehoidosta (Alhgren-Rimpiläinen 2019). Olemme koonneet yksinäisyyden ja syrjäytymisen terveysvaikutukset taulukkoon 1.

Taulukko 1. Yksinäisyyden ja syrjäytymisen mahdolliset terveysvaikutukset (Saari 2016, 113–114)

<i>Somaattiset</i>	<i>Psyykkiset</i>
Verenpaine voi nousta ja sydän kuormittuu	Psyykkisten ja kognitiivisten taitojen heikentyminen
Stressihormonit nousevat	Masennus ja ahdistus
Sokeritasapaino heittelee	Elimistön erilaiset jännitystilat
Rasva kertyy epätoivottuihin paikkoihin	Sosiaalisten suhteiden kärsiminen

3.3 Syrjäytymisvaarassa olevan terveyshaittojen ehkäisy ja terveyden edistäminen

Ehkäisevä ja edistävä mielenterveystyö on toimiva myös syrjäytymisen ehkäisyssä. Tutkimuksessa on todettu, että terveydenhuollon voimavaroja täytyisi käyttää enemmän ennaltaehkäisevään työhön. (Ehkäisevä mielenterveystyö kunnissa 2009, 9.) Mielenterveyden edistämällä tarkoitetaan niitä voimavaroja, jotka auttavat arjen toimivuudessa sekä auttavat selviytymään kriisitilanteista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020, 18).

Positiiviset tunnekokemukset auttavat ylläpitämään yleistä hyvää terveydentilaa ja mielenterveyttä. Ne lisäävät stressinsietokykyä, oman toiminnan joustavuutta, sosiaalisia suhteita ja omia voimavaroja. Positiivinen mielenterveys on asia, joka on jokaiselle asiakkaalle mielenterveystyössä tavoiteltavaa, vaikkei ihmisellä olisikaan mielenterveyden häiriöitä. Positiivinen mielenterveys on tila, jossa useat eri elämänosa-alueiden osat ovat tasapainossa. Positiiviseen mielenterveyteen vaikuttavat tunne-elämän myönteisyys, sosiaalinen hyvinvointi, psyykkiset voimavarat ja yleisesti hyvä mielenterveys. (Positiivinen mielenterveys 2022.)

Voimavarojen ja vahvuuksien palautumiskykyä vastoinikäymisisistä toimintakykyiseksi kutsutaan resilienssiksi (Korkeila 2017). Resilienssin avulla ihminen

kykenee tiedostamattomasti hyödyntämään omia voimavarojaan ja vahvuuksiin. Voimavarat ja vahvuudet taas ylläpitävät ihmisen omaa hyvinvointia. Resilienssin tarkoituksena on, että elämän vastoinkäymisistä huolimatta ihminen kykenee jatkamaan elämäänsä murtumatta. (Helsingin yliopisto 2020.)

Kokonaisvaltaisesta resilienssistä puhuttaessa tarkoitetaan Lipposen (2020, 85) mukaan lyhyesti sitä, että:

1. Yksilö kokee, että vaikeuksista voi selvitä.
2. Ajattelu suuntautuu tulevaisuuteen.
3. Ajattelu ja toiminta toimii joustavasti.
4. Yksilö tuntee oman onnistumisen ja selviämisen.

Myös psyykkisesti sairastunut ihminen voi hyötyä resilienssistä.

Terveysterveystilassa ja lääketieteessä resilienssi on erityisen tärkeää tilanteissa, joissa ihminen sairastuu ja elämää täytyy jatkaa sairauden kanssa. Ihmisen oman terveydentilan kokemiseen vaikuttaa moni asia: resilienssi, sairauden kanssa selviäminen ja kyky oman sairauden, sekä itsensä hoitoon. Tähän saakka terveydenhuolto on painottanut sairauksien hoitoa, mutta ei terveyttä. Tärkeää on, että sairastuessa löydetään itselleen mieluisia tapoja selviytyä, opitaan hoitamaan oma sairaus ja terveys resilienssin mukaisesti. (Lipponen 2020, 56–57.) Resilienssin hyötyjä on lisäksi se, että oma terveydentila säilyy sairauksista huolimatta ja sairauden aiheuttaman kivun kokeminen on helpompaa (Lipponen 2020, 60).

Resilienssin vahvistamisessa tärkeimpänä tukemisen keinona nousee vuorovaikutus. On tärkeää löytää keinoja selvittää sellaisia tilanteita, jossa ihmisen luontainen taipumus ja ympäristö ovat ristiriidassa. Resilienssiä voi tukea myös ennakoivasti: etsitään ja tuetaan niitä yksilön voimavaroja, jotka ylläpitävät omaa hyvinvointia ja positiivista käsitystä itsestään. Tämä korostuu vaikeissa ja traumaattisissa tilanteissa, jossa ihmisen perusturvallisuus on heikentynyt ja usko elämään on kärsinyt. Tällöin tarjottu sosiaalinen tuki voi lisätä turvallisuuden tunnetta ja mahdollistaa voimavaralähtöistä itsenäistä ajattelua. (Helsingin yliopisto 2020.) Lisäksi Lipposen (2020) mukaan ammattilainen voi tukea resilienssiä olemalla tukena sairauksien itsehoidossa kuuntelemalla, tu-

kemalla hyvää mielenterveyttä ja huomioimalla toisen vahvuuksia, sekä ohjaamalla vertaustukiryhmiin, sekä ottamalla läheiset mukaan hoitoon. Ammattilaisen oma tietoisuus resilienssistä on tukemisen lähtökohtana. (Lipponen 2020, 56–57.) Hyvää mielenterveyttä tukevat asiat jaotellaan sisäisiin ja ulkoisiin tekijöihin. Olemme esittäneet mielenterveyden suojaavat tekijät taulukossa 2. Suojaavat tekivät ja niiden vahvistaminen tukevat yksilön mielenterveyttä (Hietaharju & Nuuttila 2016, 11).

Taulukko 2. Mielenterveyden sisäiset ja ulkoiset suojaavat tekijät (Hietaharju & Nuuttila 2016, 11)

Sisäiset tekijät	Ulkoiset tekijät
Yleisesti hyvä terveys	Hyvä ravitsemus, asuinolot ja yhteiskuntarakente
Jo varhaisiässä lähtevät myönteiset ihmissuhteet	Sosiaaliset suhteet ovat kunossa
Hyvät vuorovaikutustaidot- ja ongelmanratkaisutaidot	Myönteiset elämän mallit
Vuorovaikutustaidot ja tyydyttävät ihmissuhteet	Suvaitsevainen ympäristö
Mahdollisuudet itsensä toteuttamiseen	Opiskelu mahdollisuudet
Hyväksytyksi tuleminen omana itsenään	Toimeentulo esim. työ
Huumori	

4 MIELENTERVEYSTYÖ PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA

4.1 Mielenterveyden palvelut perusterveydenhuollossa

Yleisesti mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön terveyden edistämistä (psykykinen hyvinvointi, toimintakyky, sekä persoonallisuuden kasvu) sekä muiden mielenterveyden häiriöiden ehkäisyä, parantamista sekä oireiden lieventämistä. Mielenterveystyöhön kuuluu lisäksi ennaltaehkäisevä työ koko väestölle, johon kuuluu myös mielenterveyttä tukevien terveyspalvelujen järjestäminen. (Mielenterveyslaki 1. § mom. 1.) Mielenterveyspalveluiden on tarkoitus tuottaa toimintoja, jolla ehkäistään, lievitetään sekä hoidetaan mielenterveyden häiriöitä ja niiden seurauksia. Ensimmäinen hoito alkaa yleisesti ottaen aina

perusterveydenhuollossa. (Mielenterveyspalvelut 2021.) Perusterveydenhuollon mielenterveystyön katsotaan kohdistuvan koko väestöön. Perusterveydenhuollossa suuressa asemassa on ennaltaehkäisy, mielenterveysongelmien varhainen tunnistaminen ja hoito, sekä erikoissairaanhoidon lähettäminen. Sen katsotaan olevan ensisijainen paikka, josta voi hakea apua mielenterveysongelmiin. (Hietaharju & Nuuttila 2016, 16.) Mielenterveyspalvelut on veloitettu järjestämään asukkaille kunnassa, tai kuntaliitossa. Potilaalla on oikeus saada hyvää, tasavertaista sekä kunnioittavaa hoitoa ja kuntoutusta mielenterveydellisiin ongelmiinsa (Noppari 2020, 9).

Mielenterveyden asioissa hoitoon pääsyn aikaraja on kuusi viikkoa lähetteen saapumisesta, jonka jälkeen hoito on aloitettava kuuden kuukauden kuluessa, tätä kutsutaan hoitotakuuksi. Hoitoon pääsyn aikoja on ollut kuitenkin haastavaa toteuttaa, hoitojen puutteellisen saatavuuden vuoksi. On katsottu, että hoito toteutuu parhaiten, kun mielenterveyden hoito on osa perusterveydenhuollon palveluita. (Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisy-ohjelma vuosille 2020..., 29.) Hoidon on katsottu toteutuvan parhaiten, kun hoito tapahtuu perusterveydenhuollossa esimerkiksi terveysasemilla. Räsänen ym. 2019 kertoo, että perusterveydenhuollon ja sairaaloiden yhteenlasketuista somaattisista potilaista 20–40 % on myös jokin mielenterveyden häiriö. (mts. 30–32.)

