

Opinnäytetyö (AMK)

Sairaanhoidajakoulutus

2023

Charlotta Helle, Sini Laine, Ida Varjo

Työikäisen masennuksen ja ahdistuksen tunnistaminen sairaanhoidajan vastaanotolla

– Narratiivinen kirjallisuuskatsaus



Opinnäytetyö (AMK) | Tiivistelmä

Turun ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitajakoulutus

2023 | 50 sivua

Charlotta Helle, Sini Laine, Ida Varjo

Työkäisen masennuksen ja ahdistuksen tunnistaminen sairaanhoitajan vastaanotolla

- Narratiivinen kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa sairaanhoitajien käytössä olevia menetelmiä työkäisen masentuneisuuden sekä ahdistuneisuuden tunnistamiseen vastaanottotyössä ja millaisia haasteita tunnistamisessa on. Tavoite on lisätä tietoutta, miten vastaanottotyössä sairaanhoitajat kokevat pystyvänsä tunnistamaan työkäisen masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden nykyisillä menetelmillä sekä mitkä asiat koetaan haastavina.

Opinnäytetyö on narratiivinen kirjallisuuskatsaus ja toimeksiantajana toimi Turun ammattikorkeakoulu. Aineisto kerättiin Cinahlista, PubMedistä, Medicistä sekä manuaalisesti. Tutkimuksia aineistoon valikoitui 12 ja ne analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Sairaanhoitajien käytössä olevat menetelmät työkäisten masennuksen ja ahdistuneisuuden tunnistamisessa vastaanottotyössä olivat erilaiset kyselyt, tietotekniset menetelmät sekä sairaanhoitajan ammattitaito. Sairaanhoitajien haasteet tunnistamisessa liittyivät resursseihin, potilaan samanaikaisiin sairauksiin, resursseihin, mielenterveyspotilaan stigmaan, sairaanhoitajan tiedon puutteeseen, potilaan epäselviin oireisiin, organisaation työnjakoon sekä tietoteknisiin haasteisiin. Sairaanhoitajien kohtaamat haasteet vaativat vielä toimia terveydenhuollon kykyyn tunnistaa ja hoitaa työkäisten masennusta ja ahdistuneisuutta oikea-aikaisesti.

Avainsanat: Sairaanhoitajat, masennus, ahdistus, perusterveydenhuolto, tunnistaminen, vastaanotto

Bachelor's | Abstract

Turku University of Applied Sciences

Degree programme in Nursing

2023 | 50 pages

Charlotta Helle, Sini Laine, Ida Varjo

Recognizing depression and anxiety in a working-age patient at the nurse's office

- Narrative Literature Review

The purpose of the thesis was to investigate the methods used by nurses and the challenges encountered in identifying depression and anxiety in working-age individuals. The goal is to increase understanding of how nurses in primary healthcare experience their ability to identify depression and anxiety in working-age individuals using current methods, as well as what aspects are perceived as challenging.

The thesis is a narrative literature review conducted for Turku University of Applied Sciences. The data was collected from Cinahl, PubMed, Medic, and manual searches. Twelve studies were selected for the analysis, which was conducted using inductive content analysis.

Methods used by nurses in identifying depression and anxiety in working-age individuals in outpatient work included various surveys, technological methods and nursing expertise. Challenges faced by nurses in identification were related to resources, concurrent patient illnesses, mental health patient stigma, lack of nursing knowledge, unclear patient symptoms, organizational task allocation, and technological challenges. The challenges faced by nurses underscore the need for actions to enhance the healthcare system's ability to identify and treat depression and anxiety in working-age individuals in a timely manner.

Keywords: Nurses, depression, anxiety, primary healthcare, identification, reception

Sisältö

Käytetyt lyhenteet tai sanasto	6
1 Johdanto	7
2 Työikäisen masennus ja ahdistus	8
2.1 Masennus ja ahdistus sairautena	8
2.2 Lait hoidontarpeen arvion sekä hoidon kiireellisyyden taustalla	12
2.3 Masennuksen ja ahdistuksen tunnistaminen perusterveydenhuollossa	13
3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	15
4 Opinnäytetyön empiirinen toteuttaminen	16
4.1 Kirjallisuuskatsaus menetelmänä ja aineiston valinta	17
4.2 Aineiston analyysi	20
5 Tulokset	22
5.1 Sairaanhoidajien käytössä olevat menetelmät työikäisen masennuksen ja ahdistuksen tunnistamiseksi	22
5.2 Sairaanhoidajien haasteet työikäisten masennuksen ja ahdistuneisuuden tunnistamisessa vastaanottotyössä	26
6 Eettisyys ja luotettavuus	30
7 Pohdinta	32
Lähteet	38
Liitteet	43
Liite 1 Tietokannat ja niissä käytetyt hakusanat	43
Liite 2. Esimerkki induktiivisen sisällönanalyysin menetelmistä ja haasteista	44
Liite 3. Valitut tutkimukset	47

Taulukot

Taulukko 1. Tutkimusten mukaanotto- ja poissulkukriteerit	19
---	----

Kuviot

Kuvio 1. Tutkimuksien valintaprosessi.	20
--	----

Kuvio 2. Sairaanhoidajien käytössä olevat menetelmät tunnistaa työikäisen masennus ja ahdistuneisuus.	22
---	----

Kuvio 3. Sairaanhoidajien käytössä olevat menetelmät tunnistaa työikäisen masennus ja ahdistuneisuus.	26
---	----

Käytetyt lyhenteet tai sanasto

AUD-C	Alcohol Use Disorders Identification Test
BMH	Brief Mental Health
GAD	Generalized Anxiety Disorder
KBT	Kognitiivinen käyttäytymisterapia
PHQ	Patient Health Questionnaire

1 Johdanto

Maailmanlaajuisesti 301 miljoonaa ihmistä kärsi vuonna 2019 ahdistuneisuushäiriöistä ja masennuksesta viisi prosenttia koko väestöstä, arvioi maailman terveysjärjestö (WHO 2023 a,b). Masennus on yhä suuri kansanterveydellinen haaste. Suomessa on viime vuosina pystytty puuttumaan sekä ennaltaehkäisemään masennusta, tehostamalla hoitoa ja tukemalla työssä selviytymistä. (Markkula & Sivusaari 2017.) Viivästyksen masennuksen hoidon aloitus on merkittävässä asemassa potilaan toipumisen kannalta (Kampman ym. 2017, 68). Masennuksen ja ahdistuksen riski kasvaa, kun henkilöllä on lisäksi muita sairauksia tai riippuvuuksia, tai jos hän kokee köyhyyttä, työttömyyttä tai henkilökohtaista menetystä. Masennuksella on vakavia seurauksia sairastuneiden, heidän perheidensä ja hoitajiensa elämälle, samoin kuin laajemmin yhteiskunnalle ja taloudelle. (The Health Policy Partnership 2022.) Sairaanhoidajien vastaanottojen vakiintuessa osana perusterveydenhuoltoa, ne tarjoavat useita etuja terveydenhuoltojärjestelmässä. Hoitajavastaanotot voivat auttaa vähentämään ruuhkia ja odotusaikoja terveydenhuoltojärjestelmässä ja tarjoavat nopeamman hoitoon pääsyn. (Flinkman 2018.) Sairaanhoidajat voivat parantaa potilaiden hoitoon pääsyä omalta osaltaan viivästyttömällä hoidon aloituksella (Kampman ym. 2017, 68).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa sairaanhoidajien käytössä olevia menetelmiä työikäisen masentuneisuuden sekä ahdistuneisuuden tunnistamiseen vastaanottotyössä ja millaisia haasteita tunnistamisessa on. Opinnäytetyön tavoite on lisätä tietoutta, miten vastaanottotyössä sairaanhoidajat kokevat pystyvänsä tunnistamaan työikäisen masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden nykyisillä menetelmillä sekä mitkä asiat koetaan haastavina. Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Turun ammattikorkeakoulu.

2 Työikäisen masennus ja ahdistus

Suomalaisten työikäisten keskeisin mielenterveysongelma on masennus. Vuoden 2017 tehdyn Kansallisen FinTerveys -tutkimuksen mukaan työikäisten masennusoireiden yleisyys oli lähes 12 prosenttia sekä viimeisen 12 kuukauden aikana lääkärin toteama tai hoitava masennuksen määrä oli seitsemän prosenttia. (FinTerveys 2017.)

Masennus ja ahdistuneisuushäiriöt ovat suomalaisten työikäisten merkittävin syy työstä poissaolopäiville Kelan tekemän tutkimuksen mukaan, jossa tutkittiin sairauspoissaolorahapäivien syitä. Masennus ja ahdistuneisuushäiriöt ovat vuosina 2016–2019 ohittaneet tilastoissa määrällään jo muun muassa tuki- ja liikuntaelin sairauksista johtuvat sairauspoissaolorahapäivien lukumäärän. (Blomgren & Perhoniemi 2021.) Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt ovat vuoden 2022 tehdyn tutkimuksen mukaan toiseksi yleisin syy siirtyä työkyvyttömyyseläkkeelle, vuosina 2019–2021 mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt olivat yleisin syy siirtyä työkyvyttömyyseläkkeelle. Masennus itsessään vei työkyvyttömyyseläkkeelle melkein kymmenen ihmistä päivää kohden vuonna 2021. (Eläketurvakeskus 2022; Eläketurvakeskus 2023a.)

Mielenterveydenhäiriöistä ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisiä, ja yleistynyttä ahdistuneisuushäiriötä esiintyy noin kuudella prosentilla perusterveydenhuollon potilaista. Paniikkihäiriö vaikuttaa noin neljään prosenttiin ja sosiaalisten tilanteiden pelko seitsemään prosenttiin perusterveydenhuollon asiakkaista. Näitä häiriöitä ali diagnosoidaan usein, mikä johtaa kärsimykseen ja toimintakyvyn heikkenemiseen. Ahdistuneisuushäiriöt aiheuttavat potilaille kärsimystä ja lisäävät perusterveydenhuollon palvelujen tarvetta, korostaen tarvetta tunnistaa ne perusterveydenhuollon vastaanotolla. (Viikki & Leinonen 2015, 538.)

2.1 Masennus ja ahdistus sairautena

Masennus on tila, jonka oireet ovat kestäneet vähintään kaksi viikkoa. (Markula 2016; Väänänen 2022; Depressio: Käypä hoito –suositus 2023.) Siihen liittyy vähintään kaksi kolmesta tyypillisestä oireesta. Näitä oireita ovat masentunut mieliala, joka vaikuttaa

potilaalla lähes koko päivän, melkein päivittäin. Toinen oire on mielenkiinnon menetys sellaisista asioista, jotka normaalissa arjessa tuovat iloa, esimerkiksi harrastukset. Kolmas oire on huomattava väsymys ja energian puute. Tavallisiin arjen askareisiin ei tunnu olevan energiaa lainkaan. Lisäksi vähintään neljän muun oireen luokitellaan olevan masennuksen tunnusmerkkejä, muun muassa itseluottamuksen ja itsetunnon menetys, syyllisyyden kokeminen, kuoleman sekä itsemurhakäyttäytymisen ajatukset, ajattelun sekä keskittymisen heikentyminen, hidastuminen tai levottomuuden tunne, nukkumisvaikeudet, muutokset painossa tai ruokahalussa. Lievässä masennuksessa potilaalla on neljä tai viisi oiretta, keskivaikeassa masennuksessa kuusi tai seitsemän oiretta ja vakavassa masennuksessa kahdeksan kymmeneen oiretta. (Markkula 2016; Käypä hoito -suositus 2023.)

Masennustila alkaa yleensä tietyistä laukaisevista tapahtumista, kuten kriiseistä, loukkauksista, pettymyksistä tai vakavasta uupumuksesta. Kun tämä masentunut mieliala jatkuu pitkään, jopa päivistä viikkoihin, kuukausiin tai vuosiin, se luokitellaan usein masennustilaksi, joka tunnetaan myös nimellä depressio. Tämä tila on monimutkainen ja sillä on monia taustalla vaikuttavia tekijöitä. Mielenkiintoista on, että ne, jotka kamppailevat vakavan masennuksen kanssa, eivät aina tunne itseään perinteisesti ”masentuneiksi”, vaan he saattavat kokea väsymystä, ärtyneisyyttä tai ilottomuutta. (Kampman ym. 2017, 10.)

Depressiot ovat monimutkaisia sairauksia, joiden syntymiseen vaikuttavat biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät yksilöllisellä tavalla. On olemassa pitkäaikaiseen yksilölliseen alttiuteen liittyviä vaaratekijöitä sekä laukaisevia tekijöitä, jotka voivat käynnistää masennuksen. Perinnöllinen alttius, kaltoinkohtelun kaltaiset kehitykselliset riskitekijät, altistavat persoonallisuuden piirteet ja kielteiset elämäntapahtumat ovat keskeisiä tekijöitä. Perinnöllinen alttius korostuu erityisesti vaikeiden ja toistuvien masennusjaksojen yhteydessä. Masennuksen patogeneesissä biologiset mekanismit, kuten geneettiset, neurokemialliset, neurofysiologiset, neuroendokrinologiset ja kronobiologiset tekijät, ovat keskeisiä. Samanaikaisesti psykologiset ja sosiaaliset mekanismit vaikuttavat synnyttämällä, ylläpitämällä ja vahvistamalla masentunutta mielialaa. Yhteenvedona voidaan todeta, että depressioiden taustalla vaikuttavat moninaiset ja keskenään liittyvät tekijät, ja niiden ymmärtäminen edellyttää kokonaisvaltaista näkökulmaa biologisiin, psykologisiin ja sosiaalisiin elementteihin. (Depressio: Käypä hoito –suositus 2023.)

Masennusjaksojen tyypillinen kesto on kolmesta neljään kuukautta, mutta noin 15–20 prosentilla potilaista masennus saattaa kestää pitkään tai muuttua krooniseksi. On havaittu, että noin kolme neljäsosaa masentuneista toipuu kahdesta seitsemään vuoden seurannan aikana. Kliinisissä potilasotoksissa toipumisprosentti on hieman alhaisempi, noin puolet potilaista toipuu samassa aikajaksossa. Kun toipumista arvioidaan oireiden lievenemisen perusteella diagnoosin sijaan, toipuneiden osuus voi olla vielä pienempi. On myös huomattava, että vaikka masennuksesta toipuneilla voi olla jäännösoireita, kuten kognitiivisia ongelmia, ne ovat yleisiä myös toipumisen jälkeen. (Markkula & Sivusaari 2017.)

