

Raija Gould, Harri Grönlund, Riitta Korpiluoma,
Heidi Nyman ja Kristiina Tuominen

Työkyvyttömyysasiain neuvottelukunta

Miksi masennus vie eläkkeelle?

Eläketurvakeskuksen raportteja 2007:1

Raija Gould, Harri Grönlund, Riitta Korpiluoma,
Heidi Nyman ja Kristiina Tuominen
Työkyvyttömyysasiain neuvottelukunta

Miksi masennus vie eläkkeelle?

Eläketurvakeskuksen raportteja

2007:1

Eläketurvakeskus

00065 ELÄKETURVAKESKUS

Puhelin 010 7511 • Faksi (09) 148 1172

Pensionsskyddscentralen

00065 PENSIONSSKYDDSCENTRALEN

Tfn 010 7511 • Fax (09) 148 1172

Finnish Centre for Pensions

FI-00065 Eläketurvakeskus Finland

Tel. +358 10 7511 • Fax +358 9 148 1172

Hakapaino Oy

Helsinki 2007

ISBN 978-951-691-071-3 (sid.)

ISBN 978-951-691-072-0 (PDF)

ISSN 1238-5948

ABSTRAKTI

Masennuksen vuoksi alkaneiden työkyvyttömyyseläkkeiden lukumäärä oli vuonna 2006 puolitoistakertainen 1990-luvun puoliväliin verrattuna. Masennus sairautena ei kuitenkaan näytä merkittävästi yleistyneen.

Raportin osassa I tarkastellaan lainsäädännön muutoksia, masennukseen ja työkyvyttömyyseläkkeisiin liittyviä tilastotietoja sekä aiempien tutkimusten tuloksia. Masennukseen perustuva eläke alkaa useimmiten määräaikaisena kuntoutustukena; osatyökyvyttömyyseläkkeitä käytetään vähän. Masennuksen vuoksi alkaneiden eläkkeiden kasvu viittaa mm. hoito- ja kuntoutuskäytäntöjen ongelmiin, hyvien käytäntöjen puutteisiin esimerkiksi työhön palaamisessa sekä työn ja muun arkielämän muutoksiin.

Osassa II esitetään työkyvyttömyysasiain neuvottelukunnan toimenpide-ehdotukset. Niissä painotetaan mm. kuntoutuksen kehittämistä, osatyökyvyttömyyseläkkeen käytön lisäämistä, tehokkaampaa yhteistyötä eläkejärjestelmän ja terveydenhuollon välillä, sairauspoissaolokäytäntöjen ja palveluketjujen toiminnan parantamista sekä työelämän hyvien käytäntöjen levittämistä.

ABSTRACT

In 2006 the number of new disability pensions due to depression was 1.5 times the number of the mid-1990s. However, depression as an illness does not appear to have become significantly more widespread.

Part I of the report surveys changes in legislation, statistical data on depression and disability pensions as well as the findings of previous studies. A pension based on depression usually starts as a time-limited cash-rehabilitation benefit; partial disability pensions are infrequently used. The increase in new pensions due to depression indicates, among other things, problems in treatment and rehabilitation practices, a lack of good practices in for instance the return to work as well as changes in the work and other parts of everyday life.

Part II presents the measures proposed by the Advisory Board for Disability Matters. The measures emphasise, for instance, development of rehabilitation, increased use of the partial disability pension, more efficient cooperation between the pension scheme and the healthcare system, improved practices as regards sick leaves and functioning of the service chains as well as spreading of good practices in working life.

LUKIJALLE

Eläketurvakeskuksen hallitus asetti työkyvyttömyysasiain neuvottelukunnan vuosiksi 2006–2007. Neuvottelukunnan tehtäväksi annettiin tehdä vuoden 2006 aikana selvitys siitä, mitä mielenterveys-sairauksiin perustuvissa työkyvyttömyyseläkkeissä on tosiasiaassa tapahtunut ja voidaanko kehitykseen vaikuttaa sekä tehdä ehdotukset tarvittavista toimenpiteistä.

Tätä tarkoitusta varten Eläketurvakeskuksessa tehtiin selvitys mielenterveys-sairauksiin perustuvista työkyvyttömyyseläkkeistä ja niiden kehitykseen liittyvistä tekijöistä (raportin osa I). Selvityksessä tarkasteltiin aiheeseen liittyvää lainsäädäntöä, tilastotietoja ja aiempia tutkimustuloksia. Selvityksen laativat Raija Gould, Harri Grönlund, Riitta Korpiluoma, Heidi Nyman ja Kristiina Tuominen. Jari Kannisto ja Jukka Lampi tuottivat selvitykseen tilastomateriaalia ETK:n rekistereistä. Peter Lindström ja Jyrki Pappila tekivät tarvittavia kirjallisuushakuja. Työkyvyttömyysasiain neuvottelukunta ohjasi ja kommentoi työtä sen eri vaiheissa.

Selvityksen valmistuttua neuvottelukunta laati ehdotukset tarvittavista toimenpiteistä (raportin osa II).

Neuvottelukunnassa on työmarkkinajärjestöjen, työeläkelaitosten, Kansaneläkelaitoksen, Työterveyslaitoksen ja Eläketurvakeskuksen edustajia:

Puheenjohtaja	Riitta Korpiluoma, ETK
Jäsenet	Timo Aro, Ilmarinen
	Mervi Flinkman, STTK ry
	Lars Hellberg, ABB Eläkesäätiö
	Merja Hirvonen, Suomen Yrittäjät ry
	Antti Huunan-Seppälä, Kela, 31.5.2006 asti
	Kari Härkönen, Etera, 1.4.2006 alkaen
	Jorma Jarvisalo, Kela, 1.6.2006 alkaen
	Kaija Kallinen, SAK
	Kari Kaukinen, Elinkeinoelämän keskusliitto EK
	Jukka Kivekäs, Vakuutus kuntoutus VKK ry
	Kaarina Knuuti, MTK
	Pertti Männistö, Kuntien eläkevakuutus
	Marjatta Pihlaja, Valtiokonttori
	Jarmo Pätäri, AKAVA ry

Vesa Rantahalvari, Elinkeinoelämän keskusliitto EK

Hilkka Riihimäki, Työterveyslaitos

Pentti Saarimäki, Maatalousyrittäjien eläkelaitos

Sakari Tola, Varma

Pertti Tukia, Eläke-Tapiola

Esko Vainionpää, Etera, 31.3.2006 asti

Sihteerit Harri Grönlund, ETK

Kristiina Tuominen, ETK

Asiantuntija Raija Gould, ETK

TIIVISTELMÄ

Vuonna 2006 työeläkejärjestelmän työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyi masennuksen vuoksi 3 892 henkilöä. Lukumäärä oli puolitoistakertainen 1990-luvun puoliväliin verrattuna. Myös masennukseen perustuvien työkyvyttömyyseläkkeiden eläkemeno kasvoi: vuonna 2006 se oli 398,9 miljoonaa euroa, puolitoistakertainen vuoteen 1998 verrattuna.

Vaikka masennus näyttää aiheuttavan aiempaa enemmän työkyvyttömyyttä, masennukseen liittyvät suomalaiset tutkimustulokset viittaavat siihen, että masennus sairautena ei ole yleistynyt. Masennuslääkkeiden käyttö on kuitenkin lisääntynyt. Myös perusterveydenhuollon mielenterveyskäyntien määrä ja psykiatrien lukumäärä ovat kasvaneet.

Raportissa pohditaan masennuksen aiheuttaman työkyvyttömyyden kasvua. Raportin ensimmäinen osa koostuu katsauksesta, jossa tarkastellaan 1) eläke- ja kuntoutuslainsäädännön muutoksia, 2) lukumäärätietoja masennuksesta ja siihen liittyvästä hoidosta, kuntoutuksesta ja eläkkeistä, 3) aikaisempia tutkimustuloksia masennuksesta ja työkyvystä sekä 4) jo tehtyjä toimenpiteitä mielenterveysystävällisistä aiheutuvan työkyvyttömyyden ehkäisemiseksi. Raportin toiseen osaan on koottu työkyvyttömyysasiain neuvottelukunnan tekemät toimenpide-ehdotukset.

Eläkelainsäädännön viimeaikaisilla muutoksilla on pyritty edistämään työssä jatkamista ja siirtämään eläkkeen alkamista myöhempään ikävuosiin. Vuoden 1996 muutoksissa mm. tarkistettiin tulevan ajan määräytymisperusteita työssä jatkamista suosiviksi, parannettiin toimeentuloturva aktiivisen kuntoutuksen ajalta ja tehtiin osatyökyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen joustavammaksi ennakkopäätösmahdollisuuden avulla. Myös työnantajan maksuosuuksia tarkistettiin kuntoutusta suosiviksi. Vuoden 2004 kuntoutusuudistuksessa pyrittiin edelleen painottamaan ammatillisen kuntoutuksen ensisijaisuutta työkyvyttömyyseläkkeeseen nähden. Työeläkekuntoutus säädettiin oikeudeksi, johon voi hakea muutosta, kuntoutusoikeudesta voi saada ennakkopäätöksen ja aktiivisen kuntoutuksen aikana voi työskennellä. Vuoden 2005 eläkeuudistuksessa muutettiin eläkkeen karttumista siten, että kaikesta työstä, myös esimerkiksi osatyökyvyttömyyseläkkeen rinnalla tapahtuvasta työskentelystä karttuu uutta eläkettä.

Työkyvyttömyyseläke- ja kuntoutuslainsäädännön työssä jatkamista tukevat piirteet eivät painotu mielenterveyden sairausryhmässä yhtä voimakkaasti kuin muiden sairauksien ryhmissä. Esimerkiksi osatyökyvyttömyyseläkkeitä käytetään

mielenterveys sairauksissa edelleen hyvin vähän, ja työeläkekuntoutuksessa masennusdiagnoosi on selvästi harvinaisempi kuin uusissa työkyvyttömyyseläkkeissä.

Masennukseen perustuvilla työkyvyttömyyseläkkeillä siirrytään yleensä työelämästä suhteellisen pitkän työuran jälkeen. Masennuksen vuoksi eläkkeelle siirtyvät ovat lisäksi muita työkyvyttömyyseläkeläisiä paremmin koulutettuja ja he saavat keskimääräistä suurempaa eläkettä.

Arjen hyvinvoinnin murros ja työn muuttuminen lienevät osatekijöitä masennuksen aiheuttaman työkyvyttömyyden ilmenemisessä. Pitkittäistutkimusten mukaan esimerkiksi vaikutusmahdollisuuksien puute, kova kiire, kokemus kiusaamisesta ja vähäinen oikeudenmukaisuus lisäävät mielenterveysongelmien riskiä. Työ voi kuitenkin myös tukea mielenterveyttä ja vastaavasti työn puuttuminen lisää psyykkistä oireilua. Lisäksi työelämän käytännöillä on suuri merkitys masennuksen jälkeisessä työhön palaamisessa: luottamus, tuki ja työn muutosmahdollisuudet auttavat työhönpaluun onnistumisessa.

Tutkimusten mukaan masennuksen hoidossa, palveluketjujen sujuvuudessa ja kuntoutuksen toimivuudessa on puutteita, jotka vaikuttavat työkyvyttömyyden pitkittymiseen. Hoito ei aina ole intensiivistä eikä lääkitys optimaalista, ei-lääkinällinen hoito puuttuu usein kokonaan, hoito alkaa liian myöhään ja keskeytyy liian nopeasti. Eri toimijoiden välisessä yhteistyössä on ongelmakohtia, ammatillista kuntoutustarvetta ei aina havaita eikä masennuspotilaiden työhönpaluu kuntoutuksen jälkeen onnistu yhtä hyvin kuin muiden kuntoutujien.

Mielenterveysongelmiin liittyvän työkyvyttömyyden ehkäisyssä tärkeitä asioita ovat ennaltaehkäisevät ja tukevat työelämän käytännöt sekä työssä jatkamista tukeva hyvä hoito ja kuntoutus. Näitä asioita on pyritty edistämään mm. valtakunnallisten ohjelmien ja työhyvinvointitoiminnan avulla sekä kehittämällä masennuksen hoitokäytäntöjä ja uusia työllistymismuotoja mielenterveyskuntoutujille.

Työkyvyttömyysasiain neuvottelukunta teki selvityksen perusteella toimenpite-ehdotuksia. Neuvottelukunta ehdotti mm. ammatillisen kuntoutuksen ja osatyökyvyttömyyseläkkeen käytön lisäämistä mielenterveystapauksissa ja psyykkisen tuen painottamista työpaikkakuntoutuksessa. Ehdotuksissa korostetaan myös eläkejärjestelmän ja terveydenhuoltojärjestelmän yhteistyön lisäämistä, sairauspoissaolokäytäntöjen kehittämistä, hyvän hoidon edistämistä, kuntoutuksen näkökulman painottamista ja työelämän hyvien käytäntöjen levittämistä.

SISÄLTÖ

Osa I	Selvitys masennukseen ja muihin mielenterveysyihin liittyvästä työkyvyttömyydestä	13
1	Johdanto	15
2	Lainsäädäntö	16
2.1	Työkyvyttömyyseläke- ja työeläkekuntoutuslainsäädännön taustaa	16
2.1.1	Yksityisten ja julkisten alojen työkyvyttömyyseläkkeet	16
2.1.2	Kansaneläkelain mukaiset työkyvyttömyyseläkkeet	17
2.1.3	Työeläkekuntoutus	18
2.2	Vuoden 1996 eläkeuudistus	19
2.2.1	Kuntoutukseen ja työkyvyttömyyseläkkeisiin tulleet muutokset ja niiden tavoitteet	19
2.3	Vuoden 2004 muutokset kuntoutuksessa	21
2.3.1	Uudistuksen tavoitteet	21
2.3.2	Keskeisimmät muutokset kuntoutuslainsäädännössä	22
2.4	Keskeisimmät muutokset työkyvyttömyyseläkkeissä vuosina 2004 ja 2005	23
2.5	Vuoden 2007 alusta voimaan tulleita muutoksia	24
2.5.1	Ammatillisen kuntoutuksen sisällöstä muutoksen- hakuoikeus 1.1.2007	24
2.5.2	Osasairauspäiväraha	24
3	Masennukseen perustuvien sairauspäivärahojen, eläkkeiden ja kuntoutuksen kehitys	25
3.1	Masennustila ja sen yleisyys	25
3.1.1	Masennus on oireyhtymä	25
3.1.2	Masennus ei tutkimusten mukaan näytä yleistyneen	26
3.1.3	Palkansaajien psyykkinen oireilu on hiukan kasvanut	28
3.1.4	Masennus heikentää koettua työkykyä	28
3.2	Masennuksen hoitoon liittyviä lukumäärätietoja	29
3.2.1	Psykiatrien lukumäärä on kasvanut	29
3.2.2	Perusterveydenhuollon mielenterveyskäyntien määrä on kasvanut, erikoissairaanhoidon aikuispsykiatrian ei	29
3.2.3	Masennuslääkkeiden käyttö on kasvanut	30
3.2.4	Työikäisten psykoterapian käyttäjien lukumäärä on pysynyt viime vuosina ennallaan	31

3.3	Sairauspäiväraha-kaudet	33
3.4	Työkyvyttömyyseläkkeet	34
3.4.1	Mielenterveyden häiriöt yleisin työkyvyttömyyden syy	34
3.4.2	Työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus kääntyi kasvuun 1990-luvun lopulla	35
3.4.3	Masennus on yleisin mielenterveysdiagnoosi	35
3.4.4	Naiset siirtyvät masennuksen vuoksi eläkkeelle miehiä yleisemmin	37
3.4.5	Hylkäysosuus on kasvanut	39
3.4.6	Hylkäyksen jälkeen harva on työssä	39
3.4.7	Mielenterveyssyyt ovat harvinaisimpia maatalous- yrittäjien eläkkeissä	40
3.4.8	Mielenterveyssyyt ovat yleisimpiä valtiosektorin eläkkeissä	41
3.4.9	Masennuksen vuoksi eläkkeelle siirtyneillä on melko vakaa työtausta	42
3.4.10	Masennukseen perustuvat eläkkeet ovat keskimääräistä suurempia	44
3.4.11	Masennuksen vuoksi eläkkeelle siirtyneillä on muita työkyvyttömiä parempi koulutustaso	44
3.4.12	Masennukseen perustuvien eläkkeiden alkavuus on suurin Pohjois-Savossa	45
3.5	Työkyvyttömyyseläkkeet ja työssä jatkaminen	48
3.5.1	Masennuksen vuoksi siirrytään harvoin osatyö- kyvyttömyyseläkkeelle	48
3.5.2	Masennukseen perustuvat eläkkeet alkavat useimmiten kuntoutustukena	49
3.5.3	Harva palaa kuntoutustuelta työhön	49
3.6	Kuntoutus	52
3.6.1	Mielenterveyssyistä Kelan kuntoutusta saaneiden määrä on kasvanut	52
3.6.2	Masennuksen osuus työeläkekuntoutusta saavien sairauksissa on pieni	52
3.6.3	Mielenterveyssyihin perustuva työeläkekuntoutus on useimmiten työpaikkakuntoutusta	53
3.6.4	Työeläkekuntoutusta mielenterveyssyistä saaneet jatkat työssä muita vähemmän	54
3.7	Masennuksesta aiheutuvat kustannukset	55

4	Tutkimustietoa masennuksesta aiheutuvaan työkyvyttömyyteen liittyvistä teemoista	56
4.1	Työn ja muun arkielämän muutos	56

4.1.1	Arjen hyvinvoinnin murros	56
4.1.2	Työn muutoksessa on ollut keskeistä henkisen työn korostuminen	56
4.1.3	Työolojen muutoksissa on sekä kielteistä että myönteistä	57
4.2	Työ ja mielenterveys	60
4.2.1	Työ voi vähentää masennuksen haittoja	60
4.2.2	Psykososiaaliset kuormitustekijät ovat yhteydessä psyykkisiin oireisiin ja sairauspoissaoloihin	61
4.3	Masennuksen hoito	63
4.3.1	Masennuksen Käypä hoito -suositus	63
4.3.2	Miten masennusta hoidetaan?	64
4.4	Masennukseen liittyvien hoito- ja kuntoutusjärjestelmien toimivuus	66
4.4.1	Palveluketjut sujuviksi	66
4.4.2	Osittainen sairauspäiväraha voi tukea työssä jatkamista	67
4.4.3	Toimiiko kuntoutus?	68
4.5	Poissaolon jälkeen takaisin työhön	70
4.5.1	Kroonistavatko pitkät sairauspoissaolot?	70
4.5.2	Mikä estää tai tukee sairauden jälkeistä työhönpaluuta?	70
5	Valtakunnalliset ohjelmat ja muu toiminta ongelman ratkaisemiseksi	74
5.1	Terveyttä, työkykyä ja työssä pysymistä tukevat ohjelmat	74
5.1.1	Kansallinen terveysprojekti	74
5.1.2	Työssä pysymistä edistävät ohjelmat	74
5.1.3	Työeläkejärjestelmän työkyvyn edistämishankkeet	76
5.2	Työllistämishankkeita ja tehostettua hoitoa	77
5.2.1	Työn tekeminen tukee kuntoutumista	77
5.2.2	Vertaisryhmiä, työhönpaluuta ja tehostettua hoitoa	78
6	Yhteenvetoa ja päätelmiä	79
	Kirjallisuus	84
	Osa II Toimenpide-ehdotukset	91
	Johdanto	93
1	Työeläkejärjestelmän toimintaan ja Kelan kuntoutukseen liittyviä ehdotuksia	95
2	Kehitysehdotuksia, jotka liittyvät osittain tai kokonaan muiden tahojen kuin työeläkejärjestelmän toimintaan	97

OSAI

Selvitys masennukseen ja muihin
mielenterveyssyihin liittyvästä
työkyvyttömyydestä

Raija Gould, Harri Grönlund, Riitta Korpiluoma,
Heidi Nyman ja Kristiina Tuominen

1 Johdanto

Selvityksessä kuvataan mielenterveyssyihin ja erityisesti masennukseen perustuvien työkyvyttömyyseläkkeiden viimeaikaista kehitystä, tuodaan esille tähän kehitykseen liittyviä seikkoja sekä niitä toimenpiteitä, joilla kehitykseen on pyritty vaikuttamaan. Selvityksen taustalla on huoli masennuksesta aiheutuvan työkyvyttömyyden lisääntymisestä. Masennukseen perustuvia työkyvyttömyyseläkkeitä alkoi vuonna 2006 puolitoistakertainen määrä vuoteen 1997 verrattuna. Samanaikaisesti tutkimukset kertovat kuitenkin masennussairauden yleisyyden pysyneen ennallaan.

Selvityksen aluksi, luvussa 2, kuvataan työkyvyttömyyseläkkeisiin, työeläkekuntoutukseen ja jossain määrin myös sairausvakuutukseen liittyvän lainsäädännön kehitystä. Erityisesti tarkastellaan viime vuosina tehtyjä lainsäädännön muutoksia, joiden tavoitteena on ollut työssä pysymisen edistäminen.

Selvityksen kolmanteen lukuun on koottu tilastotietoja masennuksen yleisyydestä sekä masennukseen perustuvista sairauspäivärahoista, työkyvyttömyyseläkkeistä ja kuntoutuksesta. Tietojen avulla kuvataan, miten masennukseen perustuvien eläkkeiden alkavuus on kehittynyt, minkälaisia alueellisia ja väestöryhmittäisiä eroja näissä eläkkeissä on ja miten masennuksen perusteella eläkkeelle siirtyneet poikkeavat muista työkyvyttömyyseläkeläisistä. Tarkastelussa selvitetään myös työhön palaamista masennukseen perustuvilta työkyvyttömyyseläkkeiltä, ammatillisen työeläkekuntoutuksen merkitystä ja masennuksesta aiheutuvia eläkekustannuksia.

Neljännessä luvussa esitetään aihepiiriä sivuavien aiempien, pääasiassa kotimaisten tutkimusten tuloksia. Kyse ei ole systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta, vaan pyrkimyksenä on ollut nostaa esille tutkimustuloksia, jotka mahdollisimman monipuolisesti liittyvät masennusperusteisen työkyvyttömyyden syihin, hoitoon ja kuntoutukseen. Selvityksen lopuksi, luvussa 5, esitetään lyhyt katsaus valtakunnallisiin ohjelmiin ja muihin hankkeisiin, joilla on pyritty ehkäisemään mielenterveyssyistä aiheutuvaa työkyvyttömyyttä ja edistämään mielenterveyspotilaiden työllistymismahdollisuuksia.

Selvityksen tavoitteena on tuottaa ja koota sellaista masennukseen liittyvää tietoa, jonka perusteella voidaan laatia toimenpide-ehdotuksia masennuksen aiheuttaman pitkäaikaisen työkyvyttömyyden ehkäisemiseksi.

2 Lainsäädäntö

2.1 Työkyvyttömyyseläke- ja työeläkekuntoutuslainsäädännön taustaa

2.1.1 Yksityisten ja julkisten alojen työkyvyttömyyseläkkeet

Yksityisten alojen työntekijän oikeudesta työkyvyttömyyseläkkeeseen säädetään työntekijän eläkelain (TyEL) 35 §:ssä. Ennen vuotta 2007 työkyvyttömyysmääritelmä oli työntekijäin eläkelain (TEL) 4 §:n 3 ja 8 momentissa.

Pitkäaikaisen työkyvyttömyyden aiheuttamaa ansiotulojen menetystä korvataan työkyvyttömyyseläkkeillä, joita ovat täysi työkyvyttömyyseläke ja osatyökyvyttömyyseläke. Työkyvyttömyyseläke voidaan myöntää joko toistaiseksi tai määräajaksi kuntoutustukena. Työkyvyttömyyseläkkeen saamisen edellytyksenä on työkyvyn heikentyminen sairauden, vian tai vamman vuoksi vähintään kahdella viidesosalla yhtäjaksoisesti ainakin vuoden ajaksi. Työkyvyttömyyseläke myönnetään täytenä eläkkeenä, jos työkyky on heikentynyt vähintään kolmella viidesosalla. Muussa tapauksessa työkyvyttömyyseläke myönnetään osatyökyvyttömyyseläkkeenä. Tämä yksityisten alojen työkyvyttömyysmääritelmä on ollut samansisältöisenä voimassa vuodesta 1973 alkaen. Tuolloin TEL:iin lisättiin myös osatyökyvyttömyyseläkettä koskevat säännökset.

Työkyvyttömyyseläkettä edeltää käytännössä noin vuoden ajalta maksettava sairausvakuutuslain mukainen päiväraha. Työkyvyttömyyseläke on ollut tällä tavalla toissijainen sairausvakuutuslain mukaiseen päivärahaan nähden vuoden 1982 alusta alkaen. Sairausvakuutuslain mukaan työkyvyttömyydellä tarkoitetaan sellaista sairaudesta johtuvaa tilaa, jonka kestäessä vakuutettu on sairauden edelleen jatkuessa kykenemätön tekemään tavallista työtään tai työtä, joka on siihen läheisesti verrattavaa.

Julkisten alojen työkyvyttömyysmääritelmä eroaa yksityisten alojen työkyvyttömyysmääritelmästä. Julkisten alojen työeläkelaeissa työkyvyttömyys on määriteltä kahdella tavalla. Sovellettava määritelmä riippuu siitä, onko työkyvyttömyys alkanut palveluksen kestäessä vai sen päätyttyä. Jos työkyvyttömyys on alkanut palveluksen kestäessä, arvioidaan, onko eläkkeenhakija tullut sairauden, vian tai vamman johdosta kykenemättömäksi omaan virkaansa tai työhönsä (ns. ammatillinen työkyvyttömyysmääritelmä). Jos työkyvyttömyys on alkanut vasta palveluksen päättymisen jälkeen, eläkkeen saamisen edellytykset ovat samat kuin yksityisen alan työeläkelaeissa.

Yksityisten alojen työkyvyttömyyseläkemääritelmän mukaan ei riitä, että työntekijä on tullut työkyvyttömäksi omaan työhönsä. Työkyvyn heikentymistä arvioitaessa otetaan huomioon työntekijän jäljellä oleva kyky hankkia itselleen ansiotuloja sellaisella saatavissa olevalla työllä, jota hänen voidaan kohtuudella edellyttää tekevän. Tällöin otetaan huomioon hakijan koulutus, aikaisempi toiminta, ikä, asuinpaikka ja muut näihin rinnastettavat tekijät (ns. yleinen työkyvyttömyysmääritelmä).

Vuonna 1986 voimaan tullut työkyvyttömyyseläkkeen lievempi muoto – yksilöllinen varhaiseläke – poistui erillisenä eläkeuotona lainsäädännöstä vuoden 2003 lopussa. Sen sijaan säädettiin, että pitkän työuran tehneiden 60 vuotta täyttäneiden hakijoiden työkyvyttömyyseläkeoikeutta arvioitaessa painotetaan työkyvyttömyyden ammatillista luonnetta. Oikeus yksilölliseen varhaiseläkkeeseen säilyi kuitenkin yksityisten alojen työeläkelaeissa vuonna 1943 ja sitä ennen syntyneillä työntekijöillä ja julkisten alojen työeläkelaeissa tietyillä 1944–1947 syntyneillä viranhaltijoilla ja työntekijöillä.