Päihde- ja mielenterveysongelmista kärsiville on olemassa myös matalan kynnyksen palveluita: ne ovat palveluita, joihin ei tarvitse varata aikaa, eikä lähetettävä tarvit. Nämä palvelut ovat yleensä paikassa, jonne on helppo kulkea. Matalan kynnyksen palveluiksi kutsutaan myös palveluita, jossa ei ole minikäänlaista leimaavuutta. Palveluihin voi mennä, vaikka olisi päihtyneenä. Joissain matalan kynnyksen palveluissa asiakas voi pysyä anonyymina, eikä potilasta kohtaan ole sitoutumisvaatimuksia. (Hietala ym. 2018, 10.) Perusterveydenhuollon palveluita tarjotaan pääosin kuntien terveysasemilla ja on katsottu, että mielenterveydenhäiriöitä sairastaville on tärkeää, että hoito aloitetaan mahdollisimman nopeasti, jotta vaikeita psykososiaalisia seurauksia voitaisiin välttää. Perusterveydenhuollolla on erikoissairaanhoidon tuki mielenterveyden asioiden hoidossa. (Hoidon porrastus aikuispsykiatrissa 2022.)

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (2022) mukaan perusterveydenhuollon mielenterveyden palveluihin kuuluvat:

- kuormittavat tilanteet, jotka aiheuttavat psyykkisiä oireita
- elämänvaihekriisit
- lievät häiriöt ja häiriöt, joihin ei liity komplisoitumista
- hoitotasapainossa olevat häiriöt
- mielenterveyden tukeminen
- varhainen ja ehkäisevä tuki.

Haasteita palveluille on, että päihde- ja mielenterveyspalveluiden käyttäjillä on riskinä jäädä palveluiden ulkopuolelle, tai he käyttävät palveluita vain satunnaisesti. Tämä voi osaltaan aiheuttaa myös sosiaalista syrjäytymistä. Jotkut käyvät palveluissa useasti saamatta kuitenkaan hoidon tarvetta vastaavaa apua ja tulevat käännetyksi pois palveluiden piiristä. Perusterveydenhuollon palvelut vaativat yleisesti yksilöltä omaa vastuuta, ja silloin vaikeimmin syrjäytyneet jäävät ulkopuoliseksi, heikentyneen toimintakyvyn vuoksi. (Hietala ym. 2018, 63.) On tutkittu hoidossa olevan eroavaisuutta mielenterveyspotilaiden ja muun väestön välillä, tämä näkyy esimerkiksi siinä, ettei lääkehoito toteudu suositusten mukaisesti. Erityistä eroavaisuutta on tutkimusten mukaan havaittu syöpää ja sepelvaltimotautia sairastavien keskuudessa. Tällä hetkellä palvelujärjestelmä on pirstaleinen. Perusterveydenhuollossa täytyisi keskittyä enemmän hoitajien osaamiseen ja potilaan kohtaamiseen. Mielenterveyspotilailla voi olla myös kognitiivisia toimintakyvyn häiriöitä ja vaikea sanoittaa oireitaan, tämän vuoksi selkeät ja kirjalliset hoito-ohjeet voisivat olla hyödyksi potilaalle. (Suvisaari ym. 2019.)

4.2 Sairaanhoitajan työnkuva perusterveydenhuollossa

Sairaanhoitajan työnkuva mielenterveyshoitotyössä perusterveydenhuollossa kuvataan hyvin moninaiseksi (Kiviniemi, 2020, 28). Perusterveydenhuollossa pyritään tunnistamaan ja hoitamaan lieviä tai keskivaikeita mielenterveydenhäiriöitä, pyritään tekemään arvio hoidettavan tilanteesta, annetaan keskusteluapua, annetaan tietoutta mielenterveydenhäiriöistä ja apua unettomuuden ja stressin hallintaan. Hoito pyritään järjestämään varhaisessa vaiheessa ja mahdollisimman ripeästi ja esteittä. (Blanco-Sequeiros & Niemelä 2015.) Kes-

keisiä tavoitteita hoitosuhteissa ovat terveystieteen vähentäminen ja hyvinvointikäyttäytymisen lisääminen. Tavoitteena on myös luoda luottamuksellinen hoitosuhde. (Karjalainen 2013, 46). Hoitajalla tulee olla osaamista ja tietämystä erinäisistä palveluista, jonka pariin voi tarpeen mukaan potilastaan ohjata jatkohoitoon tai seurantaan. Varsinkin pienemmillä paikkakunnilla on otettu käyttöön erilaisia integroituvia hoitokäytäntöjä kuten esimerkiksi erinäiset netin kautta järjestettävät tapaamiset tai depressiohoitajan tai päihdehoitajan sekä lääkärin muodostavat työparit. Monella paikkakunnalla pyritään kuitenkin järjestämään hoito kotipaikkakunnallaan, mutta erikoissairaanhoidon voidaan järjestää muualla. (Blanco-Sequeiros 2015.) Mielenterveydenhäiriöitä sairastavat ovat kuvanneet kaipaavansa perusterveydenhuollosta apua ja tietoutta sairautensa hoitoon ja hallintaan. Lisäksi potilaat ovat toivoneet opastusta ja neuvontaa erilaisten avustavien tai hoitavien tahojen tuen piiriin, sekä keskusteluavun saamiseen (Kiviniemi, 2020, 14).

Piirteitä, joita mielenterveydellisiä häiriötä sairastavat toivoivat sairaanhoitajissa ja heidän kohtaamisissaan olevan ovat: sairaanhoitajan ammattitaito ja psyykkisten sairauksien tietous ja tuntemus, tasa-arvoinen ja ennakkoluuloton kohtaaminen, kannustus ja toivon antaminen sekä tietoutta leimautumisen vaikutuksista niin sairastuneen elämään kuin myös potilassuhteeseen ja kohtamiseen (Kiviniemi, 2020, 10). Karjalaisen (2013, 38) teettämässä tutkimuksessa nousi esiin, että sairaanhoitajalla matalan kynnyksen mielenterveyspalveluissa tulisi olla hyvin kattava ja monitieteinen teoriatieto mielenterveydenhäiriöistä, kyky toimia ja tehdä arvioita ja ratkaisuja yksin, kohdata potilas oikealla tavalla, tulisi osata anamnestisen haastattelun taito, tiimityötaidot ja myös lääke- ja päihdetietouden tärkeys nostettiin esiin. Tutkimuksessa kerrottiin, että hoitajien on ajoittain hankalaa ohjata potilasta jatkohoitoon tai oikeanlaisen avun piiriin jatkuvasti muuttuvien käytäntöjen ja palveluiden vuoksi.

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyömme tarkoituksena on etsiä tutkitun tiedon perusteella, miten sairaanhoitaja voi tukea syrjäytymisvaarassa olevan mielenterveyttä. Keskitämme työssämme perusterveydenhuoltoon, koska monissa tutkimuksissa on mainittu, että perusterveydenhuollon osaa mielenterveyden palveluissa pitää kehittää ja että tulevaisuudessa perusterveydenhuollon osa mielenterveyden

hoidossa korostuu entisestään. Näistä olemme koonneet yhden tutkimuskysymyksen.

Tutkimuskysymys

1. Millä keinoin sairaanhoitaja voi tukea syrjäytymisvaarassa olevan mielenterveyttä perusterveydenhuollossa?

Tutkimuksen tavoitteena on, että opinnäytetyötämme voi käyttää hyödyksi opetuskäytössä, jotta työllämme voisimme antaa sairaanhoitajaopiskelijoille ja sairaanhoitajille uusia keinoja ja tietoutta syrjäytymisvaarassa olevan mielen- terveyden tukemiseen perusterveydenhuollossa. Teemme opinnäytetyömme Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoululle, joten opinnäytetyötämme voisi käyttää opetusmateriaalina tuleville terveydenhuollon ammattilaisille, jotta heillä olisi lisää tietoa mielenterveyden tukemisesta.

6 TUTKIMUSMENETELMÄ

Opinnäytetyö toteutetaan kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa etsitään erinäisistä lähteistä tutkittua tietoa, joka vastaa tutkimuskysymykseemme. Aineistot ovat usein hyvin laajoja ja aineiston rajaus muovaantuu työn edetessä (Graneheim 2017). Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa on keskeistä, että aluksi etsitään tutkimuksemme kannalta meitä kiinnostavaa tietoutta, joka myöhemmin karsiutuu vain tutkimuskysymykseemme vastaavaksi tiedoksi. (Sarajärvi 2017, 218.) Aloitimme tutkimaan syrjäytymistä mielenterveydellisestä näkökulmasta. Tutkittua tietoa löytyi hyvin laajasti, joten aloimme pikkuhiljaa supistamaan aihettamme, ensin rajasimme aiheen ikäryhmän mukaan ja valitsimme tutkimuksemme kohteiksi työikäiset. Tämän jälkeen rajasimme työmme perusterveydenhuoltoon, sillä halusimme tarkastella ja tutkia aihetta ennaltaehkäisevästä näkökulmasta. Halusimme tutkia perusterveydenhuollon keinoja ja niiden riittävyyttä syrjäytymisen ehkäisyssä jo varhaisessa vaiheessa.

6.1 Aineiston keruu

Käytämme opinnäytetyössämme vain tutkittua tietoa. Tietoa etsimme eri hakupalveluista, joita olivat Medic, Julkari, Google Scholaria, Finna ja PubMed. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit olemme laatineet taulukkoon 3. Aineiston keruun tärkein tarkoitus on etsiä aineistoa, joka vastaa tutkimuskysymykseemme. Olemme keränneet aineiston opinnäytetyöhön aineiston käyttämällä valmiita tekstiaineistoja.