Yleistyneelle **ahdistuneisuushäiriölle** on tunnusomaista jatkuva huolehtiminen ja murehtiminen, mikä on tiedossa myös ennakoivaksi ahdistuneisuudeksi. Nämä tuntemukset ovat vallitsevia useimpina päivinä ja jatkuvat yli puolen vuoden ajan. Ennakoiva ahdistuneisuus ei rajoitu vain yhteen tiettyyn huolenaiheeseen, vaan se vaikuttaa useisiin elämän osa-alueisiin ikään kuin yleisenä huolestumisen taipumuksena. Monet yksilöt voivat tiedostaa, että heidän huolensa ovat suhteettomia tilanteeseen nähden, mutta eivät pysty lopettamaan ahdistuneisuutta pelkällä päätöksellä. (Rovasalo 2022.)

Yleistyneen ahdistuneisuushäiriön kliiniseen kuvaan kuuluu aina myös autonomisen hermoston välittämiä oireita, kuten nopeaa sydämen sykettä ja vapinaa. Lisäksi henkilö voi kokea epämääräisiä oireita rintakehän ja vatsan alueella sekä erilaisia kiputiloja. Tämän häiriön yhteydessä ilmenee usein kohtuutonta huolta myös näistä fyysisistä oireista, mikä voi lisätä tarvetta hakeutua lääkärin tutkimuksiin. On tavallista, että noin puolet yleistyneestä ahdistuneisuushäiriöstä kärsivistä potilaista hakeutuu lääkäriin somaattisten eli ruumiillisten oireiden perusteella. Jos potilaalla ilmenee epämääräisiä somaattisia oireita, tai hänellä on useita erilaisia oireita, saattaa taustalla piillä psyykkisistä ahdistusta tai psykiatrista häiriötä. Tämä korostuu erityisesti silloin, kun oireet eivät reagoi tavallisiin hoitomenetelmiin. On tärkeä pitää mielessä, että jopa pieniltä vaikuttavat somaattiset oireet voivat viitata vakavaan psyykkiseen häiriöön. (Rovasalo 2022.)

Yleistyneen ahdistuneisuushäiriön pääasiallinen oire on pitkäaikainen ahdistuneisuus, joka ilmenee liiallisena huolehtimisena monista arkipäivän asioista ja on vaikea hallittava. Potilaat tiedostavat itse tämän liiallisen huolestuneisuuden, mutta eivät yleensä liitä sitä somaattisiin oireisiinsa. Yleistyneen ahdistuneisuushäiriön erottaa

esimerkiksi hypokondriasta siinä, että lääkärin tutkimus ja somaattisten vaivojen toiminnallisuudesta kertominen rauhoittaa heitä ainakin tilapäisesti. Häiriön tunnistaa normaalista huolestuneisuudesta erityisesti sen pitkäaikaisuus (kestää vähintään 6 kuukautta), vaikea hallittavuus, moninaiset somaattiset oireet ja toimintakyvyn heikkeneminen. Tämä näkyy esimerkiksi työsuorituksen heikentymisenä keskittymisvaikeuksien takia, ja potilas saattaa kokea vaikeuksia nukahtamisessa iltaisin jännittyneisyyden ja huolestumisen vuoksi. (Viikki & Leinonen 2015, 538.)

Ahdistuneisuushäiriöt ovat monitahoisia sairauksia, joiden syntyyn vaikuttavat biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät. Geneettisesti aiheutuvat tekijät ovat merkittäviä, ja näiden häiriöiden esiintyvyys suvussa voi vaihdella 30–60 prosentin välillä. Erityiset piirreominaisuudet, kuten negatiivinen affektiivisuus eli kielteisiin tunteisiin voimakkaasti reagoiminen ja korostunut estyneisyys, voivat altistaa ahdistuneisuushäiriöiden kehittymiselle. Riski ahdistuneisuushäiriöille kasvaa, jos potilaalla on aiemmin ollut ahdistuneisuushäiriö, paniikkikohtauksia, nykyistä tai aiempaa mielialahäiriötä, masennusoireita tai vähintään kaksi pitkäaikaista elimellistä sairautta yhdistyneenä heikentyneeseen elämänhallintaan. Lapsuuden perheen kasvatusilmapiirillä, kuten vanhempien välisillä riidoilla, ylisuojelevuudella tai hylkäävällä vuorovaikutuksella, sekä varhaisella eroamisella vanhemmista, voi olla altistava vaikutus ahdistuneisuushäiriöille. Lisäksi lapsuuden traumaattiset kokemukset, koulukiusaaminen sekä fyysinen ja seksuaalinen kaltoinkohtelu ovat yleisiä tekijöitä, jotka altistavat ahdistuneisuushäiriöiden kehittymiselle. On myös huomionarvoista, että ahdistuneisuushäiriöt voivat vaikuttaa haitallisesti esimerkiksi koulutukseen ja johtaa heikompaan sosioekonomiseen asemaan.

(Ahdistuneisuushäiriöt: Käypä-hoito suositus 2019.)

Kognitiivinen käyttäytymisterapia (KBT) on osoittautunut tehokkaaksi yleistyneen ahdistuneisuushäiriön ja masennuksen hoidossa verrattuna perinteiseen psykiatriseen hoitoon, lumehoitoon tai odottamiseen hoitoon pääsyssä. KBT:ssa yhdistetään ajatusten uudelleenmuokkaus ja altistaminen, ja se on osoittautunut tehokkaimmaksi erityisesti yleistyneeseen ahdistuneisuushäiriöön liittyvien masennusoireiden lieventämisessä. Tutkimustulokset viittaavat siihen, että KBT voi vähentää merkittävästi yleistyneen ahdistuneisuushäiriön oireita ja samanaikaisesti ilmenevää masennusta. On kuitenkin huomioitava, että hoidon tehokkuus voi vaihdella oireiden vakavuuden ja mahdollisten samanaikaisten psykiatristen häiriöiden perusteella. Uudemmat kognitiiviset psykoterapiat näyttävät myös olevan tehokkaita lievittämään yleistynyttä

huolestuneisuutta, ja KBT:lla saavutetut tulokset voivat säilyä positiivisina jopa 12 kuukautta hoidon päättymisen jälkeen. Lisäksi psykodynaamiset psykoterapiat ja hyväksymis- ja omistautumisterapia voivat tarjota vaihtoehtoisia lähestymistapoja yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoidossa. (Ahdistuneisuushäiriöt: Käypä-hoito suositus 2019.)

2.2 Lait hoidontarpeen arvion sekä hoidon kiireellisyyden taustalla

Suomen perusterveydenhuollon palveluita ohjaa sosiaali- ja terveysministeriön määrittelemä lainsäädäntö. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa myös lainsäädännön kehittämisestä sekä uudistusten toteutuksen ohjaamisesta. (STM 2023.)

Hyvinvointialueen asukkaille järjestettävän mielenterveyden hoidosta määritellään terveydenhuoltolaissa (1326/2010), miten hoito on järjestettävä sekä missä aika kriteereissä kiireelliseen sekä kiireettömään hoitoon on päästävä. Myös mielenterveyslaki (1116/1990) antaa tiettyjä määräyksiä hoidon toteutukselle, tässä laissa mainitaan pykälässä neljä muun muassa, että ensisijaisesti hoito pyritään järjestämään avopalveluina, niin että potilas hakeutuu hoitoon oma aloitteisesti tukemalla itsenäistä suoriutumista.

Vastaanotolla työskentelevä sairaanhoitaja eli terveydenhuollon laillistettu ammattihenkilö saa toteuttaa hoidontarpeenarviointia, lain mukaan joka on määritetty terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994). Noudattaen muun muassa terveydenhuoltolain (1326/2010) luvussa 6 määriteltyä kriteeristöä, josta selviää milloin tarkoitetaan kiireellistä ja milloin kiireetöntä hoitoa. Terveydenhuoltolaki (1326/2010) määrittää myös, missä ajassa hoidon tarpeen arvio täytyy perusterveydenhuollossa toteuttaa.

Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut yhtenäisen ohjetiedoston aikuisten kiireellisen hoidon perusteista hoidon arviointia varten, josta käy ilmi selkeästi millaisessa aikavälissä ahdistuneisuus tai masennus oireinen potilas tarvitsee hoitoa (STM 2019). Se, koska potilas kuuluu perustasoisen ja koska erityistasoisen hoidon piiriin, käy ilmi sosiaali- ja terveysministeriön laatimasta kiireettömän hoidon perusteet oppaasta. Perustason tehtäviin kuuluu muun muassa mielenterveyden tukeminen ja ennaltaehkäisy sekä tavallisten mielenterveyden häiriöiden tunnistaminen ja hoito sekä

potilaan perheenjäsenten, omaisten ja läheisten tukeminen. Erityistason tehtävät tarkentuvat osittain perustason toimintayksiköiden osaamisen pohjalta. Erityistason tehtäviin kuuluu kuitenkin seuraavia, kuten potilaskonsultaatiot silloin, kun nopeaa psykiatrista hoitoa mahdollisesti tarvittaisiin tai potilaan oireet ovat vaikeita, eikä tila korjaannu odotetusti, työ- tai toimintakyky on heikentynyt tai potilas on itsetuhoinen. Erityistaso tukee myös perustasoa diagnostisissa arvioissa sekä niiden tarkennuksissa. Hoito toteutetaan kuitenkin aina perus- ja erityistason yhteistyössä. Oppaat antavat suosituksia, mutta päätös täytyy, tehdään aina loppupeleissä yksilöllisesti. (STM 2019.)

2.3 Masennuksen ja ahdistuksen tunnistaminen perusterveydenhuollossa

Tutkimuksien mukaan perusterveydenhuollossa masennuksen ja ahdistuksen tunnistamista haastaa myös se että, osassa somaattisia sairauksia on samankaltaista oirekuvaa (Poutanen & Salokangas 1995; Isometsä ym. 2023; Viikki & Leinonen 2015). Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö on vaikea tunnistaa, koska lähes puolet näistä potilaista hakeutuvat perusterveydenhuollon vastaanotolle somaattisten oireiden vuoksi. Tavallisesti oireisiin kuuluvat autonomisen hermoston oireet, kuten nopea sydämen syke, sekä erilaiset kipuoireet, kuten niska-, hartia-, rinta- ja vatsakivut, sekä univaikeudet, jotka saavat potilaat hakemaan apua lääkäriltä. (Viikki & Leinonen 2015, 538.)

Lievien ja keskivaikeiden masennustapausten käsittely on perusterveydenhuollon vastuulla, kun taas vaikeammat tapaukset vaativat erikoissairaanhoidon interventiota. Perusterveydenhuollon kolmiomalli on osoittautunut tehokkaaksi, siihen kuuluvat yleislääkäri, erikoistunut sairaanhoitaja ja konsultoiva psykiatri yhdessä. (Fanning-Lund 2017, 17.)

Tutkimuksessa todettiin, että varhaisella tunnistamisella ja puuttumisella voidaan välttää pitkien sairaslomien syntyä, työkyvyttömyyttä ja ennenaikaiselle eläkkeelle siirtymistä. Lisäksi kustannukset yhteiskunnalle ovat merkittäviä. (Lehtonen & Kauronen 2013, 114.) Varhaisessa vaiheessa aloitettu hoito on tehokkain, jolloin masennus ei ehdi pitkittyä ja potilas pystyy näin ollen itse vielä myötävaikuttamaan paranemiseensa. Leimautumisen tunne voi kuitenkin hyvin tyypillisesti estää ihmisiä hakemasta ja vastaanottamasta apua, joka pahentaa tilannetta. Yhteiskunnalle

aiheutuneiden suorien ja epäsuorien kustannusten arvioitiin olleen 11,14 miljardia euroa vuonna 2015. Suomen bruttokansantuotteesta hiukan yli viisi prosenttia meni mielenterveysongelmien aiheuttamiin kustannuksiin suoraan tai välillisesti vuonna 2015. (The Health Policy Partnership 2022.)

Varhainen tunnistaminen ja tehokas hoito on keskeistä masennuksen hoidossa. Varhainen havaitseminen edellyttää, että terveydenhuollon ammattilaiset osaavat kysellä potilaan tuntemuksista ja tunnistaa epätavalliset oireet. Tätä varten voidaan käyttää erilaisia kyselyitä ja tutkimuskaavakkeita. (Depressio: Käypä hoito –suositus 2023.)

Masennuksen hoidon viivästyminen lisää vakavuuden riskiä, joten terveysasemilla on perustettu psykiatristen sairaanhoitajien akuuttivastaanottoja parantamaan matalan kynnyksen interventiota. Nopea interventio on avainasemassa masennuksen hoidossa ja kroonistumisen ehkäisyssä. (Faninger-Lund 2017, 17.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa sairaanhoitajien käytössä olevia menetelmiä työikäisen masentuneisuuden sekä ahdistuneisuuden tunnistamiseen vastaanottotyössä ja millaisia haasteita tunnistamisessa on.

Opinnäytetyön tavoite on lisätä tietoutta, miten vastaanottotyössä sairaanhoitajat kokevat pystyvänsä tunnistamaan työikäisen masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden nykyisillä menetelmillä sekä mitkä asiat koetaan haastavina.

Tutkimuskysymykset:

1. Millaisia menetelmiä sairaanhoitajilla on käytössä työikäisten masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden tunnistamiseksi?
2. Millaisia haasteita sairaanhoitajilla on masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden tunnistamisessa vastaanottotyössä?

4 Opinnäytetyön empiirinen toteuttaminen

Työikäiset kohtaavat usein masennuksen ja ahdistuksen haasteita. Yleistyneen ahdistuneisuushäiriön ja masennuksen yleisyys korostaa tarvetta tehokkaalle ja varhaiselle tunnistamiselle. Terveystieteiden ammattilaisten tulee olla valmiita kohtaamaan näissä asioissa herkästi potilaat. Varhainen havaitseminen ja moniammatillinen lähestymistapa voivat merkittävästi parantaa potilaiden elämänlaatua ja toimintakykyä. (Oksanen 2015.)

Työkyvyttömyyseläkettä saavien määrä oli 192 000 vuonna 2020 Suomessa asuvien osalta ja se on tämän mukaan laskenut kymmenessä vuodessa yli 25 prosenttia. Työkyvyttömyyseläkettä vuonna 2020 saaneista 21 prosenttia oli 55–59-vuotiaita ja 20 prosenttia 45–54-vuotiaita, 13 prosenttia alle 35-vuotiaita. Näiden eläkkeen saajien perusteena yli puolella oli mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt, jotka jakautuivat lähes tasaisesti naisten ja miesten kesken. (Eläketurvakeskuksen- tilastoja 2021.) Työeläkejärjestelmästä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyi 2022 vuonna 17 900 työikäistä, näistä 34 prosenttia mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi (Eläketurvakeskus 2023b).