2.1.2 Kansaneläkelain mukaiset työkyvyttömyyseläkkeet

Kansaneläkelain mukaan työkyvyttömänä pidetään henkilöä, joka sairauden, vian tai vamman takia on kykenemätön tekemään tavallista työtään tai muuta siihen verrattavaa työtä, mitä on pidettävä ikä, ammattitaito ja muut seikat huomioon ottaen hänelle sopivana ja kohtuullisen toimeentulon turvaavana. Lisäksi työkyvyttömänä pidetään aina pysyvästi sokeaa ja liikuntakyvyttöä samoin kuin muutakin henkilöä, joka sairautensa, vikansa tai vammansa vuoksi on pysyvästi niin avuttomassa tilassa, ettei hän voi tulla toimeen ilman toisen henkilön apua. Kansaneläke myönnetään toistaiseksi tai kuntoutustukena määräajaksi samoin kuin työeläke. Kansaneläkettä ei voida myöntää osaeläkkeenä.

Yksilöllinen varhaiseläke voitiin myöntää myös kansaneläkejärjestelmästä, ja se lakkautettiin samasta ajankohdasta kuin työeläkejärjestelmässä. Lakkauttamisen yhteydessä myös kansaneläkelain työkyvyn määritelmään lisättiin 60 vuotta täyttäneiden työkyvyttömyyden arviointiin ammatillinen painotus samalla tavalla kuin työeläkelakeihin.

Kansaneläkkeen määrään vaikuttavat työeläkkeet. Kansaneläkettä ei jää maksettavaksi, jos työeläkkeiden määrä ylittää perhesuhteiden ja kuntaryhmän mukaan määräytyvät tulorajat. Pienin maksettava kansaneläke on 11,58 euroa (vuonna 2007) kuukaudessa. Kansaneläkkeen saa täysimääräisenä, mikäli muut

eläketulot eivät ylitä 48,12 euroa kuukaudessa. Enimmillään täysi kansaneläkkeen määrä on yksinäisellä I kuntaryhmään kuuluvalla eläkkeensaajalla 524,85 euroa kuukaudessa. Kansaneläkeoikeutta ei ole, kun muiden eläkkeiden määrä on kuntaryhmästä ja perhesuhteista riippuen 915,21–1 074,63 euroa tai enemmän kuukaudessa.

Jos toistaiseksi myönnetyn, täysimääräisen työkyvyttömyyseläkkeen saaja ryhtyy työhön, josta hän ansaitsee vähintään 588,66 euroa kuukaudessa, eläke jätetään lepäämään. Edellytyksenä on, että eläkkeensaajan terveydentilassa ei ole tapahtunut sellaista olennaista muutosta, jonka perusteella eläke voitaisiin lakauttaa. Eläkkeen lepäämisen ajalta maksetaan kahden vuoden ajan erityisvammaistuen suuruista korvausta (361,21 euroa/kk vuonna 2007).

Työeläkelaitos ja Kansaneläkelaitos pyrkivät varmistamaan yhdenmukaisen ratkaisukäytännön työkyvyttömyysratkaisujen ennakkoilmoitus- ja neuvottelunettelyn avulla.

2.1.3 Työeläkekuntoutus

Työeläkelaitosten kuntoutusta koskeva säännös tuli TEL:iin vuoden 1967 alusta. Tuolloin työkyvyttömyyden estämiseksi tai työ- ja ansiokyvyn parantamiseksi voitiin työntekijälle antaa lääkintähuoltoa, koulutusta ja työhuoltoa. Työeläkelaitosten antama kuntoutus oli muihin kuntoutusjärjestelmiin nähden toissijainen ja sen antaminen riippui eläkelaitoksen harkinnasta. Työeläkelaitosten korvaama kuntoutus perustui pääosin Työeläkelaitosten Liiton (TELA) vahvistamiin työeläkejärjestelmää koskeviin kuntoutusohjeisiin.

Kuntoutusjärjestelmiä ja eri kuntoutustahojen yhteistyötä pyrittiin tehostamaan ja selkiyttämään 1990-luvun alussa. Myös työeläkejärjestelmän kuntoutusta koskeva lainsäädäntö uusittiin kokonaan lokakuussa 1991 voimaan tulleilla säännöksillä. Tavoitteeksi tuli tukea työntekijän ammatillista kuntoutusta niin, että työntekijä pystyi entistä pitempään jatkamaan työelämässä tai palaamaan työhön. Aikaisemmin kuntoutusta harkittiin yleensä vasta silloin, kun työntekijä oli siirtymässä eläkkeelle. Työeläkejärjestelmän kuntoutus oli edelleen harkinnanvaraista.

2.2 Vuoden 1996 eläkeuudistus

Vuoden 1996 alusta voimaan tulleilla työeläkejärjestelmää koskevilla muutoksilla pyrittiin hallituksen esityksen (HE 118/1995) mukaan turvaamaan työeläkejärjestelmän rakenteet ja saamaan aikaan työeläkemaksujen ja työeläke-etujen välinen tasapaino 1990-luvun loppuvuosisiksi sekä samalla huolehtimaan työeläkejärjestelmän pidemmän aikavälin maksujen ja etujen tasapainosta. Tarkoituksena oli turvata perusteiltaan ja peruseduiltaan entisen kaltaisen työeläkejärjestelmän säilyminen ja kehittäminen muuttuvia tarpeita ja olosuhteita vastaaviksi.

2.2.1 *Kuntoutukseen ja työkyvyttömyyseläkkeisiin tulleet muutokset ja niiden tavoitteet*

Työeläkelakeihin tuli useita muutoksia, joiden yhtenä tavoitteena hallituksen esityksen mukaan oli korostaa kuntouttavien toimien ensisijaisuutta pysyvämpiin eläkeratkaisuihin nähden. Tällöin mm. määräaikainen työkyvyttömyyseläke muutettiin työhönpaluuta edistäväksi kuntoutustueksi, johon pitää liittyä hoito- tai kuntoutussuunnitelma. Lähtökohtana oli, että työntekijän hakiessa työkyvyttömyyseläkettä on ensin selvitettävä mahdollisuus kuntoutukseen.

Vuonna 1996 työeläkelakeihin tehtyjen muutosten seurauksena kasvoi kaikkien niiden toimien merkitys, joiden tavoitteena oli ehkäistä ennalta työkyvyn menetystä tai siirtää eläkkeelle joutumista. Vaikka suurin osa työkykyä ylläpitävistä toimista kuuluu työpaikkatasolle, pyrittiin työkykyä ylläpitäviä toimia edistämään mahdollisimman monipuolisoin keinoin myös työeläkejärjestelmän puolesta. Eläkkeen määräytymisperusteita muutettiin enemmän työuraa vastaaviksi, tarkistettiin tulevan ajan määräytymisperusteita työssä jatkamista suosiviksi ja korostettiin kuntoutuksen ja työkyvyn ylläpidon merkitystä työkyvyttömyyseläkkeen estäjänä tai sen myöhentäjänä.

Kuntoutuksen aikaisen toimeentuloturvan selkiyttämiseksi ja aktiivisen kuntoutuksen tehostamiseksi jo eläkkeellä olevalle kuntoutujalle eläkkeeseen aiemmin maksettu 10 prosentin korotus nostettiin 33 prosenttiin.

Myös osatyökyvyttömyyseläkkeen käyttöä pyrittiin lisäämään. Eläkkeen hakijalle tuli mahdollisuus hakea osatyökyvyttömyyseläkkeen ennakkopäätöstä, minkä toivottiin osaltaan auttavan työkyvyn ylläpitämistä ja työssä jatkamista. Työkyvyttömyysturvaan liittyen työnantajan maksuosuuksia tarkistettiin siten, että

työntekijän kuntouttaminen ja osaeläkevaihtoehdot tulivat työnantajalle edullisemmiksi kuin työntekijän joutuminen työkyvyttömyyseläkkeelle.

Vuoden 1996 työeläkelakien muutokset korostivat siis yhtäältä heikentyneen työkyvyn palauttamista ja toisaalta jäljellä olevan työkyvyn ylläpitämistä.

2.3 Vuoden 2004 muutokset kuntoutuksessa

2.3.1 Uudistuksen tavoitteet

Hallituksen esityksen (HE 116/2002) mukaan vuoden 2004 kuntoutuosuudistuksella pyrittiin hallitusohjelman tavoitteiden mukaisesti osaltaan vaikuttamaan keskimääräisen eläkkeelle siirtymisiän nousemiseen. Tavoitteena oli edelleen painottaa ammatillisen kuntoutuksen ensisijaisuutta työkyvyttömyyseläkkeeseen nähden ja tukea ammatillisen kuntoutuksen aloittamista niin varhain, että voidaan ehkäistä työkyvyttömyys tai ainakin myöhentää sen alkamista.

Kuntoutuksen ensisijaisuuteen pyrittiin muun muassa säätämällä työeläkekuntoutus työntekijän oikeudeksi. Tavoitteena oli myös työkyvyttömyyseläkkeensaajien työkyvyn palauttaminen ammatillisen kuntoutuksen toimenpitein, mikäli mahdollista. Lainmuutoksella katsottiin voitavan kuitenkin tukea edellä mainittujen tavoitteiden saavuttamista vain rajoitetusti. Siksi työterveyshuollon ja kuntouttajien toimintatapojen ja yhteistyön tehostamisen keskeistä asemaa pyrittiin korostamaan.

Hallituksen esityksen mukaan tavoitteena oli lisäksi vähentää Kansaneläkelaitoksen ja työeläkelaitosten kuntoutujien välistä tarpeetonta eriarvoisuutta ja näiden järjestelmien etuuksien edullisuusvertailua nostamalla kuntoutusrahalain mukaisen kuntoutusrahan tasoa. Jotta myös ammatillisen kuntoutuksen edellytykset molemmissa järjestelmissä vastaisivat toisiaan mahdollisimman hyvin, oli uudistuksen tavoitteena myös Kansaneläkelaitoksen järjestämän ammatillisen kuntoutuksen aikaistaminen.

Kansaneläkelaitoksen järjestämän ammatillisen ja lääkinnällisen kuntoutuksen tavoitteena oli edistää työssä olevien henkilöiden työkykyä ja vajaakuntoisten siirtymistä työelämään sekä vastaavasti vähentää kansaneläkelain mukaisia eläkemenoja ja sairausvakuutuslain mukaisia päivärahamenoja.

TELA:n koordinoimaa työntekijöille, työnantajille sekä erityisesti työterveyshuollon ja henkilöstöhallinnon edustajille suunnattua koulutusohjelmaa ehdotettiin jatkettavaksi ja tehostettavaksi yhdessä Työterveyslaitoksen ja eläkelaitosten kanssa. Myös kuntoutustutkimusverkostoa pyrittiin kehittämään laatu järjestelmän pohjalta yhteistyössä Kansaneläkelaitoksen kanssa siten, että varhaisen kuntoutuksen edellyttämät selvitykset saataisiin nopeasti ja yhdenmukaisesti koko maassa.

2.3.2 Keskeisimmät muutokset kuntoutuslainsäädännössä

Työeläkekuntoutusta koskevat säännökset muuttuivat 1.1.2004 lukien. Myös Kansaneläkelaitoksen toimeenpanema kuntoutuslainsäädäntö muuttui samasta ajankohdasta.

Kuntoutuksen hakijalle tuli oikeus saada ennakkopäätös siitä, täyttääkö hän kuntoutuksen saamisen edellytykset. Ennakkopäätös sitoo eläkelaitosta yhdeksän kuukautta päätöksen lainvoimaiseksi tulosta.

Työeläkekuntoutujan oikeusturvaa parannettiin säätämällä kuntoutuksesta oikeus, jota koskevaan päätökseen saa hakea muutosta. Valitusoikeutta ei kuitenkaan ollut ammatillisen kuntoutuksen sisällöstä. Työeläkekuntoutujan oikeusturvaa parannettiin myös tarkistamalla säännöksiä kuntoutusetuuksien määräytymisestä.

Aktiivisen kuntoutuksen aikainen työskentely tuli mahdolliseksi. Kuntoutusraha maksetaan osakuntoutusrahana, jos ammatilliseen kuntoutukseen osallistuva henkilö työskentelee samanaikaisesti siten, että hänen ansiotulonsa ylittävät puolet tulevan ajan eläkkeenosan perusteena olevasta palkasta. Osakuntoutusrahan määrä on puolet täyden kuntoutusrahan määrästä.

Kuntoutuksen ensisijaisuutta korostettiin myös siten, että työkyvyttömyyseläkkeeseen ei ole oikeutta ilman painavaa syytä ennen kuin oikeus työeläkelakien tai kuntoutusrahain mukaiseen kuntoutusrahaan ammatillisen kuntoutuksen ajalta on päättynyt. Työkyvyttömyyseläke voidaan kuitenkin myöntää, jos selvitysten perusteella todetaan, että kuntoutujalla ei ole mahdollisuuksia kuntoutuksen jatkamiseen tai jos kuntoutus on pitkäaikaisen sairauden vuoksi keskeytynyt tai päättynyt.

Kuntoutusrahain mukaisen kuntoutusrahan määrää korotettiin vastaamaan paremmin muiden kuntoutusjärjestelmien tasoa. Kuntoutusrahan määrää muutettiin ammatillisen kuntoutuksen ajalta siten, että se on 75 prosenttia sairausvakuutuslain mukaisen päivärahan perusteena olevasta työansioista kaikissa tulo-
luokissa.

2.4 Keskeisimmät muutokset työkyvyttömyyseläkkeissä vuosina 2004 ja 2005

Työkyvyttömyyseläkkeitä koskeviin säännöksiin vuosina 2004 ja 2005 tehdyillä muutoksilla pyrittiin selkeyttämään työeläkejärjestelmää ja tekemään siitä eläketurvan kannalta entistä oikeudenmukaisempi. Muutokset tukevat osaltaan pyrkimyksiä keskimääräisen eläkkeellesiirtymisiän myöhentämiseen.

Vuoden 2004 alusta yksilöllinen varhaiseläke erillisenä eläkeuotona lakkasi sekä työeläke- että kansaneläkejärjestelmässä. Sen sijaan säädettiin, että työeläke- ja kansaneläkejärjestelmässä painotetaan 60 vuotta täyttäneen työntekijän työkyvyttömyyseläkeoikeutta arvioitaessa työkyvyttömyyden ammatillista luonnetta pitkän työuran tehneillä.

Viimeisen laitoksen periaate laajennettiin koskemaan myös julkista sektoria. Tämä merkitsi myös työkyvyttömyyseläkeoikeuden ratkaisemista pääsääntöisesti viimeisen eläkelaitoksen soveltaman työkyvyttömyysmääritelmän perusteella. Jos se olisi ammatillinen määritelmä, viimeinen eläkelaitos pyytää yksityisten alojen eläkelaitoksen lausunnon hakijan työkyvyttömyydestä silloin, kun yksityisaloilla kertyneen eläkkeen määrä on merkittävä.

Lisäksi työkyvyttömyyseläkkeen keskeyttäminen lyhytaikaisen työskentelyn (työkokeilun) ajaksi tuli mahdolliseksi.

Vuoden 2005 alusta kaikesta työkyvyttömyyseläkkeen aikaisesta työskentelestä alkoi karttua uutta eläkettä. Tuleva aika sisältyy nyt lähtökohtaisesti kaikkiin työkyvyttömyyseläkkeisiin, joissa eläketapahtuma on 1.1.2006 ja sen jälkeen.

Tulevan ajan ansion määräytymistä muutettiin siten, että tulevan ajan eläkkeen perusteena oleva työansio määrätään työkyvyttömyyseläketapahtumaa edeltäneiden viiden kalenterivuoden ansioiden perusteella.

Nuorena työkyvyttömäksi tulleiden henkilöiden eläkkeen tason säilymistä turvataan lisäämällä työkyvyttömyyseläkkeeseen iästä riippuva kertakorotus, kun eläkkeen alkamisesta on kulunut viisi vuotta.

2.5 Vuoden 2007 alusta voimaan tulleita muutoksia

2.5.1 Ammatillisen kuntoutuksen sisällöstä muutoksenhakuoikeus 1.1.2007

Työeläkekuntoutuksen sisältöä koskeva muutoksenhakuoikeuden rajoitus poistui 1.1.2007 alkaen. Hakija voi näin ollen valittaa sekä oikeudestaan ammatilliseen kuntoutukseen että kuntoutuksen sisällöstä.

2.5.2 Osasairauspäiväraha

Sairausvakuutuslain 1.1.2007 voimaan tulleen muutoksen tarkoituksena on, että osasairauspäiväraha mahdollistaisi vakuutetun osittaisen paluun työelämään pitkähkön työkyvyttömyyden jälkeen. Osittaisen työhönpaluun tarkoituksena on tukea vakuutetun työ- ja toimintakyvyn palautumista sekä madaltaa hänen mahdollista kynnystään palata työhön poissaolon jälkeen (HE 227/2005).

Osasairauspäivärahaa maksetaan sairausvakuutuslain tarkoittamalla tavalla työkyvyttömälle työntekijälle tai yrittäjälle. Osasairauspäiväraha on itsenäinen etuus, jonka maksamisen edellytyksenä on, että kokoaikaisessa työsuhteessa oleva työntekijä on sopinut työnantajansa kanssa työnsä tekemisestä osa-aikaisesti laissa säädettyjen määräaikojen puitteissa. Vakuutetulla on mahdollisuus työskennellä osa-aikaisesti ja saada lisäksi osasairauspäivärahaa työhönpaluun tukemiseksi vähintään 60 sairauspäivärahapäivää kestäneen sairauden jälkeen. Työkyvyttömyyden on jatkuttava koko osasairauspäivärahakauden. Määrältään osasairauspäiväraha on puolet sitä välittömästi edeltävästä sairauspäivärahasta ja sitä voidaan maksaa 12–72 arkipäivää.

Vakuutetun työhön palaamisen tulee työkyvyttömyyden jatkuessa tapahtua siten, ettei siitä aiheudu vakuutetulle terveydellistä haittaa. Edellytyksenä on, että vakuutettu pystyisi hoitamaan osan työtehtävistään terveyttään tai toipumistaan vaarantamatta.

Aikaisemmin sairausvakuutuslakiin ei sisällynyt mahdollisuutta maksaa sairauspäivärahaa osalta päivää.

3 Masennukseen perustuvien sairauspäivärahojen, eläkkeiden ja kuntoutuksen kehitys

3.1 Masennustila ja sen yleisyys

3.1.1 Masennus on oireyhtymä

Masennuksen Käypä hoito -suosituksessa (Suomen Psykiatriayhdistys 2004) masennustila on kuvattu oireyhtymäksi. ICD-10 tautiluokitus erottelee masennustilan (F32) ja toistuvan masennuksen (F33). Kummassakin tapauksessa masennusoireyhtymän kriteerit ovat samat.

Taulukko 1. Masennustilan oirekriteerit.

Oirekriteerit	Oirekuva
<p>A. Masennusjakso on kestänyt vähintään kahden viikon ajan</p> <p>B. Todetaan vähintään kaksi seuraavista oireista</p> <p>C. Todetaan jokin tai jotkin seuraavista oireista niin, että oireita on yhteensä (B ja C yhteenlaskettuna) vähintään neljä</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Masentunut mieliala suurimman osan aikaa 2. Kiinnostuksen tai mielihyvän menettäminen asioihin, jotka ovat tavallisesti kiinnostaneet tai tuottaneet mielihyvää 3. Vähentyneet voimavarat tai poikkeuksellinen väsymys 4. Itseluottamuksen tai omanarvontunnon väheneminen 5. Perusteettomat tai kohtuuttomat itsetsyytökset 6. Toistuvat kuolemaan tai itsemurhaan liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käyttäytyminen 7. Subjektiiivinen tai havaittu keskittymisvaikeus, joka voi ilmetä myös päättämättömyytenä tai jakkailuna 8. Psykomotorinen muutos (kiihtymys tai hidastuneisuus), joka voi olla subjektiivinen tai havaittu 9. Unihäiriöt 10. Ruokahalun lisääntyminen tai väheneminen, johon liittyy painonmuutos

Lähde: Suomen Psykiatriayhdistys 2004, 745.

Masennustilan oirekriteerit on esitetty edellä taulukossa 1. Diagnoosi edellyttää, että kymmenestä oireesta esiintyy vähintään neljä ja että oireita on esiintynyt yhtäjaksoisesti vähintään kahden viikon ajan.

Masennuksen vaikeusastetta voidaan arvioida oireiden lukumäärän mukaan. 4–5 oireetta tarkoittaa lievää, 6–7 keskivaikeaa ja 8–10 vaikeaa masennusta. Lievässä masennustilassa toimintakyky on yleensä säilynyt, keskivaikea heikentää työ- ja toimintakykyä, ja vaikeasti masentunut on lähes aina työkyvytön. (Suomen Psykiatriyhdistys 2004.)

Tyypillinen masennuspotilas saattaa kärsiä myös muista samanaikaisista psyykkisistä ongelmista, kuten ahdistuneisuushäiriöstä, persoonallisuushäiriöstä tai päihderiippuvuudesta (Melartin 2004). 1990-luvulla kahdella kolmasosalla masennuksen perusteella työkyvyttömyyseläkettä hakeneista oli myös jokin toinen mielenterveys- tai somaattinen sairaus (Isometsä ym. 2000).

3.1.2 Masennus ei tutkimusten mukaan näytä yleistyneen

Masennustila on varsin yleinen mielenterveyden häiriö. Kliinisesti merkittävän masennustilan pisteprevalenssiksi aikuisväestössä arvioidaan noin viisi prosenttia (Suomen Psykiatriyhdistys 2004).

Vuosina 2000–2001 kerätyn Terveys 2000 -tutkimuksen aineiston mukaan 30–64-vuotiaista suomalaisista naisista kahdeksan prosenttia ja miehistä neljä prosenttia oli tutkimusta edeltäneiden 12 kuukauden aikana kokenut vakavan masennusjakson (taulukko 2). Tieto perustuu CIDI-haastattelun oiretietoihin (Pirkola ja Lönnqvist 2002).

Eniten vakavaa masennusta esiintyi Terveys 2000 -aineiston nuorimmassa ikäryhmässä: 18–29-vuotiaista naisista 18 prosenttia ja miehistä 6 prosenttia oli tutkimusta edeltäneiden 12 kuukauden aikana kärsinyt masennusoireista, jotka mahdollisesti täyttivät vakavan masennuksen kriteerit (taulukko 2). Nuorten aikuisten masennustiedot eivät kuitenkaan ole täysin vertailukelpoisia vanhempien ikäryhmien tietoihin, koska niitä ei ole kerätty CIDI-haastattelulla vaan postikyselyyn sisältyneellä oirekriteerejä mukailevalla kysymyssarjalla (Pirkola ym. 2005a).

Taulukko 2. Vakavan masennuksen yleisyys (%) 12 kuukauden aikana Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan.

	18–29 ^{1,2}	30–44 ³	45–54 ³	55–64 ³	30–64 ^{1,3}	65+ ^{1,3}	30+ ^{1,3}
Miehet	6	4	5	3	4	1	4
Naiset	18	9	7	6	8	3	7

¹ Ikävakioitu.

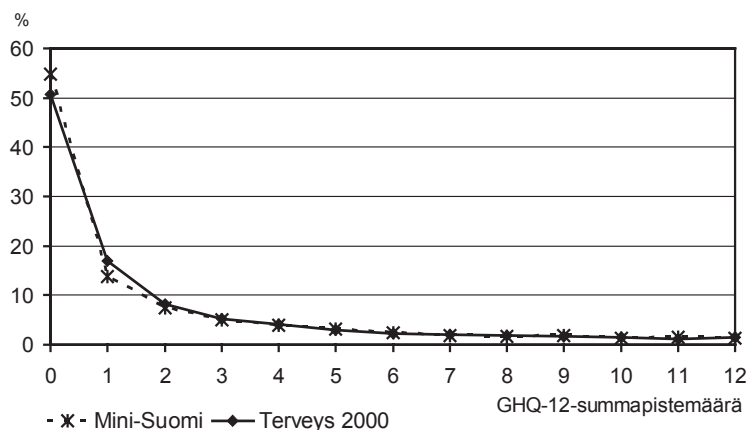
² Perustuu oirekriteerijä mukailevaan kysymyssarjaan. (Lähde: Pirkola ym. 2005a, 89.)

³ Perustuu CIDI-haastatteluun. (Lähde: Pirkola ja Lönnqvist 2002, 53.)

Tutkimusten perusteella on arvioitu, että noin neljäsosalla suomalaisista on haittaavia psyykkisiä oireita ja 15–20 prosentilla on jokin diagnosoitavissa oleva mielenterveyshäiriö (Pirkola ja Lönnqvist 2002). Tutkimukset viittaavat myös siihen, ettei mielenterveyshäiriöiden määrä ole viime vuosikymmeninä juurikaan muuttunut (Pirkola ym. 2005b; Pirkola ja Sohlman 2005).

Psyykkisten ongelmien yleisyyden pysyminen ennallaan näkyy esimerkiksi Terveys 2000 -tutkimuksen ja kaksi vuosikymmentä aiemmin tehdyn Mini-Suomi-tutkimuksen psyykkistä vointia mittaavissa tuloksissa. Tutkimuksissa selvitettiin General Health Questionnaire -kyselylomakkeen (GHQ-12) avulla psyykkisten oireiden määrää ja vaikeusastetta. GHQ-pistemäärän jakauma oli molempina ajankohtina samanlainen (kuva 1), joten tulokset eivät viittaa psyykkisten ongelmien yleistymiseen (Aromaa ja Koskinen 2002).

Kuva 1. GHQ-pistemäärän jakauma vuosina 1978–1980 (Mini-Suomi) ja ja 2000–2001 (Terveys 2000).



Lähde: Aromaa ja Koskinen 2002, 113.

3.1.3 Palkansaajien psyykkinen oireilu on hiukan kasvanut

Työolotutkimuksissa on selvitetty erilaisten psyykkisten ja somaattisten vaivojen esiintymistä palkansaajaväestössä. Psykkisistä oireista etenkin univaikeudet ovat lisääntyneet. Vuonna 1977 viidennes ja vuonna 2003 runsas kolmannes palkansaajanaisista kärsi vähintään kerran viikossa univaikeuksista. Palkansaajamiehistä univaikeuksia raportoi vuonna 1977 vajaa viidennes ja vuonna 2003 runsas neljännes. Masennusoireita kokevien osuus ei sen sijaan ole muuttunut vuodesta 1984 (jolloin masennuksen esiintymistä selvitettiin ensimmäisen kerran työolotutkimuksessa) vuoteen 2003. Palkansaajanaisista masennusta koki kuusi prosenttia ja miehistä neljä prosenttia. (Lehto ja Sutela 2004.)