Hakusanoiksi työllemme valikoitui mielenterveyden tukeminen, perusterveydenhuolto, social isolation ja syrjäy. Teimme haun myös hakusanoilla ”mielenterveyden tukeminen”, perusterveydenhuolto OR/AND syrjäy*, tällä löytyi tuloksia, mutta yksikään tulos ei antanut samoja tuloksia, kun aiemmassa haussa, eikä yksikään valikoitunut työhömmme. Lopullinen aineisto löytyi tietokannoista Medic ja PubMed. Google Scholarista etsimme tietoa manuaalista hakua käyttäen. Tutkimuksia oli haastava löytää, ja siksi teimme vielä yhden haun Mediciin hakusanoilla ”mielenterveyden tukeminen” & ”sairaanhoitaja”: Näin löytyi vielä yksi tutkimus, joka vastasi tutkimuskysymykseemme. Teimme aineiston hakutaulukon, joka on tämän opinnäytetyön liitteenä 2.

Taulukko 3. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Suomen, ruotsin- ja englanninkieliset tutkimukset	Kaikilla muilla kielillä olevat tutkimukset
Maksuttomat tutkimukset	Maksulliset tutkimukset
Vastasi tutkimuskysymykseemme	Ei vastannut tutkimuskysymykseemme
Julkaistu aikaisintaan vuonna 2011	Julkaistu ennen vuotta 2011
Tieteellinen artikkeli, YAMK-opinnäytetyö, Pro Gradu-tutkielma	AMK-opinnäytetyö

6.2 Aineiston analyysi

Aineistomme koostui YAMK-lopputöistä, pro gradu -tutkielmista ja tutkimusartikkelista, sitä analysoitiin sisällönanalyysinä, jossa menetelmänä käytimme

teemoittelua, jolla tarkoitetaan tutkimuskysymykseen vastaavan aineiston jakamista ja ryhmittelyä aihepiireittäin (Teemoittelu s.a). Valitsimme menetelmäksi induktiivisen sisällönanalyysin, koska koimme helpoimmaksi aloittaa opinnäytetyön teoriapohjalta, jotta varmistumme siitä, että löydämme varmasti tarpeeksi tutkittua tietoa, joka vastaa tutkimuskysymykseemme. Teoriaosuus antaa kehyksen tutkimukselle, joka suuntasi meidän aineistomme kokoamista koko tutkimuksen ajan. (Ks. Vilkkä 2021, 44).

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi on kolmivaiheinen prosessi, jonka vaiheita ovat aineiston pelkistäminen, aineiston ryhmittely sekä käsitteiden luominen (Leinonen, 2018). Analysoinnissa kerätään materiaalista abstrahoinnin mukaan vain tutkimuskysymystä käsittelevät ja tutkimuskysymykseen vastaavat lauseet, jotka merkitään ylös ja taulukoidaan. Taulukoinnin ja merkintöjen jälkeen kävimme merkintämme läpi ja kokosimme toisiinsa vastaavista tai eroavista käsitteistä erilaisia pelkistettyjä lauseita, jotka kokosimme taulukkoon. Lauseista loimme eri luokkia, saimme luotua ensin alaluokkia ja sitten yläluokkia ja näitä yhdistelemällä pääluokkia. Abstrahoinnilla tarkoitetaan yläkäsitteiden luomista. Yläkäsitteiden luominen oli haastavaa ja yläkäsitteitä löytyikin useampi. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 103–111.) Koko abstrahointi prosessi on näkyvissä sisällönanalyysitaulukossa (liite 3). Pääluokat nimesimme aineistosta esille tulevien ilmiöiden mukaan: vuorovaikutus, varhainen puuttuminen, hoitajien asenteet ja terveyden edistäminen (Axelin ym. 2015). Tutkimuskysymykseen saimme vastauksen tutkimalla taulukoissa nousseiden tuloksien taustoja ja tarkoituksia.

7 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET

Tämän opinnäytetyön keskeisiksi tutkimustuloksiksi saimme sisällönanalyysin avulla neljä pääluokkaa. Pääluokiksi tulivat varhainen puuttuminen, terveyden edistäminen, vuorovaikutus ja hoitajien asenteet. Tutkimustulokset saimme kuudesta eri tutkimuksesta.

7.1 Sairaanhoitajan keinot mielenterveyden tukemiseen perusterveydenhuollossa

Varhaisen puuttumisen keinoja käytiin läpi Kiviniemen (2020), Kurjen (2017) ja Koskisen (2016) tutkimuksissa. Kiviniemen (2020) tutkimuksessa todettiin,

että syrjäytymisen riskien tunnistamisella ja varhaisella puuttumisella voidaan asioihin vaikuttaa kevyemmin (Kiviniemi 2020,28). Mielenterveyden häiriöitä sairastavat potilaat on tunnistettu varhaisessa vaiheessa lukemalla potilaan esitietoja, läheteitä, tai lääkitystietoja. Sairaanhoidajat ovat kuvanneet, että häiriöitä sairastavat on tunnistettu havainnoimalla potilaan käytöstä ja ulkonäköä. (Kurki 2017,28). Yleisesti peruspalveluiden rooliksi on kuvattu varhainen puuttuminen ja asioiden puheeksiottaminen (Koskinen 2016,52). Puheeksioton keinoiksi on Koskisen (2016) tutkimuksessa todettu olevan psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin sekä päihteiden luonnollinen puheeksiotto (Koskinen 2016, 94).

Vuorovaikutuksen keinoja mielenterveyden tukemiseen oli kuvattu Karjalaisen (2013) ja Kiviniemen 2020 tutkimuksissa. Lähestymistapana potilaan hoidossa täytyisi olla inhimillinen ja samanarvoinen kohtelu. Arvostavaa kohtaamista on kuunnella myös potilaan näkökulma. (Kiviniemi 2020,33.) Kuuntelu nousi esille Kiviniemen (2020) tutkimuksessa. Potilasta täytyy kuunnella ja toimia samalla potilaslähtöisesti. Tärkeää on kuulla, mitä apua potilas todella tarvitsee ilman, että tulkitaan ja tehdään asioista etukäteen omia johtopäätöksiä. Potilaan toivon ylläpitoa on myös pidetty tärkeänä, vaikka sairastuneella olisi sillä hetkellä vaikeakin elämäntilanne. Myös vertaistuen on katsottu olevan potilaalle joskus paras apu. On kuitenkin koettu, että tällä hetkellä potilaat eivät välttämättä kuulluksi ja kohdatuksi. (kts. Kiviniemi 2020, 28–29,33.) Karjalaisen (2013) tutkimuksessa todettiin, että potilaan kunnioitus tarkoittaa, että arvostetaan potilaan tilannetta sellaisenaan. Kun potilasta kunnioitetaan, niin työskentely keskittyy potilaan kertomiin ongelmiin, ja se auttaa työntekijää huomioimaan potilaan kyvyn työstää omia ongelmiaan sekä pohtimaan potilaan hoidolle erilaisia näkökulmia. Myös potilastilanteiden rauhoittamista on pidetty tärkeänä, koska se on rauhoittanut potilaiden hätäantynyttä tilannetta. (Karjalainen 2013, 24,34.)

Terveysten edistämisen keinoja oli kuvattu Kjellbergin (2018), Koskisen (2016), Kiviniemen (2020) ja Johnsonin ym. (2021) tutkimuksissa. Iso osa hoitotyötä on terveyden edistäminen. Hoidossa tärkeää on useiden eri tekijöiden huomiointi ja miten eri tekijät liittyvät toisiinsa. Potilaan hoidossa on tuettava potilaan omia voimavaroja ja on huomioitava, että potilas voi elää hyvää elämää oireistaan huolimatta. (Kiviniemi 2020, 27.) Resilienssin on katsottu olevan mielenterveyttä suojaava tekijä ja se kuuluu potilaan psykologiseen pääomaan ja psykososiaaliseen mukautumiseen. Stressittömyyden edistäminen on nähty hyvän mielenterveyden edistämisenä ja samalla ennaltaehkäisevänä työuupumusta, masennusta ja ahdistuneisuutta. (Kjellberg 2018, 31–32.) Keskittyminen potilaan ajankohtaisiin ongelmiin ja niiden ratkaisemiseen työstämällä ongelmia konkreettisilla keinoilla ja tavoitteilla, on koettu auttavan potilaan voimien ja yhteisen työskentelyn jäsentämistä (Karjalainen 2013,42). Hyviin toimiviin mielenterveys- ja päihdetyöhön on katsottu kuuluvan potilaan tukeminen muutokseen, potilaan rinnalla kulkeminen, motivaation herättely, elämänhallinnan tukeminen ja käytännön apu. Käytännön avun on katsottu liitty-

vän tilanteisiin, missä on kysymys esimerkiksi työttömyydestä, tulottomuudesta tai asunnottomuudesta. Muutoksilla on tarkoitettu pieniä edistymisen merkkejä ja se voi olla pitkäaikainen prosessi. Myös ryhmäkeskustelujen on katsottu olevan muutoksen tukemista. Ryhmäkeskusteluissa on ollut mukana yhteisiä keskusteluja, asetettu konkreettisia tavoitteita ja koottu verkostoja. Tärkeää on, että hoitohenkilökunta huomioi myös potilaan suhtautumisen omaan sairauteensa. (Koskinen 2016, 54, 95–97.) Johnson ym. 2021 tutkimuksessa terveyden edistämisenä on pidetty sosiaalisten intervertioiden lisäämistä mielenterveystyöhön. Tällä hetkellä on keskitytty enemmän farmakologisiin tai psykologisiin lähestymistapoihin. (Johnson ym. 2021.) Yleisesti syrjäytymisen ehkäisyllä on tarkoitettu potilaan kokonaisvaltaista hoitoa, moniammatillista yhteistyötä ja sitä, että hoitajalla on yleinen pyrkimys auttaa potilasta selviytymään (Kiviniemi 2020,33).