Yleistyneen ahdistuneisuushäiriön tunnistaminen tapahtuu yleensä huolestumisen asteen ja ahdistuksen yleisten oireiden perusteella. On kuitenkin tavallista, että henkilö hakeutuu lääkärin vastaanotolle fyysisen vaivan vuoksi, tietämättä itse olevansa ahdistunut. Tässä tilanteessa ammattilaisen on osattava tiedustella vaivan taustalla olevia syitä. On tärkeää kysyä, onko henkilöä kuormittanut tai stressannut jokin asia. Vastaanotolla on syytä kiinnittää huomiota potilaan levottomuuteen, pelokkuuteen tai tuskaisuuteen. Ahdistusta voivat viestiä myös fyysiset oireet, kuten vapina, hikoilu ja ihon punoitus. On huomattava, että ahdistus voi ilmetä myös ajoittain, ja potilas voi vaikuttaa rauhalliselta vastaanotolla. Yleistyneen ahdistuneisuushäiriön kärsijöillä esiintyy usein erityistä ahdistuneisuutta iltaisin, ja nukahtaminen voi olla vaikeaa. On myös yleistä, että yleistynyt ahdistuneisuushäiriö liittyy masennukseen, ja 30–60 prosenttia sairastuneista masentuu jossain vaiheessa. Ahdistuneisuushäiriö heikentää toimintakykyä ja altistaa siten masennukselle. Näiden syiden takia on sairaanhoitajien oltava erityisen tarkkaavaisena vastaanotoilla, jotta potilaat ohjataan oikeanlaisen avun piiriin oikeaan aikaan. (Oksanen 2015.)

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Turun Ammattikorkeakoulu

4.1 Kirjallisuuskatsaus menetelmänä ja aineiston valinta

Narratiivisen kirjallisuuskatsauksen oletusarvoon ei kuulu kriittisyys, mutta luonne voi joskus olla kriittinen. Kirjallisuuskatsauksessa toteutetaan uutta tutkimusta jo tehtyjen tutkimusten perusteella muttei tarjota varsinaista analyttistä tulosta.

Kirjallisuuskatsauksen vaiheita ovat tiedonhaku, valinta ja käsittelyprosessi. (Salminen 2011.) Kuvailevan eli narratiivisen kirjallisuuskatsauksen muodon toteutus on melko vapaa, erityispiirteitä ovat aineistolähtöisyys, ymmärtäminen ja kuvailu.

Tutkimuskysymys on kirjallisuuskatsausta ohjaava tekijä. Käsiteltävän aiheen historia sekä kehityskulku pyritään kuvailemaan tiiviisti ja johdonmukaisesti. (Kangasniemi ym. 2013.) Opinnäytetyö toteutettiin narratiivisena kirjallisuuskatsauksena. Tämän kirjallisuuskatsauksen tyyppin avulla pyrittiin tuomaan mahdollisimman laaja-alainen kokonaiskuva aiheesta.

Kirjallisuuskatsauksessa oleellisena osana tiedonhakua on luoda tutkimuskysymys, jota voidaan tarkastella yhdestä tai useammasta näkökulmasta. Jos halutaan tutkia asiaa syvällisesti, täytyy tutkimuskysymyksen olla riittävän rajattu ja täsmällinen, jos taas halutaan tarkastella aihetta monilta näkökannoilta, täytyy tutkimuskysymyksen olla tarpeeksi väljä. (Kangasniemi ym. 2013.) Tässä opinnäytetyössä tutkimuskysymyksiä on kaksi, kysymykset käsittävät samaa aihealuetta mutta eri näkökulmista. Ensimmäinen kysymys käsittelee, millaisia menetelmiä sairaanhoitajilla on jo käytössä masennuksen ja ahdistuksen tunnistamisessa. Toinen kysymys lähestyy aihetta koettujen haasteiden kautta, joita sairaanhoitajilla on masennuksen ja ahdistuksen tunnistamisessa.

Tutkimuskysymys ohjaa haetun aineiston valintaa, koska tarkoituksena on löytää aineisto, joka mahdollisimman hyvin vastaa tutkimuskysymykseen. Aineiston valinnalle on kaksi eri tapaa, on käsitteet implisiittinen valinta sekä eksplisiittinen valinta, jotka eroavat toisistaan prosessiltaan hieman. Molemmissa tavoissa käytetään tieteellisesti relevantteja lähteitä. Implisiittisessä ei erikseen tuoda esille aineiston hankintaan käytettyjä tietokantoja eikä sisäänotto- ja arviointikriteereitä, mutta tuodaan sen sijaan esille valinnan osuvuutta ja luotettavuutta. Eksplisiittisessä aineiston valinnassa taas käytetään hyötynä kieli- ja aika rajauksia sekä tehdään tiedonhaku systemaattisesti

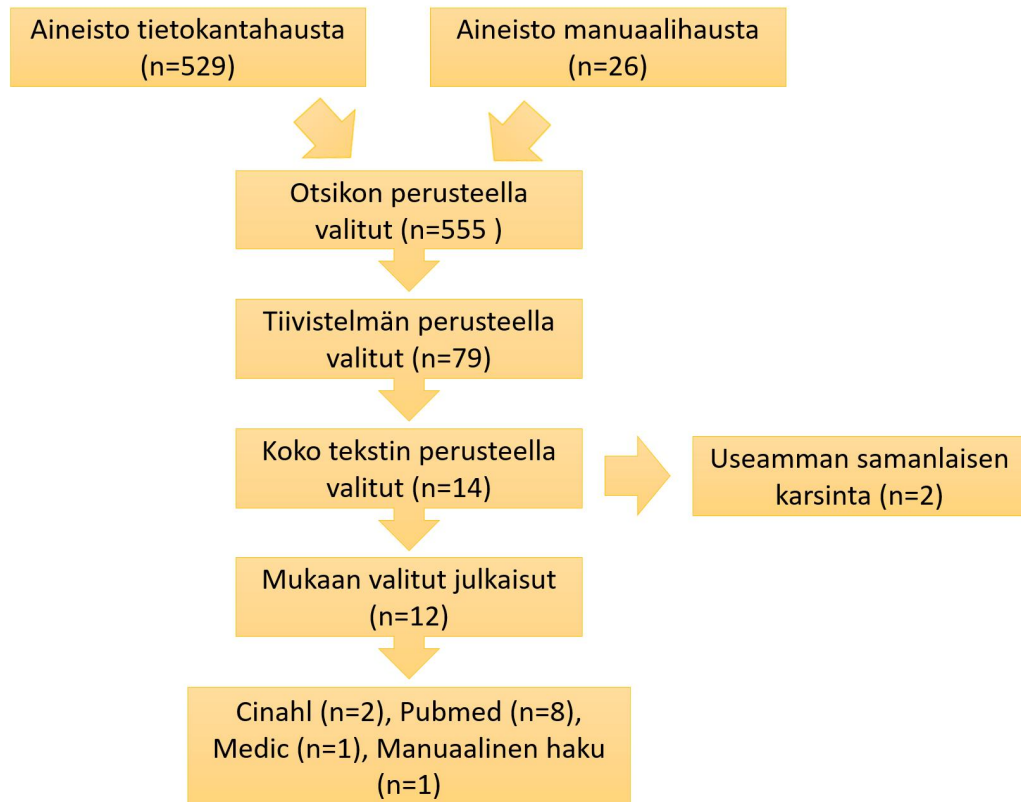
rajattujen hakusanojen kautta. (Kangasniemi ym. 2013.) Opinnäytetyössä käytettiin ekspliiittistä aineiston valintaa hakien tietoa hoitotyön ja terveysalan keskeisimmistä tietokannoista. Tietokannoiksi valittiin PubMed, Medic sekä Cinahl. Hakusanat valikoituivat tarkasti tutkimuskysymyksen pohjalta. Ensimmäisessä tietokantahaussa englanniksi käytettäviä hakusanoja olivat; *“anxiety”, “depression”, “nurse”, “reception”, “recognize”, “identification”* sekä *“detection”*. Suomeksi käytettäviä hakusanoja olivat ensin: *“ahdistus”, “masennus”, “hoitaja”, “vastaanotto”, “tunnistaa”, “epäillä”* sekä *“arvioida”*. Tietokannoissa hyödynnettiin Boolean AND- ja OR-operaattoreita sekä toimintoa, joka ohjaa hakemaan hakusanat otsikon, tiivistelmän tai kokotekstin mukaan, näin saatiin hakutuloksia täsmennettyä vastaamaan tutkittavaa aihetta. Ensimmäisessä haussa tutkimustuloksia ei ollut riittävästi, eivätkä tulokset vastanneet tutkimuskysymyksiin riittävällä tarkkuudella. PubMedin kautta valikoitui ensimmäisessä haussa kolme tutkimusta, jotka valittiin työhön ja tämän jälkeen suoritettiin uusi haku. Toisessa tietokantahaussa englanniksi käytettäviä hakusanoja olivat; *“anxiety”, “depression”, “mental health”, “nurse”, “reception”, “primary care”, “recognize”, “identification”* sekä *“detection”, “screening”,* ja *“barrier”*. Suomeksi käytettäviä hakusanoja olivat: *“ahdistus”, “masennus”, “hoitaja”, “vastaanotto”, “tunnistaa”, “epäillä”* sekä *“arvioida”*. Lisäksi tietoa haettiin manuaalisesti vapaammalla hakusana haulla. Tiedonhaku on kuvattuna tarkemmin liitteessä 1.

Narratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa valittu aineisto ei perustu ainoastaan tietyn tyylisen aineiston valintaan, vaan se antaa mahdollisuuden poiketa vapaammin prosessista. Lisäksi narratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa aineisto, joka valitaan, saa olla tieteellisten artikkelien lisäksi esimerkiksi pääkirjoituksia tai konferenssijulkaisuja, kunhan valittu aineisto vastaa tutkimuskysymykseen. (Kangasniemi ym. 2013.) Valikoitu aineisto perustui mukaanotto ja poissulku kriteereihin (Taulukko 1). Tutkimusten mukaanottokriteereinä oli myös lääkärin vastaanottoa koskevia tutkimuksia, koska aineistoa itsessään sairaanhoitajien vastaanottoa koskevista tutkimuksista löytyi suppeasti, usein mukaan otetuista tutkimuksista oli havaittavissa yhteistyötä sairaanhoitajan ja lääkärin välillä, vaikkei tutkimuksissa välttämättä eritelty heidän työn kuvaansa tutkimuksissa.

Taulukko 1. Tutkimusten mukaanotto- ja poissulkukriteerit

Mukaanottokriteerit	Poissulkukriteerit
Aineisto on julkaistu vuosien 2013-2023 aikana	Aineisto on ennen 2013 julkaistu
Tutkimus on kokonaan luettavissa	Tutkimus ei ole kokonaan luettavissa
Kieli on suomi tai englanti	Kieli on muu kuin suomi tai englanti
Potilaiden ikä on yli 18 vuotta	Potilaiden ikä on alle 18 vuotta
Vastaa vähintään toiseen tutkimuskysymykseen	Ei vastaa kumpaankaan tutkimuskysymykseen
Lääkärien ja/tai sairaanhoitajien vastaanottoa koskeva tutkimus	Muiden kuin lääkärin ja/tai sairaanhoitajien vastaanottoa tai ei käsittele vastaanottotyötä vaan esim. puhelin tai chat työskentelyä

Opinnäytetyöhön valikoitui lopulta kaksitoista tutkimusta lopulliseen analysointiin, näistä kolme valikoitui ensimmäisen tietokantahaun kautta ja manuaalisen haun kautta yksi. Jälkimmäisessä tietokanta haussa mukaan valikoitui kahdeksan tutkimusta. Valintaprosessi tutkimuksien osalta kuvataan kuviossa 1.



Kuvio 1. Tutkimuksien valintaprosessi.

Tutkimuksien valintaprosessissa karsittiin useasta tietokannasta löytyneet samat tutkimukset pois, näitä samoja tutkimuksia löytyi kaksi kappaletta samoista tietokannoista.

4.2 Aineiston analyysi

Induktiivinen sisällönanalyysi on laadullisen tutkimuksen menetelmä, jossa muodostetaan kategorioita. Sisällönanalyysi jaotellaan kolmeen päävaiheeseen, jotka ovat valmistelu-, analysointi- ja raportointivaihe. (Elo ym. 2022.) Analyysiosuus käyttää induktiivista sisällönanalyysia tutkiakseen aineistolähteisesti sairaanhoitajien keinoja työikäisten masennuksen ja ahdistuneisuuden tunnistamiseen perusterveydenhuollossa, sekä tunnistamisessa olevissa haasteissa.

Valmisteluvaiheen jälkeen toiseen vaiheeseen kuuluu analyysiyksikön valinta, sekä aineistoon perehtyminen ja aineiston ryhmittely (Elo ym. 2022). Analyysiprosessi alkoi avoimella lähestymistavalla, jossa tutustuttiin laadulliseen aineistoon, jotta saatiin yleiskuva aineiston sisällöstä ja kontekstista. Aineistoa pelkistettiin ensimmäisessä vaiheessa tutkimuskysymysten avulla. Tällöin aineistosta esiin nousevat vastaukset voitiin luokitella ryhmiin ja kerätä taulukkoon.

Toisessa vaiheessa aineistoa ryhmiteltiin ominaisuuksien perusteella. Käsitteitä sekä teemoja syntyi vasta analyysin edetessä. Tämä mahdollisti uusien näkökulmien ja ilmiöiden huomioimisen. Aineistoa käsiteltiin systemaattisesti, joka tuki tutkimuskysymysten tarkastelua. Tarkoituksena pelkistetyistä ilmaisuista oli etsiä eriävyyksiä ja yhteneväisyyksiä. Kategoriat nimettiin sisältöä kuvaavasti ja yhdistettiin samaa sisältöä omaavat kategoriat ja näistä muodostui pääkategorioita menetelmistä ja haasteista. Sisällön analyysin eteneminen on kuvattu liitteessä 2.

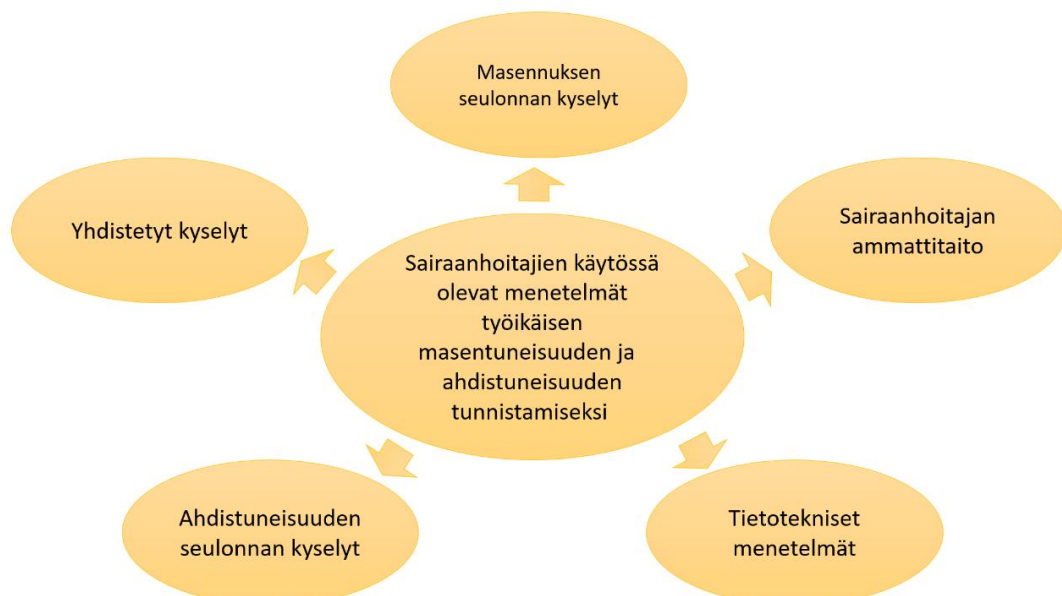
Viimeisessä eli raportointivaiheessa tulokset kuvataan ja tekstin lisäksi aikaisempia tutkimuksia peilataan pohdinnassa saatuihin tuloksiin (Elo ym. 2022). Tulokset tulkittiin ja niitä käytetään vastaamaan tutkimuskysymyksiin sekä lopuksi raportointiin tulokset. Työ valmistui joulukuussa 2023 ja julkaistiin Theseuksessa.