3.1.4 Masennus heikentää koettua työkykyä

Terveys 2000 -tutkimuksen tulosten mukaan masennuksella on voimakas yhteys koettuun työkykyyn (Koskinen ym. 2006). Niistä 30–64-vuotiaista, jotka ilmoittivat lääkärin joskus todenneen heillä masennuksen, useampi kuin kaksi viidestä arvioi työkykynsä rajoittuneeksi (taulukko 3).

Yleisyytensä vuoksi masennuksen vaikutus väestön työkykyyn on erityisen suuri. Koskinen ym. (2006) arvioivat, että mikäli masennuksen vaikutus väestön työkykyyn voitaisiin poistaa, esimerkiksi 45–54-vuotiaiden naisten työkyvyn rajoitteista häviäisi noin neljäsosa.

Taulukko 3. Työkykynsä rajoittuneeksi kokevien osuus (%) masennusta sairastavien ja muiden keskuudessa Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan.

	Työkyvyltään rajoittuneiden osuus (%)			
	30–44	45–54	55–64	30–64 ¹
Naiset				
ei masennusta	4	13	42	16
on todettu masennus	24	47	77	43
Miehet				
ei masennusta	6	17	42	18
on todettu masennus	34	50	77	47

¹ Ikävakiointu.

Lähde: Koskinen ym. 2006, 125.

3.2 Masennuksen hoitoon liittyviä lukumäärätietoja

3.2.1 Psykiatrien lukumäärä on kasvanut

Mielenterveysalan ammattihenkilöiden lukumäärät ovat viime vuosina kasvanut. Vuodesta 1990 vuoteen 2003 mennessä psykiatrien lukumäärä lähes kaksinkertaistui runsaasta viidestäsadasta vajaaseen tuhanteen. (Luvuissa ei ole mukana nuoriso-, oikeus-, lasten- tai vanhustenpsykiatreja.) Myös muiden mielenterveysalan ammattilaisten lukumäärät ovat kasvanut (taulukko 4). Pirkolan ja Sohlmanin (2005) mukaan mielenterveysalan ammattilaisten väestöön suhteutettu määrä on länsimaista tasoa, mutta työmarkkinoille jakautumisessa on ollut ongelmia. Etenkin avohoidon resurssien alueittainen riittävyys on aiheuttanut huolta.

Taulukko 4. Työikäisten mielenterveysalan ammattihenkilöiden määrät Suomessa vuosina 1990, 1995, 2000 ja 2003.

	1990		1995		2000		2003	
	lkm	ammattihlö /10 000 as	lkm	ammattihlö /10 000 as	lkm	ammattihlö /10 000 as	lkm	ammattihlö /10 000 as
Psykiatri ¹	535	1,1	728	1,4	882	1,7	976	1,9
Laillistettu psykologi			3249	6,3	4111	7,9	4635	8,9
Psykoterapeutti			1485	2,9	2441	4,7	3112	6,0

¹ Ei sisällä nuoriso-, geriatria-, oikeus- ja lastenpsykiatreja.
Lähde: Pirkola ja Sohlman 2005, 23 (TEO, Stakes).

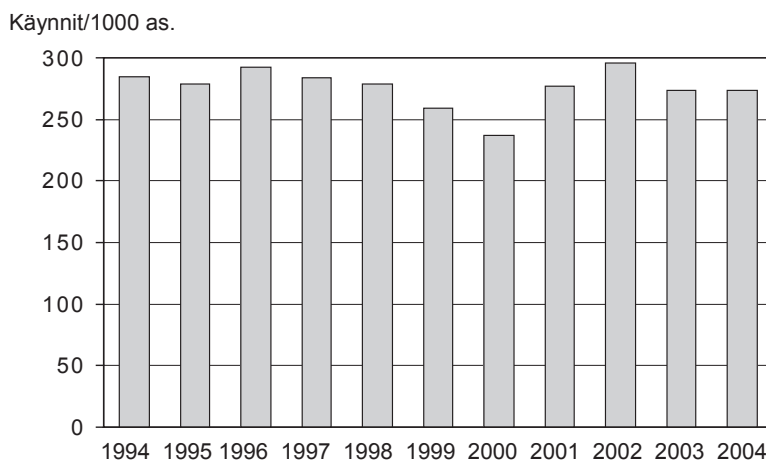
3.2.2 Perusterveydenhuollon mielenterveyskäyntien määrä on kasvanut, erikoissairaanhoidon aikuispsykiatrian ei

Erikoissairaanhoidon aikuispsykiatrian käyntien määrä on pysynyt kutakuinkin samalla tasolla vuodesta 1994 vuoteen 2004 (kuva 2), sen sijaan lasten ja nuorten psykiatriakäynnit ovat lisääntyneet. Perusterveydenhuollon mielenterveyshuollon käyntejä ei tilastoida ikäryhmittäin. Vuonna 1994 käyntejä oli kokonaisuudessaan noin 100 000 ja vuonna 2004 määrä oli yli seitsenkertainen, noin 750 000. Sekä lääkärikäynnit että muiden ammattihenkilöiden mielenterveyshuoltokäynnit ovat lisääntyneet. (Stakes 2006.)

Mielenterveysatlaksessa esitettyjen Stakesin poisto- ja hoitoilmoitusrekisteriin perustuvien tietojen mukaan psykiatrisessa sairaalahoidossa mielialahäiriöiden takia hoidettujen potilaiden määrä on kasvanut melko tasaisesti 1980-luvun jälkipuolus-

kolta lähtien. Myös sairaalahoitopäivien määrä on kyseisessä sairausryhmässä kasvanut. Skitsofrenian tai muiden mielenterveyshäiriöiden vuoksi hoidettujen potilaiden ja hoitopäivien määrät ovat sen sijaan vähentyneet. (Pirkola ja Sohlman 2005.)

Kuva 2. Erikoissairaanhoidon aikuisten psykiatriakäynnit vuosina 1994–2004 (käynnit 1000:ta 18 vuotta täyttäneestä asukasta kohti).



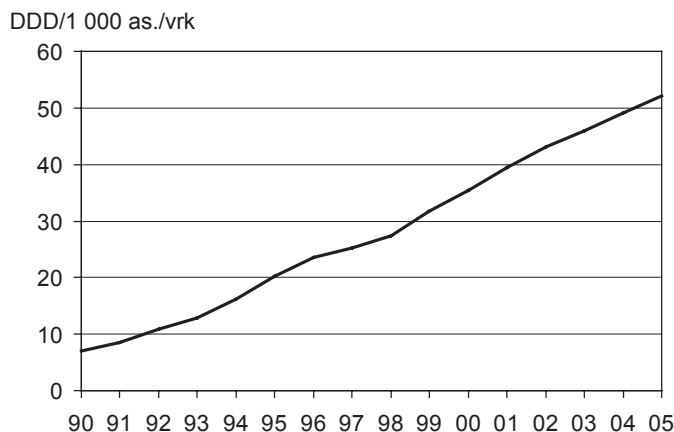
Lähde: Stakes 2006, 22.

3.2.3 Masennuslääkkeiden käyttö on kasvanut

Eri osoittimien perusteella masennuslääkkeiden käyttö on kasvanut sekä 1990-luvulla että 2000-luvun alussa. Masennuslääkkeiden kulutus on moninkertaistunut vuoden 1990 tasoon verrattuna (kuva 3) ja samoin masennuslääkkeitä käyttävien osuus väestöstä on kasvanut (kuva 4). Pirkola ja Sohlman (2005) ovat nähneet keskeisinä tekijöinä tässä suuntauksessa uudet, aikaisempaa helppo- ja monikäyttöisemmät lääkkeet, käytön laajentumisen muihinkin häiriöihin kuin masennukseen ja lääkehoidon pitenemisen.

Masennuslääkkeiden käyttö ei jakaudu alueellisesti tasaisesti. Masennuslääkkeistä sairausvakuutuksen korvausta saaneiden osuus 20–64-vuotiaasta väestöstä on suurin Pohjois-Savossa, Pohjois-Karjalassa Varsinais-Suomessa, Uudellamaalla ja Kanta-Hämeessä. Kaikkein vähiten masennuslääkkeitä käytetään Ahvenanmaalla ja Lapissa. (Stakes, SOTKANet.)

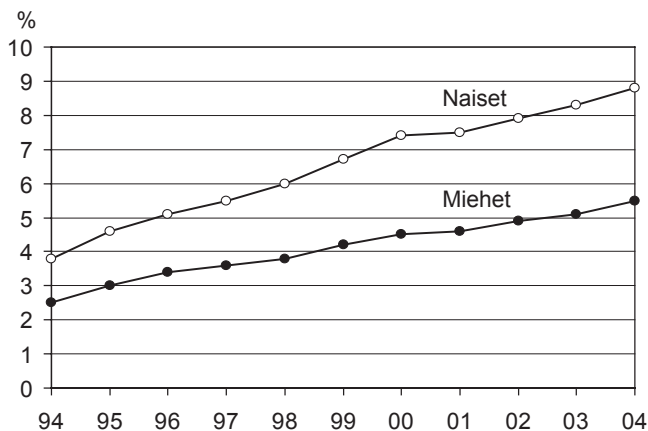
Kuva 3. Masennuslääkkeiden kulutus apteekkimyynnin perusteella 1990–2005.



DDD = määritelty vuorokausiannos (defined daily dose)

Lähde: Lääkelaitos.

Kuva 4. Masennuslääkkeistä korvausta saaneiden 20–64-vuotiaiden osuus (%) vastaavanikäisestä väestöstä 1994–2004.



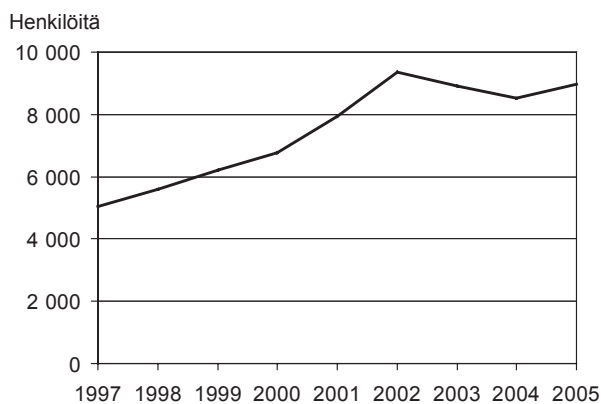
Lähde: Stakes, SOTKANet.

3.2.4 Työikäisten psykoterapian käyttäjien lukumäärä on pysynyt viime vuosina ennallaan

Kela tukee kuntoutuspalveluna psykoterapiaa. Kelan järjestämää harkinnanvaraista psykoterapiaa sai 1990-luvun puolivälissä runsas 5 000 työikäistä (16–64-vuotiasta) henkilöä vuodessa. Psykoterapian saajien lukumäärä kasvoi vuo-

teen 2002 asti, sen jälkeen se on pysynyt melko tasaisena (kuva 5). 16–64-vuotiaita psykoterapian saajia oli vuonna 2005 noin 9 000.

Kuva 5. Työikäiset Kelan harkinnanvaraista psykoterapiaa saaneet¹.

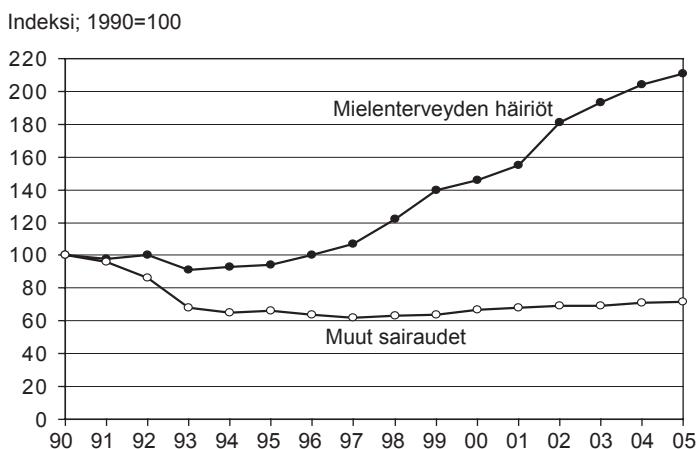


¹ Sisältää myös lasten ja nuorten psykiatriseen kuntoutukseen osallistuneet 16 vuotta täyttäneet.
Lähde: Kela.

3.3 Sairauspäiväraha-kaudet

Vuosittain alkaneiden sairauspäiväraha-kausien lukumäärä kääntyi kasvuun lama-vuosien jälkeen vuonna 1997. Mielenterveyssyistä alkaneiden sairauspäiväraha-kausien lukumäärän kasvu vuosina 1996–2005 oli poikkeuksellisen nopeaa; kausien lukumäärä kaksinkertaistui. Muiden sairauksien perusteella alkaneiden kausien lukumäärä sen sijaan kasvoi vain hiukan (kuva 6; Raitasalo ja Maaniemi 2006).

Kuva 6. Mielenterveyden häiriöiden ja muiden sairauksien perusteella alkaneet sairauspäiväraha-kaudet vuosina 1990–2005.



Lähde: Kela.

Masennuksen osuus mielenterveyssyistä alkaneissa sairauspäiväraha-kausissa on lähes puolet. Samoin kuin koko mielenterveyden häiriöiden ryhmässä, myös masennukseen perustuvien kausien lukumäärä on kaksinkertaistunut vuosien 1996–2005 välillä. (Raitasalo ja Maaniemi 2006.)

Masennuksen perusteella alkaneiden sairauspäiväraha-kausien keskimääräinen pituus on vuosina 1993–2004 vaihdellut 57 arkipäivästä 71 arkipäivään¹ (Kelan tilastotiedot). Mitään systemaattista muutosta kausien pituudessa ei kuitenkaan ole havaittavissa. Kun sairauspäiväraha-päiviin lisätään omavastuu-aika – sairastumispäivä ja yhdeksän sitä seuraavaa arkipäivää – saadaan masennusjakson keskipituudeksi noin kolme kuukautta.

¹ Korvaus maksetaan arkipäiviltä eli 6 pv/viikko.

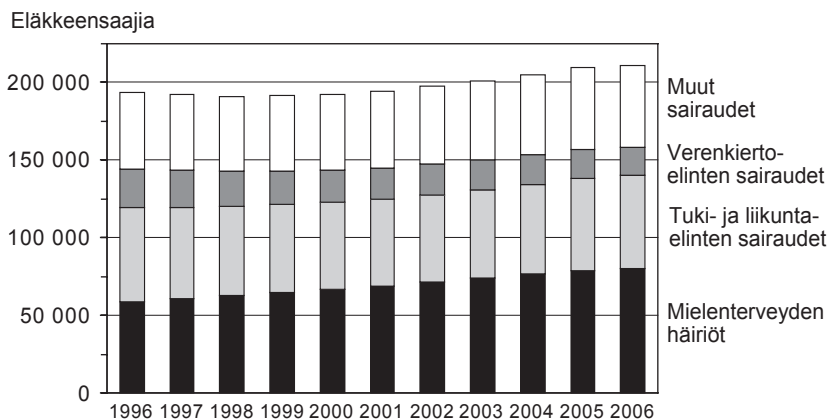
3.4 Työkyvyttömyyseläkkeet²

3.4.1 Mielenterveyden häiriöt yleisin työkyvyttömyyden syy

Vuoden 2006 lopussa työeläkejärjestelmän työkyvyttömyyseläkettä sai kaikkiaan 216 600 henkilöä. Suurin osa, 210 900 henkilöä, sai varsinaista työkyvyttömyyseläkettä. Yksilöllisen varhaiseläkkeen saajia oli 5 800.

Varsinaista työkyvyttömyyseläkettä saavilla mielenterveyden häiriöt ovat yleisin eläkkeen perusteena oleva sairausryhmä (kuva 7). Vuoden 2006 lopussa 38 prosentilla varsinaista työkyvyttömyyseläkettä saavista eläkkeen perusteena oli jokin mielenterveysdiagnoosi. Yksilöllisissä varhaiseläkkeissä mielenterveyden häiriöiden osuus on ollut pienempi: viime vuosina vajaa 20 prosenttia yksilöllisistä varhaiseläkkeistä on perustunut mielenterveyssyihin.

Kuva 7. Varsinaista työkyvyttömyyseläkettä saavat sairausryhmän mukaan vuosien 1996–2006 lopussa, työeläkkeet.



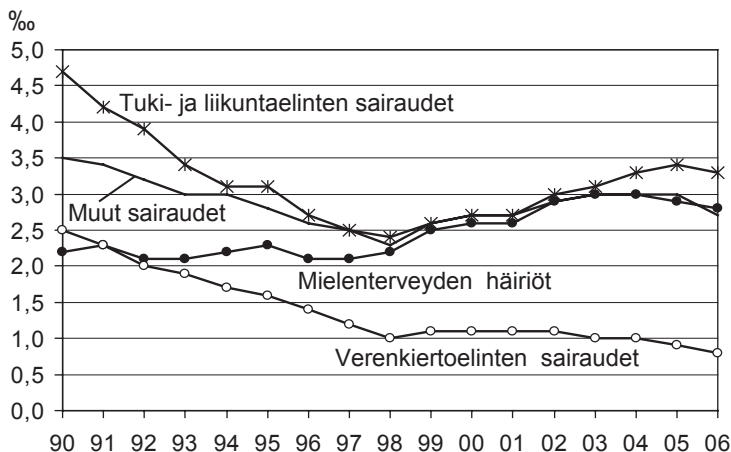
Vuonna 2006 työeläkejärjestelmän työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyi 24 400 henkilöä. Heistä 34 prosentilla eläkkeen perusteena oli jokin tuki- ja liikuntaelinten sairaus, 30 prosentilla mielenterveyden häiriö ja 8 prosentilla verenkiertoelinten sairaus.

² Kaikki tämän jakson tiedot koskevat työeläkejärjestelmän työkyvyttömyyseläkkeitä. Tiedot perustuvat Eläketurvakeskuksen rekistereihin. Osa kuvista ja taulukoista on laadittu tätä selvitystä varten, osa on aiemmin ETK:n julkaisuissa esitettyjen tietojen päivitettyjä versioita.

3.4.2 Työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus kääntyi kasvuun 1990-luvun lopulla

Työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus – eläkkeelle siirtyneiden osuus ei-eläkkeellä olevasta eläkevakuutetusta väestöstä – pieneni lähes koko 1990-luvun ajan, mutta kääntyi vuosikymmenen lopulla lievään kasvuun. Nyt kasvu näyttää kuitenkin pysähtyneen. Mielenterveysyihin perustuvien eläkkeiden alkavuus ei kuitenkaan 1990-luvun alkupuolella pienentynyt vaan pysyi melko tasaisena. 1990-luvun lopulta lähtien mielenterveyden häiriöihin ja tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin perustuvien eläkkeiden alkavuus on ollut yhtä suuri (kuva 8). Sairausryhmittäisten alkavuuksien muutosten on arveltu liittyvän mm. diagnosointi- ja hoitokäytäntöihin, sairastavuuden ja sairauskäyttäytymisen muutoksiin, työelämän ja työllisyyden muutoksiin sekä laajempiin kulttuuriin ja yhteiskuntaan liittyviin tekijöihin (esim. Gould ja Nyman 2004; Lehto ym. 2005; Järvisalo ym. 2005; Raitasalo ja Maaniemi 2006).

Kuva 8. Varsinaisten työkyvyttömyyseläkkeiden ikävakioidu alkavuus vuosina 1990–2006 sairausryhmittäin, yksityinen sektori.



Vakioväestö = yksityisen sektorin ei-eläkkeellä oleva työeläkevakuutettu väestö vuonna 2006.

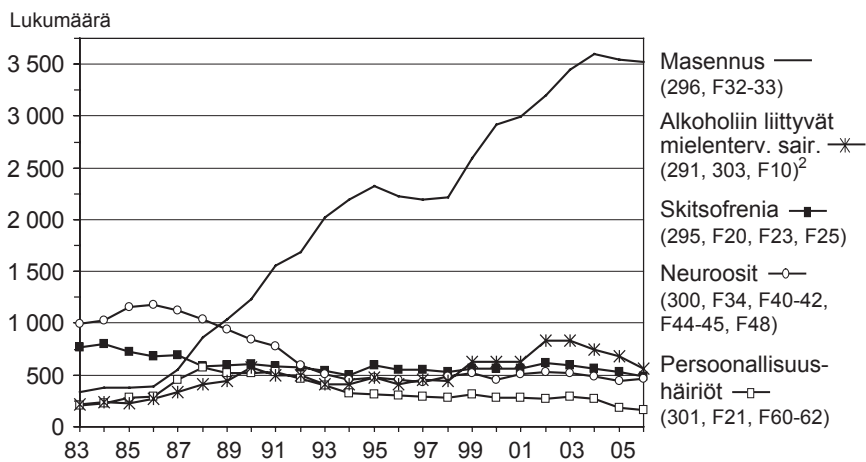
3.4.3 Masennus on yleisin mielenterveysdiagnoosi

Mielenterveysyistä alkaneissa eläkkeissä masennus on kaikkein yleisin diagnoosi. Yli puolella mielenterveysyiden perusteella eläkkeelle siirtyneistä on ensimmäisenä diagnoosina masennus (F32 tai F33). Vuonna 2006 työeläkejärjes-

telmän työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneistä 16 prosentilla oli syynä masennus ja 14 prosentilla jokin muu mielenterveyden häiriö. Masennuksen vuoksi eläkkeelle siirtyi 3 892 henkilöä.

Masennukseen perustuvien eläkkeiden lukumäärä on kasvanut voimakkaasti. Masennusdiagnoosin perusteella alkaneiden yksityisen sektorin työkyvyttömyyseläkkeiden lukumäärä on kahden viime vuosikymmenen aikana kymmenkertais- tunut ja 1990-luvun alusta lähtien lähes kolminkertaistunut. Parin viime vuoden aikana lukumäärä ei enää ole kasvanut (kuva 9). Aikasarjatietojen vertailtavuutta heikentävät kuitenkin diagnoosiluokitusten ja -käytäntöjen muutokset.

Kuva 9. Yksityisellä sektorilla vuosina 1983–2006 alkaneet varsinaiset työkyvyttömyyseläkkeet eräissä mielenterveyden sairauksien ryhmissä¹.

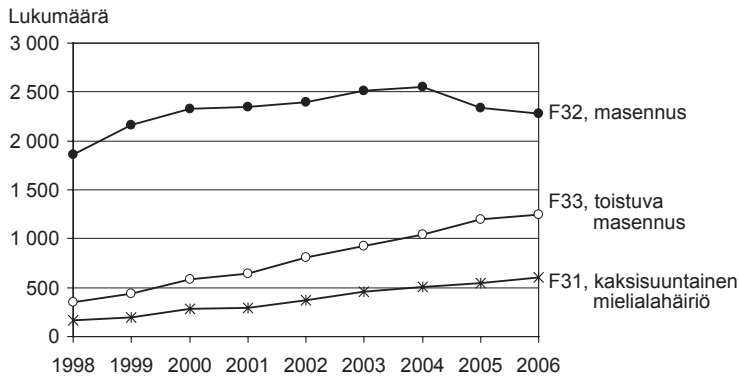


¹Vuonna 1996 siirryttiin diagnoosiluokituksessa ICD-9 versiosta ICD-10 versioon. Uusissa eläkkeissä esiintyi parin vuoden ajan kummankin luokituksen diagnoosikoodeja. Kuvassa esitetyt sairaudet on pyritty luokittelemaan siten, että luokitusmuutos mahdollisimman vähän vaikuttaisi niihin.

²Tähän on kirjattu ainoastaan mielenterveyden sairausryhmään sisältyvät alkoholin aiheuttamat sairaudet. Alkoholin aiheuttamat neurologiset ja muut somaattiset komplikaatiot eivät sisälly tämän kuvan lukuihin.

Viime vuosina erityisesti toistuvaan masennukseen (F33) perustuvien työkyvyttömyyseläkkeiden lukumäärä on kasvanut nopeasti. Samoin kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön (F31) perustuvien eläkkeiden lukumäärä on kasvanut. Vuonna 1998 kaksisuuntaisen mielialahäiriön perusteella alkoi yksityisellä sektorilla 170 työkyvyttömyyseläkettä, vuonna 2006 lukumäärä oli 605 (kuva 10). F31–33 diagnooseihin perustuvien eläkkeiden lukumäärien muutokset liittyvät mm. diagnoosikäytäntöjen muutoksiin.

Kuva 10. F31-, F32- ja F33-diagnoosien perusteella vuosina 1998–2006 alkaneiden työkyvyttömyyseläkkeiden lukumäärä, yksityinen sektori.



3.4.4 Naiset siirtyvät masennuksen vuoksi eläkkeelle miehiä yleisemmin

Mielenterveyden häiriöistä masennus korostuu naisten työkyvyttömyyseläkkeissä. Miesten eläkkeissä sen sijaan muut mielenterveyssyyt ovat suurempi diagnosiryhmä kuin masennus. (Taulukko 5.)

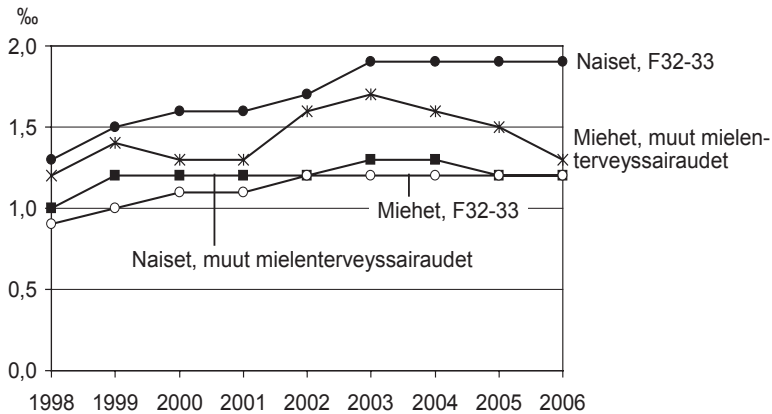
Työkyvyttömyyseläkeläisiä on eniten vanhimmissa työikäisten ikäryhmissä. Mielenterveyden häiriöihin perustuvien eläkkeiden osuus kaikista työkyvyttömyyseläkkeistä on kuitenkin suurin nuorimmissa ikäryhmissä (taulukko 5).

Taulukko 5. Mielenterveyssyistä vuonna 2006 alkaneet varsinaiset työkyvyttömyyseläkkeet, yksityinen sektori.