Kurjen (2017) tutkimuksen mukaan sairaanhoitajien suhtautuminen mielenterveyttä sairastaviin potilaisiin on ollut vaihtelevaa. Osittain hoitajat ovat kyllä suhtautuneet mielenterveydenhäiriöitä sairastaviin potilaisiin mielenkiinnolla, ja heillä on ollut halu auttaa potilaitaan myös mielenterveydellisissä ongelmassa. Kuitenkin osa sairaanhoitajista on korostanut hoitavansa pelkästään somaattista sairautta, eikä paneutua toiseen puoleen. Somaattisessa hoidossa olevat mielenterveydenongelmat on aiheuttaneet hoitajissa myös negatiivisia tunteita. Hoitajat ovat kertoneet olevansa ärtyneitä ja turhautuneita. Turhautuminen näkyi esimerkiksi siinä, että potilaan sitoutuminen somaattisen sairauden hoitoon on ollut heikkoa, tämä on aiheuttanut hoitajissa jaksamattomuutta. Hoitajat ovat kokeneet psykiatrisen hoidon olleen heille kaukainen osa-alue. (Kurki 2017, 40–41.)

8 POHDINTA

Tässä luvussa tarkastelemme ja pohdimme kirjallisuuskatsauksen tuloksia. Vertailemme tuloksia myös teoriassa esitettyyn tietoon. Jatkotutkimusehdotukset olemme myös koonneet tämän luvun alle ja lisäksi olemme koonneet samaan kappaleeseen keskeiset johtopäätökset.

8.1 Tulosten tarkastelu

Perusterveydenhuollon palvelut vaativat yleisesti yksilöltä omaa vastuuta ja silloin vaikeimmin syrjäytyneet jäävät ulkopuoliseksi heikentyneen toimintakykynsä vuoksi. (Hietala ym. 2018, 63.) Koskisen tutkimuksen tuloksissa mainittiin, että perusterveydenhuollon roolina on myös huomioida potilaan suhtautuminen omaan sairauteensa (Koskinen 2016, 97). Tästä voimme päätellä, että potilaiden hoidossa on ristiriitaa. Potilaalla voi olla huono suhtautuminen oman sairautensa hoitoon ja silloin sairaanhoitajalla on tärkeä rooli potilaan hoitoon

sitouttamisessa ja mielenterveyden tukemisessa. Edistävän mielenterveystyön on katsottu ehkäisevän myös syrjäytymistä (Nordling ym. 2009, 9). Tämän vuoksi sairaanhoitaja tarvitsee erilaisia toimintatapoja ja keinoja potilastapaamisessaan, jotta voi omalta osaltaan tehdä mielenterveyttä tukevaa työtä ja samalla ehkäistä syrjäytymistä.

Karjalaisen (2013) ja Kiviniemen (2020) tutkimuksista selvisi, että syrjäytymisen ehkäisyssä tärkeimpiä asioita on vuorovaikutus potilaan kanssa ja voimavarojen tukeminen. Apuna terveydenhuollon henkilökunnalle voimavarojen tukemiseen voisi toimia tietoisuus resilienssistä. Resilienssin avulla ihminen kykenee tiedostamattomasti hyödyntämään omia voimavarojaan ja vahvuuksiaan (Helsingin yliopisto 2020). Myös Kjellbergin (2018) tutkimuksessa oli resilienssi mainittu mielenterveyttä suojaavana tekijänä. Helsingin yliopisto on todennut vuorovaikutuksen olevan tärkein asia resilienssin vahvistamisessa. Resilienssiä voi tukea myös ennakoivasti, kun osataan havainnoida potilaan omat voimavarat, jotka voi tukea potilasta omassa voinnissaan. (Helsingin yliopisto 2020.) Tämän vuoksi potilaan hoidon tulisi olla hänen voimavarojansa tukevaa. Tällöin hoitohenkilökunnan työskentely olisi terveyttä edistävää ja samalla ehkäistään syrjäytymistä ja muita somaattisia sairauksia.

Perusterveydenhuollossa täytyisi keskittyä enemmän hoitajien osaamiseen ja potilaan kohtaamiseen (Alhgren-Rimpiläinen ym. 2019). Kohtaaminen nousi tärkeänä, sekä Kiviniemen (2020) ja Karjalaisen (2013) tutkimuksissa. Kiviniemen tutkimuksessa todettiin, että arvostavaa kohtaamista on kuunnella potilaan näkökulma (Kiviniemi 2020, 33). Kohtaaminen on perusta koko potilastapaamiselle. Voidaan ajatella, että jos kohtaaminen on heti alussa mennyt pieleen, niin se vaikuttaa negatiivisesti koko hoitotilanteeseen. Kohtaamisella on iso merkitys myös siinä, palaako potilas enää palveluiden piiriin.

Tietoisuus mielenterveydenhäiriöistä on lisääntynyt ja suhtautuminen on ymmärtäväisempää (Kärkkäinen ym. s.a). Tästä huolimatta sairaanhoitajien omissa asenteissa ja suhtautumisessa on ollut puutteita Kurjen (2014) tutkimuksen mukaan. Pelkästään suhtautuminen mielenterveyden häiriöitä sairastaviin potilaisiin on ollut vaihtelevaa ja hoitajien omat tunteet ovat olleet negatiivisia. Tästä voi päätellä, että hoitajat tarvitsevat lisää opetusta ja tietoisuutta syrjäytymisestä ja syrjäytymisvaarasta. Teoriatiedon opetusta täytyisi olla

myös keinoista, joilla syrjäytymistä voi ehkäistä. Opetukseen olisi tärkeää panostaa jo opiskeluaikana, jotta pohjatietoa olisi jo työelämään siirtyessä. Työpaikoilla olisi myös panostettava hoitajien osaamiseen ja työssä kehittymiseen. Herää kysymys, mistä johtuu hoitajien huono suhtautuminen potilaisiin, ja mistä negatiiviset tunteet hoitajille nousevat mielenterveyspotilasta kohdattaessa. Tästä koimme, että haasteena ennaltaehkäisevälle työlle ovat hoitajien asenteet ja suhtautuminen potilaaseen, sekä tietämättömyys syrjäytymisestä.

Kurjen (2017) tutkimuksessa kävi ilmi, että potilaan mielenterveyden ongelmat tunnistetaan havainnoimalla käytöstä ja ulkonäköä. Tämän toteuttaminen on terveydenhuollon henkilökunnalle haastavaa, jos palvelujärjestelmä on kokonaisuudessaan tällä hetkellä syrjivä. Potilaita tunnistettaessa olisi tärkeää muistaa, että ei aseta potilaasta ennakkoluuloja. Jos potilas lokeroidaan heti alussa ennakkoluuloisesti, niin voidaan ajatella, ettei potilas saa tällöin tarvitsevaansa kunnollista hoitoa ja myös asettaa huonot lähtökohdat potilaan kohtaamiselle ja koko potilaan hoitotilanteelle. Johnsonin ym. (2021) tutkimuksessa nostettiin esille mielenterveysongelmista kärsivien ihmisten leimaantumisen pelko potilaan näkökulmasta ja pelko sen myötä tulla yhteisöissään ja sosiaalisissa suhteissaan syrjityksi. Johnson ym. (2021) tutkimuksessa kerrottiin, että yksinäisyydellä ja syrjäytymisellä on vaikutusta hyvinvointiin ja terveyteen, niiden on todettu laskevan kognitiivisia kykyjä ja lisäävän riskiä masennusoireiden ja psykoottisten oireiden puhkeamiselle. Tekstissä tuotiin esille, että yksinäisyyttä ja syrjäytymistä on todettu olevan enemmän mielenterveydenhäiriöitä sairastavien keskuudessa kuin muussa väestössä. Tutkimuksen mukaan onkin toipumisen kannalta tärkeää, että potilaan perheen ja ystävien välisten suhteiden ylläpitoa tuettaisiin ja yhteydenpitoon kannustettaisiin. Läheisten sosiaaliset suhteet parantavat hoitoisuutta ja sen ennustetta ja on tähän perustuen terveyttä edistävää.

Kiviniemen tutkimuksessa todettiin moniammatillisen yhteistyön ja kokonaisvaltaisen hoitotyön olevan perusteena syrjäytymisen ehkäisylle (Kiviniemi 2020, 33). Sairaanhoidaja tarvitsee moniammatillista yhteistyötä, jotta voisi toteuttaa terveyttä edistäen ja kokonaisvaltaisesti potilaan hoitoa, jossa potilaan ympärillä työskentelisi toimiva verkosto. Hoitajalla tulee olla osaamista ja tietämystä erinäisistä palveluista, jonka pariin voi tarpeen mukaan potilastaan oh-

jata jatkohoitoon tai seurantaan (Blanco-Sequeiros & Niemelä 2015). Kiviniemen tutkimuksessa taas todettiin, että sairaanhoitajan tulisi osata ohjata potilas muihin palveluihin esimerkiksi vertaistuen piiriin (Kiviniemi, 29). Sairanhoitajan on tärkeää osata ohjata potilas myös muiden apujen piiriin ja osattava neuvoa myös kolmannen sektorin palveluista. Päihde- ja mielenterveyspotilaille on kuitenkin useita kolmannen sektorin palveluita, jotka voivat olla apuna potilaan toipumisessa, tai vertaistuen saamisessa. Yhteistyön toimiminen on tärkeää, jotta sairaanhoitaja osaa antaa potilaalle ajankohtaista tietoa muista palveluista. Moniammatillinen yhteistyö on avuksi siinä, että potilaan ympärille saadaan koottua toimiva verkosto ja potilas saa apua kokonaisvaltaisesti ja terveyttä edistäen. Psyykkisiä sairauksia sairastavilla on kuitenkin todettu olevan muita väestöä enemmän somaattisia sairauksia. (Hietala ym. 2018, 12.) Syrjäytyminen on riski somaattisille sairauksille, joten niiden huomioimatta jättäminen, voi aiheuttaa potilaalle enemmän hoidettavia sairauksia. Potilaiden syrjäytymisestä johtuvat sairaudet ovat suurimmaksi osaksi elintapasairauksia, joten niiden hoitaminen tulee myös yhteiskunnalle kalliiksi. (Seppe-
lin, 2018.)