5 Tulokset

Kirjallisuuskatsauksessa tarkasteltiin kahtatoista eri tutkimusta suomen- ja englanninkielisiä, jotka kattavat vuodet 2013–2023. Tutkimukset valikoituivat vastaamaan tutkimuskysymyksiin ja kriteerinä oli kokoteksteinä saatavat tutkimukset. Tutkimukset olivat suurimmaksi osaksi peräisin Suomesta (n=2) sekä muutamia kansainvälisiä tutkimuksia Kanadasta (n=1), Alankomaista (n=2), Yhdysvalloista (n=3), Englannista (n=3), Etelä-Afrikasta (n=1) ja ne hyödynsivät erilaisia tutkimusmenetelmiä, kuten kirjallisuuskatsauksia, kyselyjä ja haastatteluja. Tutkimusten kohteina olivat sairaanhoitajat, potilaat ja joissain tapauksissa myös muita terveydenhuollon ammattiryhmiä. Perustiedot tutkimuksista löytyvät liitteestä 3.

5.1 Sairaanhoitajien käytössä olevat menetelmät työikäisen masennuksen ja ahdistuksen tunnistamiseksi

Tulosten mukaan sairaanhoitajien käytössä olevat menetelmät työikäisten masennuksen ja ahdistuneisuuden tunnistamisessa vastaanottotyössä olivat *yhdistetyt kyselyt, masennuksen seulonnan kyselyt, ahdistuneisuuden seulonnan kyselyt, tietotekniset menetelmät sekä sairaanhoitajan ammattitaito* (Kuvio 2).



Kuvio 2. Sairaanhoitajien käytössä olevat menetelmät tunnistaa työikäisen masennus ja ahdistuneisuus.

Yhdistetty kysely on apuna mielenterveyshäiriöiden tunnistamisessa (Pols ym. 2017; Bhana ym. 2019). Mielenterveyshäiriöt sisältävät tyypillisesti masennuksen ja ahdistuksen lisäksi psykoaktiivisten aineiden käytön tai alkoholinkäytön häiriön, jonka vuoksi lyhyttä seitsemän kohtaista kyselyä voidaan hyödyntää tunnistamisessa. Brief Mental Health (BMH) seulontakyselyssä yhdistyy kolme eri kyselyä, jotka ovat Alcohol Use Disorders Identification Test (AUD-C), Patient Health Questionnaire (PHQ-2) sekä Generalized Anxiety Disorder (GAD-2). Lyhyen kyselyn avulla tunnistetaan myös herkemmin oireettomat potilaat, eikä ylikuormiteta sairaanhoitajia väärin positiivisten arviointien kanssa. Lyhyen kyselyn hyödyntäminen perusterveydenhuollossa voisi parantaa tunnistusta ja lisätä hoidon saaneiden potilaiden määrää. (Bhana ym. 2019.) Portaittainen hoitomalli voisi olla toimiva ja kustannustehokas menetelmä ehkäistä masennusta perusterveydenhuollossa. Mallin mukaisesti aloitetaan vähemmän intensiivisillä hoidoilla, jonka edistymistä seurataan ensin tarkasti. Potilaat, jotka eivät parane riittävästi, siirtyvät intensiivisempään hoitoon, joka tehostaa resurssien käyttöä. Kansainvälisissä mielenterveysarvioinneissa on hyödynnetty Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9) -lomaketta, joka osoittautui tehokkaaksi välineeksi mielenterveyskeskustelujen käynnistämisessä. Säännöllisesti täytettynä kyselylomake tarjosi potilaille syvempää ymmärrystä heidän mielenterveydestään. (Pols ym. 2017.) Potilaat ja sairaanhoitajat pitivät erityisen tärkeänä mielenterveyden seurantaan yhdistetyillä kyselyillä, heti kroonisen sairauden diagnoosin yhteydessä (Pols ym. 2017).

Masennuksen seulonnan kyselyitä, joita nousi tutkimuksissa esille, olivat Patient Health Questionnaire-9 sekä Patient Health Questionnaire-2 (Mitchell ym. 2016; Horton ym. 2016). Patient Health Questionnaire-2 eli PHQ-2-kysely sisältää kaksi PHQ-9 kyselyn ensimmäistä ja keskeisintä kysymystä (Mitchell ym. 2016; Horton ym. 2016). Nämä kaksi kyselyn kysymystä käsittelevät kiinnostuksen menetystä ja alakuloista mielialaa viimeisen kahden viikon ajalta. PHQ-2 kyselyn tulos vaihtelee nollasta kuuteen ja raja-arvona pidetään yleisesti suurempaa tai yhtä suurta kuin kaksi. (Mitchell ym. 2016.) Tämän kyselyn luotettavuudesta tutkimukset osoittavat sen olevan hyvä menetelmä perusterveydenhuollossa masennuksen seulontaan (Mitchell ym. 2016; Horton ym. 2016).

Patient Health Questionnaire-9 kyselystä käytetään lyhennettä PHQ-9 (Mitchell ym. 2016; Horton ym. 2016). Tässä kyselyssä on yhdeksän kohdan mittaristo masennusoireista. Kyselyyn kuuluu neljä kohtaa somaattisista oireista sekä viisi

kohtaa, jotka käsittävät masentuneen mielialan ajatuksia ja tunteita. Jokaiseen kohtaan vastatessa, potilasta pyydetään miettimään oireitaan viimeisen kahden viikon ajalta. Vastaus vaihtoehtoina ovat: ei lainkaan eli nolla pistettä, useana päivänä on yksi piste, yli puolet päivistä on kaksi pistettä tai lähes joka päivä on kolme pistettä. (Horton ym. 2016). Maksimipistemäärä tässä kyselyssä on 27 pistettä, ja raja-arvona masennuksen epäilylle pidetään kymmenen tai yli. (Mitchell ym. 2016; Horton ym. 2016.)

Nykyisten raja-arvojen herkkyyden nähtiin olevan lähellä optimaalista PHQ-9 ollessa kymmenen tai yli ja PHQ-2 kaksi tai yli testeissä ajatellen, mutta tulisi harkita raja-arvojen rajaamista seuraavasti; suurempi kuin 14 PHQ-9:ssä ja suurempi kuin kuusi PHQ-2:ssa (Mitchell ym. 2016). Kaiken kaikkiaan PHQ-2, pidettiin validina seulontatyökaluna ja PHQ-9 nähtiin riittävänä seulonnan vaiheessa tutkimuksen mukaan (Horton ym. 2016). Erään tutkimuksen mukaan masennuksen seulonnan prosenttia todennäköisesti parantaisi jos PHQ-2 ja PHQ-9 kyselyiden täyttäminen olisi mahdollista myös vaihtoehtoisella tavalla, asiaa pitäisi tutkia terveydenhuoltojärjestelmien toimesta (Last ym. 2021). Sairaanhoidajat pitivät tutkimuksen mukaan PHQ-2 hyvänä ja nopeana seulontamenetelmänä (Horton ym. 2016). Tutkimuksissa tuodaan myös ilmi, että käytännöllisintä olisi käyttää ensin PHQ-2- kyselyä ja vasta tarvittaessa PHQ-9- kyselyä tai vastaavaa kyselyä (Mitchell ym. 2016; Horton ym. 2016).

Ahdistuneisuuden seulonnan kyselyt nousivat esille tutkimuksissa (Muntingh ym. 2013; Kujanpää ym. 2014). Näitä olivat suomenkieliset GAD-2 ja GAD-7 kyselyt, jotka ovat päteviä menetelmiä havaitsemaan yleistyneitä ahdistuneisuushäiriöitä perusterveydenhuollon potilailla. Lisäksi käy ilmi, että suomenkieliset versiot ovat myös päteviä seulonnan menetelmänä, mutta nähdään tarpeellisena raja-arvon määrittämisen lisätutkimukset. (Kujanpää ym. 2014.) Lisäksi tutkimuksissa mainitaan The Patient Health Questionnaire Anxiety Modul, josta käytetään lyhennettä PHQ. PHQ on 22 kysymystä sisältävä kysely, jossa 15 ensimmäistä kysymystä seuloo paniikkihäiriön osalta ja loput seitsemän kysymystä yleistyneen ahdistuneisuushäiriön oireita. Potilaita pyydetään vastaamaan kysymyksiin ei lainkaan, useina päivinä tai yli puolet päivistä viimeisen neljän viikon aikana. Tutkimuksessa käy myös ilmi, että tämä kysymys moduuli on käyttökelpoinen korkean riskin potilailla perusterveydenhuollossa käytettynä. (Muntingh ym. 2013.)

Tietoteknisiä menetelmiä käytettiin sairaanhoitajien apuna masennuksen tunnistuksessa. (Mitchell ym. 2016; Jeffrey ym. 2021; Last ym. 2021).
Pilottitutkimuksessa luotiin sähköinen sovellus, jonka potilas pystyi täyttämään ennen vastaanottoa tai sen aikana. Kyselyn tulokset synkronoituivat suoraan potilastietojärjestelmään. Tämä sähköisen sovelluksen käyttö nähtiin mahdollisena apuvälineenä masennuksen seulonnassa. (Last ym. 2021.) Sähköisen sovelluksen kautta täytetyssä kyselyssä PHQ-9 seulontaprosentti oli korkeampi. Tämän nähtiin selittyvän luultavasti sillä, että PHQ-2- kysely eteni automaattisesti PHQ-9- kyselyyn, jos potilas sai suppeammasta testistä positiivisen tuloksen. (Last ym. 2021.)
Pilvipohjaisella alustalla seulontatietojen kerääminen parantaisi seulonnan hallintaa ja vähentäisi aikaa (Jeffrey ym. 2021). PHQ-2 on olemassa sovellus, jossa oireiden ilmaantuvuutta kysytään kahden viikon sijaan viimeisen kuukauden ajanjaksolta (Mitchell ym. 2016).

Sairaanhoitajan ammattitaito nousi esiin edistävänä tekijänä masennuksen ja ahdistuksen tunnistamisessa (Roberge ym. 2016; Pols ym.2017; Bhana ym.2019).
Potilaiden haastatteluista tuli ilmi, että hyvä henkilökohtainen yhteys sairaanhoitajaan määritteli sen, tunsivatko potilaat voivansa keskustella mielenterveysongelmistaan (Pols ym.2017). Tutkimuksissa todettiin, että merkittävin kriteeri tunnistamisessa oli sairaanhoitajan vastaanotolla aloitettu arvio, joka pohjautuu Programme for Improving Mental Health Care -yhteistyömalliin. Tämä malli luottaa ammattitaitoisiin sairaanhoitajiin, jotka on koulutettu käyttämään menetelmiä mielenterveyshäiriöiden diagnosointiin. (Bhana ym.2019.) Sairaanhoitajien tehtävien laajentaminen mielenterveyshuollossa on myös katsottu merkitseväksi tekijäksi (Roberge ym. 2016).
Tutkimuksen mukaan valtaosa sairaanhoitajista koki, että heidän ohjauksensa motivoivan haastattelun kanssa paransi potilaiden sitoutumista hoitoon (Pols ym. 2017). Edistämiseen ja helpottamiseen tähtäävät toimenpiteet korostivat yhteistyötä ja moniammatillisuutta. Keskeisenä tekijänä oli halu tarjota mahdollisuuksia yhteistyöhön. Yhteisten työkalujen, asiakirjojen ja yksinkertaistettujen hoitopolkujen käyttö, sekä tehokkaat viestintämekanismit nähtiin ratkaisuina yhteistyön helpottamiseksi ja hoidon jatkuvuuden edistämiseksi. Ammatillisen yhteistyön lisääminen sekä hoitoon pääsyn parantaminen olivat selviä keinoja potilaisen hoidon laadun parantamiseksi. (Roberge ym. 2016.)

5.2 Sairaanhoitajien haasteet työikäisten masennuksen ja ahdistuneisuuden tunnistamisessa vastaanottotyössä

Tulosten mukaan sairaanhoitajien haasteet työikäisten masennuksen ja ahdistuneisuuden tunnistamisessa vastaanottotyössä osoittautuivat *resurssit, potilaan samanaikaiset muut sairaudet, mielenterveyspotilaan stigma, sairaanhoitajan tiedon puute, potilaan epäselvät oireet, organisaation työnjako sekä tietotekniset haasteet*. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Sairaanhoitajien käytössä olevat menetelmät tunnistaa työikäisen masennus ja ahdistuneisuus.

Resurssien puute ilmeni yhdeksi haasteeksi tunnistaa masennus ja ahdistus sairaanhoitajan vastaanotolla (Seong-Yi Baik ym. 2013; Kuusinen-Laukka 2019). Resurssien puute ilmenee, ettei hoitohenkilökunnalla ole tarpeeksi aikaa vastaanotoilla perehtyä potilaaseen, jolloin masennuksen ja ahdistuksen tunnistaminen vaikeutuu. Resurssien puute vaikuttaa myös potilaan jatkohoidon järjestämiseen. Ne vaikeuttivat pitkäaikaisen hoitosuhteen muodostumista perusterveydenhuollossa.

(Kuusinen-Laukka 2019.) Koettiin, ettei vastaanotolla aika riittänyt kattavaan tutkimukseen potilaan mielenterveyden tilan selvittämiseen. (Seong-Yi Baik ym. 2013; Jeffrey ym. 2021.) Hoitohenkilökunnan resurssit sekä potilaan sitoutumattomuuden haasteeksi ensihoidossa, tutkimuksessa, joka käsitteli pilvipalvelupohjaisen seulontalomakkeen käyttöä (Jeffrey ym. 2021).