Sukupuoli ja ikä	Masennus			Muut mielenterveyssyyt		
	Lukumäärä	Osuus kaikista alkaneista, %	Alkavuus ‰	Lukumäärä	Osuus kaikista alkaneista, %	Alkavuus ‰
Naiset						
25–39	272	29	0,7	289	31	0,7
40–49	529	27	1,7	373	19	1,1
50–64	1 244	17	3,3	597	8	1,6
Kaikki	2 045	20	1,9	1 259	12	1,2
Miehet						
25–39	188	16	0,4	394	34	0,8
40–49	341	15	0,9	461	20	1,4
50–64	905	11	2,2	797	9	2,0
Kaikki	1 434	12	1,1	1 652	14	1,3

Masennukseen perustuvien eläkkeiden alkavuus kasvoi vuosituhaten taitteessa hiukan sekä naisilla että miehillä (kuva 11).

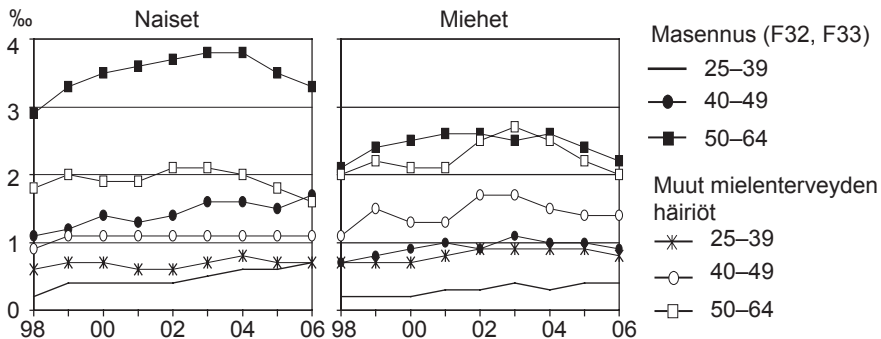
Kuva 11. Masennukseen ja muihin mielenterveyshäiriöihin perustuvien eläkkeiden ikävakiointu alkavuus 1998–2006, yksityinen sektori.



Vakioväestö = yksityisen sektorin ei-eläkkeellä oleva työeläkevakuutettu väestö vuonna 2006.

Masennukseen perustuvien eläkkeiden alkavuus on kasvanut jonkin verran kaikissa ikäryhmissä viime vuosikymmenen lopulta lähtien. Naisten 50 ja miesten 40 vuotta täyttäneiden ikäryhmissä alkavuus on kuitenkin viime vuosina hiukan pienentynyt (kuva 12).

Kuva 12. Masennukseen ja muihin mielenterveyshäiriöihin perustuvien eläkkeiden alkavuus ikäryhmittäin 1998–2006, yksityinen sektori.



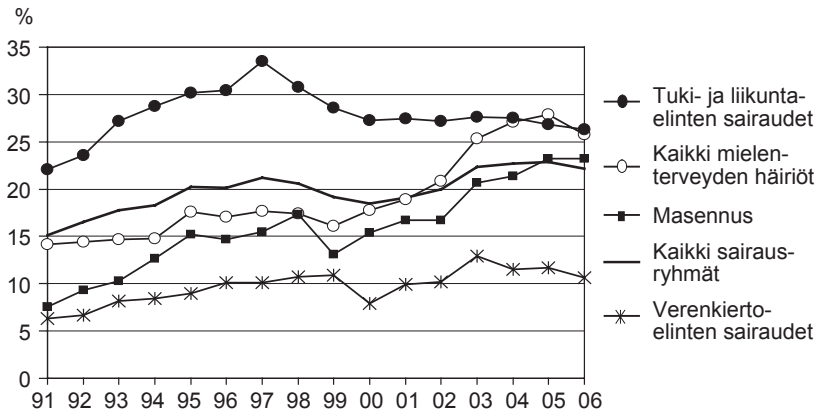
Ikäryhmittäiset luvut ikävakiointu. Vakioväestö = yksityisen sektorin ei-eläkkeellä oleva työeläkevakuutettu väestö vuonna 2006.

3.4.5 Hylkäysosuus on kasvanut

Eläkkeiden alkavuuden kasvun ohella myös hakemusten hylkäysosuus on kasvanut. Tämä kertoo siitä, että eläkkeen hakijoiden määrän kasvu on ollut vielä suurempaa kuin alkavuuden kasvu.

Hakemusten hylkäysosuus on 2000-luvulla kasvanut erityisesti mielenterveyden häiriöiden sairausryhmässä. Viime vuosina mielenterveyssyihin perustuvien hakemusten hylkäysosuus on ollut yhtä suuri kuin tuki- ja liikuntaelinten sairausryhmän hakemusten. Masennukseen perustuvien hakemusten hylkäysosuus on kasvanut 1990-luvun alusta lähtien. Masennukseen perustuvia eläkehakemuksia hylätään kuitenkin hiukan vähemmän kuin mielenterveyden häiriöiden sairausryhmän hakemuksia keskimäärin (kuva 13).

Kuva 13. Varsinaisten työkyvyttömyyseläkkeiden hylkäysprosentti sairausryhmittäin 1991–2006¹, yksityinen sektori².



¹Aikasarja ei ole täysin vertailukelpoinen vuoden 1996 diagnoosiluokituksen muutoksen vuoksi.

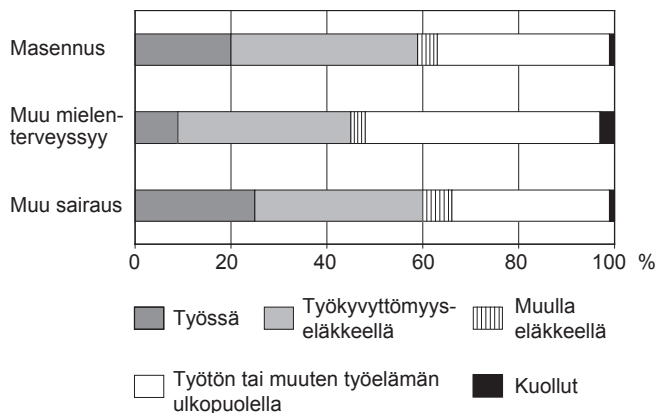
²Laitosratkaisut, uudet hakijat.

3.4.6 Hylkäyksen jälkeen harva on työssä

Viidesosa vuonna 2003 työkyvyttömyyseläkehakemukseen hylkäyspäätöksen³ saaneista oli työssä vuoden 2004 lopussa. Runsas kolmasosa oli ensimmäisestä hylkäyksestä huolimatta ehtinyt jo siirtyä työkyvyttömyyseläkkeelle. Kaikkein vähiten hylkäyksen jälkeen olivat työssä muiden mielenterveyssyiden kuin masennuksen vuoksi eläkettä hakeneet (kuva 14).

³ Tässä tarkastellaan ainoastaan ns. uusia hakijoita eli ensimmäisen kerran hylkäyksen saaneita. Uusintahakemukseen hylkäyksen saaneet eivät ole mukana tarkastelussa.

Kuva 14. Vuonna 2003 hylkäyspäätöksen saaneiden tilanne vuoden 2004 lopussa sairausryhmän mukaan.

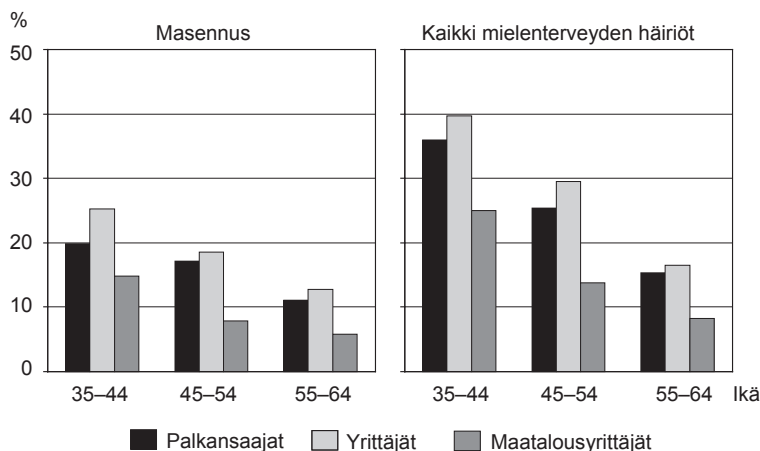


Työssä jatkaminen hylkäyspäätöksen jälkeen oli selkeästi yhteydessä siihen, oliko työsuhde voimassa hylkäyspäätöksen ajankohtana. Niistä, joilla hylkäyspäätöksen saadessaan oli vielä voimassaoleva työsuhde, noin puolet jatkoi työssä. Jos taas viimeisen työsuhteen päättymisestä oli hylkäysajankohtana kulunut yli kaksi vuotta, vain muutama prosentti oli työssä hylkäystä seuraavana vuonna. Niitä, joilla työsuhde oli hylkäysajankohtana voimassa, oli somaattisten sairauksien vuoksi eläkettä hakeneiden ryhmässä 35 prosenttia, masennusryhmässä 25 prosenttia ja muiden mielenterveyden häiriöiden ryhmässä 12 prosenttia.

3.4.7 Mielenterveyssyyt ovat harvinaisimpia maatalousyrittäjien eläkkeissä

Mielenterveyssyihin perustuvien eläkkeiden osuus vuonna 2006 alkaneista työkyvyttömyyseläkkeistä oli pienin maatalousyrittäjien ja suurin muiden yrittäjien ryhmässä. Ero näkyy myös kun tarkastellaan erityisesti masennusdiagnoosiin perustuvien eläkkeiden osuutta. (Kuva 15.)

Kuva 15. Mielenterveyssyihin perustuvien eläkkeiden osuus vuonna 2006 alkaneista täysitehoisista¹ varsinaisista työkyvyttömyyseläkkeistä ammatti-aseman mukaan.²



¹ Eläke on täysitehoinen, jos työkyvyttömyys alkaa työsuhteen aikana tai pääsääntöisesti vuoden sisällä työsuhteen päättymisestä. Mikäli väliin jäävä aika on pitempi, eläke maksetaan vapaakirjana (Hietaniemi ja Vidlund 2003).

² Alle 35-vuotiaat on jätetty kuvasta pois, koska yrittäjillä ja maatalousyrittäjillä alkaa hyvin vähän eläkkeitä ko. ikäryhmässä.

3.4.8 Mielenterveyssyyt ovat yleisimpiä valtiosektorin eläkkeissä

Masennuksen osuus eläkkeiden perusteena olevista sairauksista on suurin valtiosektorin eläkkeissä. Myös muiden mielenterveysdiagnoosien osuus on suurempi valtion kuin yksityisten alojen tai kunta-alan eläkkeissä. Vastaavasti tuki- ja liikuntaelinten sairauksien osuus on valtiosektorilla muita sektoreita pienempi. Sekä masennuksen että muiden mielenterveyssyiden osuus työkyvyttömyysdiagnooseista on kunta-alan miehillä suurempi kuin yksityisen sektorin miehillä. Sen sijaan kunta-alan ja yksityisen sektorin naisten työkyvyttömyyseläkkeiden sairausjakaumissa mielenterveyssyiden osuus on yhtä suuri (taulukko 6). Tilanne on samankaltainen myös ikäryhmittäin tarkasteltuna.

Taulukko 6. Vuonna 2006 alkaneet täysitehoiset varsinaiset työkyvyttömyyseläkkeet työnantajasektorin, sairausryhmän ja sukupuolen mukaan, %.

Sairausryhmä	Miehet			Naiset		
	Yksi- tyinen	Kunta	Valtio	Yksi- tyinen	Kunta	Valtio
Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet	36	35	22	40	43	27
Masennus	12	14	20	20	20	26
Muut mielenterveyden häiriöt	8	12	14	9	8	23
Verenkiertoelinten sairaudet	12	11	13	5	5	5
Kasvaimet	6	5	7	8	7	10
Hermoston sairaudet	6	6	7	6	5	5
Muut sairaudet	19	16	18	12	11	4
Kaikki	100	100	100	100	100	100
Lukumäärä	8 110	1 108	520	5 183	4 047	639

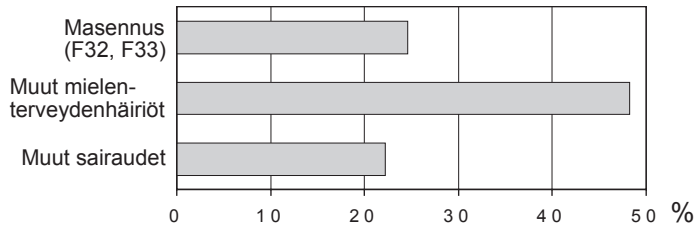
Mielenterveyssyiden sektorikohtaiset erot selittyvät mm. ammattirakenteen eroilla. Etenkin valtiosektorilla, jossa mielenterveyssyistä myönnettyjen työkyvyttömyyseläkkeiden osuus on suurin, raskaan ruumiillisen työn ja siihen liittyvien sairauksien merkitys on muita sektoreita vähäisempi. Henkisen työkyvyn kannalta haastavan tietotyön osuus on puolestaan suuri.

3.4.9 Masennuksen vuoksi eläkkeelle siirtyneillä on melko vakaa työtausta

Pitkään työttömänä tai työvoiman ulkopuolella olleiden työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä ovat viime vuosina lisänneet mm. erilaiset ohjaustoimenpiteet kuten työministeriön Pitkäaikaistyöttömien eläkemahdollisuuksien selvittämisprojekti ELMA (ks. Gould ja Nyman 2004). Tällaiset ohjelmat ovat todennäköisesti kasvattaneet erityisesti vapaakirjaeläkkeiden määrää.

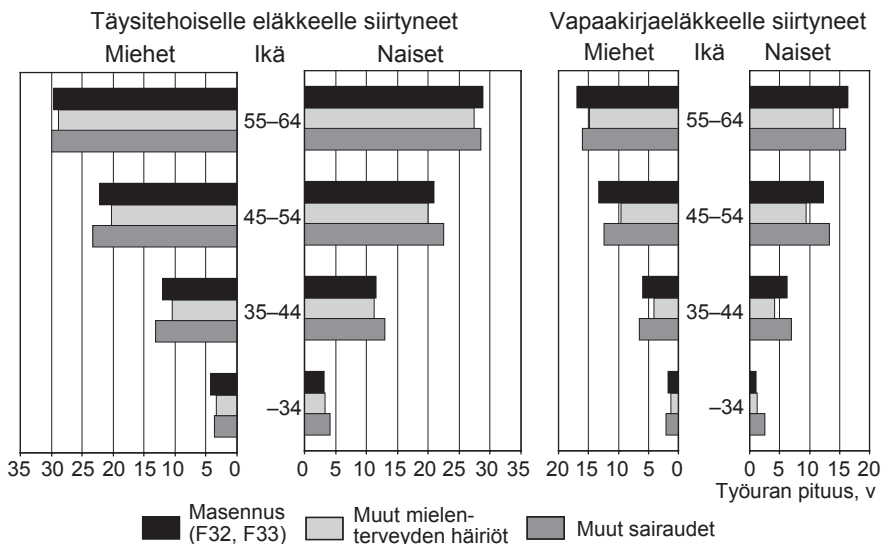
Vapaakirjaeläkkeiden osuus masennukseen perustuvissa eläkkeissä on kuitenkin samalla tasolla kuin työkyvyttömyyseläkkeissä keskimäärin. Sen sijaan muihin mielenterveyssyihin perustuvissa eläkkeissä vapaakirjaeläkkeiden osuus on kaksinkertainen (kuva 16). Masennukseen perustuvalla eläkkeelle siirrytään siis suoraan työelämästä yhtä yleisesti kuin somaattisiin sairauksiin perustuville eläkkeille, sen sijaan muiden mielenterveyshäiriöiden ryhmässä työelämän ulkopuolelta eläkkeelle siirtyminen on yleisempää.

Kuva 16. Vapaakirjaeläkkeiden osuus (%) vuonna 2004 alkaneissa varsinaisissa työkyvyttömyyseläkkeissä sairausryhmittäin, työeläkkeet.



Masennuksen vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden muuta mielenterveysryhmää vakaampi työura näkyy myös työurien kestossa ja eläkkeiden suuruuksissa. Kaikissa ikäryhmissä täysitehoiselle eläkkeelle masennuksen perusteella siirtyneillä miehillä on takanaan pitempi työura kuin muiden mielenterveysryhmien vuoksi siirtyneillä ja lähes yhtä pitkä kuin muiden sairauksien perusteella siirtyneillä. Naisilla vastaava ero näkyy lähinnä 45–64-vuotiaiden ryhmässä. Myös vapaakirjaeläkkeelle masennuksen vuoksi siirtyneiden työurat ovat muuta mielenterveysryhmää pitemmät (kuva 17).

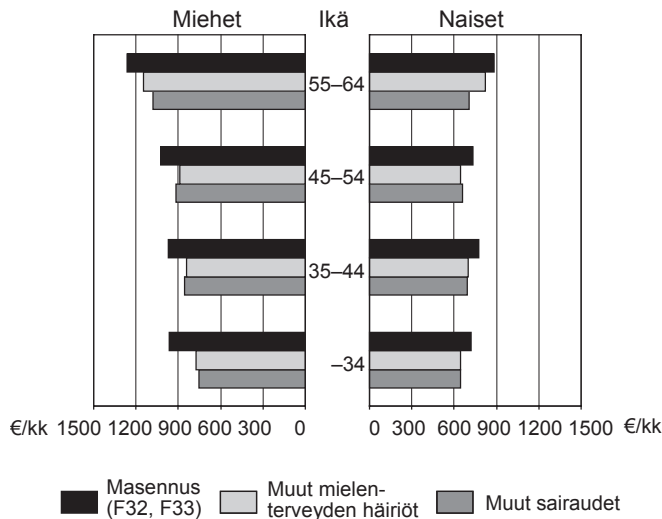
Kuva 17. Vuonna 2004 varsinaiselle työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden keskimääräinen työuran pituus sairausryhmittäin, työeläkkeet.



3.4.10 Masennukseen perustuvat eläkkeet ovat keskimääräistä suurempia

Eläkkeiden suuruus kertoo työuran kestosta ja ansioiden tasosta. Masennuksen vuoksi täysitehoiselle eläkkeelle siirtyneiden työkyvyttömyyseläkkeet ovat keskimäärin selvästi suurempia kuin muiden mielenterveyssyiden tai somaattisten sairauksien vuoksi eläkkeelle siirtyneiden (kuva 18). Masennuksen vuoksi eläkkeelle siirtyneet ovat ilmeisesti toimineet muita työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyjiä yleisemmin hyvin palkatuissa ammateissa.

Kuva 18. Vuonna 2005 alkaneiden täysitehoisten varsinaisten työkyvyttömyyseläkkeiden keskiarvo sairausryhmittäin, työeläkkeet.



3.4.11 Masennuksen vuoksi eläkkeelle siirtyneillä on muita työkyvyttömiä parempi koulutustaso

Edellä kuvatut keskimääräistä suuremmat eläkkeet viittaavat masennuksen vuoksi eläkkeelle siirtyneiden muita työkyvyttömyyseläkeläisiä parempaan sosiaaliseen asemaan. Siihen viittaa myös eri sairausryhmiin kuuluvien työkyvyttömyyseläkeläisten koulutustason vertailu.

Muihin työkyvyttömyyseläkeläisiin verrattuna masennuksen perusteella eläkkeelle siirtyneet ovat hyvin koulutettuja. Kaikista vuoden 2005 uusista työkyvyt-

tömyyseläkeläisistä 17 prosentilla oli korkea-asteen koulutus⁴. Masennuksen vuoksi eläkkeelle siirtyneistä korkea-asteen koulutuksen saaneita oli selvästi enemmän, 28 prosenttia (taulukko 7).

Mielenterveysyistä eläkkeelle siirtyneistä korkea-asteen koulutuksen saaneiden osuus on suurin 55 vuotta täyttäneiden ryhmässä. Tässä ikäryhmässä masennuksen perusteella eläkkeelle siirtyneiden koulutustaso on jopa koko väestöä parempi. Sen sijaan nuoremmat, etenkin 35–54-vuotiaat masennuksen vuoksi eläkkeelle siirtyneet ovat saaneet selvästi vähemmän koulutusta kuin koko vastaavan ikäinen väestö (taulukko 7).

Taulukko 7. Korkea-asteen koulutuksen suorittaneiden osuus (%) vuonna 2005 työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneistä sekä koko 20–64-vuotiaasta väestöstä.

	Ikäryhmä			Kaikki
	–34	35–54	55–64	
Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneet				
Masennus	23	27	31	28
Muu mielenterveyden häiriö	14	20	23	20
Muut sairaudet	13	15	15	15
Kaikki	15	18	17	17
Väestö	26	36	26	31

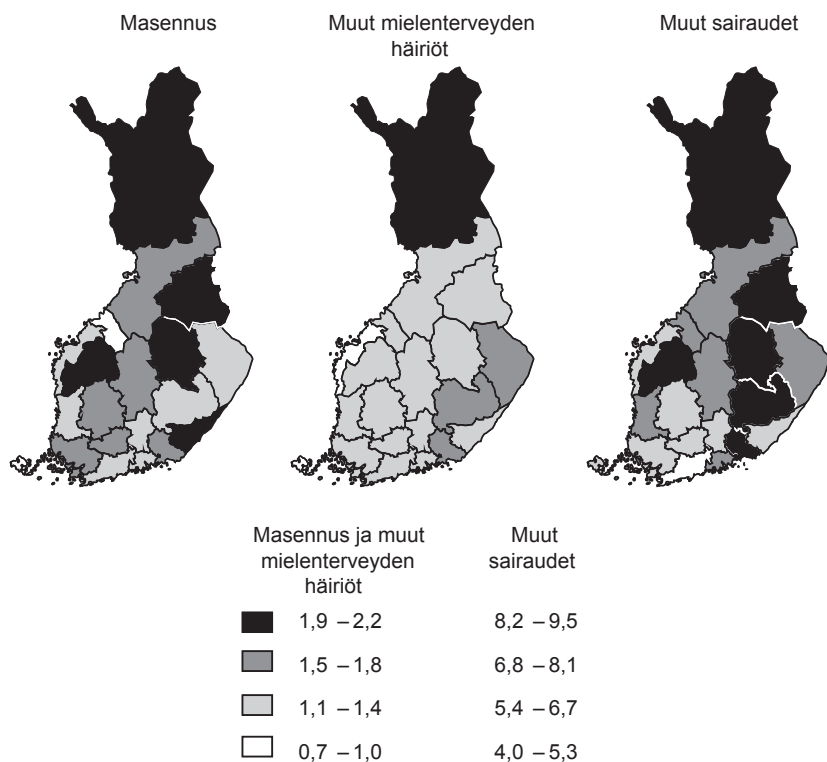
Lähteet: Murto 2007; Tilastokeskus 2006b, 384.

3.4.12 Masennukseen perustuvien eläkkeiden alkavuus on suurin Pohjois-Savossa

Työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus on suurin Itä- ja Pohjois-Suomessa. Näillä alueilla myös masennukseen perustuvien eläkkeiden alkavuus on suuri. Suhteessa työeläkevakuutettuun väestöön kaikkein eniten masennusperusteisia eläkkeitä alkaa Pohjois-Savossa ja Lapissa, vähiten puolestaan Ahvenanmaalla ja Pohjanmaalla (kuva 19).

⁴ Korkea-asteen koulutus tarkoittaa vähintään 2–3 vuoden opintoja keskiasteen jälkeen eli yhteensä vähintään 13–14 vuoden opintoja peruskoulun aloittamisesta lukien (Tilastokeskus 2004).

Kuva 19. Työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus sairausryhmittäin eri maakunnissa vuonna 2005, %.



Lähde: Murto 2007.

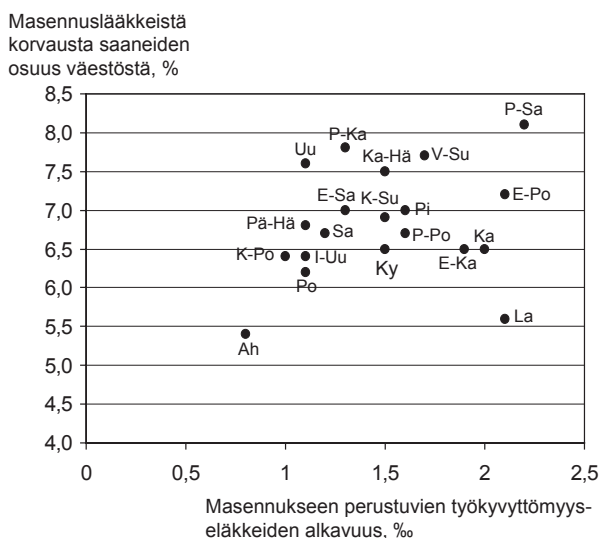
Maakunnissa, joissa masennukseen ja somaattisiin sairauksiin perustuvien työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus oli vuonna 2005 suuri, korostuivat monet alueelliseen huono-osaisuuteen liittyvät tekijät. Lapissa, Kainuussa, Pohjois-Savossa ja Etelä-Karjalassa oli keskimääräistä enemmän työttömyyttä, paljon toimeentulotuensaajia suhteessa työikäiseen väestöön, suuri itsemurhakuolleisuus ja negatiivinen nettomuutto. Etelä-Pohjanmaa sijoittui edellä mainittujen asioiden suhteen muita suuren työkyvyttömyysalkavuuden maakuntia paremmin, mutta bruttokansantuote asukasta kohden oli Etelä-Pohjanmaalla toiseksi pienin heti Kainuun jälkeen. (Stakes, SOTKANet; Tilastokeskus 2006a.)

Kaikki suuren masennusperusteisen työkyvyttömyyseläkealkavuuden maakunnat ovat myös sellaisia alueita, joissa Harjajärven ym. (2006, 43) selvityksen mukaan mielen­terveys­palvelujärjestelmän monimuotoisuus on selvästi maan kes-

kitasoa vähäisempää. Eniten erityyppisiä palveluysiköitä oli Uudellamaalla ja Vaasan sairaanhoitopiirissä, joissa masennukseen perustuvien työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus on pieni. Monipuolinen ja avohoitoon painottuva palvelurakenne on todettu laitoshoitopainotteista järjestelmää tuloksellisemmaksi (Harjajärvi 2006).

Depressiolääkkeiden käyttö ei maakuntatasolla ollut yhteydessä masennusperusteisten työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuuteen (Murto 2007). Depressiolääkkeistä sairausvakuutuksen korvausta saaneiden 20–64-vuotiaiden osuus vastaavanikäisestä väestöstä oli tosin suurin Pohjois-Savossa ja pienin Ahvenanmaalla, aivan kuten masennukseen perustuvien työkyvyttömyyseläkkeidenkin alkavuus. Depressiolääkkeiden käyttö oli kuitenkin keskimääräistä vähäisempää esimerkiksi Lapissa, Kainuussa ja Etelä-Karjalassa – kaikki suuren masennustyökyvyttömyyden maakuntia – ja keskimääräistä suurempaa esimerkiksi Uudellamaalla, jossa taas masennukseen perustuvien eläkkeiden alkavuus oli kolmanneksi pienin Ahvenanmaan ja Keski-Pohjanmaan jälkeen (kuva 20).