Varhainen puuttuminen tuli esille tutkimuksessa, jossa asioiden puheeksi otto oli tärkeässä osassa. Syrjäytyminen on ollut vaikea ottaa puheeksi terveydenhuollossa, koska se on koettu leimaamisena ja ettei potilaiden mielipiteitä kuunnella. Puheeksi otossa on pelätty potilaiden kokevan, että syrjäytyminen koetaan itseaiheutetuksi. (Hänninen 2014). Asioiden luonnollinen puheeksi otto, sekä muutosvaiheen tunnistaminen tuli esille Koskisen (2016) tutkimuksessa. Muutosvaiheen tunnistaminen on tärkeää, jotta asioihin voidaan puuttua varhain. Myös mielenterveyslaissa mainitaan, että mielenterveystyöhön kuuluu lisäksi ennaltaehkäisevä työ koko väestölle (Mielenterveyslaki 1. § mom. 1). Sairanhoitajien tarvitsi tunnistaa potilaiden muutosvaiheet ja osattava arvioida, milloin muutosvaiheessa oleva tarvitsee apua terveydenhuollon henkilökunnalta. Puheeksi otto on taito, jota voi opetella ja jossa voi kehittyä. Tästä voidaan päätellä että, kun asiat otetaan puheeksi jo varhain ennen varsinaisten ongelmien syntymistä, potilaat voivat välttyä ongelmien kasaantumiselta, joka taas tukee potilaan mielenterveyttä ja ehkäisee syrjäytymistä. Asioiden puheeksi ottoon täytyisi hoitohenkilökunnan kiinnittää huomiota, jolloin puheeksi oton luonnollisuus tulisi mukaan myös ajan kanssa.

8.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuseettisyys on opinnäytetyön toiminnan ydin. Teimme opinnäytetyöstämme sopimuksen toimeksiantajatahon kanssa, joka oli meidän työssämme Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu.

Noudatimme opinnäytetyössämme eettisiä ohjeita. Teimme tutkimusta rehellisesti, huolellisesti ja tarkasti. Käyttämämme tiedonhankintamenetelmät olivat eettisesti kestäviä ja kunnioitamme muiden tutkijoiden tekemää työtä. (kts. HTK-ohje 2012, 6, 7.) Tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävä, kun tutkimus on tehty edellyttäen hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimuksen täytyy olla eettisesti uskottava, hyväksyttävä, sekä luotettava (HTK-ohje 2012, 6).

Validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen luotettavuutta ja reliabiliteetilla tutkimuksen tarkkuutta (Vehkalahti 2019,42). Tutkimus on tehty kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta on tutkimusmenetelmänä kritisoitu, koska siitä oleva menetelmäkirjallisuus on vähäistä. Kirjallisuuskatsauksen vaiheiden jäsentäminen on katsottu lisäävän tutkimusmenetelmän luotettavuutta. Jäsentämiseen kuuluu neljä vaihetta, mitkä ovat tutkimuskysymyksen muodostaminen, aineiston valitseminen, kuvailun rakentaminen ja tuotetun tuloksen tarkasteleminen. (Ahonen ym. 2013.) Käytimme omassa työssämme neljää vaihetta työn jäsentämisessä. Aineiston analysoinnin kohdalla ensimmäinen osa oli tutkimuskysymyksen muodostaminen ja aineiston valitsimme tutkimuskysymyksen mukaisesti. Tuloksia kirjoittaessamme katsoimme edelleen, että työ on johdonmukainen ja tulokset vastaavat tutkimuskysymykseen. Tuloksia tarkastelimme eri näkökulmista. Koko työn pyrkimys oli tehdä niin, että tutkimusta ohjasi tutkimuskysymys. Työhömmme valikoidut tutkimukset olivat tiedoltaan linjassaan toistensa kanssa. Valikoiduissa tutkimuksissa ei ollut ristiriitaa toistensa kanssa. Tutkimustulokset myös tukivat jo teoriassa esitettyä tietoa.

Tämän opinnäytetyön luotettavuutta lisäävänä tekijänä on, että tätä opinnäytetyötä on tehnyt ja arvioinut kaksi henkilöä. Käytimme työssämme luotettavia tutkittuja lähteitä, kuten pro gradu -tutkielmia, YAMK-opinnäytetöitä ja väitöskirjoja, jotka löysimme luotettavista tietokannoista. Olemme perehtyneet laajasti opinnäytetyömme aiheeseen ja keränneet löydetyt tutkimukset tutkimustaulukkoon (Liite 2). Noudatimme työssämme asettamiamme sisäänotto- ja

poissulkukriteereitä, joka lisäsi työn luotettavuutta. Olemme englanninkieliset lähteet kääntäneet suomeksi opinnäytetyöhön MOT-sanakirja palvelua käyttäen. Käännösvirheet ovat mahdollisia, koska kummankaan opinnäytetyön tekijän äidinkieli ei ole englanti, ja se voi lisätä opinnäytetyön epäluotettavuutta.

Ammattikorkeakoulun opinnäytetyölle on olemassa eettiset suositukset, jotka perustuvat lainsäädäntöön, tutkimuseettisiin periaatteisiin, linjauksiin, sekä suosituksiin. Opinnäytetyömme tarkastetaan plagiaatintunnustusjärjestelmässä. Olemme noudattaneet työssämme tekijänoikeuslakia (8.7.1961/404). Muiden henkilöiden aineistoja käyttäessämme mainitsimme lähteet lähdemerkintäohjeiden mukaisesti.

8.3 Jatkotutkimusehdotukset ja johtopäätökset

Keskeisinä johtopäätöksinä ajattelimme, että hoitajan rooli on tärkeää syrjäytymisvaarassa olevan mielenterveyden tukemisessa. Vuorovaikutus ja voimavaroalähtöinen työ on isossa osassa syrjäytymisen ehkäisyä. Hoitajalle täytyy työssään osata käyttää mielenterveyttä edistäviä keinoja hoidossa. Hoitajan on myös tärkeää tietää, mitä on syrjäytyminen ja ketkä ovat syrjäytymisvaarassa, jotta voi sitä omalla työllään ehkäistä. Sairaanhoitajien suhtautuminen on haasteena potilaslähtöiselle toiminnalle ja sen muuttamiseen olisi tärkeää kiinnittää huomiota. Suhtautumisessa voisi apuna toimia se, että hoitajat tietävät mitä kaikkea syrjäytymisen taustalla voi olla ja ettei syrjäytyminen ole useinkaan ”itseaiheutettua”, apuna voisi olla myös tietämys ja konkreettiset keinot millä keinoilla syrjäytymistä voidaan ehkäistä.

Syrjäytyminen, syrjäytymisvaara ja mielenterveyteen kuuluvat asiat ja tutkimukset ovat olleet tällä hetkellä ajankohtaisia. Huomasimme opinnäytetyötä tehdessämme, että tutkimuksia syrjäytymisestä tai syrjäytymisvaarasta on tehty niukasti. Ne tutkimukset, mitkä koskivat syrjäytymistä ja syrjäytymisvaara, käsittelivät aihetta eri näkökulmasta kuten yhteiskunnallisesta näkökulmasta. Terveystieteidenhuollosta ei löytynyt yhtäkään tutkimusta, jossa olisi tutkittu syrjäytyneiden tai syrjäytymisvaarassa olevien hoitoa tai siitä, miten syrjäytymisen ehkäisy on terveydenhuollossa näkynyt. Se olisi aihe, mitä olisi hyvä tutkia nimenomaan terveydenhuollon näkökulmasta.

LÄHTEET

Ahonen, S., Jääskeläinen, P., Kangasniemi, M., Liikanen, E., Pietilä, A. & Utriainen, K. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25 s. 291–301. PDF-dokumentti. Saatavissa: Haun aloitussivu | Xamk Kaakkuri (finna.fi) [viitattu 28.8.2022].

Alhgren-Rimpiläinen, A., Eskelinen, S., Keinänen, J., Suvisaari, S. & Viertiö, S. 2019. Vakaviin mielenterveyshäiriöihin sairastuneiden fyysisten terveysongelmien riskitekijät. *Tutkimuksesta tiiviisti* 42. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138707/URN_ISBN_978-952-343-404-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y [8.5.2022].

Axelin, A., Stolt, M. & Suhonen, R. 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun Yliopisto.

Blanco-Sequeiros, S. & Niemelä, S. 2015. Psykiatrian merkitys korostuu sosiaali- ja terveyspalveluiden yhdistyessä. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 2015;131(6):565–6. Verkkolehti. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo12161> [viitattu 1.6.2022].

Dufva, M., Hiltunen, E. & Limnell, J. 2022. Suomen tulevaisuudet: Suuret kysymykset ja vastaukset. WSOY. Kustannuspaikka: Kustantajat Oy.

Eriarvoisuus. 2021. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Päivitetty 22.11.2021. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveys-erot/eriarvoisuus> [viitattu 1.6.2022].

Graneheim, U., Lindgren, B. & Lundan, B. 2017. Methodological Challenges in Qualitative Content Analysis: A Discussion Paper. *Nurse Education Today*. 56 (2017) 29–34. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>. [viitattu 27.9.2021].