Potilaan samanaikaiset muut sairaudet vaikeuttavat tunnistamista (Muntingh ym 2013; Seong-Yi Baik ym. 2013; Kuusinen-Laukka 2019). Tunnistamisen tulisi tapahtua, kun potilas esittelee somaattisia sairauden oireita, toimintakyvyn laskua, riittämättömän hoitovasteen, päihdeongelman, palvelujen runsaan käytön tai vaillinaisen elämänhallinnan ongelmia. Masennuksesta ja ahdistuksesta aiheutuu potilaalle myös fyysisiä oireita, jotka vaikeuttavat tunnistamista. (Muntingh ym 2013; Seong-Yi Baik ym. 2013; Kuusinen-Laukka 2019.) Tutkimusten mukaan, kun potilaalla on kolme tai useampia somaattisia sairauksia, masennuksen esiintyminen on erittäin todennäköistä. Tunnistamalla ja käsittelemällä monihäiriöistä masennusta voidaan parantaa potilaan hyvinvointia ja terveyttä somaattisten sairauksien hoidon rinnalla. (Kuusinen-Laukka 2019.)

Mielenterveyspotilaan stigma nousi esiin tutkimuksissa (Muntingh ym 2013; Barnes ym. 2019; Kuusinen-Laukka 2019). Potilaat tuovat tutkimuksessa esille, että hyvä viestintä ja hoidon jatkuvuus ovat tärkeitä. Esteinä tässä tutkimuksessa mukana olevat potilaat kokivat kuulluksi tulemattomuuden, leimaamisen- ja ajanpuutteen pelon. Sekä pelon, että lääkäri asettaisi psyykkiset oireet fyysisten edelle. (Barnes ym. 2019.) Stigma aiheutti myös sen, että tutkimukseen vastasi vain 32,6 % potilaista, joille tutkimuskaavake lähetettiin (Muntingh ym 2013). Useat tekijät, kuten yhteiskunnassa vallitseva mielenterveyspotilaan stigma sekä sairaanhoitajan omat ennakkoluulot vaikuttavat negatiivisesti masennuksesta kärsivän potilaan kohtaamiseen ja masennuksen tunnistamiseen. On huolestuttavaa, että vain 20 prosenttia niistä, jotka kamppailevat psyykkisten ongelmien kanssa, hakeutuu hoitoon. (Kuusinen-Laukka 2019.) Joillakin masennuksesta tai ahdistushäiriöstä kärsivillä potilailla oli tunne, että hoitohenkilökunta leimasi heidät. Tämä aiheutti heille ahdistusta ja saattoi vaikuttaa siihen, miten he ilmaisivat myös oireensa ja minkä hoitovaihtoehdon valitsivat. (Roberge ym. 2016.) Tutkimuksen mukaan todettiin, että leimautumisen pelon ja pelon siitä, että mielenterveysongelma menee fyysisten ongelmien edelle aiheuttaa, ettei potilas halua paljastaa välttämättä mielenterveysongelmiaan. Tutkimuksen mukaan

stigma saattaa olla vähemmän nuoremmassa sukupolvessa, mutta olemassaolo jatkuu vanhemman miessukupolven kokemana. (Barnes ym. 2019.)

Sairaanhoidajan tiedonpuute todettiin tutkimuksissa yhdeksi haasteeksi (Muntingh ym. 2013; Pols ym. 2017; Bhana ym. 2019; Kuusinen-Laukka 2019; Jeffrey ym. 2021; Last ym. 2021). Hoitohenkilökunta kokee tiedoissaan puutteita, jolloin masennuksen ja ahdistuksen tunnistaminen vaikeutuu (Muntingh ym. 2013; Kuusinen-Laukka 2019). Lisäkoulutusta pidettiin aiheellisena (Jeffrey ym. 2021; Last ym. 2021). Tärkeänä tätä pidettiin käyttäytymisterveyden arvioinnin ja potilaan terveyden kokonaisvaltaisen terveydentilan hahmottamisen vuoksi (Jeffrey ym. 2021). Sekä silloin kun seulonnan tehtäviä siirretään ei-kliinisen henkilökunnan ja terveydenhuollon avustajien vastuulle (Last ym. 2021). Kuusinen-Laukka (2019) toteaa tutkimuksessaan, että on merkittävää korostaa, että mielialasta tulisi keskustella ja kysyä säännöllisesti, eikä pelkästään silloin, kun negatiiviset tunteet ovat jo ilmeisiä. Haasteena masennuksen ja ahdistuneisuuden tunnistuksessa ovat myös potilaiden kulttuurilliset erot. Potilaiden kulttuuriset erot vaativat erityishuomiota, kun arvioidaan heidän mielenterveyttään. (Kuusinen-Laukka 2019.) Sairaanhoidajat, joilla ei ollut kokemusta mielenterveystyöstä, mainitsivat puutteenaan koulutuksen, taidot ja kokemuksen tunnistaa ja hoitaa yleisesti mielenterveysongelmia. Sairaanhoidajat kokivat kuitenkin tutkimuksen mukaan tärkeiksi hallita näitä taitoja, sillä heidän kokemuksensa mukaan erilaiset mielenterveysongelmat häiritsevät usein somaattisia ongelmia, ja he pitivät näitä taitoja olennaisina kokonaisvaltaiselle hoidolle. (Pols ym. 2017.) Tutkimuksessa on myös osoitettu, että perusterveydenhuollossa käytetyt ohjeet masennus- ja ahdistusoireiden tunnistamiseksi olivat vähäiset, ja hoitajat tekivät usein moninkertaisia diagnooseja tai jättivät diagnoosin epävarmaksi. Tämä voi johtua siitä, että perusterveydenhuollon sairaanhoidajat eivät aikaisemmin tunnustaneet potilaita mielenterveyshäiriöiden kanssa, ja tiedon puute vaikuttaa asiaan. (Bhana ym. 2019.) Masennus on yleistä kroonista sairautta sairastavilla potilailla, ja sillä on korkea henkilökohtainen ja yhteiskunnallinen taakka, joka voi olla jopa ehkäistävissä. Somaattiset hoitajat kuitenkin ilmaisivat osaamisensa puutteen mielenterveysongelmien tunnistamisessa ja hoidossa. (Pols ym. 2017.)

Potilaan epäselvät oireet vaikeuttivat ahdistuneisuushäiriön tunnistamista (Muntingh ym. 2013; Barnes ym. 2019). Tutkimuksessa selvisi, että vain kolmasosa ahdistuneisuushäiriöistä diagnosoitiin oikein. Tutkimuksessa todettiin, että potilaan henkilökohtaiset ominaisuudet vaikuttavat testituloksiin, epäselvät oireet vaikeuttavat

potilaan oireiden tulkintaa. (Muntingh ym 2013.) Tutkimus osoittaa että, potilaalla on usein ensin somaattisia oireita ja he tunnistavat itse oireidensa johtuvan psyykkisestä voinnista, tunnistetaan useammin kuin he, jotka normalisoivat oireensa (Barnes ym. 2019).

Organisaation työnjaossa on koettu olevan haasteita (Roberge ym. 2016). Tutkimuksessa nousi myös esille hoitajien ja potilaiden osalta, että tehostettu moniammatillinen viestintä ja yhteistyö sekä lisääntynyt koulutus hoitajille mielenterveysongelmista ja saatavilla olevista resursseista olisi merkityksellistä. Tarve kattavalle ja koordinoitulle lähestymistavalle mielenterveyden hoitoon perusterveydenhuollon yhteydessä olisi tärkeää. (Roberge ym. 2016.)

Tietotekniset haasteet nousivat myös yhdeksi haasteeksi (Last ym. 2021). Tutkimuksessa tutkittiin mahdollisuutta masennuksen seulontaan sähköisesti ja kävi ilmi, että osa potilaista ei sähköisesti pystynyt tekemään sitä. Terveystieteiden ammattihenkilöt ilmaisivat myös huolensa muuttuneen käytännön aiheuttamasta lisävastuusta. (Last ym. 2021.)

6 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksessa noudatetaan hyväksytyjä tiedeyhteisön toimintatapoja, mikä edellyttää tutkimustyön, tulosten tallentamisen, esittämisen sekä tutkimusten ja tulosten arvioinnin rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta. Tutkimuksessa sovelletaan tiedeyhteisön hyväksymiä ja eettisesti kestäviä menetelmiä tiedonhankintaan, tutkimukseen ja arviointiin. Lisäksi pyritään pitämään tutkimuksen tulokset avoimina ja harjoittamaan vastuullista tiedeviestintää tulosten julkaisemisen yhteydessä. (TENK 2012.)

Opinnäytetyön eettiset näkökulmat ovat keskeinen osa tutkimuksen suunnittelua ja toteutusta. Opinnäytetyössä noudatettiin korkeita eettisiä standardeja varmistaakseen tutkimuksen luotettavuuden ja rehellisyyden. Opinnäytetyössä käytettiin luotettavia lähteitä ja menetelmiä, jotta varmistuttiin, että käytettävät tutkimukset ovat rakennettu vahvalle tieteelliselle perustalle. Lähde- ja tekstiviittausten käytöstä huolehdittiin tarkasti ja tutkimukset esitettiin vääristelemättä niitä. Arkaluontoista aineistoa ei ole, joka vaatisi erityisiä toimenpiteitä. Opinnäytetyö tarkistetaan plagioinnin tunnistamiseksi ennen julkaisemista.

Erillisiä tutkimuslupia ei opinnäytetyössä tarvittu, koska aineistona käytettiin jo olemassa olevia tutkimuksia. Opinnäytetyössä oli kolme tekijää, jotka ottivat vastuun yhdessä koko työstä. Tämä lisäsi työn luotettavuutta, kun tekijöitä oli useita. Vastuu oli jaettu ja aineistoa valittu ja haettu yhdessä, sekä tutkimuksia on tulkittu yhdessä. Ohjaavan opettajan kanssa pidettiin kerran viikossa etätapaaminen. Tapaamisissa ohjaavan opettajan kanssa saatiin ohjausta sekä käytiin läpi työtä vaihe vaiheelta. Valmis opinnäytetyö tallennettiin Theseus-tietokantaan ja lähetettiin toimeksiantajalle, eli Turun ammattikorkeakoululle.

Kangasniemi ym. (2013) korostavat tutkimuskysymyksen selkeän esittelyn merkitystä luotettavuuden kannalta. Opinnäytetyön luotettavuutta vahvistivat avoimesti ilmaistut tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset, jotka ohjasivat työn toteutusta. Käytetyt menetelmät kuvattiin selkeästi luotettavuuden arvioinnissa. Tutkimusaineistoa haettiin kolmesta eri luotettavasta tietokannasta, yhdenvertaisilla hakusanoilla ja rajauksilla. Turun ammattikorkeakoulun informaattikkoa hyödynnettiin apuna hakusanojen muodostamisessa sekä rajauksissa. Kansainvälisten tutkimusten tulosten käännessä suomen kielelle hyödynnettiin MOT- kielipalvelua, google kääntäjää sekä chatGPT:tä ja

verrattiin saatuja käännöksiä keskenään luotettavuuden lisäämiseksi, jotta käänнос vastasi tutkimuksen tuloksia. Opinnäytetyössä käytettiin mukaanotto- ja poissulkukriteerejä, jotta löydettiin sopivaa aineistoa vastaamaan tutkimuskysymyksiin. Tutkimukset, jotka valikoituivat sisällön analyysiin, käytiin läpi useasti alleviivaten oleelliset asiat. Tutkimuksista saadut tulokset kirjattiin taulukkoon Word-tiedostoon. Alkuperäisilmaisut ja pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin alaluokkiin. Työn luotettavuuden parantamiseksi edettiin tekoprosessin aikana systemaattisesti.

Tutkimuksen luotettavuuden arviointiin vaikuttaa merkittävästi käytettyjen menetelmien selkeä kuvaaminen. On tärkeää antaa yksityiskohtainen kuvaus tutkimusaineistosta, koska tämä vaikuttaa suoraan tutkimuksen luotettavuuteen. Aineiston valintatapa, eli se, miten tutkimusaineisto on valittu, on myös keskeinen tekijä luotettavuuden kannalta. Lisäksi tutkimuksen tulisi liittyä tiiviisti teoriataustaan, jotta tutkimuksen luotettavuus vahvistuu. Teoriataustan liittäminen tutkimukseen auttaa perustelemaan tutkimuksen valintoja ja luo vahvemman pohjan tutkimuksen uskottavuudelle. (Kangasniemi ym. 2013.)

Tutkimuksia, jotka käsitelivät suoraan sairaanhoitajan näkökulmasta tunnistaa masennus ja ahdistus ei juurikaan löytynyt, joten tutkimuksiksi valikoitui myös yleislääkäreille tehtyjä tutkimuksia aiheesta. Tutkimuksissa kuitenkin nousi ammattitermejä esille, joita ei suoraan Suomen terveydenhuollossa ole, esimerkkeinä olivat “practice managers” ja “medical assistant” (Last ym. 2021). Toisaalta julkaisuissa käytettiin myös laajempaa käsitystä terveydenhuollon henkilökunnasta esimerkiksi “health assesment” tarkentamatta henkilöiden ammatteja välttämättä (Jeffrey ym. 2021). Voisiko nämä tutkimuksissa esille nousseet ammattiryhmät olla kuitenkin vastaavia kuin Suomessa sairaanhoitaja, se jää tutkimuksissa avoimeksi. Tutkimuksissa ei rajattu selkeästi potilasryhmiä työikäisiin. Tutkimukset käsittivät pääosin aikuisväestöä, mukaan lukien väestön, joka mahdollisesti oli siirtynyt tai siirtymässä työelämästä eläkkeelle. Poissulkukriteereihin kuului lapset ja nuoret, joten lapsia ja nuoria käsitteleviä tutkimuksia ei huomioitu tuloksissa.

7 Pohdinta

Sairaanhoitajien vastaanottojen vakiintuessa osana perusterveydenhuoltoa, ne tarjoavat useita etuja terveydenhuoltojärjestelmässä. Hoitajavastaanotot auttavat vähentämään ruuhkia ja odotusaikoja terveydenhuoltojärjestelmässä ja tarjoavat nopeamman hoitoon pääsyn. Tällöin hoitajat voivat käsitellä monia perusterveydenhuollon tarpeita ennakoivasti ja potilaat voivat saada tarvitsemansa hoidon nopeammin kuin odottamalla lääkäriaikaa. Palvelujen saatavuuden parantamiseksi, hoitajat voivat ottaa vastuulleen laajemmin terveydenhuollon tehtäviä mikä voi lisätä kokonaiskapasiteettia ja parantaa palvelujen saatavuutta. Tämä on erityisen tärkeää alueilla, joilla on pulaa lääkäreistä, sillä hoitajavastaanotot mahdollistavat työnjaon ammattihenkilöiden välillä kustannustehokkaasti. Hoitajat voivat hoitaa rutiinitehtäviä, seurata kroonisia sairauksia, antaa rokotuksia, tarjota perusterveydenhuoltoa sekä tunnistaa jo varhaisessa vaiheessa masentunut ja ahdistunut potilas. Hoitajavastaanottojen lisäämisellä arvioidaan voivan saavuttaa kustannussäästöjä. Hoitajat voivat tarjota laadukasta perusterveydenhuoltoa edullisemmin kuin lääkärit, mikä voi auttaa hallitsemaan terveydenhuollon kustannuksia. (Flinkman 2018.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa sairaanhoitajien käytössä olevia menetelmiä työikäisen masentuneisuuden sekä ahdistuneisuuden tunnistamiseen vastaanottotyössä ja millaisia haasteita tunnistamisessa on. Tavoite on lisätä tietoutta, miten vastaanottotyössä sairaanhoitajat kokevat pystyvänsä tunnistamaan työikäisen masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden nykyisillä menetelmillä sekä mitkä asiat koetaan haastavina.