Kuva 20. Masennukseen perustuvien työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuuden (2005) ja masennuslääkkeitä käyttävien väestöosuuden (2004) välinen yhteys maakunnittain.



Lähde: Murto 2007.

3.5 Työkyvyttömyyseläkkeet⁵ ja työssä jatkaminen

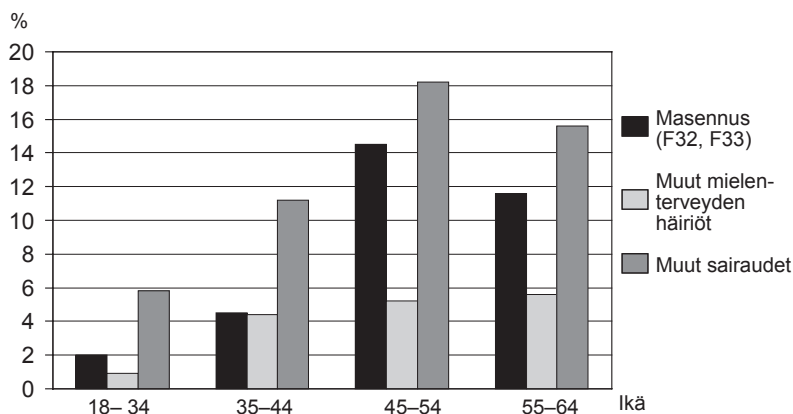
3.5.1 Masennuksen vuoksi siirrytään harvoin osatyökyvyttömyyseläkkeelle

Osatyökyvyttömyyseläkkeiden tarkoituksena on turvata toimeentulo silloin kun täysipainoinen työssä jatkaminen ei työkyvyn heikkenemisen vuoksi ole mahdollista. Osatyökyvyttömyyseläkkeitä käytetään kuitenkin varsin vähän. Vuonna 2005 osaeläkeläisiä oli vajaa kahdeksan prosenttia kaikista työeläkejärjestelmän varsinaisella työkyvyttömyyseläkkeellä olevista.

Osatyökyvyttömyyseläkkeiden osuus vuonna 2006 alkaneista yksityisen sektorin varsinaisista työkyvyttömyyseläkkeistä oli masennuksen perusteella alkaneissa eläkkeissä huomattavasti pienempi kuin somaattisiin syihin perustuvissa eläkkeissä. Muiden mielenterveyden häiriöiden ryhmässä osatyökyvyttömyyseläkkeet olivat kaikkein harvinaisimpia (kuva 21).

Masennukseen perustuvalle osatyökyvyttömyyseläkkeelle siirtyneet olivat vuonna 2003 tehdyn selvityksen mukaan kuitenkin yhtä yleisesti työssä kuin osatyökyvyttömyyseläkeläiset keskimäärin, eli runsas 60 prosenttia teki ansiotyötä (Gould ym. 2003).

Kuva 21. Osatyökyvyttömyyseläkkeiden osuus vuonna 2006 alkaneista varsinaisista työkyvyttömyyseläkkeistä, yksityinen sektori.



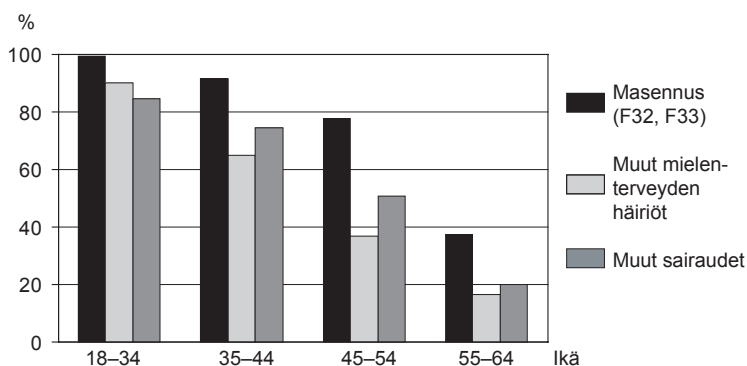
⁵ Kaikki tämän jakson tiedot koskevat työeläkejärjestelmän työkyvyttömyyseläkkeitä. Tiedot perustuvat Eläketurvakeskuksen rekistereihin.

3.5.2 Masennukseen perustuvat eläkkeet alkavat useimmiten kuntoutustukena

Varsinkin nuoremmissa ikäryhmissä työkyvyttömyyseläkkeet myönnetään tavallisimmin määräaikaisena kuntoutustukena. Ajatuksena on, että hoidon tai kuntoutuksen avulla työkyky olisi vielä mahdollisesti parannettavissa.

Masennukseen perustuvat eläkkeet alkavat keskimääräistä useammin kuntoutustukena. Alle 35-vuotiaiden eläkkeistä kaikki ja 35–54-vuotiaidenkin eläkkeistä noin neljä viidestä myönnetään kuntoutustukena. Vain vanhimmassa, 55–64-vuotiaiden ikäryhmässä, masennukseen perustuvista eläkkeistä valtaosa myönnetään toistaiseksi. Muihin mielenterveyssyihin kuin masennukseen perustuvat eläkkeet ovat huomattavasti harvemmin kuntoutustukia (kuva 22).

Kuva 22. Kuntoutustukien osuus vuonna 2005 alkaneista työkyvyttömyyseläkkeistä sairausryhmän mukaan, työeläkkeet.



3.5.3 Harva palaa kuntoutustuelta työhön

Kuntoutustuki on määräaikainen eläke, mutta useimmiten se jatkuu uusina jaksoina ja muuttuu lopulta toistaiseksi myönnetyksi työkyvyttömyyseläkkeeksi. Vuonna 2004 yksityisellä sektorilla päättyneistä täysitehoisista kuntoutustuista runsas 70 prosenttia muuttui toistaiseksi myönnetyiksi työkyvyttömyyseläkkeiksi ja vajaa 30 prosenttia päättyi kokonaan. Masennuksen perusteella myönnettyistä kuntoutustuista kokonaan päättyneitä oli vähemmän kuin somaattisiin sairauksiin perustuvista kuntoutustuista (taulukko 8).

Yksityisen sektorin täysitehoiset kuntoutustuet kestivät keskimäärin kaksi vuotta. Masennuksen perusteella myönnetyt kuntoutustuet jatkuivat pitempään kuin somaattisiin sairauksiin perustuvat kuntoutustuet. Kaikkein pitkäkestoisim-

pia olivat kuitenkin muihin mielenterveyssyihin kuin masennukseen perustuvat kuntoutustuet (taulukko 8).

Taulukko 8. Vuonna 2004 päättyneiden täysitehoisten kuntoutustukien keskimääräinen kesto sairausryhmän mukaan, yksityinen sektori.

Kuntotustuen päättymistapa	Masennus			Muut mielenterveyssyyt			Muut sairaudet		
	Luku- määrä	%	Keskim. kesto, v.	Luku- määrä	%	Keskim. kesto, v.	Luku- määrä	%	Keskim. kesto, v.
Päätyi kokonaan	303	22	1,6	158	21	1,9	1 333	31	1,5
Muuttui toistaiseksi myönne- tyksi eläkkeeksi	1 044	77	2,5	593	79	3,0	2 876	67	1,8
Kaikki ¹	1 354	100	2,3	755	100	2,8	4 262	100	1,9

¹ Sisältää myös 64 muulla tavoin päättynyttä kuntoutustukea.

Vaikka kuntoutustuki päättyi, työhön palaaminen ei aina toteutunut. Niistä henkilöistä, joiden täysitehoinen yksityisen sektorin kuntoutustuki päättyi kokonaan vuonna 2003, oli vuoden 2004 lopussa työssä 42 prosenttia. Mielenterveyssyistä kuntoutustukea saaneet palasivat työhön harvemmin kuin muiden sairauksien vuoksi kuntoutustukea saaneet (taulukko 9).

Taulukko 9. Vuoden 2004 lopussa työssä olleiden osuus (%) sairausryhmän mukaan niistä henkilöistä, joiden kuntoutustuki päättyi kokonaan vuonna 2003, yksityinen sektori.

	Masennus	Muut mielen- terveyssyyt	Muut sairaudet
Vuonna 2003 kokonaan päättyneiden kuntoutustukien lukumäärä	399	286	1 618
Näistä työssä vuoden 2004 lopussa, %	39	26	46

Jos eläkkeeseen liittyy kuntoutuskorotus, se tarkoittaa, että eläkeikaan sisältyy aktiivisia kuntoutustoimenpiteitä. Kuntoutustuet, joihin liittyy kuntoutuskorotus,

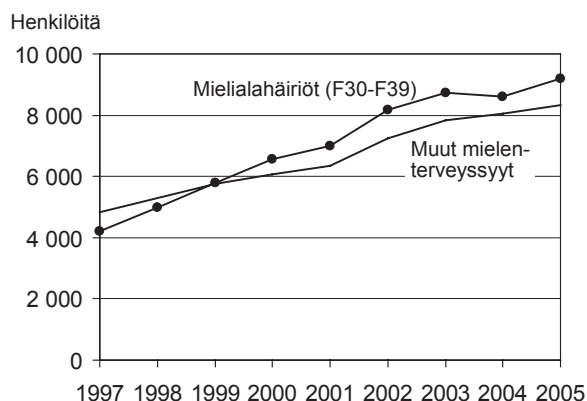
muuttuivat jonkin verran harvemmin jatkuviksi eläkkeiksi kuin muut kuntoutustuet ja niiltä palattiin keskimääräistä yleisemmin takaisin työhön. Tämä näkyi sekä mielenterveyden häiriöiden että muiden sairauksien vuoksi alkaneissa kuntoutuksissa.

3.6 Kuntoutus

3.6.1 Mielensterveysyistä Kelan kuntoutusta saaneiden määrä on kasvanut

Kelan järjestämään harkinnanvaraiseen psykoterapiaan osallistuvien lukumääristä kerrottiin edellä jaksossa 3.2.4. Psykoterapian lisäksi Kela tarjoaa myös muuta kuntoutusta mielensterveysongelmista kärsiville. Mielensterveysyistä Kelan kuntoutuspalveluja saaneiden lukumäärä on melko tasaisesti kasvanut 1990-luvun lopulta lähtien (kuva 23).

Kuva 23. Työkäiset Kelan kuntoutuspalveluja saaneet mielensterveyden sairausryhmässä 1997–2005.



Lähde: Kela.

3.6.2 Masennuksen osuus työeläkekuntoutusta saavien sairauksissa on pieni

Myönteisen työeläkekuntoutuspäätöksen saaneista runsaalla kymmenesosalla hakemus perustuu masennusdiagnoosiin. Luku on pienempi kuin vastaava osuus työkyvyttömyyseläkkeissä. Etenkin alle 45-vuotiaiden ikäryhmässä masennukseen perustuvat kuntoutusmyönnöt ovat paljon harvinaisempia kuin masennukseen perustuvat työkyvyttömyyseläkemyönnöt. Sen sijaan vanhimmassa ikäryhmässä, 55–64 vuotta, masennuksen osuus on hieman suurempi kuntoutuksessa kuin eläkkeissä (taulukko 10).

Taulukko 10. Työeläkejärjestelmän kuntoutus- ja työkyvyttömyyseläkemyyännöt vuonna 2006 sairauspäryhmän mukaan, %.

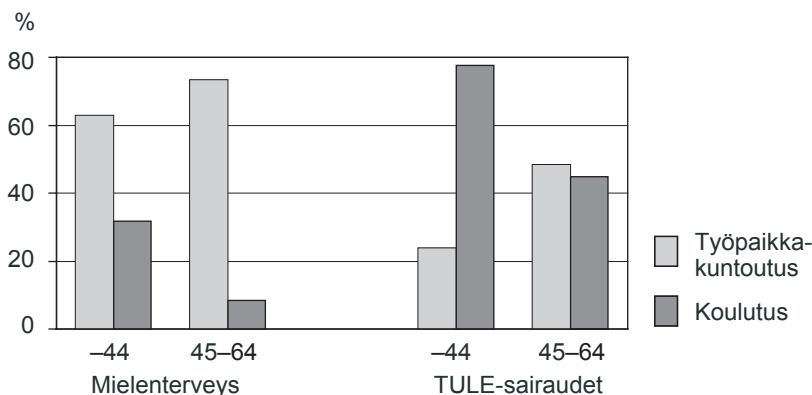
Sairausryhmä	-34		35-44		45-54		55-64		Kaikki	
	KM	TK	KM	TK	KM	TK	KM	TK	KM	TK
Masennus (F32, F33)	9	22	12	21	14	17	13	12	13	15
Muut mielen- terveyden häiriöt	14	41	10	25	8	14	7	7	9	13
Muut sairaudet	77	37	78	54	77	70	80	81	78	72
Kaikki	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Kaikki, lkm	528	1113	1486	2561	2154	6454	591	11539	4759	21667

KM = Kuntoutusmyöntö TK = Työkyvyttömyyseläkemyyöntö

3.6.3 Mielenterveyssyihin perustuva työeläkekuntoutus on useimmiten työpaikkakuntoutusta

Työeläkekuntoutus on aina ammatillista kuntoutusta, joko koulutusta tai työpaikkakuntoutusta. Silloin kun kuntoutujan terveysongelmat liittyvät mielenterveyteen, kuntoutus on valtaosin työpaikkakuntoutusta. Erityisesti 45 vuotta täyttäneiden mielenterveyskuntoutujien työeläkekuntoutus on lähes aina työpaikkakuntoutusta. Koulutusta kuntoutustoimenpiteenä saaneita oli vuonna 2004 alle 10 prosenttia (kuva 24).

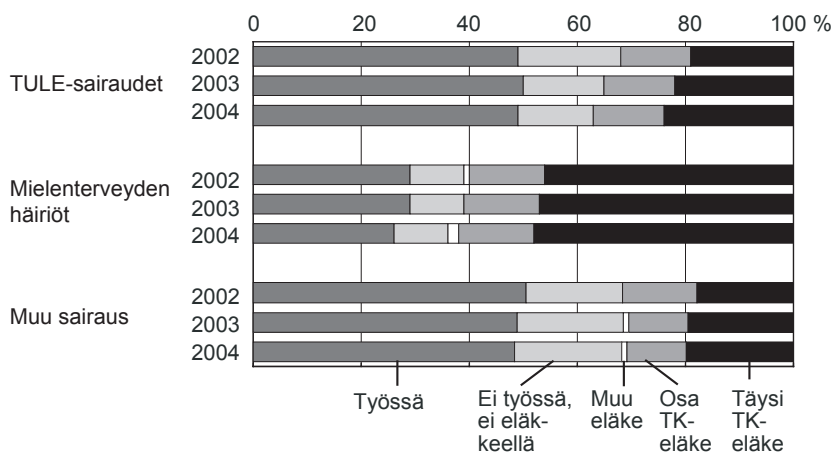
Kuva 24. Vuonna 2004 työeläkekuntoutusta saaneiden kuntoutustoimenpiteet kahdessa sairaus- ja ikäryhmässä.



3.6.4 Työeläkekuntoutusta mielenterveyssyistä saaneet jatkavat työssä muita vähemmän

Työeläkekuntoutuksen päättäneet ovat seurantatietojen mukaan pysyneet hyvin työelämässä (Saarnio 2006). Mielenterveyden häiriöiden perusteella kuntoutusta saaneiden kuntoutuksen jälkeinen työhönpaluu ja työssä pysyminen ei kuitenkaan näytä onnistuneen yhtä hyvin kuin esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinten sairauksien ryhmässä. Mielenterveysryhmässä työssä jatkavia on vähemmän ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneitä enemmän kuin muissa sairausryhmissä (kuva 25).

Kuva 25. Vuonna 2001 työeläkekuntoutuksen päättäneiden työ- ja eläketilanne vuosien 2002–2004 lopussa sairausryhmän mukaan.



Sisältää vain ne kuntoutuksen päättäneet, jotka kuntoutusaikana eivät olleet eläkkeellä.

3.7 Masennuksesta aiheutuvat kustannukset

Suurimmat masennuksesta aiheutuvat kustannuserät ovat terveydenhuollon, sairausvakuutuksen ja eläkkeiden kustannukset.

Sairausvakuutuksen päivärahoja maksettiin vuonna 2005 kaikkiaan 705 miljoonaa euroa. Mielenterveyden häiriöihin perustuvien sairauspäivärahojen kustannukset olivat 156 miljoonaa euroa ja masennukseen (F32 tai F33) perustuvien päivärahojen 98 miljoonaa euroa. Masennukseen perustuvien päivärahojen osuus mielenterveyden diagnoosiryhmän sairauspäivärahamenosta oli 63 prosenttia ja koko sairauspäivärahamenosta 14 prosenttia.

Työeläkejärjestelmän työkyvyttömyyseläkemenosta oli vuonna 2006 masennukseen perustuvien eläkkeiden osuus 18 prosenttia. Koko mielenterveyssyiden sairausryhmän eläkemenosta masennukseen perustuvien eläkkeiden osuus oli 51 prosenttia.

Masennukseen perustuvien eläkkeiden eläkemeno on viime vuosina melko tasaisesti kasvanut, kun samanaikaisesti muihin mielenterveyssyihin liittyvä eläkemeno samoin kuin eläkemeno kokonaisuudessaan on pienentynyt (taulukko 11).

Taulukko 11. Työeläkejärjestelmän työkyvyttömyyseläkemeno vuosina 1998–2006, milj. € vuoden 2006 rahassa.

Sairausryhmä	1998	2000	2002	2004	2006	Muutos- indeksi 1998=100
Mielenterveyden häiriöt	689,0	694,4	725,8	773,5	775,7	113
Masennus	280,1	310,7	348,1	389,2	398,9	142
Muut	408,9	383,7	377,7	384,4	376,8	92
Verenkiertoelinten sairaudet	333,3	292,2	271,3	257,9	236,4	71
TULE-sairaudet	804,6	722,5	695,4	700,3	685,3	85
Muut sairaudet	573,6	543,9	544,5	562,3	564,5	98
Kaikki	2409,5	2 261,3	2 244,8	2 301,8	2 261,9	94

4 Tutkimustietoa masennuksesta aiheutuvaan työkyvyttömyyteen liittyvistä teemoista

4.1 Työn ja muun arkielämän muutos

4.1.1 Arjen hyvinvoinnin murros

Sitran ennakointiverkoston raportissa “Kohti hyvinvoivaa ja kilpailukykyistä Suomea” pohditaan ihmisten arkielämän hyvinvoinnissa tapahtunutta laaja-alaista murrosta. Yhteiskunnan vaurastuminen on parantanut ihmisten toimintamahdollisuuksia, mutta samalla arkielämä ja elinympäristö ovat muuttuneet. Suurimmalla osalla suomalaisista arjen perustarpeet ovat kunnossa, ja hyvinvoinnin kannalta keskeisiksi nousevat rakkaus, yhteisöllisyys, arvostus ja itsensä toteuttaminen. Kasvava aikapula heikentää kuitenkin perhe-, sukulaisuus- ja ystävyys-suhteita, ja samoin hyvinvoinnin kannalta tärkeä turvallisuuden tunne on heikentynyt. Globaalit uhat, työelämän epävarmuus, kiire ja ihmissuhdeongelmat asettavat arjessa selviämislle haasteita. Dynaamisesta ja jatkuvien valintojen arkielämästä suoriutuminen vaatii uudenlaisia taitoja. Niiden puuttuminen voi aiheuttaa elämänhallinnan ongelmia, jotka uhkaavat henkilökohtaista hyvinvointia. (Hämäläinen 2006.)

Arkielämän hyvinvoinnin ongelmat näkyvät myös terveyteen liittyvissä elintavoissa. Esimerkiksi alkoholin terveystaitat ovat kulutuksen kasvun myötä lisääntyneet, ja päihteiden sekakäytön nopea kasvu on tuonut uudenlaisia terveystaitoja. Arkielämän rytmin muutokseen liittyy myös riittämätön uni. Työ ja terveys-tutkimuksen mukaan kolmasosa työssä käyvistä suomalaisista oli kolmen kuukauden aikana kokenut vähintään viikoittain unettomuutta, ja viidesosa nukkui työviikon aikana liian vähän ollakseen virkeä ja hyvässä työvireessä (Perkiö-Mäkelä ym. 2006). Unihäiriöt voimistavat stressaavien tilanteiden kuormittavuutta, ja pitkäaikainen krooninen unettomuus voi kehittyä masennukseksi (Hyyppä ja Krohnholm 2005).

4.1.2 Työn muutoksessa on ollut keskeistä henkisen työn korostuminen

Suomalaisen työn muutoksen taustalla on merkittäviä elinkeino- ja ammattirakenteen muutoksia. Selvimmät niistä liittyvät 1970-luvun jälkeiseen maa- ja metsätalouden supistumiseen ja palvelujen kasvuun. (STM 2003.)

1970-luvulta lähtien teollisen työn osuus palkansaajatyöstä on vähentynyt naisilla 18 prosentista 6 prosenttiin ja miehillä 40 prosentista 26 prosenttiin. Myös naisten toimistotyö ja palvelutöistä erityisesti siivousalan työt ovat vähentyneet. Naisten työn kasvualoja ovat olleet terveydenhoitoalan, sosiaalialan ja opetusalan työt. Miehillä kaupallinen työ, toimistotyö ja tekninen työ ovat lisääntyneet. Rakennusalan laajuus on vaihdellut; suurimmillaan se oli 1990-luvun alussa. (Lehto ja Sutela 2004.)

Ylipäänsä ammatit ovat toimihenkilöistyneet, palvelutyö on lisääntynyt, sosiaalista osaamista vaaditaan enemmän, ja myös teollisuudessa henkinen työ on korostunut ruumiillisen työn kustannuksella. Kaikkein eniten ovat lisääntyneet informaatioteknologian ammatit. (STM 2003.)

4.1.3 Työolojen muutoksissa on sekä kielteistä että myönteistä

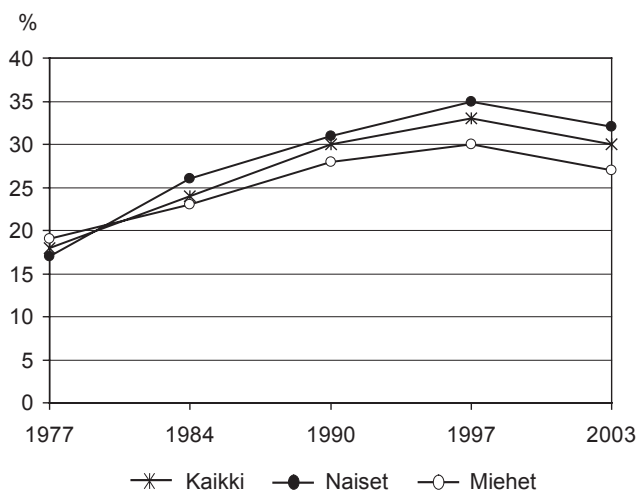
Tilastokeskuksen työolotutkimusten mukaan yksi esimerkki työelämän muutosten myönteisistä suuntauksista on etenkin naisten töiden monipuolistuminen. Palkansaajat ovat paljon paremmin koulutettuja kuin 1970-luvulla ja heidän kehitymis- ja kouluttautumismahdollisuutensa ovat kasvaneet. Myönteistä kehitystä näkyy myös vaikutusmahdollisuuksien lisääntymisessä, tosin työtahtiin vaikuttaminen on vähentynyt vuoden 1990 jälkeen. (Lehto ja Sutela 2004.) Työterveyslaitoksen Työ ja terveys -tutkimuksen mukaan työssä käyvien palkansaajien ja yrittäjien vaikutusmahdollisuudet ovat 1990-luvun lopulta pysyneet ennallaan (Kauppinen ym. 2004; Perkiö-Mäkelä ym. 2006).

Työnsä ruumiillisesti rasittavaksi kokeneiden osuus säilyi työolotutkimusten mukaan kutakuinkin samansuuruisena vuodesta 1977 vuoteen 2003: runsas kolmannes piti työtään ruumiillisesti erittäin tai melko raskaana (Lehto ja Sutela 2004).

Työn henkinen rasittavuus on Työ ja terveys -tutkimuksen mukaan jonkin verran vähentynyt (Kauppinen ym. 2004). Työolotutkimusten mukaan työn henkisesti rasittavaksi kokeneiden osuus pysyi vuodesta 1990 lähtien tasaisena: puolet palkansaajista piti työtään henkisesti erittäin tai melko raskaana. Naisten työ on kuitenkin viime vuosikymmeninä kääntynyt miesten työtä henkisesti rasittavammaksi. Työn henkinen rasittavuus on noussut voimakkaimmin kunta-alalla, jossa vuonna 2003 kaksi kolmasosaa naisista piti työtään henkisesti raskaana. (Lehto ja Sutela 2004.)

Kiire on viime vuosikymmeninä lisääntynyt, joskin viimeisin työolotutkimus osoittaa lieventymistä kiireen haittaavuuden kokemuksissa (kuva 26; Lehto ja Sutela 2004). Tuoreen Työ ja terveys -haastattelututkimuksen mukaan hieman yli puolet työssä käyvistä suomalaisista joutui melko tai hyvin usein kiirehtimään saadakseen työnsä tehdyksi. Toisaalta, vaikka työ koetaan kiireiseksi, neljä viidestä työssä kävästä sanoi tuntevansa itsensä useamman kerran viikossa tarmokkaaksi ja innostuneeksi työstään, ja kaksi viidestä koki tarmokkuutta ja innostusta päivittäin (Perkiö-Mäkelä ym. 2006).

Kuva 26. Kiireen haittaavuus Tilastokeskuksen työolotutkimusten mukaan. Niiden osuus (%), joita kiire haittaa erittäin tai melko paljon.



Lähde: Lehto ja Sutela 2004, 42.

Henkiseen rasittuneisuuteen ja kiireeseen liittyy myös pelko työuupumuksesta. Työolotutkimuksen mukaan vuonna 2003 puolet palkansaajista koki vakavan työuupumuksen uhkaksi työssään ja noin joka neljäs mielenterveyden järkkymisen (Lehto ja Sutela 2004).

Työyhteisön sosiaalisiin suhteisiin liittyvissä tekijöissä ei työolotutkimusten mukaan ole tapahtunut merkittävää muutosta. Esimerkiksi niiden osuus, joiden mukaan työpaikalla esiintyy paljon tai melko paljon ristiriitoja, on pysynyt noin kymmenessä prosentissa (Lehto ja Sutela 2004). Työ ja terveys -tutkimuksen mukaan kehityssuunta on ollut myönteinen: niiden osuus, joiden mielestä työpai-

kan ilmapiiri on jännittynyt ja kireä, on viimeksi kuluneiden kymmenen vuoden aikana tasaisesti vähentynyt (Perkiö-Mäkelä ym. 2006).