Helsingin yliopisto. 2020. Mitä resilienssi on? WWW-dokumentti: Saatavissa: <https://www2.helsinki.fi/fi/uutiset/koulutus-kasvatus-ja-oppiminen/mita-resilienssi-on> [viitattu 7.5.2022].

Hietaharju, P. & Nuuttila, M. 2016. Käytännön mielenterveystyö. 4.painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Hoidon porrastus aikuispsykiatriassa. 2022. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut/hoidon-porrastus-aikuispsykiatriassa> [viitattu 24.4.2022].

HTK-ohje. 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. [viitattu 22.9.2021].

Heinz A, Zhao X, Liu S. Implications of the Association of Social Exclusion With Mental Health. *JAMA Psychiatry*. 2020;77(2):113–114. doi:10.1001/jama-psychiatry.2019.3009 [viitattu 1.6.2022].

Hietala, O. Kuosmanen, L. McDaid, D. Mikkonen, J. Parkkonen, J. Reini, K. Salovuori, S. Tourunen, J & Wahlbeck, K. 2018. Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminta. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160554/89-2017-YhdessaMielin_valmis.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 6.6.2022]

Huttunen, M. 2017. Mielenterveyden häiriöt. Duodecim terveyskirjasto. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/hyvinvointi/osallisuus> (thl.fi) [viitattu 23.8.2022].

Hänninen, M & Tolvane, E. 2014. Syrjäytymisen ehkäisy työpajoilla työntekijöiden näkökulmasta. Pro gradututkielma. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/44389/URN:NBN:fi:jyu-201410082953.pdf?sequence=1> [viitattu 5.10.2021]

Härkönen, R. 2016. Suomessa vähintään 70000 syrjäytynyttä. Turun Sanomat-artikkeli. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.ts.fi/uutiset/843711> (ts.fi) [viitattu 5.10.2021]

Isola, A. Kaartinen, H. Leemann, L. Lääperi, R. Schneider, T. Valtari, S. Keto-Tokoi, A. 2017. Mitä osallisuus on? - Osallisuuden viitekehystä rakentamassa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135356/URN_ISBN_978-952-302-917-0.pdf. [viitattu 6.10.2021]

Johnson, S. Ma, R., Wang, J., Lloyd-Evans, B., Marston, L. 2021. Trajectories of loneliness and objective social isolation and associations between persistent loneliness and self-reported personal recovery in a cohort of secondary mental health service users in the UK. *BMC Psychiatry* 421 (2021). WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-021-03430-9> [viitattu 22.6.2022]

Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. 2020. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6. Sosiaali- ja terveysministeriö. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162053> [viitattu 7.11.2021].

Karjalainen, M. 2013. Sairaanhoidajan osaaminen matalan kynnyksen mielenterveyspalveluissa - vastaanottotyötä tekevien näkemyksiä. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotiede. Pro gradu-tutkielma. PDF-dokumentti. Saatavissa: urn_nbn_fi_uef-20130483.pdf [viitattu 22.7.2022].

Karlsson, N. & Mikkonen, N. 2019. Mielenterveys osana laaja-alaista hyvinvointia. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. 56 nro 4 272–274. Verkkolehti. Saatavissa: <https://doi.org/10.23990/sa.87896> [viitattu 22.7.2022].

Kiviniemi, K. 2020. Hoitotyön opiskelijoiden syrjäytymisen ehkäisyyn liittyvä osaaminen mielenterveyshoitotyössä. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotiede. Pro

gradu- tutkielma. PDF-dokumentti. Saatavissa: [urn_nbn_fi_uef-20200555.pdf](https://urn.fi/URN:NBN:fi:uef-20200555.pdf) [viitattu 27.9.2021].

Kjellberg, L. 2018. Mielenterveyden edistämisen interventiot terveellä aikuisväestöllä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. YAMK-opinnäytetyö. Saatavissa: <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2018112718386> [viitattu 21.8.2022].

Kela. 2021. Kelan sairausvakuutustilasto FPA-statistik Sjukförsäkring 2020. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021092246902> [viitattu 8.6.2022].

Koponen, H. & Lappalainen, J. 2015. Mielenterveyspotilaan somaattinen terveys. Lääketieteellinen aikakauslehti Duodecim 6, 577–582. Verkkolehti. Saatavissa: WWW-dokumentti. <https://www.duodecimlehti.fi/duo12166> [viitattu 12.6.2022].

Koskinen, S. 2016. Hyvin toimivat peruspalvelut mielenterveys- ja päihdeasiakkaille ja heidän läheisilleen. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteet. Pro Gradu-tutkielma. PDF-dokumentti: Saatavissa: <https://urn.fi/URN:NBN:fi:uta-201702141153> (tuni.fi)

Kurki, T. 2017. Sairaanhoidajien suhtautuminen mielenterveyden häiriöitä sairastaviin potilasiin somaattisessa hoitotyössä. Savonia ammattikorkeakoulu. YAMK-opinnäytetyö. PDF-dokumentti. Saatavilla: <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201704194922> [viitattu 22.7.2022].

Kähärä, K. 2015. Mielenterveyden palveluodotukset perusterveydenhuollossa. Tampereen yliopisto. Akateeminen väitöskirja. Lääketieteen yksikkö. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-44-9866-4> [viitattu 31.5.2022].

Kärkkäinen, J., Marttunen, M. & Suvisaari, J. s.a. Mielenterveyspalvelut. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-687-2> [viitattu 27.3.2022].

Lipponen, K. 2020. Resilienssi arjessa. 1. painos. Helsinki: Duodecim.

Leinonen, R. 2018. Sisällönanalyysi. Spoken. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://spoken.fi/sisallanalyysi/> [viitattu 5.10.2021].

Lönnqvist, J & Lehtonen, J. 2017. Psykiatria ja mielenterveys. Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.duodecim.fi/xmedia/www/esittelyt/6400_esittely.pdf [viitattu 27.9.2021].

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.

Mielenterveyspalvelut. 2021. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut> [viitattu 10.11.2021].

Missä elämänvaiheissa syrjäytyminen syntyy? 2018. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos, Me-säätiö. WWW-dokumentti: <http://data.mesaatio.fi/syrjaytymisen-dynamiikka/> [viitattu 27.9.2021]

Noppari, E. 2020. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.

Nordling, E., Savolainen, M., Sipilä, M. & Stengård, E. 2009. Ehkäisevä mielenterveystyö kunnissa – Aineistoa suunnittelun tueksi. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085005> [viitattu 24.4.2022].

Positiivinen mielenterveys. 2022. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Päivitetty 3.3.2022. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/positiivinen-mielenterveys> [viitattu 24.4.2022].

Osallisuus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Päivitetty 4.5.2022. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/hyvinvointi/osallisuus> [viitattu 24.4.2022]

Partonen, T., Solin, P., Suvisaari, J., Tamminen, N. & Viertiö, S. 2018. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa: FinTerveys 2017 -tutkimus. WWW-dokumentti. Saatavissa: [Rap_4_2018_FinTerveys_verkko.pdf](https://rap42018.finterveys.fi/rap42018_FinTerveys_verkko.pdf) (julkari.fi) [viitattu 1.6.2022].

Rotko, T., Hännikäinen-Ingman, K., Murto, J., Kauppinen, T., Mustonen, N., Terveysrojen kaventaminen käytännössä – alueellinen yhteistyö avuksi. 2014. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116205/rotko.pdf?sequence=1> [viitattu 1.6.2022].

Saari, J. 2016. Yksinäisten Suomi. Helsinki: Gaudeamus.

Sara-järvi, A. & Tuomi, J. 2017. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Seppelin, M. 2018. Syrjäytyminen ja yhteiskunnallinen osallisuus; indikaattoriarvoissa ei suuria muutoksia. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://kestava-kehitys.fi/seuranta/tulkinnat/-/blogs/syrjaytymisen-torjunta-ja-yhteiskunnallinen-osallisuus> [viitattu 5.10.2021].

Suvisaari, J., Appelqvist-Schmidlechner, K., Solin, P., Partonen, T., Parikka, S., Koskela, T. & Ikonen, J. 2021. Aikuisväestön mielenterveys ja avun hakeminen mielenterveysongelmiin – FinSote 2020. Tutkimuksen tiivistä 42/2021. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-698-5> [viitattu 6.11.2021].

Solin, P., Partonen, T., Suvisaari, J., Tamminen, N., Viertiö, S. 2018. Psykykinen toimintakyky ja positiivinen mielenterveys. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos – 2018. WWW-dokumentti. Saatavissa <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-105-8> [viitattu 6.11.2021].

Solin, P. & Tamminen, N. 2014. Mielenterveyden edistäminen työpaikalla. Opas 32. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-698-5> [viitattu 5.10.2021].

Teemoittelu.s.a. Kajaanin ammattikorkeakoulu. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tu-kimateriaali/Laadullisen-analyysi-ja-tulkinta/teemoittelu> [viitattu 5.10.2021].

Tekijänoikeuslaki (8.7.1961/404).

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Vehkalahti, K. 2019. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Finn Lectoria. PDF-dokumentti. Saatavissa: Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät (helsinki.fi) [viitattu 28.8.2022].

Vilkka, H. Tutki ja kehitä. 2021. Jyväskylä. PS-kustannus.

Wahlbeck, K., Hannukkala, M., Parkkonen, J., Valkonen, J., Solantausta, T. 2017. Mielenterveyden edistäminen kansanterveystyön ytimessä - *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 2017;133(10):985–92. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo13731> [viitattu 7.11.2021].