Aiempaa tutkimustietoa aiheesta löytyi kohtalaisesti ja opinnäytetyöhön saatiin aiempien tutkimusten tuloksia tarkastellen koottua riittävä katsaus. Opinnäytetyössä käytettiin tutkimuksia, jotka oli tuotettu Suomessa sekä kansainvälisesti. Tutkimuksien tulokset olivat yhtenäisiä, vaikka ne olivatkin tuotettu eri maissa.

Ahdistuneisuushäiriöstä kärsi vuonna 2019 maailmanlaajuisesti 301 miljoonaa ihmistä ja masennuksesta viisi prosenttia koko väestöstä (WHO 2023 a,b). Suomessa on viime vuosina pystytty puuttumaan sekä ennaltaehkäisemään masennusta, hoitoa tehostamalla ja tukemalla potilaiden työssä selviytymistä (Markkula & Sivusaari 2017). Hoidon aloitus mahdollisimman nopeasti ja tehokkaasti, on merkittävässä roolissa

potilaan toipumisen kannalta (Kampman ym. 2017, 68). Suomessa mielenterveydenhäiriöt olivat toiseksi suurin syy siirtyä työkyvyttömyyseläkkeelle vuonna 2022 (Eläketurvakeskus 2022; Eläketurvakeskus 2023). Varhainen tunnistaminen perusterveydenhuollossa on todettu tärkeäksi työikäisen masennuksen ja ahdistuksen tunnistamisessa.

Varhaisella havaitsemisella edellytetään, että terveydenhuollon ammattilaiset osaavat kysyä potilaan tuntemuksista ja tunnistaa epätavalliset oireet. Tätä varten voidaan käyttää erilaisia kyselyitä ja tutkimuskaavakkeita. (Depressio: Käypä hoito –suositus 2023; Pols ym. 2017; Bhana ym. 2019.) Masennuksen seulontaan on olemassa hyviä kyselyitä, jotka nousivat esiin tutkimuksissa (Mitchell ym. 2016; Horton ym. 2016). Suomenkieliseksi käännettynä GAD-2 sekä GAD-7 olivat päteviä kyselyitä perusterveydenhuollossa ahdistuneisuuden tunnistamiseen (Kujanpää ym. 2014). Masennuksen seulonnan kyselyissä pätevinä osoitettiin PHQ-2 ja PHQ-9 kyselyitä (Mitchell ym. 2016; Horton ym. 2016). Yhdistettyjä kyselyitä masennuksen ja ahdistukseen tunnistamiseen oli myös saatavilla (Pols ym. 2017; Bhana ym. 2019). Tutkimuksessa ilmeni BMH- lyhyt kyselyn hyödyt yleisten mielenterveyden häiriöiden tunnistamiseen perusterveydenhuollossa (Bhana ym 2019). Kyselyiden säännöllinen käyttö mielenterveyspotilailla havaittiin tutkimuksissa hyödylliseksi sekä tehokkaaksi. Portaittainen hoitomalli näyttäytyi myös harkinnan arvoisena lähestymistapana, erityisesti masennuksen ehkäisyssä perusterveydenhuollossa. Tällainen joustava hoitomalli voi optimoida resurssien käyttöä ja varmistaa, että potilaat saavat tarvitsemansa hoidon. (Pols ym. 2017.)

Sairaanhoitajien rooli perusterveydenhuollossa herätti kiinnostusta useista näkökulmista. Tulokset viittasivat siihen, että sairaanhoitajien ammattitaidolla on suuri merkitys potilaiden oireiden tunnistamisessa ja ohjaamisessa oikean avun piiriin. (Bhana ym. 2019; Kuusinen-Laukka 2019.) Tutkimustulokset toivat esiin myös potilaiden näkökulman sairaanhoitajan vastaanotolta. Näissä todettiin että, hyvä henkilökohtainen yhteys sairaanhoitajaan oli avainasemassa mielenterveyskeskustelun aloituksessa, joka korostaa edelleen inhimillisen vuorovaikutuksen merkitystä hoitotyössä. Kokonaisuutena sairaanhoitajien rooli mielenterveydenhoidossa vaikuttaa keskeiseltä perusterveydenhuollossa. Tulevaisuudessa voi olla tärkeää jatkaa tutkimusta sairaanhoitajien roolista mielenterveyden seulonnassa sekä kehittää koulutusohjelmia, jotka vahvistavat heidän valmiuksiaan tällä alueella. Samalla on olennaista säilyttää potilaslähtöinen lähestymistapa, joka tukee avointa keskustelua ja

varhaista puuttumista mielenterveysongelmiin. Erityisen kiinnostavaa on huomata, miten sairaanhoitajien rooli korostuu mielenterveysongelmista keskusteltaessa. Sairaanhoitajien ammattitaito ja koulutus näyttelevät merkittävää roolia mielenterveyshäiriöiden tunnistamisessa ja hoitamisessa (Pols ym. 2017).

Kyselylomakkeiden käyttöön liittyy myös teknologisia mahdollisuuksia. Tietokone- ja tablettisovellusten käyttö mielenterveysseulonnoissa voi tehostaa prosessia ja tarjota potilaille helpon tavan ilmaista oireitaan (Last ym. 2021). Tämä voi erityisesti parantaa seulonnan hallintaa ja vähentää hoitohenkilökunnan aikaresurssien kuormitusta. Pilvipohjaiset alustat voivat helpottaa seulontatietojen keräämistä ja jakamista terveydenhuollossa. (Last ym. 2021.) Toisaalta, vaikka teknologia tarjoaa uusia mahdollisuuksia, tutkimustulokset myös osoittavat, että sairaanhoitajan inhimillinen läsnäolo ja ohjaus ovat korvaamattomia. Sairaanhoitajan ammatillisen taidon ja ohjauksen nähtiin parantavan potilaiden motivaatiota ja osallisuutta (Pols ym. 2017).

Resurssien puute näyttäisi olevan keskeinen haaste mielenterveyshäiriöiden tunnistamisessa sairaanhoitajan vastaanotolla. Tutkimustulokset (Seong-Yi Baik ym. 2013; Kuusinen-Laukka. 2019) viittaavat siihen, että hoitohenkilökunnalla on usein liian vähän aikaa paneutua potilaiden tilanteisiin perusteellisesti, mikä vaikeuttaa masennuksen ja ahdistuksen tunnistamista. Tämä resurssien puute ulottuu myös potilaan jatkohoidon järjestämiseen, vaikeuttaen pitkäaikaista hoitosuhdetta perusterveydenhuollossa. Resurssien puute ei vaikuta vain ajan puutteeseen vastaanotolla, vaan sillä voi olla laajempi vaikutus potilaan hyvinvointiin. Tutkimuksissa todettiin, että potilaat kokevat vastaanottoajan liian lyhyeksi kattavaan tutkimukseen mielenterveydentilan selvittämiseksi (Seong-Yi Baik ym. 2013; Kuusinen-Laukka 2019; Jeffrey ym. 2021). Tämä haaste resurssien kanssa heijastuu myös tutkimuksiin, joissa pilvipalvelupohjaisen seulontalomakkeen käytön aikaresurssit ja potilaan sitoutumattomuus koettiin haasteeksi (Jeffrey ym. 2021).

Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö on vaikea tunnistaa, koska lähes puolet näistä potilaista hakeutuvat perusterveydenhuollon vastaanotolle somaattisten oireiden vuoksi (Viikki & Leinonen 2015). Jos potilaalla ilmenee epämääräisiä somaattisia oireita, tai hänellä on useita erilaisia oireita, saattaa taustalla piillä psyykkisistä ahdistusta tai psykiatrista häiriötä. Tämä korostuu erityisesti silloin, kun oireet eivät reagoi tavallisiin hoitomenetelmiin. On tärkeä pitää mielessä, että jopa pieniltä vaikuttavat somaattiset oireet voivat viitata vakavaan psyykkiseen häiriöön. (Rovasalo 2022.) Potilaan

samanaikaiset muut sairaudet ovatkin haaste tunnistamiselle. Tutkimustulokset osoittavat, että masennuksen tunnistaminen vaikeutuu, kun potilaalla on muita samanaikaisia sairauksia (Muntingh ym. 2013; Seong-Yi Baik ym. 2013; Kuusinen-Laukka 2019). Erityisesti somaattisten sairauksien yhteydessä masennuksen havaitseminen voi olla vaikeaa. Tutkimuksen perusteella korostetaan, että masennuksen tunnistaminen ja hoitaminen voi parantaa potilaan hyvinvointia somaattisen sairauden rinnalla (Kuusinen-Laukka 2019).

Mielenterveyspotilaan stigma eli leimautumisen pelko, nousee esiin useissa tutkimuksissa (Muntingh ym. 2013; Barnes ym. 2019; Kuusinen-Laukka 2019). Leimautumisen tunne estää usein ihmisiä hakemasta tai vastaanottamasta apua, joka pahentaa tilannetta (The Health Policy Partnership 2022). Stigma voi toimia esteenä potilaan avautumiselle ja mielenterveysongelmien tunnistamiselle. Potilaat pelkäävät tulewansa leimatuiksi ja kokivat, että hyvä viestintä ja jatkuvuus olivat tärkeitä, mutta kohtasivat esteitä kuulluksi tulewattomuuden, leimaamisen ja ajanpuutteen pelon muodossa (Barnes ym. 2019). Tämä korostaa tarvetta purkaa yhteiskunnassa vallitsevia mielenterveysongelmien stigmaa ja tukea potilaiden avoimuutta.

Mielenterveyden häiriöissä on kuitenkin tavallista, että henkilö hakeutuu lääkärin vastaanotolle fyysisen vaivan vuoksi, tietämättä itse olevansa ahdistunut. Tässä tilanteessa ammattilaisen on osattava tiedustella vaivan taustalla olevia syitä. On tärkeää kysyä, onko henkilöä kuormittanut tai stressannut jokin asia. (Oksanen 2015.) Sairaanhoidajan tiedon puute ilmeni yhdeksi haasteeksi (Muntingh ym. 2013; Pols ym. 2017; Kuusinen-Laukka 2019). Tutkimustulokset osoittavat, että hoitohenkilökunta kokee tiedoissaan puutteita, mikä vaikeuttaa mielenterveyshäiriöiden tunnistamista (Muntingh ym. 2013; Kuusinen-Laukka 2019). Lisäkoulutusta pidettiin aiheellisena, erityisesti käyttäytymisterveyden arvioinnin ja potilaan kokonaisvaltaisen terveydentilan ymmärtämisen vuoksi (Jeffrey ym. 2021). Koulutustarve korostuu erityisesti, kun seulonnan tehtäviä siirretään ei-kliinisen henkilökunnan vastuulle (Last ym. 2021). On tärkeää korostaa, että sairaanhoidajien koulutus ja pätevyys mielenterveysongelmien tunnistamisessa ovat ratkaisevia paremman hoidon tarjoamiseksi.

Somaattiset oireet voivat viitata vakavaan psyykkiseen häiriöön (Rovasalo 2022). Potilaan epäselvät oireet myös vaikeuttavat ahdistuneisuushäiriön tunnistamista (Muntingh ym. 2013; Barnes ym. 2019) Tulokset viittaavat siihen, että potilaan henkilökohtaiset ominaisuudet voivat vaikuttaa testituloksiin. Tämä korostaa tarvetta

yksilölliseen lähestymistapaan tunnistamisessa ja hoidossa. Sähköinen seulonta on hyvä apuväline yksilöllisen ja matalankynnyksen tunnistamiseen. Kuitenkin osa potilaista tutkimuksen mukaan, kokee tietotekniikan haastavana (Last ym. 2021). Toteutus tulisi myös kohdentaa yksilölle sopivaksi tätäkin kautta, jotta pystytään vastaamaan potilaiden erilaisiin tarpeisiin teknologian käytössä ja suunnittelussa tunnistamisen menetelmänä.

Organisaation työnjaossa ja yhteistyössä on myös havaittu haasteita (Roberge ym. 2016). Tehostettu moniammatillinen viestintä ja yhteistyö sekä lisääntynyt koulutus hoitohenkilökunnalle näiden haasteiden voittamiseksi voisivat olla avainasemassa. Tarvitaan kattavaa ja koordinoitua lähestymistapaa mielenterveyden hoitoon perusterveydenhuollon yhteydessä (Roberge ym. 2016).

Yhteenvedona voidaan todeta, että sairaanhoitajien kohtaamat haasteet mielenterveysongelmien tunnistamisessa perusterveydenhuollossa vaativat systemaattisia ratkaisuja. Resurssien lisääminen, selkeämmät ohjeistukset ja koulutuksen vahvistaminen korostaminen voivat parantaa terveydenhuollon kykyä tunnistaa ja hoitaa työikäisten masennusta ja ahdistuneisuutta. Mielenterveyshäiriöiden tunnistaminen vaatii monipuolisia lähestymistapoja. Kyselylomakkeet voivat olla tehokkaita menetelmiä erityisesti, kun niitä käytetään yhdessä sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen kanssa. Teknologian rooli on kasvamassa, mutta inhimillisen vuorovaikutuksen merkitys säilyy keskeisenä. Kattava hoitomalli, joka yhdistää erilaisia menetelmiä ja korostaa yhteistyötä, voisi olla avain onnistuneeseen mielenterveyden hoitoon perusterveydenhuollossa.

Opinnäytetyöstä saadut tulokset vahvistavat sairaanhoitajien vastaanotoista saatuja hyötyjä, joilla edistetään potilaiden hoitoon pääsyä ja masennuksen sekä ahdistuksen tunnistamista sairaanhoitajan vastaanotolla. Jatkotutkimusehdotuksena olisi hyvä tarkastella lisää sairaanhoitajien osaamista sekä valmiuksia tunnistaa masennus sekä ahdistus perusterveydenhuollossa sairaanhoitajan vastaanotolla. Suoraan Suomessa tutkittua tietoa sairaanhoitajien valmiuksista ja haasteista tunnistaa työikäisen masennus ja ahdistus sairaanhoitajan vastaanotolla löytyi vähän. Huomionarvoista on myös se, ettei ahdistuneisuuden tunnistamiseen käytettyjä kyselyitä ole tutkittu sähköisessä käytössä. Opinnäytetyössä hyödynnettiin yleislääkäreille sekä muille hoitohenkilökunnalle tehtyjä tutkimuksia, jotta luotettavaa ja tutkittua aineistoa saatiin

kerätty ja luotua kokonaisuudeksi helpottamaan masennuksen ja ahdistuksen tunnistamista ja avaamaan nähtäville haasteet, joita perusterveydenhuollossa koetaan.