Esimieheltä ja työtovereilta saadun tuen ja rohkaisun yleisyys kasvoi vuosien 1990 ja 1997 välillä. Erityisesti esimiehiltä saatu tuki on viime vuosina kuitenkin vähentynyt (Lehto ja Sutela 2004) tai pysynyt ennallaan (Perkiö-Mäkelä ym. 2006).

Kiusaamista tai henkistä väkivaltaa havainneiden osuus on hiukan kasvanut vuodesta 1997 vuoteen 2003. Naiset ovat olleet miehiä useammin itse kiusaamisen kohteena. Vuoden 2003 työolotutkimuksen mukaan miehistä vain 13 prosenttia on ollut joskus kiusaamisen kohteena, naisista peräti 30 prosenttia. (Lehto ja Sutela 2004.)

Työhön liittyvien epävarmuustekijöiden suhteen työolotutkimusten tuoreimmat tulokset muistuttavat vuoden 1997 tuloksia. Ennakoimattomien muutosten aiheuttama epävarmuus on kuitenkin kasvanut ja etenkin tiedotus muutoksista koetaan selvästi riittämättömäksi. (Lehto ja Sutela 2004.)

4.2 Työ ja mielenterveys

4.2.1 Työ voi vähentää masennuksen haittoja

Työssä on kuormitustekijöitä, mutta työ on myös yhteydessä hyvinvointiin. Paitsi että se antaa toimeentulon, se myös rytmittää elämää, tarjoaa sosiaalisia suhteita, tekee mahdolliseksi itsensä toteuttamisen ja estää syrjäytymistä. Työssä oleminen voi myös vähentää masennuksesta kärsivien vetäytymistä omiin oloihinsa, kun taas työttömyyden on havaittu olevan yhteydessä psyykkisiin oireisiin. (Kivimäki ja Honkonen 2004.)

Työllä on positiivinen vaikutus etenkin sellaisiin ihmisiin, joilla on itsearvostukseen ja identiteettiin liittyviä henkisiä ongelmia. Työ tarjoaa merkityksen elämälle ja voi auttaa oireiden hallinnassa. Työn menetyksellä puolestaan on usein negatiivinen vaikutus mielenterveyden ongelmiin. Koska mielenterveysongelmista kärsivillä on suuri riski menettää työpaikkansa, negatiivisen kierteen uhka kasvaa. Työelämän ulkopuolelle jouduttua paluu takaisin vaikeutuu. (Thomas ym. 2002.)

1980-luvulle sijoittuvassa pitkittäistutkimuksessa havaittiin, että työttömyys heikensi voimakkaasti psyykkistä hyvinvointia, mutta työllistyminen riitti hyvinvoinnin kohenemiseen (Lahelma 1989). Samankaltainen tulos saatiin Terveys 2000 -tutkimuksen aineistolla. Työttömien työkyky oli selvästi työllisten työkykyä huonompi, mutta mikäli työtön oli työllistynyt uudelleen, hänen työkykynsä oli yhtä hyvä kuin työssä koko ajan jatkaneiden. Tulos kertonee sekä uudelleentyöllistävien valikoitumisesta että työllistymisen positiivisesta merkityksestä. (Pensola ym. 2006.)

Työn myönteistä merkitystä kuvaa myös Jari Hakasen (2005) tarkastelu, jossa työuupumuksen ohella pohditaan työn imua. Opetusalan työntekijöillä työn imu osoittautui aidoksi työhyvinvoinnin tilaksi siten, että se oli myönteisessä yhteydessä mm. terveyteen ja työkykyyn. Tutkimuksen mukaan työhyvinvoinnin edistämisessä tarvitaankin sekä jaksamisen että työn imuun liittyvän motivaation huomioon ottamista. “Jaksamispolulla” on kohtuullistettava työn vaatimuksia ja “motivaatiopolulla” vahvistettava työn myönteisiä voimavaratekijöitä.

Työn positiivisuus näkyy myös Haarakankaan ja Kivistön (2001) haastattelu-tutkimuksessa, jossa tutkittiin yli 20 päivää sairauden vuoksi poissa olleita. Työhön palaajien haastatteluissa tuli esiin monia ongelmia, mutta lähes kaikki haastateltavat nimesivät työhönpaluuta ajatellessaan myös palkitsevia asioita, kuten työssä käyminen sinänsä, työtoverit ja ilmapiiri, asiakkaat ja ihmisten parissa työskente-

leminen, työn sisältö, oman osaamisen hyödyntäminen ja itsensä tarpeelliseksi tunteminen.

4.2.2 Psykososiaaliset kuormitustekijät ovat yhteydessä psyykkisiin oireisiin ja sairauspoissaoloihin

Työntekijöiden kielteiset arviot työn sisällöstä ja organisoinnista sekä ongelmat työpaikan sosiaalisissa suhteissa ja johtamisessa voivat lisätä mielenterveyden häiriöiden todennäköisyyttä.

Honkosen ym. (2003)⁶ kirjallisuuskatsauksessa mainitaan poikkileikkaustutkimuksista mm. englantilainen tapausverrokkitutkimus, jonka mukaan työhön liittyvät ristiriidat ja johdon tuen puute liittyvät henkilökunnan depressio- ja ahdistusoireiluun (Weinberg ja Creed 2000). Useissa pitkittäistutkimuksissa työkuormituksen on todettu ennustavan psyykkistä oireilua. Esimerkiksi suomalaisessa sairaalahenkilöstön hyvinvointia kartoittaneessa tutkimuksessa, jossa seurattiin kahden vuoden ajan 4 000 sairaalatyöntekijän mielenterveyttä, vähäiset vaikutusmahdollisuudet työssä ja kova kiire lisäsivät lievien psykiatristen häiriöiden todennäköisyyttä 30–70 prosenttia (Kivimäki ym. 2003a). Kokemus kiusaamisesta lisäsi sairauspoissaolojen määrää 26 prosenttia (Kivimäki ym. 2000), ja yli kaksi vuotta jatkunut työpaikkakiusaaminen nelinkertaisti depressioriskin (Kivimäki ym. 2003c). Oikeudenmukainen johtaminen oli puolestaan yhteydessä lievien mielenterveysongelmien vähäisempään riskiin sekä poikkileikkaus- (Elovainio ym. 2002) että pitkittäistutkimuksen mukaan (Kivimäki ym. 2003a). Yhteys säilyi senkin jälkeen, kun elämäntapojen, persoonallisuuden, työntekijän vaikutusmahdollisuuksien ja työn vaativuuden vaikutus otettiin huomioon. Kahden vuoden seurannassa vähäinen oikeudenmukaisuus oli yhteydessä mielenterveysongelmien 1,8-kertaiseen ilmaantuvuuteen. (Kivimäki ym. 2003b.)

Myös brittiläinen katsausartikkeli tukee näkemystä siitä, että työelämän muutos vaikuttaisi mielenterveyteen liittyviin työstä poissaoloihin. Katsauksessa referoitujen tutkimusten mukaan pitkät työpäivät, työkuormitus, työpaineet, työn hallinnan puute, vähäiset mahdollisuudet osallistua päätöksentekoon tai saada sosiaalista tukea ja epäselvyydet työnjohdossa ja toimenkuvassa selittivät mielenterveydellisiä sairauspoissaoloja. Katsauksessa viitataan myös interventiotutki-

⁶ Tässä kappaleessa esitetyt tutkimusviittaukset perustuvat Honkosen ym. (2003) kirjallisuuskatsaukseen, eivät alkuperäislähteisiin.

muksiin, jotka osoittivat, että esimerkiksi vuorovaikutus- ja ongelmanratkaisutaitoja, sosiaalista tukea, päätöksentekoon osallistumista ja stressin hallintaa lisäämällä psyykkiset oireet ja sairauspoissaolot vähenivät. (Michie ja Williams 2003.)

Edellä mainitut työelämän tekijät näkyvät myös suomalaisissa tutkimuksissa, joissa on selvitetty työelämän yhteyttä sairauspoissaoloihin. Sairauspoissaoloja lisääviä psykososiaalisia tekijöitä ovat mm. kohtuuttomat työn vaatimukset, päätöksentekoon osallistumismahdollisuuksien puute, kontrollin puute, epäselvä johtaminen, työn vähäinen itsenäisyys, työstä saatu vähäinen tuki, heikko työmotivaatio ja tyytymättömyys esimieheen (esim. Siukola ym. 2005; Ylitalo 2006). EU:n Stress Impact -tutkimuksen suomalaisessa osahankkeessa havaittiin etenkin työn suurten vaatimusten, vähäisen työyhteisötuen, työhön ylisitoutuneisuuden, työtytymättömyyden ja työn vähäisen palkitsevuuden korostuvan mielen-terveysyiden vuoksi työstä poissa olleilla (Joensuu ym. 2006).

4.3 Masennuksen hoito

4.3.1 Masennuksen Käypä hoito -suositus

Masennuksen Käypä hoito -suosituksessa todetaan hoidon suunnittelun keskeiseksi kysymyksiksi masennustilan vaikeuden arviointi ja erottelu ensimmäisen ja toistuvan masennuksen välillä. Akuuttihoidoista tärkeimpinä pidetään masennuslääkkeitä ja psykoterapiaa. Suosituksen mukaan antidepressiivinen lääkehoito on sitä tärkeämpää mitä vaikeampi masennustila on. Hoidon keskeisiin tehtäviin kuuluu myös psykososiaalisen tuen antaminen. Toipumisen jälkeen potilaan hoitoa ja seurantaa on jatkettava noin puolen vuoden ajan masennuksen suuren uusiutumisvaaran vuoksi. (Suomen Psykiatriyhdistys 2004.)

Käypä hoito -suosituksessa todetaan, että lievästä masennuksesta kärsivät ovat yleensä työkykyisiä, keskivaikeasta kärsivien työkyky on useimmiten merkittävästi huonontunut ja vaikeasta tai psykoottisesta masennuksesta kärsivä on lähes aina työkyvytön. Suosituksessa pidetään tärkeänä selvittää konkreettisesti, mistä toiminnoista kotona ja työssä potilas masentuneena selviytyy ja mistä ei.

Sairauspoissaolon tarvetta on suosituksen mukaan arvioitava yksilöllisesti otamalla huomioon masennuksen vaikeusaste ja työ- ja elämänolosuhteet. Vaikeassa masennuksessa tarvitaan lähes aina työstä poissaoloa, keskivaikeassa usein ja lievässä joskus. Suosituksen mukaan kovin lyhyestä sairauspoissaolosta (alle kaksi viikkoa) on harvoin hyötyä. Suosituksessa todetaan edelleen, että sairauspoissaolon aikana lääkärin on huolehdittava asianmukaisesta hoidosta ja luotava suunnitelma työhön palaamisesta. Edelleen todetaan, että sairauspoissaolon pitkittyessä olisi aina selvitettävä kuntoutuksen tarpeellisuus ja mahdollisuudet. (Suomen Psykiatriayhdistys 2004.)

Käypä hoito -suosituksessa ei ole näyttöön perustuvia sairauspoissaolon kestosuosituksia. Vastaavissa yhdysvaltalaisissa masennuksen hyvien käytäntöjen oppaissa on esitetty täsmällisiä suosituksia. Official Disability Guidelines (2005, 382) suosittelee työkyvyttömyyden kestoksi:

- 0–7 päivää, jos potilas on avohoidossa ja oireet eivät vaikuta työntekoon,
- 21–42 päivää, jos potilas on avohoidossa ja oireet vaikuttavat työntekoon,
- 21 päivää, jos hoitoon sisältyy sairaalajakso ja työ on ruumiillista,
- 42 päivää, jos hoitoon sisältyy sairaalajakso ja työ on tietotyötä.

Vastaavasti The Medical Disability Advisor (Reed 2005, 657) suosittelee masennuksesta aiheutuvan työkyvyttömyyden pituudeksi kaikenlaisessa työssä seuraavaa:

- minimikesto: 14 päivää
- optimaalinen kesto: 28 päivää
- maksimikesto: 56 päivää ja toistuvassa masennuksessa 70 päivää.

Suomalaiseen Masennuksen Käypä hoito -suositukseen on kaivattu kommentteja myös työhön kohdistuvien toimenpiteiden vaikuttavuudesta masennuksen hoidossa ja ehkäisyssä. Suositukseen toivotaan näyttöön perustuvia väittämiä mm. ammatillisten kuntouttavien toimien tehokkuudesta ja masennuksen mahdollisesta ennaltaehkäisystä työhön vaikuttamalla. (Pasternack 2005.)

4.3.2 Miten masennusta hoidetaan?

Vantaalaisten, vakavasta masennuksesta kärsivien potilaiden seurantatutkimuksessa korostetaan, että masennuksesta voi toipua. Huolimatta uusista hoitomenetelmistä toipuminen on kuitenkin hidasta. Potilaat reagoivat hoitoon melko nopeasti, noin 1–2 kuukaudessa, mutta osittaisen toipumisen tila, jossa oireilu jatkui lievempänä, kesti pitkään. Täydellinen toipuminen vei keskimäärin kahdeksan kuukautta. Noin 40 prosenttia potilaista masentui vakavasti uudelleen puolentoista vuoden seurannan aikana. Uusiutuvien masennusjaksojen kesto oli kuitenkin lyhyempi. (Melartin 2004).

Tutkimuksen mukaan psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa akuutin vaiheen alussa sai lääkehoitoa 88 prosenttia ja psykososiaalista tukea 98 prosenttia. Noin puolella potilaista antidepressiivinen lääkehoito keskeytyi liian nopeasti ja vain vajaa viidennes sai varsinaista terapiaa. Lääkitykseen kohdistuva negatiivinen hoitoasenne ennusti hoidon liian aikaista keskeytymistä. (Melartin 2004.)

Vantaan tutkimuksen mukaan masennuspotilaat saivat enimmäkseen riittävää masennuslääkitystä, mutta hoidon intensiteetissä ja seurannassa oli ongelmia. Tutkimus antoi myös viitteitä siitä, että masennuksen hoidossa sairauspoissaololla voi olla työkyvyttömyyttä vahvistava rooli (Rytsälä 2006).

Isometsä, Katila ja Aro (2000) selvittivät masennuksen perusteella vuosina 1993–1994 työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden eläkettä edeltänyttä masennuksen hoitoa. Tutkimuksessa käytiin läpi vajaan kolmensadan masennuspotilaan hoitotiedot. Valtaosa masennuspotilaista oli ennen eläkehakemustaan saanut antidepressiivistä lääkehoitoa, joskaan hoito ei aina ollut optimaalista. Lisäksi

vain hyvin pieni osa oli saanut ei-lääkinnällistä hoitoa. Tutkimuksessa havaittiin myös, että masennuksen alkamisesta ensimmäiseen hoitokontaktiin kului keskimäärin puoli vuotta. Masennus oli siten saattanut kroonistua jo ennen hoidon aloittamista.

Terveydenhuollon väestötutkimus vuosilta 1995–1996 kertoi myös masennuksen hoidon puutteista. Masentuneiksi diagnosoiduista vain 13 prosentilla oli depressiolääkitys ja 27 prosenttia oli käyttänyt terveydenhuoltopalveluita masennusoireiden vuoksi (Laukkala ym. 2001). Kaikkein vaikeimmin masentuneistakin 41 prosenttia ei saanut minkäänlaista hoitoa (Hämäläinen ym. 2004).

Kuopion yliopiston depressioprojektissa todettiin masennuspotilaiden kuuden vuoden seurannan tuloksena, että pitkäkestoinen lääkehoito oli työkyvyttömyydeltä suojaava tekijä ja hoidon puute ennusti toipumattomuutta (Viinamäki ym. 2005). Myös tuoreemman, masennuspotilaiden kahden vuoden seurannan mukaan hoidon puute liittyi toipumattomuuteen. Toipumattomuutta ennustivat lisäksi alun perin vaikea-asteinen masennus ja potilaan huonontunut taloudellinen tilanne seurannan aikana (Viinamäki ym. 2006).

Kunta-alan seurantatutkimuksen mukaan etenkin työntekijäammateissa työskentelevät miehet jäävät muita useammin ilman asianmukaista masennuksen lääkehoitoa. Suuremmasta hoidontarpeesta huolimatta vähän koulutetut ja työntekijämiehet käyttivät 20–30 prosenttia vähemmän masennuslääkkeitä kuin toimihenkilömiehet. Naisilla epäsuhta hoidon tarpeen ja masennuslääkkeiden käytön välillä oli vähäisempi. (Kivimäki ym. 2007.)

Helsingin psykoterapiaprojektissa verrattiin eri psykoterapiamuotojen vaikuttavuutta masennustilojen ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa. Yhden vuoden seurantaan perustuvien tulosten mukaan sekä voimavarasuuntautunut terapia että lyhyt psykodynaaminen psykoterapia vähensivät oireita, mutta esimerkiksi työkyky parani vain lievästi. Sairauspoissaolot vähenivät kuitenkin yli 50 prosenttia. Suurimmalla osalla potilaista kyseiset terapiamuodot eivät riittäneet tuottamaan täyttää toipumista. (Knekt ja Lindfors 2004.)

Tutkimusten mukaan mielenterveyspotilaiden työkyvyttömyys helposti pitkityy. Tämän on nähty osaltaan johtuvan siitä, ettei psykiatrisen hoidon mahdollisuuksia ole työkyvyttömyyden ehkäisemisessä kyetty täysin hyödyntämään (Iso-metsä ja Katila 2004; Lönnqvist 2005). Tehokkaan hoidon lisäksi mediakeskustelussa on korostettu myös mm. ripeän hoitoon ohjaamisen merkitystä, töiden sopeuttamista ja sairauspoissaolojen lyhentämistä (esim. Uutispäivä Demari 31.5.2006; Medi uutiset 24.3.2006; Socius 2/2006).

4.4 Masennukseen liittyvien hoito- ja kuntoutusjärjestelmien toimivuus

4.4.1 Palveluketjut sujuviksi

Mielenterveyspalvelujen hallinnossa ja rakenteissa on tapahtunut paljon muutoksia parin viime vuosikymmenen aikana. Vastuu palvelujen järjestämisestä on siirtynyt kunnille, hoitokäytännöt ovat muuttuneet avohoitopainotteisiksi ja palveluntuottajien valikoima on laajentunut. Harjajärvi ym. (2006) toteavat kuitenkin työikäisten mielenterveyspalvelujen tilaa koskevassa selvityksessä, että suomalaisen psykiatrian rakennemuutos on edelleen kesken. Suurimmasta osasta kuntia puuttuu mm. mielenterveystyön kokonaisstrategia. Selvityksessä peräänkuulutetaan mielenterveyspalvelujärjestelmän systemaattista organisointia, palvelujen yhteensovittamista kattaviksi paikallisiksi palvelujärjestelmiksi ja palveluketjujen saumakohtien toimivuuden kehittämistä.

Kivekäs ym. (2006) ovat selvittäneet kuntoutujien palveluketjujen puutteita sekä nykyisten kuntoutuspalveluiden soveltuvuutta mielenterveyskuntoutujille. Selvityksessä mielenterveyskuntoutujat jaettiin työhönpaluutavoitteen perusteella kolmeen ryhmään. Ensimmäisen ryhmän kuntoutujilla työsuhde on voimassa ja kuntoutuksen tavoitteena on paluu entiseen työhön tai työpaikkaan. Hoito alkaa työterveyshuollossa tai terveyskeskuksessa, josta hoitovastuu ohjautuu mielenterveyspalveluille. Työterveyshuolto on tämän asiakasryhmän kohdalla keskeinen toimija, joka voi suunnitella työhön palaamista yhdessä kuntoutujan kanssa. Soveltuva sosiaalivakuutuksen tukimuoto on työeläkelaitoksen tuella tapahtuva työkokeilu.

Toisen ryhmän kuntoutujien yhteys työelämään on säilynyt, mutta esimerkiksi työn kuormittavuuden vuoksi paluu entiseen työhön ei ole mahdollinen. Tähän ryhmään kuuluvat eivät yleensä voi käyttää työterveyshuollon palveluita, eikä suurella osalla ole mahdollisuuksia etsiä itse työ- tai työkokeilupaikkaa.

Kolmannen ryhmän kuntoutujat ovat jo pidempään olleet poissa työelämästä tai eivät ole koskaan kiinnittyneet työelämään. Heidän kuntoutusprosessinsa sisältää usein pitkiä ja monia työllistymisvalmiuksia tukevia toimia. Vastuu kuntoutuksesta kuuluu ennen kaikkea työhallinnolle.

Selvityksessä todetaan kaikkien ryhmien osalta ongelmaksi hoitotahojen toimien heikko jatkuminen ammatillisen kuntoutuksen toimina. Kivekäs ym. pitävät keskeisenä ongelmana puutteita ammatillisen kuntoutustarpeen havaitsemisessa ja siihen reagoimisessa erikoissairaanhoidossa. Eri toimijoiden välinen yhteistyö

on heikkoa ja työhön palaamista ei pidetä tavoitteena. Tästä seuraa se, että osalla mielenterveyskuntoutujia sairauspoissaolot pitkittyvät ja johtavat työkyvyttömyyseläkkeelle.

Myös Melartin (2006) esittää mielenterveyspotilaita koskevan tutkimuksensa perusteella hoitoketjujen parantamista. Hän esittää mallin, jossa hoito käynnistetään perusterveydenhuollon puolella. Jos toipuminen ei käynnisty runsaan kuukauden aikana, tilanteeseen tulee reagoida. Mikäli kaksi asianmukaista masennuslääkitysjaksoa yhdistettynä terapeutiseen tukeen ei riitä toipumiseen, tarvitaan tarkempia tutkimuksia ja erikoissairaanhoidoa. Melartin katsoo lisäksi, että hoidon järkevöittäminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon rajapinnalle on luotava konsultoivan psykiatrin virkoja.

4.4.2 Osittainen sairauspäiväraha voi tukea työssä jatkamista

Kuntoutussäätiön selvityksessä (Vuorinen ym. 2003) osittaisesta sairauspoissaolosta neljä vastaajaa viidestä suhtautui siihen myönteisesti. Tutkimukseen osallistujista joka kolmas oli ollut pitkään poissa työstä tutkimusta edeltäneiden viiden vuoden aikana. Joka kymmenennellä oli syynä henkinen uupumus tai vaikea elämäntilanne.

Kaksi kolmesta oli valmis hyödyntämään osittaisen poissaolon mahdollisuutta itse. Noin joka kymmenes ei missään tapauksessa käyttäisi tällaista mahdollisuutta. Myönteistä kantaa perusteltiin pitkän poissaolon jälkeisen työhönpaluun helpottumisella ja työelämässä pysymisen vakiintumisella sairaustilanteessakin. Selkeimmin asennoitumista osittaiseen poissaoloon erotteli työaikamuoto. Lähes puolet kielteisesti suhtautuvista oli kolmivuorotyössä.

Miltei kolmasosa pitkään sairauden vuoksi poissa olleista olisi halunnut kevennyttä työhönsä palatessaan töihin. Suositumpana työhönpaluun helpottamiskeinona pidettiin lyhyempää työpäivää tai -viikkoa. Myös työtehtävien joustoa pidettiin tärkeänä. Esimiesten mukaan erityisjärjestelyt työn keventämisessä tai muuttamisessa olivat jollakin tavalla mahdollisia 85 prosentissa esimiesten edustamista työyksiköistä.

Vuorisen ym. (2003) tutkimuksen työntekijävastaajat toivoivat, että ratkaisu osittaisesta poissaolosta olisi viime sijassa työntekijän oma päätös. Kannatettavin ansiovaihtoehto oli se, että palkka vastaisi tehtyjä työtunteja ja palkan lisäksi tulisi osasairauspäiväraha. Noin viidesosa kannatti vaihtoehtoa, jossa osittaiseen sairauspoissaoloon suostuva ja työhön pystyvä työntekijä saisi aiempaa kokonaisansiota vastaavaa palkkaa.

4.4.3 Toimiiko kuntoutus?

Pirjo Nikkasen (2006) kuntoutujien tarinoihin perustuva laadullinen tutkimus kertoo Kelan Tyk-kuntoutukseen osallistuneiden seitsemän haastatellun kokemuk-
sista. Heillä kuntoutustarve ja kuormittuminen ilmenivät uupumuksena, jaksamattomuutena ja työssä olemisen raskautena. Kuntoutujat pitivät kuitenkin työn tekemistä tärkeänä asiana. Esimieheltä odotettiin enemmän palautetta, arvostusta ja tukea. Kuntoutujat kokivat, että työyhteisö sekä tuki että aiheutti kilpailua, kateutta ja toisten työn mitätöintiä.

Näille pitkään työelämässä toimineille kuntoutuminen merkitsi itsetunnon kohoamista, omien tarpeiden kuuntelua ja uudenlaista suhtautumista työhön ja muuhun elämään. Kielteisenä asiana nousi esiin kuntoutuksen irrallisuus työpaikasta ja työyhteisöstä. Kuntoutujat kaipasivat enemmän kuulluksi tulemista ja tukea työterveyshuollolta ja työyhteisöltä sekä näiden välistä yhteistyötä. (Nikkanen 2006.)

Viinamäki ym. (2003) tutkivat masennuspotilaiden kurssimuotoista kuntoutusta. Tutkittu kuuden kuukauden kuntoutusprosessi koostui kolmesta 4–10 vuorokauden laituskuntoutusjaksosta ja välivaiheiden työskentelyohjeista. Kuntoutujien masennusoireet vähenivät ja tyytyväisyys elämään parani voimavarakeskeiseen työskentelyyn perustuvien kurssien aikana. Kurssilaisten itseluottamus kasvoi ja sosiaaliset pelot sekä vetäytyvyys ihmissuhteista vähenivät. Ennen kuntoutusta kaikki kuntoutujat olivat sairauslomalla, mutta heillä oli vielä voimassa oleva työsuhde. Puoli vuotta kuntoutusprosessin jälkeen runsas puolet oli työssä, neljäsosa sairauslomalla ja loput eläkkeellä tai työttömänä.

Kehusmaa ja Mäki (2002) selvittivät Kansaneläkelaitoksen kuntoutustoiminnan taloudellisia vaikutuksia tuki- ja liikuntaelinten sairauksien ja mielenterveyden häiriöiden ryhmissä. Mielenterveyskuntoutujat osallistuivat pääasiassa psykoterapiaan sekä sopeutumisvalmennus- ja kuntoutuskursseille, tuki- ja liikuntaelin-kuntoutujat erilaisille kursseille. Mielenterveysongelmien ryhmässä kuntoutuksella oli selvä yhteys sairaanhoitokorvausten vähenemiseen. Keskimääräiset sairaanhoitokorvaukset kasvoivat ennen kuntoutusta, mutta kuntoutuksen päätyttyä kääntyivät selvään laskuun. Tuki- ja liikuntaelinten sairauksien ryhmässä kuntoutus ei sen sijaan tuonut muutosta sairaanhoitokorvauksiin.