Aineistonhakutaulukko

Liite 1

Tietokanta	Hakusanat	Hakuja yhteensä	Otsikon perusteella valitut	Hyväksytyt tutkimukset
Medic	Mielenterveyden tukeminen AND perusterveydenhuolto OR syrjäy* 2012–2022	15	4	2
Medic	Mielenterveyden tukeminen AND Sairaanhoitaja	10	2	1
Finna	Mielenterveyden tukeminen AND perusterveydenhuolto	4	1	0
Google scholar	Mielenterveyden tukeminen, perusterveydenhuolto, syrjäy	795	5	2
Pubmed	mental health AND risk of social exclusion	24	1	1

Tutkimustaulukko

Liite 2

Tekijät, tutkimuk- sen nimi ja jul- kaisutiedot	Tutkimuksen tar- koitus ja tavoite	Tutkimusmene- telmä	Tutkimusalue	Keskeiset tutki- mustulokset
Kurki Tanja, Sai- raanhoitajien suh- tautuminen mie- lenterveyden häi- riötä sairastaviin potilaisiin somaati- tisessa hoito- työssä, YAMK lopputyö, 2017	Tutkimuksen tar- koituksena on ku- vata somaatti- sessä hoitotyössä toimivien sairaan- hoitajien suhtautu- mista mielenter- veyshäiriöistä kär- sivään potilaa- seen. Tutkimuk- sen tärkeimpänä tavoitteena on sel- vittää sairaanhoi- tajien osaamista mielenterveys- häiriöiden hoi- dossa	Tutkimusaineisto on kerätty haas- tatteleamalla 14 so- maattisessa työssä työskente- levää sairaanhoi- tajaa	Kuopion yliopistol- lisessa sairaal- assa työskentele- vät sairaanhoita- jat	Sairaanhoitajien kokemus mielen- terveydenhäiri- öistä perustui pää- osin koulutuk- sessa opeteltuihin asioihin ja pääosin osaamista pidet- tiin riittämättö- mänä

Kati Kiviniemi, Hoitotyön opiskeli- joiden syrjäytymi- sen ehkäisyyn liit- tyvä osaaminen mielenterveys- työssä- hoitotyön opettajien näkö- kulma PRO GRADU, 2020	Tutkimuksen tar- koituksena on ku- vata ammattikor- keakoulujen hoito- työn opiskelijo- iden tarvittavaa osaamista syrjäy- tymisen eh- käisyssä	Laadullinen haas- tattelututkimus	Aineisto kerättiin n. kuudelta hoito- työn opettajalta	Keskeisiksi tutki- mustuloksiksi nousi ihmisen tasa-arvoinen koh- telu ja inhimillisyys lähestymistapana. Potilaan näkökul- maa, sekä voima- varojen tuke- mista pidetään tar- keänä. Jo opiske- lijoiden on tärkeää kiinnittää huo- miota omaan am- matillisuuteen.
Karjalainen Miia, Sairaanhoitajan osaaminen mata- lan kynnyksen mielenterveyspal- veluissa- vastaan- ottotyötä tekevien näkemysksiä PRO GRADU 2013	Tutkielman tavoit- teena on kuvailla sairaanhoitajan osaamisvalmiuk- sia, joita sairaan- hoitaja tarvitsevat työskennellään matalan kynnyk- sen mielenter- veyspalveluissa vastaanotolla poti- laiden kanssa	Tutkimus on tehty teemahaastatte- luna	Aineisto on kerätty haastattelemalla kymmentä sai- raanhoitajaa, ketkä työskentele- vät matalan kyn- nyksen mielenter- veyspalveluissa	Keskeisinä tutki- mustuloksina oli hoitajien osaami- nen soveltaa vuo- rovaikutusmene- telmiä potilaiden kanssa sekä hoi- tajan aito halu aut- taa potilaita
Trajectories of loneliness and ob- jective social iso- lation and associ- ations between persistent loneli- ness and self-re- ported personal	Tutkimus jatku- vasti yksinäisten, ajoittain yksinäis- ten ja ei koskaan yksinäisten yksi- näisyyden vaiku- tuksista ja eroista syrjäytymiseen ja	Kysely on totetu- tettu kohorttitutki- muksena 224 crt- hoitoa saaneelle potilaalle, jossa täytettiin yksinäi- syysasteikko ja	Crt-hoidoissa käy- neet henkilöt	Jatkuva yksinäi- syys ja syrjäytymi- nen vaikuttavat negatiivisesti poti- laiden parantumi- seen. Tutkimuk- sessa todetaan,

recovery in a cohort of secondary mental health service users in the UK Ruimin Ma, Jingyi Wang, Brynmor Lloyd-Evans, Louise Marston, and Sonia Johnson Tutkimusartikkeli, 2021	sairaudesta paranemiseen.	kyselylomake toimimisprosessista,		että terveydenhuollon tulisi ottaa puheeksi mielen-terveydellisistä oireista kärsivien kanssa heidän tilanteensa yksinäisyyden ja syrjäytymisen suhteen hoitotulosten parantamiseksi.
Kjellberg Liisa, Mielenterveyden edistämisen interventiot terveellä aikuisväestöllä. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus YAMK 2018	Tutkimuksen tarkoituksena on ollut terveisiin työikäisiin kohdistuvaa tietoa primääripreventiivisten ja provokatiivisten interventioiden tueksi. Tavoitteena on ollut selvittää, mihin näitä interventioita on kohdistettu, mitä tekniikoita käytetty ja mitkä asiat ovat taustalla vaikuttaneet	Työ on toteutettu kuvailevana kirjallisuuskatsauksena	Tutkimukseen on valikoitunut 15 tutkimusta, jotka taulukoitu	Stressin hallinta ja ennaltaehkäisy nousseet päätavoitteiksi. Yleisimmät mielen-terveyden osatekijät ovat olleet liikunta ja tietoinen läsnäolo. Tekniikoista yleisimpiä ovat olleet tavoitteet, toteutettavat ja harjoittelut
Koskinen Samuli, Hyvin toimivat mielen-terveyspalvelut mielen-terveys- ja päihdeasiakkaille ja heidän läheisilleen	Tutkimuksessa tarkoituksena on ollut tarkastella mielen-terveys ja päihdepalveluiden toteutumista peruspalveluissa.	Tutkimus on toteutettu ryhmäkeskusteluna ja yksilöhaastatteluna	Tutkimukseen osallistui 17 henkilöä	Hyvin toimivissa palveluissa asiakaslähtöisyys toteutuu moninaisesti ja tilanne- lähtöisesti, sekä ammatillisena toimintana

PRO GRADU 2016	Tavoitteena on ollut tutkia mielen- terveys- ja päih- deasiakkaiden tar- peita ja tuottaa tie- toa peruspalve- luista			
-------------------	--	--	--	--

Sisällönanalyysitaulukko

Liite 3

Alkuperäinen lainaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
” Sairaanhoitajien suhtautuminen mielen-terveydenhäiriötä sairastavaan potilaaseen oli vaihteleva. Osittain hoitajat suhtautuivat mielenkiinnolla potilaisiin ja halusivat auttaa heitä myös mielen-terveydellisissä ongelmassa. Osittain sairaanhoitajat korostivat hoitavansa vain somaattista sairautta eivätkä he halunneet paneutua mielen-terveydelliseen puoleen.” Kurki 2017, 40)	Suhtautuminen mielen-terveyttä sairastaviin potilaisiin vaihtelevaa	Suhtautuminen	Asenteet
” Potilaat, joiden mielen-terveydenhäiriöt näkyivät somaattisessa hoidossa, aiheuttivat hoitajissa myös negatiivisia tunteita. Hoitajat kertoivat ärtyvänsä ja turhautuvansa potilaisiin ja siihen, jos somaattiseen sairauteen sitoutuminen näyttäytyi heikkona. Hoitajat kertoivat myös jaksamattomuudentunteestaan hoitaessaan mielen-terveydenhäiriötä sairastavaa potilasta, he kuvasivat, kuinka	Somaattisessa hoidossa olevat mielen-terveyden häiriötä sairastavat ovat aiheuttaneet negatiivisia tunteita hoitajissa, joka on vaikuttanut hoitajien työkentelyyn negatiivisesti	Hoitajien tunteet potilaita kohtaan	Asenteet

eivät jaksaa kuunnella potilasta ja kokivat psykiatrisen hoito-työn itselleen kaukaiselta tuntuvana osa-alueena. (Kurki 2017, 41)			
Sairaanhoitajat kuvasivat tunnistavansa mielenterveydenhäiriötä sairastavan potilaan hyvin moninlaisilla tavoilla. Suurin osa kuvasi tunnistavansa potilaat käyttäytymisen tai ulkonäön perusteella sekä havainnoimalla potilasta. (Kurki 2017, 28)	Mielenterveyden häiriötä sairastavat potilaat tunnistettu käytöksen ja ulkonäön perusteella. Lisäksi on havainnoitu potilasta.	Mielenterveyden häiriöiden tunnistaminen.	Varhainen puuttuminen
Hoitajat tunnistivat mielenterveydenhäiriötä lukemalla potilaan esitietoja, läheteitä tai lääkitystietoja. (Kurki 2017, 28)	Mielenterveyshäiriötä sairastavat tunnistettu lukemalla esitietoja, läheteitä tai lääkitystietoja	Potilaiden tunnistaminen	Varhainen puuttuminen
”Rauhallisuuden ylläpitäminen potilastilanteissa oli haastavien mielestä tärkeää, joka rauhoittaa myös potilaiden hättääntynyttä tilannetta”. (Karjalainen 2013, 34)	Rauhallisuuden ylläpitäminen	Rauhoittaminen	Vuorovaikutus
”Keskeistä hoitotyössä on potilaan kokonaisvaltainen hoito ja pyrkimys auttaa potilasta selviämään. Hoidossa tärkeää on myös se,	Keskeistä hoitotyössä on potilaan kokonaisvaltainen hoito ja pyrkimys auttaa selviytymään	Potilaan motivointi hoitoon ja itsehoitoon Koko perheen huomiointi	Terveyden edistäminen