Lähteet

Ahdistuneisuushäiriöt. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019 (Viitattu 30.10.2023) <https://www.kaypahoito.fi/hoi50119#s13>

Barnes, M. C.; Kessler, D.; Wiles, C. A. and N. 2019. Prioritising pysical and psychological symptoms: what are the barriers and facilitators to the discussion of anxiety in the primary care consultation? BMC Family Practice. Vol. 20, 106-116

Bhana, A.; Mntambo, N.; Gigaba, S.G.; Luvuno, Z.P.B.; Grant, M.; Ackerman, D.; Ntswe, E.; Nomathemba, M.; Petersen, I. 2019. Validation of a brief mental health screening tool for common mental disorders in primary healthcare. S Afr Med J. Vol.109, No 4, 278–283.

Depressio. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2023 (Viitattu 1.11.2023) <https://www.kaypahoito.fi/hoi50023#K1>

Eläketurvakeskus. 2023 a. Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet nousseet uusien työkyvyttömyyseläkkeiden yleisimmäksi syyksi. (viitattu 16.11.2023) <https://www.etk.fi/ajankohtaista/tuki-ja-liikuntaelinten-sairaudet-nousseet-uusien-tyokyvyttomyyselakkeiden-yleisimmaksi-syyksi/>

Eläketurvakeskus. 2023 b. Suomen työeläkkeensaajat. (Viitattu 05.12.2023) <https://www.etk.fi/tutkimus-tilastot-ja-ennusteet/tilastot/tyoelakkeensaajat/>

Eläketurvakeskus. 2022. Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyi ennätysellisen vähän ihmisiä. (Viitattu 16.11.2023) <https://www.etk.fi/ajankohtaista/tyokyvyttomyyselakkeelle-siirtyi-ennatysellisen-vahan-ihmisia/>

Eläketurvakeskuksen-tilastoja. 2021. Tilasto Suomen eläkkeensaajista 2020. Vol. 9. (Viitattu 5.12.2023) <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/143164/tilasto-suomen-elakkeensaajista-2020.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Elo, S.; Kajula, O.; Tohmola, A.; Kääriäinen, M. 2022. Laadullisen sisällönanalyysin vaiheet ja eteneminen. *Hoitotiede*, Vol. 34, No. 4. (Viitattu 16.11.2023)

<https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128987>

Faninger-Lund, H. 2017. Masennuspotilaiden hoidon parantaminen perusterveydenhuollon ja psykiatrian yhteistyöllä. Helsinki: Helsingin kaupunki, etelän psykiatria- ja päihdekeskus. (Viitattu 21.10.2023)

<https://www.lukusali.fi/index.html?p=Suomen%20yleisl%C3%A4%C3%A4k%C3%A4rit%20GPF%20ry&i=cdaff0ea-55a4-11e7-bded-00155d64030a>

FinTerveys 2017 -tutkimus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. (Viitattu 16.11.2023)

<https://www.terveytemme.fi/finterveys/tulokset/index.html>

Flinkman M, 2018. Itsenäiset hoitajavastaanotot sosiaali- ja terveydenhuollon julkisissa organisaatioissa. *Tehy-lehti*. (Viitattu 27.11.2023)

https://www.tehy.fi/fi/system/files/mfiles/julkaisu/2018/2018_b2_itsenaiset_hoitajavastanotot_id_11830.pdf

Horton, M.; Perry, A.E. 2016. Screening for depression in primary care: a Rasch analysis of the PHQ-9. *BJPsych*. Vol. 40, No5, 237-243.

Jeffrey, J.; Do, M-C.T.; Hajal, N.; Lin, Y-H.; Linonis, R.; Grossman, M. S.; Lester, P.E. 2021. Using web-based technology to improve depression screening in primary care settings. *BMJ Open Qual*. Vol. 10, No 1, 1-10.

Kangasniemi M, Utrainen K, Ahonen S, Pietila A, Jääskeläinen P, Liikainen E. 2013. Kuvailuva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* vol. 25 nro 4, 291–301. (Viitattu

21.11.2023) <https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128286>

Kampman, O.; Heiskanen, T.; Holi, M.; Huttunen, M.; Tuulari, J. 2017. *Masennus*, 68. 1., painos. Helsinki: Duodecim.

Kujanpää, T.; Ylisaukko-oja, T.; Jokelainen, J.; Hirsikangas, S.; Kanste, O.; Kyngäs, H.; Timonen, M. 2014. Prevalence of anxiety disorders among Finnish primary care high utilizers and validation of Finnish translation of GAD-7 and GAD-2 screening tools. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. Vol. 32, 78-83

Kuusinen- Laukka, A. 2019. Masentuneen elämänhallinnan tukeminen perusterveydenhuollossa. (Viitattu 25.11.2023)
<https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/22d6f457-2bca-4e55-ad88-2c32ce244e18/content>

Last, B.S.; Buttenheim A. M.; Futterer, A. C.; Cecilia Livesey, C.; Jaeger, J.; Rebecca E. Stewart, R. E.; Reilly, M.; Press, M. J.; Peifer, M.; Wolk, C. B.; Beidas, R. S. 2021. A pilot study of participatory and rapid implementation approaches to increase depression screening in primary care. BMC Family Practice. Vol. 22, 228-254.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Lehtonen, O., & Kauronen, M.-L. 2013. Aikuisväestön masennusta aiheuttavia paikallisia riskitekijöitä Suomessa. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti, Vol 50, No 2. (Viitattu 24.10.2023.) <https://journal.fi/sla/article/view/8714>

Markkula, N. 2016. Prevalence, predictors and prognosis of depressive disorders in the general population. Department of Psychiatry Faculty of Medicine. Helsinki: University of Helsinki. (Viitattu 12.11.2023)
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131431/prevalen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Markkula, N.; Suvisaari, J. 2017. Masennushäiriöiden esiintyvyys, riskitekijät ja ennuste. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim Vol. 133, No. 3, 275-82. (Viitattu 2.10.2023) <https://www.duodecimlehti.fi/duo13544>

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.

Mitchell, A.J.; Yadegarfar, M.; Gill, J.; Stubbs B. 2016. Case finding and screening clinical utility of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9 and PHQ-2) for depression in primary care: a diagnostic meta-analysis of 40 studies. BJPsych Open. Vol. 2, No 2, 127-138.

Muntingh, A.; De Heer, E.; Van Marwijk, H.; Adér, H.; Van Balkom, A.; Spinhoven, P.; Van der Feltz-Cornelis C. 2013. Screening high-risk patients and assisting in diagnosing anxiety in primary care: the Patient Health Questionnaire evaluated. Vol. 17, No, 13. (Viitattu 27.11.2023)

Oksanen, E. 2015. Ahdistus ja masennus voivat liittyä yhteen. Tehy-lehti. Julkaistu 25.11.2015. (Viitattu 3.10.2023) <https://www.tehylehti.fi/fi/terveys/ahdistus-ja-masennus-voivat-liitty-yhteen>

Poutanen, O.; Salokangas, R. 1995. Depression tunnistamisen ongelma perusterveydenhuolloissa. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim Vol. 111, No. 5. (Viitattu 1.11.2023) <https://www.duodecimlehti.fi/duo50110>

Pols, A.D.; Schipper, K.; Overkamp, D.; Dijk, S.E.; Bosmans, J.E.; Marwijk, H.W.; Adriaanse, M.C.; Tulder, M.W. 2017. Process evaluation of a stepped-care program to prevent depression in primary care: patients' and practice nurses' experiences. BMC Fam Pract. Vol. 23, Article 18, No 1,26-40.

Rovasalo, A.; 2022. Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. Lääkärikirja Duodecim. (Viitattu 14.10.2023) <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00555/yleistynyt-ahdistuneisuushairio?q=yleistynyt%20ja%20ahdistuneisuush%C3%A4iri%C3%B6>

Roberge, P.; Hudon, C.; Pavilanis, A.; Beaulieu, M.C.; Benoit, A.; Brouillet, H.; Boulianne, I.; Pauw, A.; Frigon, S.; Gaboury, I.; Gaudreault, M.; Girard, A.; Giroux, M.; Grégoire, É.; Langlois, L.; Lemieux, M.; Loignon, C.; Vanasse, A. 2016. A qualitative study of perceived needs and factors associated with the quality of care for common mental disorders in patients with chronic diseases: the perspective of primary care clinicians and patients. BMC Fam Pract. Vol 17, No 1, 134-148.

Salminen, A.; 2011. Mitä kirjallisuuskatsaus on? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteen sovelluksiin. Vaasan yliopisto; opetusjulkaisu 62, 4. (Viitattu 6.11.2023) https://www.uwasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf.

Seyon-Yi, B.; Benjamin, F. & Junius J. 2013. Primary Care Clinicians' Recognition and Management of Depression: A Model of Depression Care in Real-World Primary Care Practice. Vol. 28, No, 11, 1430–1439.

STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) 2023. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä ja vastuut. (Viitattu 15.11.2023) <https://stm.fi/sotepalvelut/jarjestelma-vastuut>

STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) 2019. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019.

STM (sosiaali- ja terveysministeriö) 2020. Aikuisten valtakunnalliset yhtenäiset kiireellisen hoidon perusteet. (Viitattu 12.11.2023)
<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162340>

TENK (Tutkimuseettinen neuvottelukunta) 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. (Viitattu 14.10.2023)
<https://tenk.fi/fi/ohjeet-ja-aineistot/HTK-ohje-2012>

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

The Health Policy Partnership. 2022. Masennusmittaristo: Suomi. Lontoo: The Health Policy Partnership. (Viitattu 5.12.2023)
<https://www.healthpolicypartnership.com/app/uploads/Masennusmittaristo-Suomi.pdf>

Viertiö, S.; Partanen, A.; Kaikkonen, R.; Härkänen, T.; Marttunen, M.; Suvisaari, J. 2017 Palvelujen käyttö mielenterveyteen. Suomalainen Lääkäriseura. Duodecim. (Viitattu 8.10.2023) <https://www.julkari.fi/handle/10024/131905>

Viikki, M.; Leinonen, E. 2015. Ahdistuneisuushäiriöiden diagnostiikka ja lääkehoito perusterveydenhuollossa. Tampere: Duodecim. (Viitattu 8.10.2023) <https://www-terveysportti-fi.ezproxy.turkuamk.fi/xmedia/duo/duo12168.pdf>

Väänänen, A. 2022. Masentuneen potilaan hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 4.2.2023)
<https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/shk03510/search/depressio?db=24>

WHO (World Health Organization). 2023 a. Anxiety disorder. (Viitattu 31.10.2023) <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>

WHO (World Health Organization). 2023 b. Depressive disorder. (Viitattu 31.10.2023) <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Liitteet

Liite 1 Tietokannat ja niissä käytetyt hakusanat

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Tulokset	Otsikon mukaan	Tiivistelmän mukaan	Tekstin mukaan
Pubmed 17.11.2023	Anxiety OR depression AND nurse OR reception AND recognize OR identification OR detection	2013->	305	18	7	3
Pubmed 25.11.2023	((anxiety[Title] OR depression[Title] OR "mental health"[Title]) AND (nurse[Title] OR reception[Title] OR "primary care"[Title])) AND (recognize[Title] OR identification[Title] OR detection[Title] OR screening[Title] OR barrier[Title])	2013-> Free full text	86	27	18	6
Cinahl 25.11.2023	anxiety OR depression OR "mental health" TI nurse OR reception OR "primary care" TI recognize OR identification OR detection OR screening OR barrier TI	2013-> Full text	52	16	13	3
Medic 25.11.2023	anxie* OR depress* OR "mental health" OR ahdist* OR masenn* OR mielenterve* nurs* OR recepti* OR "primary care" OR hoitaj* OR vastaanot* OR perusterveydenhuol* rec ogn* OR identificat* OR detect* OR screeni* OR barrie* OR tunnist* OR epäil* OR arvioi* OR seulo* OR haast*	2013->	86	13	3	1
Manuaalinen haku						1

Liite 2. Esimerkki induktiivisen sisällönanalyysin menetelmistä ja haasteista

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
<i>Using a higher specificity index, the positive predictive value and NPV show that at higher cut-point values the BMH not only helps identify individuals with alcohol misuse, depression and anxiety symptoms but also identifies a majority of those who do not have symptoms (true negatives), thus not overburdening nurses with false positives needing assessment. (Bhana ym. 2019)</i>	BMH lyhyt kyselyn avulla tunnistetaan myös herkemmin yksilöt, joilla ei ole oireita, eikä siten ylikuormita sairaanhoitajia väärin positiivisten arviointien kanssa.	Yhdistetyt kyselyt	Sairaanhoitajien käytössä olevat menetelmät työikäisen masennuksen ja ahdistuksen tunnistamiseksi vastaanotolla
<i>The PHQ-2 has been advocated by some researchers as the preferred model of screening, with nurses reporting high satisfaction with an average screening process and reporting time of 1-2 min. (Horton M. ym. 2016)</i>	Sairaanhoitajat pitävät PHQ-2 hyvänä ja nopeana seulontamenetelmänä.	Masennuksen seulonnan kyselyt	
<i>We also showed that GAD-7 and GAD-2 are valid instruments for detecting GAD in primary health care patient. (Kujanpää T. ym. 2014)</i>	GAD-2 ja GAD-7 on päteviä välineitä havaitsemaan ahdistuneisuushäiriöitä perusterveydenhuollon potilailla.	Ahdistuneisuuden seulonnan kyselyt	
<i>PHQ-9 screening rates were likely higher because, unlike usual care at the practice that tasked MAs with following up on the PHQ-2, tablet computers automatically triggered and generated the PHQ-9 screener if a patient screened positive on the PHQ-2. Whereas usual care necessitated continuous and deliberate human intervention, the app on the tablet computer generated the PHQ-9 by default. (Last B. ym. 2021)</i>	PHQ-9 seulonta-aste oli luultavasti korkeampi koska tabletti tietokone käynnisti automaattisesti PHQ-9 seulonnan, jos potilas sai positiivisen tuloksen PHQ-2:sta	Tietotekniset menetelmät	
<i>The patient interviews illuminated that a good personal connection with the practice nurse determined whether they felt they could discuss their mental health problems. For several patients, the contact with the practice nurse itself even was the most important facilitator of the program, whereas for two others the lack of a good connection was</i>	Potilaiden haastatteluista tuli ilmi, että hyvä henkilökohtainen yhteys sairaanhoitajaan kanssa määritteli sen, tunsivatko potilaat voivansa keskustella mielenterveysongelmistaan.	Sairaanhoitajan ammattitaito	