Eläketurvakeskuksen ja Kuntoutussäätiön yhteisen työeläkekuntoutuksen toimivuutta selvittävän tutkimushankkeen alustavien tulosten mukaan neljä viidestä masennuksen vuoksi työeläkekuntoutusta saavasta yksityisen sektorin työntekijästä oli motivoitunut ja innostunut osallistumaan ammatilliseen kuntoutukseen.

Muiden sairauksien ryhmässä motivoituneita oli kuitenkin vielä hiukan enemmän. Masennusta sairastavat olivat myös jonkin verran muita kuntoutujia tyytymättömämpiä kuntoutuksen etenemiseen, eivätkä he kokeneet yhtä paljon myönteisiä vaikutuksia kuin muut kuntoutujat. Noin vuoden kuluttua kuntoutuspäätöksestä myös masennuksen perusteella kuntoutusta saaneet arvioivat työkykynsä paremmaksi kuin ennen kuntoutusta.

4.5 Poissaolon jälkeen takaisin työhön

4.5.1 Kroonistavatko pitkät sairauspoissaolot?

Pitkien sairauspoissaolojen pelätään lisäävän kroonistumisen riskiä ja vieraannuttavan työstä. Sairauspoissaolon jälkeen on yleensä tarve arvioida tilanne uudelleen sekä yksilökohtaisesti että työpaikalla (Tulonen 1997).

Kivistön ym. (2001a) poissaolotutkimuksessa mielenterveysoireiset pitivät muita useammin työstä poissaoloaan liian lyhyenä. Kukaan mielenterveysryhmästä ei pitänyt poissaoloaan liian pitkänä, kun muiden sairauksien vuoksi poissa olleista 17 prosenttia piti sairauspoissaoloaan liian pitkänä. Mielenterveyskuntoutujista monet kokivat työuupumusoireita. Kaikista tutkituista 41 prosenttia ylitti masennusseulan (DEPS) katkaisukohtan, mielenterveysryhmässä osuus oli 76 prosenttia.

Mielenterveydellisesti oireilevien ryhmään kuuluvat arvioivat muita yleisemmin työn vaikuttaneen sairastumiseensa. He olivat myös tunteneet itsensä pitkempään sairaiksi ja olivat vähemmän optimistisia jäädessään työstä pois. He arvioivat kuitenkin sairauspoissaolon vaikutukset suuremmiksi kuin muut. (Kivistö ym. 2001b.)

4.5.2 Mikä estää tai tukee sairauden jälkeistä työhönpaluuta?

Pitkään vakavan masennuksen vuoksi työstä poissa olleiden toipuminen työkykyisiksi näytti huonolta viime vuosikymmenelle sijoittuvan seurantatutkimuksen valossa. Keskimäärin puoli vuotta sairausvakuutuksen päivärahaa saaneista masennuspotilaista vain puolet palasi työhön vuoden kuluessa, ja työkykyisistäkin suurin osa kärsi edelleen lievistä masennuksesta. Työkyvyn palautumiseen vaikutti masennushäiriön laaja-alaisuuden lisäksi mm. työn luonne. Samoin potilaan omalla toiveikkudella oli itsenäistä merkitystä toipumisessa. (Raitasalo ym. 2004.)

Myös Rytsälän (2006) mukaan toiveikkudella on merkitystä. Toivottomuuden tunne tulevaisuuden suhteen lisäsi masennuspotilaiden työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen todennäköisyyttä. Parhaiten pitkäaikaista työkyvyttömyyttä ehkäisi kuitenkin masennuksen akuuttivaiheen lyhentäminen optimaalisella hoidolla.

Raitasalo ym. (2006) havaitsivat persoonallisuuden piirteiden olevan yhteydessä masennuksesta toipumiseen. Toipumista ja työkyvyn palautumista edistivät etenkin ulospäin suuntautuneisuus, avoimuus ja vähäinen neuroottisuus. Sen

sijaan tunnollisuuden ja sovinollisuuden piirteillä ei ollut yhteyttä masennuksesta kuntoutumiseen.

Kivistö ym. (2001a) tarkastelivat sairauden vuoksi poissa olleiden työhön palaamista psykologisen sopimuksen neuvottelutilanteena, jota säätelee työntekijän luottamus esimiehen toimintatapojen oikeudenmukaisuuteen ja ennustettavuuteen. Työhönpaluussa kahdella tekijällä oli erityistä merkitystä. Ensimmäinen liittyi työntekijän ja työnantajan väliseen luottamussuhteeseen. Luottamussuhteen laatu oli yhteydessä eläkevalinta-ajatuksiin, sairauspoissaolon syiden avoimuuteen ja leimautumisen kysymyksiin. Toinen työhönpaluun suhteen merkityksellinen tekijä liittyi työympäristöön. Moni sairauden jälkeen työhön palaavista aikoi työhön palatessaan muuttaa työtapojaan. Riski työtä haittaavalle terveysongelmalle oli noin kymmenkertainen, jos työhön palatessa oli paljon työuupumusoireilua tai työn muutosmahdollisuudet puuttuivat. Vaikka työhön palaamiseen usein liittyi kannustavaa ja myötätuntoista suhtautumista, ristiriita pehmeän laskun ja arkirytmien kanssa nousi kuitenkin pian esille.

Kuuden EU-maan (Britannia, Hollanti, Irlanti, Italia, Itävalta, Suomi) yhteisessä tutkimushankkeessa stressin vaikutuksista (Stress Impact Study) korostetaan työhönpaluun edistämiseksi mm. terveys- ja työllisyyspalvelujen yhteistyötä ja tukihenkilön tarvetta (Clarkin ja Wynne 2006). Hankkeen Suomea koskevassa osiossa havaittiin, että yksi tärkeimmistä työhön palaamiseen vaikuttavista tekijöistä oli työstä poissa olevan työsuhteen tila. Mikäli työsuhde oli sairauspoissaolon ajan voimassa, työhön palaamisen todennäköisyys oli moninkertainen ilman työsuhdetta oleviin verrattuna. (Joensuu ym. 2006.)

Holmgren ja Ivanoff (2004) tekivät Ruotsissa ryhmäkeskusteluihin perustuvan tutkimuksen 20 naisen sairauspoissaolokokemuksista. Sairauspoissaolot liittyivät työstä aiheutuneeseen rasitukseen. Ryhmäkeskusteluissa nousi esiin kolme teemaa. Ensimmäinen liittyi työssä ja yksityiselämässä pätemään tottuneen henkilön kontrollin menettämiseen. Kun tällainen henkilö menettää kontrollin jokapäiväiseen elämään, syntyy henkinen kriisi ja uupuminen, jota henkilö itse ei välttämättä tunnista. Toinen teema kuvasi tilannetta, jossa ei löydy paluumahdollisuuksia työhön: työtilanne on muuttumaton, sosiaalisen tuki puuttuu ja itseluottamus on heikentynyt. Kolmas teema käsitteli tekijöitä, jotka tekevät työhönpaluun mahdolliseksi: muilla elämänalueilla mielekkäiden toimintojen löytäminen, omien rajojen hyväksyntä, muutosten ehdottaminen työtilanteeseen, sosiaalinen tuki työssä ja muualla sekä uuden luottamuksen löytäminen omiin kykyihin. Tutkimukses-

sa todettiin, että haastateltavien persoonallisuuden piirteistä vaatavuus ja vastuullisuus toimivat negatiivisesti stressaavissa tilanteissa, mutta toisaalta samat ominaisuudet auttoivat heitä palaamaan töihin. Toinen tärkeä huomio oli se, että tuen puute johdolta ja työtovereilta ei pelkästään lisännyt sairauspoissaoloja, vaan myös vähensi mahdollisuuksia palata töihin.

Myös brittiläisessä kirjallisuuskatsauksessa on todettu mielenterveysongelmista kärsivien vaikeus säilyttää työ. Ongelmia ovat esimerkiksi leimaautuminen, syrjäytymisen ja paljastumisen pelko, tiedon puute omista oikeuksista, työhön sopeutumisen vaikeudet ilman tukea, stressin ja oireiden kanssa selviytymisen vaikeudet työpaikalla, syrjivät tai vihamieliset reaktiot työpaikalla, mielenterveyspalveluita tarjoavien vähäiset odotukset työhön palaamisesta ja tukipalveluiden puute kuntoutuksessa ja työhönpaluussa. Työn säilyttämistä ja työhön paluuta edistävät puolestaan:

- myönteinen ja realistinen käsitys mielenterveys-sairauksista ja mielenterveys-sairaista,
 - työtyytyväisyyden ja työn sujumisen asettaminen etusijalle,
 - terveiden työpaikkojen edistäminen,
 - luonnollisen tuen tarjoaminen työssä,
 - tukea antava ja hyvin koulutettu johto,
 - muunnellut työohjelmat ja työhön sopeutumisen edistäminen,
 - aikainen puuttuminen ja mahdollisimman vähäiset työstä poissaolot.
- (Thomas ym. 2002, 4.)

Vuosina 2001–2003 toteutettiin viittätoista EU-maata koskeva projekti “Mielenterveyden edistäminen ja ahdistuneisuushäiriöön, masennukseen ja stressiin liittyvät ehkäisykeinot Euroopassa” (Berkels 2004). Projekti tuotti kirjallisuuskatsaukseen ja eri maiden käytäntöjen arviointiin perustuvia suosituksia ja hyvien käytäntöjen listoja mielenterveyden edistämisestä ja mielenterveysongelmien ehkäisystä.

Projektissa esitettiin työssä käyviin aikuisiin kohdistuvien mielenterveysprojektien hyvälle käytännölle seuraavia kriteereitä:

- sisältää varhaisen puuttumisen,
- osallistaa henkilöt kaikilla projektin hallinnollisilla tasoilla,
- sopii yhteen johtamismallin ja strategian kanssa,

- sisältää interventioita, jotka vaikuttavat yksilöön, sosiaaliseen ympäristöön ja työoloihin,
- keskittyy ahdistuneisuushäiriöön ja masennukseen liittyvään mielenterveyden edistämiseen, mutta puuttuu myös muihin ongelmiin kuten stressiin, kiusaamiseen, ahdisteluun, uupumiseen, uhkailuun yms.,
- kattaa sekä edistämisen että ehkäisyn,
- suunnittelijana ja toteuttajana on moniammatillinen tiimi,
- sopii erilaisille kohderyhmille (eri ammattiryhmät tai hierarkian tasot),
- sisältää erilaisia toimintoja kuten koulutusta, ohjausta, neuvontaa ja kyseilyitä,
- osoittautuu tehokkaaksi (Berkels ym. 2004, 90–91).

5 Valtakunnalliset ohjelmat ja muu toiminta ongelman ratkaisemiseksi

5.1 Terveyttä, työkykyä ja työssä pysymistä tukevat ohjelmat

5.1.1 Kansallinen terveysprojekti

Valtioneuvosto asetti syksyllä 2001 kansallisen projektin terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Projekti pyrkii kehittämään terveyspalveluja kuntien ja valtion yhteistyönä niin, että myös järjestöjen ja yksityisen sektorin toiminta otetaan huomioon. Tavoitteena on, että potilas pääsee hoitoon mahdollisimman nopeasti ja saa mahdollisimman hyvää hoitoa maksukyvyystään ja asuinpaikastaan riippumatta.

Projektin keskeiset kehittämisalueet koskevat terveyden edistämistä ja ehkäisevää työtä, hoitoon pääsyn turvaamista, henkilöstön saatavuuden ja osaamisen parantamista, terveydenhuollon toimintojen ja rakenteiden uudistamista sekä rahoituksen vahvistamista. (STM 2002b.)

5.1.2 Työssä pysymistä edistävät ohjelmat

Tämän vuosituhannen työssä pysymistä edistävissä kansallisissa ohjelmissa mielenterveysteema ei ole ollut kaikkein näkyvimmin esillä, mutta toisaalta työkyky ja työssä jaksaminen yleisemmin ovat ohjelmissa korostuneet. Esimerkiksi Kansallisessa ikäohjelmassa (1998–2002) tuettiin ikääntyvien työntekijöiden työkykyä ja Työssä jaksamisen tutkimus- ja toimenpideohjelmassa (2000–2003) korostettiin sosiaalisten ja psyykkisten työolojen kehittämistä fyysisten työolojen rinnalla (STM 2002a; Työssä jaksamisen... 2003).

Veto-ohjelma (2003–2007) jatkaa ikäohjelman ja työssä jaksamisohjelman työtä. Sen tarkoituksena on ylläpitää ja edistää työn ja työelämän vetovoimaa, ja päätaavoitteena on työurien pidentäminen. Veto-ohjelman yhtenä osa-alueena on hyvä työelämän laatu, joka sisältää mm. henkisen hyvinvoinnin edistämisen. Ohjelmassa on kiinnitetty myös erityistä huomiota mielenterveyssyistä eläkkeelle siirtymiseen. Ohjelman puitteissa toiminut mielenterveys ja eläkkeet -työryhmä laati aiheesta selvityksen, jossa mm. ehdotettiin seuraavia toimenpiteitä:

- Kehitetään työntekijöiden tukiohjelmaa.
- Työpaikoilla puututaan ongelmiin varhain, erityistoimenpiteiden tarve arvioidaan viimeistään, kun sairaus on jatkunut kuukauden.
- Rakennetaan psyykkisistä syistä johtuvilta sairauslomilta palaamisen malli.
- Varmistetaan pitkittyneen sairauspoissaolon yhteydessä riittävät tutkimukset ja hoito.
- Nopeutetaan depression Käypä hoito -periaatteiden juurruttamista alueellisisilla ohjelmilla.
- Jatketaan työkyvyttömyyteen johtavien prosessien tutkimista ja niitä ehkäisevien toimintatapojen kehittämistä. (Lehto ym. 2005, 28.)

Työterveyslaitoksen koordinoiman Kesto-ohjelman (2004–2007) tavoitteena on pidentää suomalaisten työuria analysoimalla työelämän tutkimustietoa sekä laatimalla sen pohjalta toimenpide-ehdotuksia ja viemällä niitä käytäntöön. Ohjelman suunnitelmassa todetaan, että työhyvinvoinnin perustaan kuuluvat esimerkiksi psykososiaalinen hyvinvointi ja ihmisenä kehittymisen mahdollisuus. Suunnitelmassa on tarkasteltu myös mielenterveyden häiriöiden ja työn yhteyttä pohtivia tutkimustuloksia (Työterveyslaitos 2003). Ohjelman puitteissa toteutettiin vuosina 2004–2005 haastattelututkimus, jonka tavoitteena oli selvittää työuran pidentämiseen liittyviä asiantuntijoiden näkemyksiä. Haastattelujen laadullisessa analyysissä käsitellään myös mielenterveyskysymyksiä (Horppu 2007). Kesto-ohjelma on kehittänyt maksuttoman Duunitalkoot-internetpalvelun, jonka tavoitteena on ohjata työntekijöitä ja esimiehiä luomaan työpaikoille hyvä keskusteluympäristö ja osallistumiskulttuuri. Palvelusivusto antaa eväitä mm. työkyvystä huolehtimiseen. (Kesto-ohjelman kotisivut.)

Pitkäaikaistyöttömien tukemiseen suunnatut ohjelmat ovat myös sivunneet mielenterveyttä ja työkyvyttömyyseläkkeitä. Esimerkiksi työhallinnon piirissä toimeenpannussa ELMA-hankkeessa ja kuntien järjestämissä projekteissa on ohjattu useita tuhansia henkilöitä sairaus- ja kuntoutuspäivärahoille ja työkyvyttömyyseläkkeelle. Mielenterveysdiagnosi on ollut näiden hankkeiden asiakkailla yleinen. (Työministeriö 2004; Kela, ETK, TM julkaisemattomat taulukot.)

5.1.3 Työeläkejärjestelmän työkyvyn edistämishankkeet

Työeläkejärjestelmän piirissä on viimeksi kuluneiden kymmenen vuoden aikana toteutettu useita työkyvyn edistämiseen liittyviä hankkeita. Vuosina 1995–1998 toteutettiin TELAn koordinoimana Huomisen työkyky -projekti. Sen tavoitteena oli etsiä työpaikoille ja terveydenhuoltoon sellaista toimintatapaa, jossa työ- ja toimintakyky säilyy aikaisempaa paremmin. Hankkeessa pyrittiin mm. muuttamaan työkyvyn todistamiseen perustuva toimintatapa jäljellä olevan työkyvyn tukemiseen suuntautuvaksi. (STM 1998.)

Vuosina 2000–2002 toteutettiin VKK:n ja TELAn yhteistyönä Kuntoutus- ja työkyvyn arviointi -projektiä. Sen tavoitteena oli kehittää työeläkekuntoutuksen keinoja työssä pysymisen tukemisessa. Projektissa pyrittiin sekä tehostamaan varhaista vaikuttamista että kehittämään kuntoutustarpeen arviointiin liittyvää yhteistyötä. (Juusti 2002.)

Yksittäiset työeläkelaitokset ovat omien työkyvyn edistämishjelmien puitteissa jo pitkään kiinnittäneet huomiota myös henkiseen hyvinvointiin. Ohjelmissa korostetaan mm. esimiestyön, arvostuksen ja ihmissuhteiden merkitystä työhyvinvoinnissa. (Gould 2001.)

Työeläkevakuuttajat TELA on käynnistänyt uuden FACULTAS toimintakyvyn arviointi -projektin yhteistyössä Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin kanssa. Hanke toteutetaan vuosina 2006–2008. Sen tavoitteena on yhdenmukaistaa ja kehittää toimintakyvyn arviointia lääkärikunnassa. Hankkeessa laaditaan suosituksia toimintakyvyn arviointia varten sosiaalivakuutuksen kannalta tärkeitä sairauksista: selkärangan sairaudet, polven, lonkan ja olkapään sairaudet, mielialahäiriöt ja krooninen kipu. Suositusten laatimisen jälkeen toteutetaan lääkäreille suunnattu koulutushanke suositusten käytännön soveltamisesta. Tärkeimpänä kohderyhmänä ovat työterveyslääkärit, fysiatrit, ortopedit ja psykiatrit. (Facultas...)

5.2 Työllistämishankkeita ja tehostettua hoitoa

5.2.1 Työn tekeminen tukee kuntoutumista

Valkonen ym. (2006) ovat selvittäneet kokemuksia mielenterveyskuntoutujien työllistymismuodoista. Perinteisiä työllistymismuotoja ovat olleet työterapia ja työkeskusten toteuttama suojatyötoiminta sekä 1980-luvun lopusta lähtien myös avosuojatyön eri muodot. Uusia toimintamuotoja ovat mm. työvalmentajan tukeen perustuva tuettu työllistyminen, sosiaalinen yritys- ja osuuskuntatoiminta, kuntouttava työtoiminta sekä mielenterveyskuntoutujien klubitalot ja niiden siirtymätyöohjelmat. Uudet työllistymismallit laajentavat mielenterveyskuntoutusta yksilöterapiasta kuntoutujan toimintakykyä ja sosiaalista vuorovaikutusta edistävän toiminnan suuntaan.

Työkeskuksen työtoiminta edustaa mallia, jossa kuntoutumiseen pyritään ensisijaisesti avoimien työmarkkinoiden ulkopuolella. Työkeskusten toiminnan katsotaan sopivan parhaiten kuntoutujille, jotka hyötyvät ohjaajan jatkuvasta läsnäolosta, pysyvästä ja turvallisesta työympäristöstä ja vertaistuesta.

Klubitalojen siirtymätyöpaikkaohjelmassa klubitalo neuvottelee työnantajien kanssa työpaikkojen osallistumisesta siirtymätyöpaikkaohjelmaan sekä työtehtävien sisällöstä ja valitsee kuhunkin työpaikkaan työllistyvät klubitalon jäsenet. Hyviä puolia ovat työtehtävien yksinkertaisuus, normaali palkkaus ja työllistymisen avoimille työmarkkinoille. Työtehtävien yksinkertaisuus on edellytys työpaikan sujuvalle siirtämiselle seuraavalle siirtymätyöntekijälle.

Tuetun työllistymisen palvelumallin tavoitteena on asiakkaan työllistyminen normaaliin työsuhteeseen avoimille työmarkkinoille. Kullekin kuntoutujalle etsitään sopiva työpaikka, ja työvalmentaja tarjoaa kuntoutujalle tarvittaessa tukea myös työllistymisen aikana. Palvelun tuottajat eivät kuitenkaan aina onnistu löytämään sopivaa työpaikkaa avoimilta työmarkkinoilta, vaan asiakkaat työllistyvät esimerkiksi tukityöhön tai palkattomaan työharjoitteluun. (Valkonen ym. 2006.)

Mielenterveyden keskusliiton vuosina 2005–2006 toteuttama Mielekäs yritys-projekti tähtäsi myös mielenterveyskuntoutujien työllistymiseen. Projektin tavoitteena oli etsiä mielenterveyskuntoutujien joukosta sosiaaliseen yritystoimintaan soveltuvia henkilöitä ja tutkia mahdollisuudet kehittää olemassa olevia toimintoja sosiaalisiksi yritykseksi tai perustaa sosiaalinen yritys. Sosiaalisen yrityksen työvoimasta vähintään 30 prosentin on oltava vammaisia, vajaakuntoisia tai pitkäaikaistyöttömiä. (Rautakorpi ym. 2006.)

Mielekäs yritys -selvityksen osallistujista puolet oli halukkaita palkkatyöhön – osallistujista valtaosa oli työkyvyttömyyseläkkeellä. Sosiaalisen yritystoiminnan mahdollistavia liiketoiminta-ajatuksia löytyi, ja samoin löytyi toiminnalle tärkeitä tausta- ja tukiyhteisöjä. Onnistuakseen toiminta tarvitsee hyvää yhteistyötä sosiaalisen yrityksen, työvoimatoimiston ja kunnan välillä. (Rautakorpi ym. 2006.)

5.2.2 Vertaisryhmiä, työhönpaluuta ja tehostettua hoitoa

Mieli Maasta -projekti on kansallinen depression ehkäisyyn ja hoitoon kohdistunut ohjelma. Sen puitteissa toimivan yhdistyksen tarkoituksena on tukea masennukseen sairastuneita ja heidän läheisiään sekä vaikuttaa yhteiskunnassa masennusta ehkäisevästi. Toiminnan ydin on vertaisryhmätoiminta. Yhdistys kouluttaa vertaisryhmien ohjaajat ja tukihenkilöt sekä tukee toiminnan aloitusta paikallisesti. Suurelle yleisölle tarjotaan tietoa masennuksesta, jotta ilmiö tunnettaisiin paremmin ja osattaisiin etsiä apua ja tukea masentuneille ja heidän läheisilleen. (Mieli maasta -yhdistyksen kotisivut.)

Euroopan unionin rahoittamassa kansainvälisessä RETURN-hankeessa oli tavoitteena parantaa työelämän ja sosiaaliturvan yhteistyötä, jotta työstä poissaolo, ja ammatillisen kuntoutuksen aloitus eivät pitkittyisi. Pyrkimyksenä oli kehittää työhön palaavan hoidon, kuntoutumisen ja työpaikan sopeuttavien muutosten koordinoitua. Kehitettyä arviointimenetelmää kokeiltiin Suomessa lounaissaomalaisessa kaupungissa, jossa käytiin läpi sairauspoissaolo- ja vajaakuntoisuusasioihin liittyvät strategiat, käytännöt ja menettelyt. Työpaikkojen käyttöön tehtiin poissaoloja koskeva työnantajaopas, koulutus suunnitelmaehdotus ja työntekijäopas. (Työhön paluu...)

Sosiaali- ja terveysministeriön tuella on viimeisen neljän vuoden aikana käynnistetty yli 100 mielenterveys- ja päihdepalvelujen parantamiseen tähtäävää hanketta eri puolilla Suomea. Suurimmat hankekokonaisuudet ovat käynnissä Vantaalla, Pohjanmaalla ja Lapissa. Näistä Vantaalla on kehitetty tehostettua menetelmää masennuksen tunnistamiseen ja hoitoon terveyskeskuksessa. Vantaan Martinlaakson terveyskeskuksessa aloitettiin vuonna 2001 kokeiluna depressiohoitajatoiminta, jossa psykiatrinen sairaanhoitaja toimi yhteistyössä lääkärin ja konsultoivan psykiatrin kanssa. Depressiohoitajamalli on osoittautunut toimivaksi: masennuksen tunnistaminen näyttää lisääntyneen, toipuminen nopeutuneen ja pitkien sairauslomien tarve vähentyneen. Toiminta on laajentunut pysyväksi ja tällä hetkellä kaikilla Vantaan terveysasemilla toimii depressiohoitaja ja toiminta on leviämässä koko maahan. (Mielenterveys- ja päihdehankkeiden...)

6 Yhteenvetoa ja päätelmiä

Suomalaiset tutkimustulokset viittaavat siihen, että masennus sairautena ei ole yleistynyt. Masennuksen vuoksi myönnettyjen sairauspäiväraha-kausien ja työkyvyttömyyseläkkeiden lukumäärät ovat kuitenkin kasvaneet. Vuosina 1996–2005 masennukseen perustuvien sairauspäiväraha-kausien lukumäärä kaksinkertaistui ja yksityisen sektorin uusien masennusperusteisten työkyvyttömyyseläkkeiden lukumäärä puolitoistakertaistui. Tämä näkyy myös kustannusten kasvuna. Esimerkiksi työeläkejärjestelmän työkyvyttömyyseläkemenon masennukseen perustuvissa eläkkeissä puolitoistakertaistui vuosina 1998–2006. Vuonna 2006 masennukseen perustuvien eläkkeiden eläkemenon oli 398,9 miljoonaa euroa.

Masennussairaus on usein parannettavissa ja siihen on kehitetty aikaisempaa parempia lääkkeitä ja hoitomuotoja. Miksi masennus kuitenkin johtaa aiempaa yleisemmin työkyvyttömyyseläkkeelle? Kysymyksessä on varsin monisyinen ongelma. Tämä selvitys ja aiemmat tutkimustiedot viittaavat mm. ongelmakohtiin hoito- ja kuntoutuskäytännöissä, hyvien käytäntöjen puutteisiin esimerkiksi sairauspoissaolon jälkeisessä työhönpaluussa sekä työn ja muun arkielämän muutoksiin ja paineisiin, jotka nostavat esille uudenlaisia työssä ja elämässä selviytymisen haasteita.

Lainsäädännön muutokset ovat suosineet työssä jatkamista

Työkyvyttömyyseläke- ja kuntoutuslainsäädännön viimeaikaiset muutokset ovat pyrkineet ehkäisemään tai siirtämään eläkkeelle joutumista. Muutoksissa on korostettu kuntoutuksen ensisijaisuutta työkyvyttömyyseläkkeeseen nähden sekä kuntoutuksen varhaisen aloittamisen merkitystä. Säännöksiä on myös tarkistettu työssä jatkamista suosiviksi: esimerkiksi työkyvyttömyyseläkkeen voi keskeyttää lyhyen työskentelyn ajaksi, osatyökyvyttömyyseläkkeestä voi hakea ennakkopäätöstä ja myös työkyvyttömyyseläkkeen aikana tehdystä työstä karttuu uutta eläkettä.