että potilas motivoituu hoitoonsa ja itsehoitoon. Syrjäytymisen ehkäisyssä on kiinnitettävä huomiota koko perheen tilanteeseen jo neuvolasta alkaen.” (Kiviniemi 2020, 33)			
” Potilaalle vertaistuki on joskus paras apu. Haastateltavat toivat esiin sitä, että vaikka potilas pääsisi hoidon piiriin niin hän ei välttämättä tule siellä kuulluksi ja kohdatuksi” (Kiviniemi 2020, 29)	Vertaistuki joskus paras tuki	Vertaistuki	Terveysten edistäminen
” Taitoa on kuulla potilasta ja toimia potilaslähtöisesti. Ei aleta liian aikaisin tulkitsemaan asioita ja tekemään omia johtopäätöksiä, vaan kuullaan oikeasti mitä potilas todella tarvitsee” (Kiviniemi 2020, 28)	Taitoa on potilaan kuuntelu ja toimiminen potilaslähtöisesti.	Potilaan kuuntelu	Vuorovaikutus
” Hoitotyössä on tärkeää tunnistaa asioita ja neuvolasta lähtien tunnistaa syrjäytymisen riskejä. Varhaisella puuttumisella asioihin voidaan vaikuttaa kevyemmin väliintuloin.” (Kiviniemi 2020, 28)	Syrjäytymisen riskien tunnistamisella ja varhaisella puuttumisella voidaan vaikuttaa kevyemmin	Syrjäytymisen riskien tunnistaminen	Varhainen puuttuminen

”Tärkeä hoitotyön taito on ylläpitää toivoa, vaikka sairastuneen elämäntilanne olisi kuinka vaikea tahansa.” (Kiviniemi, 2020 29)	Toivon ylläpito	Tukeminen	Vuorovaikutus
”Iso osa kaikkea hoitotyötä on terveyden edistäminen. Hoidossa on huomioitava useita eri tekijöitä ja se, että asiat liittyvät toisiinsa” (Kiviniemi 2020,27)	Isona osana kaikkea hoitotyötä on terveyden edistäminen. Hoidossa huomioitava eri tekijöiden liittyminen toisiinsa	Terveyden edistämisen on huomiointia siihen, että asiat liittyvät toisiinsa	Terveyden edistämisen
”Huolimatta siitä, että mielenterveyden sosiaaliset tekijät tunnustetaan laajalti, sosiaaliin interventioihin kiinnitetään edelleen vähemmän huomiota mielenterveyden hoidossa kuin farmakologisiin tai psykologisiin lähestymistapoihin.” (Johnson ym. 2021, 14)	Sosiaalisten interventioiden lisääminen mielenterveyden hoitoon farmakologisten ja psykologisten lähestymistapojen rinnalle	Sosiaalisten tekijöiden huomioiminen mielenterveyshoityössä.	Terveyden edistämisen
” Lähestymistapoja hoitotyössä ovat inhimillisuus ja samanarvoinen kohtelu. Arvostavaa kohtaamista on kuulla potilaan näkökulma” (Kiviniemi 2020,33)	Hoitotyön lähestymistapana on inhimillisuus ja samanarvoinen kohtelu.	Kohtaaminen	Vuorovaikutus
” On huomioitava, että ihminen voi elää omanlaistaan hyvää elämää mahdollisista oireistaan huolimatta	Voimavaroja hoidossa tuettava	Voimavarojen tukeminen	Terveyden edistämisen

ja näitä voimavaroja hoidossa on tuettava” (Kiviniemi 2020, 27)			
” Vuorovaikutuksen kuvauksissa matalan kynnyksen mielenterveyspalvelun yksikössä korostui se, millä tavoin työntekijä kohtaa potilaan. Ensisijaisena ja tärkeimpänä asiana potilaan kohtaamisessa painotettiin yhteistyösuhteen luomista potilaaseen niin, että potilas tuntee itsensä kohdatuksi arvokkaana ja ainutlaatuisena ihmisenä.” (Karjalainen 2013, 42)	Potilas tuntee itsensä kohdatuksi arvokkaana ja ainutlaatuisena vuorovaikutuksessa	Kohtaaminen	Vuorovaikutus
” Potilaan kunnioittaminen tarkoitti hänen yksilöllisen kokemuksensa ja tunnemaailmansa arvostamista sellaisenaan. Tällöin työskentely keskittyy potilaan tuomiin ongelmiin, työntekijän huomioimalla samanlaisesti potilaan kyky työstää niitä jostakin toisesta näkökulmasta.” (Karjalainen 2013,24).	Potilaan kunnioittaminen ja yksilöllisten tarpeiden arvostaminen	Kunnioittaminen ja arvostus	Vuorovaikutus
” Tärkeänä pidettiin keskittymistä potilaan ajankohtaisimpiin on-	Työskentely kohdentaminen valittujen ongelmien työstämiseen auttaa potilaan	Kohdennettujen ongelmien työstäminen	Terveysten edistämisen

gelmiin ja niiden ratkaisemiseen konkreettisoin keinoin ja tavoittein. Kohdentaminen valittujen ongelmien työstämiseen auttoi haastateltavien mielestä potilaan voinnin ja yhteisen työskentelyn jäsentämisessä” (Karjalainen 2013, 42)	vointia, sekä yhteisen työskentelyn jäsentämistä		
” Stressittömyyden edistäminen nähtiin mielen hyvinvoinnin edistämisenä ja samalla työuupumuksen, masennuksen ja ahdistuneisuuden ennaltaehkäisyä” (Kjellberg 2018, 31)	Stressittömyyden edistäminen on nähty mielen hyvinvoinnin edistämisenä	Stressittömyyden edistäminen	Terveiden edistäminen
” Resilienssiä pidettiin mielenterveyttä suojaavana tekijänä ja sen katsottiin kuuluvan psykologiseen pääomaan ja psykososiaaliseen mukautumiseen.” (Kjellberg 2018, 32)	Resilienssi suojaava tekijä	Resilienssi	Terveiden edistäminen
” Peruspalveluiden rooliksi kuvataan varhainen puuttuminen ja asioiden puheeksi ottaminen.” (Koskinen 2016, 52)	Varhainen puuttuminen ja puheeksi ottaminen	Varhainen puuttuminen ja puheeksi ottaminen	Varhainen puuttuminen

” Ryhmäkeskusteluissa mielenterveys- ja päihdetyön nähtiin olevan asiakkaan tukemista muutokseen. Siihen sisällytettiin yhteiset keskustelut, ratkaisujen etsiminen yhteistyössä, konkreettisten tavoitteiden asettaminen sekä verkoston kokoaminen.” (Koskinen 2016, 54)	-Yhteiset keskustelut - Ratkaisujen etsiminen -Tavoitteiden asettaminen -Ratkaisujen keksiminen -Verkostojen kokoaminen	Muutoksen tukeminen	Terveiden edistäminen
” Peruspalveluissa perustehtäviin kuuluu luonnollisena osana fyysisen terveyden huomioimisen lisäksi psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin puheeksi ottaminen. Asiakkailla on myös tämä mahdollisuus - ottaa huoli puheeksi.” (Koskinen 2016, 94)	Psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin puheeksi ottaminen	Puheeksi ottaminen	Varhainen puuttuminen
” Alkoholin ja muiden päihteiden käyttö sekä mielen hyvinvointi otetaan helposti puheeksi, ja niistä on luonnollista puhua.” (Koskinen 2016, 94)	Alkoholin ja muiden päihteiden puheeksi ottaminen	Puheeksi ottaminen	Varhainen puuttuminen

” Hyvin toimiva mielenterveys- ja päihdetyö on puheeksi oton, tunnistamisen, hoidon ja hoidon seuraamisen lisäksi asiakkaan tukemista muutokseen, se on mahdollisesti pitkäaikainen prosessi. Muutoksella viitataan pieniin edistymisen merkkeihin asiakkaan elämässä.” (Koskinen 2016, 95)	Asiakkaan tukeminen muutokseen, joka voi olla pitkäaikainen prosessi	Asiakkaan tukeminen	Terveiden edistäminen
” Hyvin toimiva mielenterveys- ja päihdetyö on myös rinnalla kulkemista, motivaation herättelyä, muutosvaiheen tunnistamista, elämäntahallinnatukemista ja käytännön apua, kun on kysymys esimerkiksi työttömyydestä, tulottomuudesta ja asunnottomuudesta.” (Koskinen 2016, 96)	Rinnalla kulkeminen Motivaation herättely Muutosvaiheen tunnistaminen Elämäntahallinnatukeminen Käytännön apu	Kokonaisvaltainen hoito	Terveiden edistäminen
” Hyvin toimivissa peruspalveluissa huomioidaan päihde-, mielenterveys- ja mielenterveys- ja päihdeasiakkaan oma suhtautuminen sairauteensa.” (Koskinen 2016, 97)	Huomioidaan potilaan oma suhtautuminen omaan sairauteen	Potilaan oma suhtautuminen	Vuorovaikutus

” Hoitotyöstä puhuttaessa syrjäytymisen ehkäisyllä tarkoitetaan karkeasti moniammatillista yhteistyötä ja kokonaisvaltaista hoitotyötä, sekä yleinen pyrkimys auttaa potilasta selviytymään (Kiviniemi 2020,33.)”	Kokonaisvaltainen hoitotyö Moniammatillinen yhteistyö Yleinen pyrkimys auttaa potilasta selviytymään	Kokonaisvaltainen hoito	Terveysten edistäminen
---	--	-------------------------	------------------------