<i>the most important barrier. (Pols ym.2017)</i>			
<i>Esteeksi on mainittu mm. aikaresurssin puute vastaanotolla, konsultaation ja jatkohoidon järjestämisen ongelmat, potilaan vastustus hoidolle, sopivien hoitokeinojen puute, tiedon puute ja asenneongelmat (Kuusinen-Laukka 2019.)</i>	Masennuksen hoidon esteeksi on mainittu resurssien, hoitokeinojen sekä tiedon puute. Konsultaation ja jatkohoidon järjestämisen ongelmat. Potilaan vastustus hoidolle.	Resurssit	
<i>Clinicians acknowledged difficulties in accurately assessing the severity of depressive symptoms as manifested in a particular patient. They agreed that interpreting severity could be more difficult with an unfamiliar patient or one who has multiple comorbid conditions or bipolar depression. (Seong-Yi Baik ym 2013)</i>	Kliinikot tunnistivat vaikeuden arvioida masennusoireita, yksimielisessä. Koettiin, että tunnistus on vaikeampaa kun potilas on tuntematon tai hänellä on useampia sairauksia tai kaksisuuntainen mielialahäiriö.	Potilaan samanaikaiset muut sairaudet	
<i>Terveydenhuollon sisällä on runsaasti ennakkoluuloja ja asenneongelmia ja stigmoja edelleen (Kuusinen-Laukka 2019.)</i>	Sairaanhoidajan omat ennakkoluulot sekä stigmat vaikuttavat negatiivisesti masennuksesta kärsivän potilaan kohtaamiseen ja masennuksen tunnistamiseen	Mielenterveyspotilaan stigma	
<i>While there were few somatic practice nurses in this study, this is an important observation considering the prevalence of depressive symptoms in chronically ill patients and the growing role of somatic practice nurses in chronic disease management. Therefore, it is crucial to better educate somatic practice nurses in recognizing and addressing mental health problems. The somatic practice nurses interviewed in this study recognized this need and expressed readiness for such training. (Pols ym. 2017.)</i>	Sairaanhoidajat, joilla ei ollut kokemusta mielenterveystyöstä, mainitsivat puutteenaan koulutuksen, taidot ja kokemuksen tunnistaa ja hoitaa yleisesti mielenterveysongelmia. Sairaanhoidajat kokivat kuitenkin tutkimuksen mukaan tärkeiksi hallita näitä taitoja, sillä heidän kokemuksensa mukaan erilaiset mielenterveysongelmat häiritsevät usein somaattisia ongelmia, ja he pitivät näitä taitoja olennaisina kokonaisvaltaiselle hoidolle.	Sairaanhoidajan tiedon puute	Sairaanhoidajien haasteet työikäisten masennuksen ja ahdistuneisuuden tunnistamisessa vastaanotolla
<i>Findings from our study—with a focus on anxiety - support several of the earlier results including: patients often have somatic presentations; those that attribute a psychological cause are more likely to be recognized; and those who normalize their symptoms are less likely to be identified. (Barnes et. 2019)</i>	Potilailla on usein ensin somaattisia oireita. Ne ketkä tunnistavat itse oireiden johtuvan psyykkisestä voinnista, tunnistetaan useammin.	Potilaan epäselvät oireet	
<i>Participants also exposed different barriers influencing the</i>	Tutkimuksessa tuli myös esille hoitajien ja potilaiden osalta,	Organisaation työnjako	

<p><i>access the health services such as unavailability, cost, compatibility and perceived unavailability. Referral to external services by health professionals was occasionally inadequate due to language issues or due to care providers' lack of knowledge of existing resources. (roberge ym.2016)</i></p>	<p>että tehostettu moniammatillinen viestintä ja yhteistyö sekä lisääntynyt koulutus hoitajille mielenterveysongelmista ja saatavilla olevista resursseista olisi merkityksellistä. Tarve kattavalle ja koordinoidulle lähestymistavalle mielenterveyden hoitoon perusterveydenhuollon yhteydessä olisi tärkeää.</p>	
<p><i>"In particular, while electronic depression screening is considered a priority for many stakeholders, our pilot study found that a contingent of patients could not complete this method and..." (Last B. ym. 2021)</i></p>	<p>Masennuksen seulontaa sähköisesti pidetään etusijalla monille, vaikka osa potilaista sähköisesti ei pysty tekemään sitä.</p>	<p>Tietotekniset haasteet</p>

Liite 3. Valitut tutkimukset

Tekijät, vuosi ja maa	Tarkoitus	Otos	Menetelmä	Tulokset
Muntingh ym 2013. Screening high-risk patients and assisting in diagnosing anxiety in primary care: the Patient Health Questionnaire evaluated Alankomaat	Arvioitiin PHQ-ahdistuneisuusmoduuleita käytettäväksi: a) seulonnan korkean riskin potilailla ja/tai b) tapausten etsijänä yleislääkäreille auttamaan ahdistuneisuushäiriöiden diagnosoinnissa pragmaattisessa diagnostisessa tutkimuksessa.	n= 141 potilasta ja n= 170 potilasta.	Kyselylomake PHQ	PHQ-seulontakysymyksiä voidaan käyttää ahdistuneisuushäiriöiden seulomiseen korkean riskin perusterveydenhuollon potilailla. Yleislääkärin tunnistamalla potilailla PHQ:n hyöty on vähemmän ilmeinen.
Kuusinen-Laukka 2019. Masentuneen elämänhallinnan tukeminen perusterveydenhuollossa. Suomi	Ymmärtää paremmin masennukseen liittyviä tekijöitä sekä selvittää, miten osallistujat kokevat näiden tekijöiden vaikuttavan heidän elämänhallintaansa.	n= 41 potilasta. Yhteensä haastatteluihin kutsuttiin 41 henkilöä, joille tehtiin vielä vuoden kohdalla uusintakysely ja puhelinhaastattelu ja riski-l. stressiryhmälle vielä 5 vuoden kuluttua vastaavat tiedonkeruut.	Kysely ja haastattelu	Voidaan todeta, että lapsuudenperheellä on huomattava vaikutus kiintymyssuhteen ja vahvan itsetunnon muodostumisessa. Lapsuudenperheen dynamiikka ja koetut kokemukset voivat jättää jälkensä yksilön myöhempään elämään. Erityisesti nämä vaikutukset näkyvät aikuisiän vuorovaikutussuhteissa sekä perheen että työelämän kontekstissa.
Seong-Yi ym. 2013. Perusterveydenhuollon klinikon tunnustus ja hallinta masennuksesta: masennuksen hoidon malli todellisessa perusterveydenhuollossa Yhdysvallat	Masennuksen hoidon primary care-käytäntömalli, joka selittää prosesseja ja niihin vaikuttavia olosuhteita.	n= 70 potilashaastattelu a (60-70 min kukin), kolmesta fokusryhmähaastattelusta (n=24, 2 h kumpikin), kahdesta kyselystä klinikkoa kohden	Kysely ja haastattelu	Luotiin masennuksen hoitomalli, joka havainnollistaa, miten käytännön olosuhteet monimutkaistavat masennuksen hoidon eri vaiheissa.
Last ym. 2021.	Kehittää ja testata strategioita masennuksen	n=32 henkilöä jotka työskentelevät	Osallistava tutkimus, joka sisälsi	Syntyi toteuttamiskelpoinen tablettitietokone sovellus, jolla potilas voi täyttää

A Pilot study of participatory and rapid implementation approaches to increase depression screening in primary care.	seulontaan terveysjärjestelmässä.	sairaalassa tehden potilastyötä.	haastattelua ja kyselyä	PHQ-2 kyselyn ja joka ohjautuu automaattisesti PHQ-9 kyselyyn jos potilas ylittää PHQ-2 tuloksissa raja arvon.
Yhdysvallat				
Kujanpää ym. 2014. Prevalence of anxiety disorders among Finnish primary care high utilizers and validation of Finnish translation of GAD-7 and GAD-2 screening tools	Tutkia yleistyneen ahdistuneisuushäiriön (GAD) ja muiden ahdistuneisuushäiriöiden esiintyvyyttä suomalaisten perusterveydenhuollon palveluja runsaasti käyttävien keskuudessa. Toiseksi pyrittiin tutkimaan suomalaisen GAD-7 -kyselylomakkeen käännöksen herkkyyttä ja spesifisyyttä.	n=150 terveysaseman asiakasta, jotka käyttivät palvelua tiheään.	Puolistrikturoitu postikysely, seulontakysely GAD-7 ja GAD-2 ja haastattelu.	GAD-2 ja GAD-7:n suomenkieliset versiot ovat seulontamenetelmänä kelvollisia instrumentteja yleistyneen ahdistuneisuushäiriön havaitsemiseen perusterveydenhuollossa.
Suomi				
Jeffrey ym. 2021. Ising web-based technology to improve depression screening in primary care settings.	Kehittää ja ottaa käyttöön pilvipohjainen käyttäytymisenterveyden arviointityökalu, masennuksen ja muiden mielenterveysoireiden seulonnan avuksi perusterveydenhuoltoon.	n= 24 189 (Näistä n= 11381 perusterveydenhuollon vuodelta 2017 tammikuu-kesäkuussa asioivaa potilasta verrattiin n=12808 perusterveydenhuollon vuoden 2018 tammikuu-kesäkuussa asioiviin potilaisiin)	Seulontakysely PHQ-2 ja PHQ-9	PHQ-2 sekä PHQ-9 seulonta kyselyn käytön määrä nousi, lisäksi masennus, ahdistus ja päihteidenkäytön oireita havaittiin potilailla enemmän. Digitalisoinnilla pystyttiin vastaamaan suuremman tarpeeseen ja sen myötä systemaattinen seulonnan taakka väheni.
Yhdysvallat				
Barnes ym. 2019. Prioritising physical and psychological symptoms: what are the barriers and facilitators to the discussion of anxiety in the primary care consultation?	Ahdistuneiden potilaiden esteitä olla yhteydessä lääkäriin sekä kuinka ammattilaiset käsittelevät ja priorisoivat fyysisiä ja psyykkisiä oireita perusterveydenhuollossa.	n=160 perusterveydenhuollon asiakasta. n=4 lääkäriä	Seulontakysely GAD-7 sekä PHQ-9. Kysely ja haastattelu.	Potilaat usein tarvitsevat aikaa lääkärin vastaanotolla tuodakseen esille masennuksen ja ahdistuksen oireita. Yleislääkärin tietoutta tarvitsisi lisätä, etenkin masennuksen ja terveysahdistuksen yhdistelmä oireista potilailla.
Englanti				
Mitchell ym. 2016. Case finding and screening clinical utility of the patient	Selvittää meta-analyysin avulla PHQ-9-lineaarisen, PHQ-9-algoritmin ja PHQ-2-kysymysten diagnostinen tarkkuus aikuisten vakavan masennushäiriön	n= 26 902 perusterveydenhuollon asiakasta.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus.	PHQ:ta voidaan käyttää ensivaiheen arvioinnissa perusterveydenhuollossa ja PHQ-2 on riittävä tähän tarkoitukseen. PHQ-2:ta tai PHQ-9:ää ei kuitenkaan

health questionnaire (PHQ-9 and PHQ-2) for depression in primary care: a diagnostic meta-analysis of 40 studies.	havaitsemiseksi perusterveydenhuollon seulonnassa.			voida käyttää klinisen diagnoosin (tapauslöydön) vahvistamiseen.
Englanti				
Horton ym. 2016. Screening for depression in primary care: a Rasch analysis of the PHQ-9	Potilasterveyskysely PHQ-9 luotettavuuden, herkkyyden ja käytön tutkiminen.	n=767 masennus potilasta ensihoidosta.	Seulontakysely PHQ-2 ja PHQ-9	Nykyisessä muodossaan PHQ-9 näyttää joitakin ongelmia sen mittausrakenteessa perushoidon potilaiden otoksessa. Nämä ongelmat voidaan ratkaista poistamalla mahdollisesti ylimääräiset kohteet vakaan seulontatyökalun aikaansaamiseksi. Tulokset tukevat myös PHQ-2:n käyttöä seulontatyökaluna perusterveydenhuollossa.
Englanti				
Pols ym. 2017. Perusterveydenhuollon masennusta ehkäisevän porrashoidon prosessiarviointi: potilaiden ja sairaanhoitajien kokemuksia.	Tutkimuksessa arvioitiin sairaanhoitajan kokemuksia potilaan masennusta ehkäisevän vaiheittaisen hoito-ohjelman hyötyjä perusterveydenhuollossa.	n=24. 15 Potilasta ja 9 hoitajaa	Haastattelu	Tämä tutkimus osoittaa vaiheittaisen hoito-ohjelman hyödyt. Lisääntynyt tietoisuus mielenterveysongelmista kroonisten sairauksien hoidossa ja parantunut saavutettavuus, sekä vähentynyt mielenterveyshuollon stigma ovat hyödyllisiä masennuksen tunnistamisessa ja hoidossa.
Alankomaat				
Bhana ym. 2019. Perusterveydenhuollon yleisten mielenterveyshäiriöiden lyhyen mielenterveysseulontatyökalun validointi	Tutkimuksen tarkoitus on selvittää kriteeriin perustuva validiteetti lyhyen mielenterveysseulontatyökalulle (Brief Mental Health, BMH) -seulontatyökalulle CMD-tautien positiivisten oireiden arvioimiseksi perusterveydenhuollon potilailla. Tarkoituksena oli selvittää, voidaanko masennuksen, ahdistuneisuuden ja päihteiden käytön oireita tunnistaa tarkistuslistan avulla, ennen kuin potilailta kysyttiin	n=1214 potilasta vieraili 10 eri klinikassa 2 viikon ajan	Elämäkerrallinen kysely ennen BMH-työkalun käyttöönottoa.	Tutkimus osoittaa, että työkalun (BMH) avulla tunnistetaan masentuneisuutta tai ahdistuneisuutta helpommin potilailla, sekä tunnistetaan potilaat, jotka eivät ollenkaan kärsi oireista.
Etelä-Afrikka				

	terveysseulontakysymykset (BMH).			
<p>Roberge ym. 2016.</p> <p>Laadullinen tutkimus havaituista tarpeista ja tekijöistä, jotka liittyvät kroonisten sairauksien potilaiden yleisten mielenterveyshäiriöiden hoidon laatuun: perusterveydenhuollon klinikon ja potilaiden näkökulma</p> <p>Kanada</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus on havaita tarpeet ja tekijät mielenterveyshäiriöiden hoidon laadussa perusterveydenhuollon ammattilasten ja potilaan näkökulmasta haastatteluiden avulla, kroonisten sairauksien yhteydessä.</p>	<p>perhelääkäri, sairaanhoitaja, psykologi, sosiaalityöntekijä; n = 18 ja potilaita n = 10, kolmesta perusterveydenhuollon klinikalta</p>	<p>Haastattelu</p>	<p>Tutkimus osoittaa potilaspalvelujen tarjoamisen tarpeita ja esteitä.</p>