Ketkä siirtyvät masennuksen vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle?

Masennuksen perusteella eläkkeelle siirtyneet poikkeavat monissa suhteissa sekä muiden mielenterveyssyiden että somaattisten sairauksien vuoksi eläkkeelle siirtyneistä. Masennuksen vuoksi eläkkeelle siirtyneet ovat useammin naisia kuin miehiä ja he ovat jonkin verran nuorempia kuin työkyvyttömyyseläkkeelle siirty-

vät keskimäärin. Heillä on ollut suhteellisen vakaa työura etenkin muiden mielen-terveyden häiriöiden ryhmään verrattuna, ja heidän työuransa sijoittuvat valtio-sektorille yleisemmin kuin somaattisten sairauksien vuoksi eläkkeelle siirtyvien. Heidän keskieläkkeensä on suurempi ja koulutustasonsa parempi kuin muilla työ-kyvyttömyyseläkkeelle siirtyvillä. Maantieteellisesti masennusperusteisten eläk-keiden alkavuus on suurinta Pohjois-Savossa, Lapissa, Kainuussa, Etelä-Karja-lassa ja Etelä-Pohjanmaalla eli maakunnissa, joissa on alhainen bruttokansantuote asukasta kohden ja useimmissa lisäksi paljon työttömyyttä ja toimeentulotuen saajia sekä suuri itsemurhakuolleisuus.

Minkälaisille työkyvyttömyyseläkkeille masennuksen perusteella siirrytään?

Masennusta sairastavat siirtyvät pääasiassa täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle. Osatyökyvyttömyyseläkkeiden osuus on huomattavasti pienempi kuin somaatti-siin syihin perustuvissa eläkkeissä. Osatyökyvyttömyyseläkkeen yhdistäminen työntekoon näyttää kuitenkin onnistuvan masennussairauksissa yhtä hyvin kuin esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinten sairauksissa: kummassakin sairausryhmässä noin kaksi kolmasosaa osatyökyvyttömyyseläkeläisistä on työssä.

Masennukseen perustuvat eläkkeet alkavat yleensä määräaikaisena: alle 55-vuotiaiden masennukseen perustuvista eläkkeistä useampi kuin neljä viidestä al-kaa määräaikaisena kuntoutustukena. Masennukseen perustuvista kuntoutustuista valtaosa muuttuu keskimäärin kahden ja puolen vuoden kuluttua pysyväksi eläk-keeksi, vain runsas viidennes kuntoutustuista päättyy kokonaan. Näistä kuntou-tustuen kokonaan päättäneistä nelisenkymmentä prosenttia palaa työhön, mikä tarkoittaa alle kymmentä prosenttia kaikista masennukseen perustuvista kuntou-tustuista. Somaattisiin sairauksiin perustuvissa eläkkeissä kokonaan päättyvien kuntoutustukien ja työhön palaavien osuus on hiukan suurempi.

Miten työ liittyy mielenterveysongelmiin?

Työelämässä viime vuosikymmenien suuri muutos on ollut ruumiillisen työn vä-heneminen ja henkisen työn kasvu. Työn tekemisen muodot ovat muuttuneet entistä enemmän yhteistyötaitoja, kielitaitoa ja tietoteknistä osaamista edellyttä-viksi. Työoloissa on tapahtunut sekä myönteistä että kielteistä. Työt ovat moni-puolistuneet ja entistä useammat kokevat työpaikan ilmapiirin hyväksi. Kiire ra-sittaa kuitenkin suurta osaa työntekijöistä – tosin kiireestä huolimatta työssä koe-

taan myös usein innostusta. Keskeinen muutos on myös työelämän muuttuminen entistä epävarmemmaksi.

Työn tekeminen voi tukea mielenterveyttä. Työ tarjoaa merkityksen elämälle, rytmittää ajankäyttöä, tarjoaa sosiaalisia suhteita, antaa mahdollisuuden itsensä toteuttamiseen ja estää syrjäytymistä ja omiin oloihin vetäytymistä. Työssä kielteisiksi koetut piirteet voivat kuitenkin lisätä mielenterveysongelmia ja niistä aiheutuvia poissaoloja. Tutkimukset kertovat mm. vähäisten vaikutusmahdollisuuksien, kovan kiireen, kiusaamisen ja henkisen väkivallan sekä epäoikeudenmukaiseksi koetun johtamisen ja tuen puutteen olevan yhteydessä mielenterveysongelmien ilmaantuvuuteen ja sairauspoissaoloihin.

Onko masennuksen hoidossa ongelmia?

Perusterveydenhuollon mielenterveyskäyntien määrä on kasvanut ja masennuslääkkeiden käyttö on lisääntynyt. Masennuksen hoitoon liittyvät tutkimukset tuovat kuitenkin varsin yhdenmukaisesti esille monia ongelmia: hoito aloitetaan liian myöhään eikä se ole riittävän intensiivistä, lääkitys ei aina ole optimaalinen, eilääkinnällinen hoito puuttuu usein kokonaan ja hoito keskeytyy liian nopeasti. Hoidon puutteet ovat yhteydessä työkyvyttömyyden pitkittymiseen.

Myös mielenterveyspalvelujen alueellisten erojen yhteys masennukseen perustuvien työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuuteen antavat viitteitä siitä, että hoitokäytännöllä on merkitystä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisessä. Esimerkiksi palvelujärjestelmien monimuotoisuus oli selvästi keskimääräistä vähäisempää alueilla, joissa masennuksen perusteella alkoi paljon työkyvyttömyyseläkkeitä.

Suomalainen masennukseen liittyvä sairauspoissaolokäytäntö poikkeaa selvästi esimerkiksi yhdysvaltalaisesta käytännöstä – tosin maiden välillä on suuria eroja myös sairausajan toimeentuloturvan kattavuudessa. Suomessa masennusjaksojen sairauspäiväraha-kausien kesto omavastuuajaksi mukaan lukien on viime vuosina ollut keskimäärin kolme kuukautta. Yhdysvaltalaiset käypä hoito -oppaat suosittelivat lyhyempää työkyvyttömyysaikaa: oireiden ja työn laadusta riippuen 0–8 viikkoa.

Toimivatko palveluketjut?

Masennuspotilaiden hoitoon ja kuntoutukseen liittyvien palveluketjujen sujuvuudessa on puutteita. Eri toimijoiden välinen yhteistyö on heikkoa eikä työhönpaluu aina ole selkeä tavoite. Ongelmakohtia löytyy mm. työpaikan ja terveydenhuol-

lon väliltä sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon rajapinnasta. Lisäksi ammatillisen kuntoutustarpeen havaitsemisessa ja siihen reagoimisessa on ongelmia.

Myös masennuspotilaiden kuntoutuksen toimivuudessa on puutteita. Kurssi-muotoisen kuntoutuksen on havaittu vähentävän masennusoireita ja lisäävän it-seluottamusta, mutta ongelmaksi on koettu kuntoutuksen irrallisuus työpaikasta. Masennuspotilaat ovat myös tyytymättömämpiä työeläkejärjestelmän ammatillisen kuntoutuksen toimivuuteen kuin muut kuntoutujat ja masennuspotilaiden työhönpaluu kuntoutuksen jälkeen onnistuu harvemmin kuin muiden kuntoutujien.

Palataanko masennuksen jälkeen työhön?

Masennukseen perustuvilla sairauspoissaoloilla on taipumusta pitkittyä ja muuttua työkyvyttömyyseläkkeiksi. Puolen vuoden sairauspoissaolon jälkeen puolet palasi työhön ja määräaikaisella työkyvyttömyyseläkkeellä olleista vähemmän kuin yksi kymmenestä. Masennushäiriön laaja-alaisuuden ja akuuttivaiheen optimaalisen hoidon lisäksi mm. työn luonne, potilaan toiveikkuus ja persoonallisuuden piirteet liittyvät työkyvyn palautumiseen. Työhönpaluun onnistumisessa on merkitystä työntekijän ja työnantajan välisellä luottamussuhteella, esimiehen ja työtoverien tuella ja työn muutosmahdollisuuksilla.

Mitä on jo tehty ongelman ratkaisemiseksi?

Valtakunnalliset ohjelmat kuten kansallinen terveysprojekti ja työssä pysymistä edistävät ohjelmat tukevat myös mielenterveysongelmien hoidon edistämistä ja mielenterveysongelmia potevien työssä jatkamista. Työelämän vetovoimaa edistävän kansallisen Veto-ohjelman puitteissa toimi erityinen mielenterveys ja eläkkeet -työryhmä, joka teki myös konkreettisia toimenpide-ehdotuksia. Työurien pidentämiseen pyrkivä Kesto-ohjelma on kehittänyt työhyvinvointia tukevan Duunitalkoot-internetpalvelun. Työeläkejärjestelmän työhyvinvoinnin ja työkyvyn edistämishankkeissa kiinnitetään huomiota myös mielenterveyteen.

Mielenterveyskuntoutujille on kehitetty uusia työllistymismuotoja kuten tuettu työllistyminen, sosiaalinen yritystoiminta, kuntouttava työtoiminta ja klubitalot. Viime vuosien masennuksen ehkäisy- ja hoitohankkeissa on kehitetty mm. vertaisryhmätukea, sosiaaliturvan ja työelämän yhteistyötä sekä masennuksen tunnistamisen tehostamista depressiohoitamallin avulla.

Mielenterveyteen liittyvien sairauspoissaolojen ja työkyvyttömyyseläkkeiden kasvun ongelma on siis jo tiedostettu ja myös toimenpiteitä on ryhdytty kehittämään. Tutkimusten mukaan tärkeitä asioita ongelman ratkaisussa ovat ennaltaehkäisy ja tuen tarjoaminen mm. työelämän hyvien käytäntöjen avulla sekä hyvä, saatavissa oleva, riittävän varhainen ja työssä jatkamista tukeva hoito ja kuntoutus.

Kirjallisuus

- Aromaa A, Koskinen S (2002) Terveyden, toimintakyvyn ja työkyvyn kehitys. Teoksessa Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Helsinki, s. 103–125.
- Berkels H, Henderson J, Henke N, Kuhn K, Lavikainen J, Lehtinen V, Ozamiz A, Van den Heede P, Zenzinger K (2004) Mental Health Promotion and Prevention Strategies for Coping with Anxiety, Depression and Stress related Disorders in Europe. Federal Institute for Occupational Safety and Health, Research Report –Fb 1011. Dortmund/Berlin/Dresden.
- Clarkin N, Wynne R (2006) Vocational rehabilitation and work resumption. A review of the literature. Stress impact. Work Research Centre Dublin, Ireland. [http://www.surrey.ac.uk/Psychology/stress-impact/publications/wp1/WP1-Ch5_Stress%20Impact%20literature\[1\].pdf](http://www.surrey.ac.uk/Psychology/stress-impact/publications/wp1/WP1-Ch5_Stress%20Impact%20literature[1].pdf)
- Elovainio M, Kivimäki M, Vahtera J (2002) Organizational justice: evidence of a new psychosocial predictor of health. *American Journal of Public Health* 92(1):105–108.
- FACULTAS toimintakyvyn arviointi -projekti. www.terveysportti.fi/kotisivut/sivut.koti.
- Gould R (2001) Terveyden edistämiseen liittyvä toiminta työeläkejärjestelmässä. Teoksessa Järvisalo J, Lahtinen E, Koskinen-Ollonqvist P, toim. Sosiaalivakuutus ja terveyden edistäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:13. Helsinki, s. 133–152.
- Gould R, Nyman H (2004) Mielenterveys ja työkyvyttömyyseläkkeet. Eläketurvakeskuksen monisteita 50. Helsinki.
- Gould R, Nyman H, Takala M (2003) Osittain työkyvyttömyyden vai osittain työkykyinen? Tutkimus osatyökyvyttömyyseläkeläisten työssäolosta. Eläketurvakeskuksen raportteja 33. Helsinki.
- Haarakangas T, Kivistö S (2001) Työhönpaluuprosessin laadullista tarkastelua työkyvyn edistämisen näkökulmasta. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Hakanen J (2005) Työuupumuksesta työn imuun. Työhyvinvointitutkimuksen ytimessä ja reuna-alueilla. *Psykologia* 4/2005, s. 403–407.
- Harjajärvi M, Pirkola S, Wahlbeck K (2006). Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. Acta nro 187. Stakes, Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
- HE 118/1995 (1995) Hallituksen esitys Eduskunnalle yksityisalojen työeläkejärjestelmän uudistamista koskeväksi lainsäädännöksi. www.finlex.fi/fi/esitykset/he/.
- HE 116/2002 (2002) Hallituksen esitys Eduskunnalle kuntoutusta koskevan lainsäädännön muuttamiseksi. www.finlex.fi/fi/esitykset/he/.
- HE 227/2005 (2005) Hallituksen esitys Eduskunnalle osasairauspäivärahaa koskeväksi lainsäädännöksi. www.finlex.fi/fi/esitykset/he/.

- Hietaniemi M, Vidlund M, toim. (2003) Suomen eläkejärjestelmä. Eläketurvakeskus, Helsinki.
- Holmgren K, Ivanoff S D (2004) Women on sickness absence – views of possibilities and obstacles for returning to work. A focus group study. *Disability and Rehabilitation* 26(4):213–222.
- Honkonen T, Lindström K, Kivimäki M (2003) Psykososiaalinen työkuormitus mielenterveyden häiriöiden etiologiassa. *Duodecim* 119(14):1327–1333.
- Horppu R (2007) Keskusteluja työssä jatkamisesta. Käsikirjoitus. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Hyypä M T, Kronholm E (2005) Uni ja lepo. Teoksessa Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J, toim. *Suomalaisten terveys*. Duodecim, Stakes, KTL, Helsinki, s. 89–94.
- Hämäläinen T (2006) Kohti hyvinvoivaa ja kilpailukykyistä yhteiskuntaa. Kansallisen ennakkointiverkoston näkemyksiä Suomen tulevaisuudesta. Innovaatio-ohjelma. Sitra Suomen itsenäisyyden juhlarahasto. www.sitra.fi/julkaisut/julkaisutoiminta.htm.
- Hämäläinen J, Isometsä E, Laukkala T, Kaprio J, Poikolainen K, Heikkinen M, Lindeman S, Aro H (2004) Use of health services for major depressive episode in Finland. *Journal of Affective Disorders* 79(1–3):105–112.
- Isometsä E, Katila H (2004) Mielialahäiriöt. Teoksessa Matikainen E, Aro T, Huunan-Seppälä A, Kivekäs J, Kujala S, Tola S, toim. *Toimintakyky*. Duodecim, Helsinki, s. 134–143.
- Isometsä E T, Katila H, Aro T (2000) Disability pension for major depression in Finland – a review and further findings. *Psychiatria Fennica* 31:71–86.
- Joensuu M, Kivistö S, Lindström K (2006) Impact of Changing Social Structures on Stress and Quality of Life: Individual and Social Perspectives. Stress Impact. Report on Work package 5. Finnish Institute of Occupational Health. www.surrey.ac.uk/psychology/stress-impact/publications/wp5/SIP%20WP5%20Finland.pdf
- Juusti J (2002) Nurkasta piiriin – Kuntoutus- ja työkyvyn arviointiverkostoprojektin (KUTVE) loppuraportti. Vakuutuskuntoutus VKK, Helsinki.
- Järvisalo J, Andersson B, Boedeker W, Houtman I, toim. (2005) Mental disorders as a major challenge in prevention of work disability. *Social security and health reports* 66. Kela, Helsinki.
- Kauppinen T, Hanhela R, Heikkilä P, Lehtinen S, Lindström K, Toikkanen J ja Tossavainen A (2004). *Työ ja terveys Suomessa 2003*. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Kehusmaa S, Mäki J (2002) Kuntoutuksen taloudelliset vaikutukset. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 55. Kela, Helsinki.
- Kesto-ohjelman kotisivut. www.ttl.fi/Internet/Suomi/Organisaatio/Toimintaohjelmat/Kesto/

- Kivekäs J, Kinnunen E, Ahlblad Y (2006) Mielenterveyskuntoutujan palveluketju takkuilee. *Suomen Lääkärilehti* 61(18):2011–2014.
- Kivimäki M, Elovainio M, Vahtera J (2000) Workplace bullying and sickness absence in hospital staff. *Occup Environ Med* 57:656–660.
- Kivimäki M, Elovainio M, Vahtera J, Ferrie JE (2003a) Organisational justice and health of employees: prospective cohort study. *Occup Environ Med* 60:27–34.
- Kivimäki M, Elovainio M, Vahtera J, Virtanen M, Stansfeld S (2003b) Association between organisational inequity and incidence of psychiatric disorders in female employees. *Psychol Med* 33:319–326.
- Kivimäki M, Gunnell D, Lawlor DA, Smith G D, Pentti J, Virtanen M, Elovainio M, Klaukka T, Vahtera J (2007) Social inequalities in antidepressant treatment and mortality: a longitudinal register study. *Psychol Med* 37:373–382.
- Kivimäki M, Honkonen T (2004) Työn vaikutus mielenterveyden häiriöihin: kuinka paljon siitä tiedetään? *Työterveyslääkäri* 22(3):362–364.
- Kivimäki M, Virtanen M, Vartia M, Elovainio M, Vahtera J, Keltinkangas-Järvinen L (2003c): Workplace bullying and the risk of cardiovascular disease and depression. *Occup Environ Med* 60:779–783.
- Kivistö S, Loponen M, Kuosma E (2001a) Sairauslomalta takaisin töihin. Siirtymävaiheen psykologinen sopimus. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Kivistö S, Takala R, Kuosma E, Vuori J (2001b) Työhön sairauslomalta – paluuvaiheen hallinnan edellytyksiä. Työsuojelurahasto. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Knekt P, Lindfors O, eds. (2004) A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders. Helsinki Psychotherapy Study. Studies in social security and health 77. Kela, Helsinki.
- Koskinen S, Martelin T, Sainio P, Gould R (2006) Työkyky ja terveys. Teoksessa Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J, Koskinen S, toim. Työkyvyn ulottuvuudet. Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos, Työterveyslaitos, Helsinki, s. 114–134.
- Lahelma E (1989) Unemployment, re-employment and mental well-being. A panel survey of industrial jobseekers in Finland. Kuntotussäätien Eripainoksia, Reprints 70. *Scand J Soc Med, Suppl.* 43. Helsinki.
- Laukkala T, Isometsä E, Hämäläinen J, Heikkinen M, Lindeman S, Aro H (2001) Antidepressant treatment of depression in the Finnish general population. *Am J Psychiatry* 158(12):2077–2079.
- Lehto A-M, Sutela H (2004) Uhkia ja mahdollisuuksia. Työolotutkimusten tuloksia 1977–2003. Tilastokeskus, Helsinki.

- Lehto M, Lindström K, Lönnqvist J, Parvikko O, Riihinen O, Suksi I, Uusitalo H (2005) Mielenterveyden häiriöt työkyvyttömyyseläkkeen synnä – ajatuksia ehkäisystä, hoidosta ja kuntoutuksesta. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:1. Helsinki.
- Lönnqvist J (2005) Mielenterveyden ongelmat. Teoksessa Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J, toim. Suomalaisten terveys. Duodecim, Stakes, KTL, Helsinki, s.178–184.
- Mediuutiset (2006) Sopivaan psykoterapiaan ohjaus. Mediuutiset 2006(12):24–25.
- Melartin T (2004) Comorbidity, outcome and treatment of DSM-IV major depressive disorder in psychiatric care. Publications of the National Public Health Institute A20/2004. Helsinki.
- Michie S, Williams S (2003) Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. *Occup Environ Med* 60:3–9.
- Mielenterveys- ja päihdehankkeiden tulokset on hyödynnettävä koko maassa. www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/8122/index.htm
- Mieli maasta -yhdistyksen kotisivut. www.mielimaasta.fi/yhdistys.html
- Murto J (2007) Masennusperusteisten työkyvyttömyyseläkkeiden alueelliset erot Suomessa. Pro gradu -tutkielman käsikirjoitus.
- Nikkanen P (2006) Oon vahvempi kuin ennen. Pitkään työelämässä olleiden kuntoutumistarinat. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 70/2006. Kela, Helsinki.
- Official Disability Guidelines (2005) Work Loss Data Institute. USA.
- Pasternack I (2005) Depression Käypä hoito -suositus työterveyshuollon näkökulmasta. *Työterveyslääkäri* 23(3):317–308.
- Pensola T, Järvikoski A, Järvisalo J (2006) Työttömyyden ja muiden syrjäytymisriskien yhteys työkykyyn. Teoksessa Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J, Koskinen S, toim. Työkyvyn ulottuvuudet. Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos, Työterveyslaitos, Helsinki, s. 223–239.
- Perkiö-Mäkelä M, Hirvonen M, Elo A-L ym. (2006) Työ ja terveys -haastattelututkimus 2006, Taulukkoraportti. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Pirkola S, Aalto-Setälä T, Suvisaari J, Lönnqvist J (2005) Psykkinen oireilu ja mielenterveyden häiriöt. Teoksessa Koskinen S, Kestilä L, Martelin T, Aromaa A, toim. Nuorten aikuisten terveys. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B7/2005. Helsinki, s. 88–92.
- Pirkola S, Isometsä E, Suvisaari J, Aro H, Joukamaa M, Koskinen S, Aromaa A, Lönnqvist J (2005b) DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population. Results from the Health 2000 study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40:1–10.

- Pirkola S, Lönnqvist J (2002) Psykkinen oireilu ja mielenterveyden häiriöt. Teoksessa Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Helsinki, s. 51–54.
- Pirkola S, Sohlman B, toim. (2005) Mielenterveysatlas. Stakes, Helsinki.
- Raitasalo R, Maaniemi K (2006) Mielenterveyden aiheuttamat haitat kasvaneet. Sosiaalivakuutus 1/2006:38–41.
- Raitasalo R, Salminen J K, Saarijärvi S, Toikka T (2004): Masennuspotilaiden elämäntilannetta, toipuminen ja työkyky. Suomen lääkärilehti 59(30–32):2795–2800.
- Raitasalo R, Salminen J K, Saarijärvi S, Toikka T (2006) Persoonallisuuden piirteiden yhteys masennuksesta kuntoutumiseen. Suomen lääkärilehti 61(4):293–297.
- Rautakorpi E, Rinta-Jouppi J, Vuorela M (2006) Mielekäs yritys. Sosiaalisen yrityksen selvityshanke pääkaupunkiseudulla 2006. Raportti 1/2006. Mielenterveyden keskusliitto. Moniste.
- Reed P (2005) The Medical Disability Advisor. Reed Group. Westminster.
- Rytsälä H (2006) Functional and Work Disability and Treatment Received by Patients with Major Depressive Disorder. Department of Mental Health and Alcohol Research, National Public Health Institute Helsinki, Finland and Department of Psychiatry, University of Helsinki, Finland. Publications of the National Public Health Institute A9/2006. Helsinki.
- Saarnio L (2006) Työeläkekuntoutus vuonna 2005. Eläketurvakeskuksen tilastoraportteja 7/2006. Helsinki.
- Siukola A, Savinainen M, Nygård C-H, Arola H, Luukkala T, Virtanen P, Taskinen H, Pitkänen M (2005) Sairauspoissaolot elintarviketeollisuudessa. Loppuraportti Työsuojelurahastolle 31.5.2005. Moniste.
- Socius (2006) Psykiatrinen hoito tulilinjalla. Socius 2006(2):22–23.
- Stakes (2006) Erikoissairaanhoidon avohoito vuosina 1994–2004. Tilastotiedote 3/2006.
- Stakes. SOTKANet verkkopalvelu. www.sotkanet.fi.
- STM (1998) Huomisen työkyky. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1998:3. Helsinki.
- STM (2002a) Ikäohjelman monet kasvot. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:3. Helsinki.
- STM (2003) Psykkinen sairauksien ammattikorvausta selvittäneen työryhmän (PSYKO) muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:19. Helsinki.
- STM (2002b) Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2002:6. Helsinki.
- Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä (2004) Depressio. Käypä hoito -suositus. Duodecim 120(6):744–764.

- Thomas T, Secker J, Grove B (2002): Job retention & mental health: a review of the literature. IAHSF. Moniste.
- Tilastokeskus (2004) Koulutusluokitus 2003. Käsikirjoja 1. Helsinki.
- Tilastokeskus (2006a) Maakuntien pinta-ala, väestö ja bruttokansantuote www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html.
- Tilastokeskus (2006b) Suomen tilastollinen vuosikirja 2006. Helsinki.
- Tulonen, H (1997) Työuupumus muistuttaa taisteluväsymystä sodassa. Helsingin Sanomat 6.9.1997, s. 8.
- Työhön paluu pitkittyneen sairausloman jälkeen: työvälineitä tilanteen ja oikea-aikaisten toimenpiteiden hallintaan. www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/020502151125RN?open
- Työministeriö (2004) Pitkäaikaistyöttömien eläkemahdollisuuksien selvittäminen (ELMA) Ohje O/2/2004 TM. www.finlex.fi/fi/viranomaiset/.
- Työssä jaksamisen tutkimus- ja toimenpideohjelma 2000–2003 (2003) Päätös- ja arviointiraportti. Vantaa. www.mol.fi/jaksamisohjelma/index.htm.
- Työterveyslaitos (2003) Kesto. Työuraan kesto ja kestävä kehitys 2004–2007. Suunnitelma. Työterveyslaitoksen toimintaohjelmat 2003:3. Helsinki.
- Uusipäivä Demari (2006) Pitkä sairausloma ei tee masentunutta työkykyiseksi. Uutispäivä demari 31.5.2006.
- Valkonen J, Peltola U, Härkäpää K (2006) Työtä, tukea ja mielenterveyttä. Kokemuksia mielenterveyskuntoutujien työllistymismalleista. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 75/2006. Helsinki.
- Viinamäki H, Hintikka J, Leppänen A, Heikkinen A, Kinnunen I, Lepola U (2003) Masennuspotilaat kuntoutuksessa. Suomen Lääkärilehti 58(36):3523–3528.
- Viinamäki H, Honkalampi K, Haatainen K, Koivumaa-Honkanen H, Tolmunen T, Hintikka J (2005) Masennuksesta toivutaan. Prospektiivisen 6 vuoden seurantatutkimuksen tuloksia. Suomen lääkärilehti 60(34):3239–3244.
- Viinamäki H, Tanskanen A, Honkalampi K, Koivumaa-Honkanen H, Antikainen R, Haatainen K, Hintikka J (2006) Recovery from depression: a two-year follow-up study of general population subjects. International Journal of Social Psychiatry 52(1):19–28.
- Vuorinen H, Puumalainen J, Lehikoinen T (2003) Sairaana töissä? Kysely työpaikoille osasairauslomista. Kuntoutussäätiön työselosteita 25/2003. Helsinki.
- Weinberg A, Creed F (2000) Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff. Lancet 355:533–537.
- Ylitalo M (2006) Palkansääjien sairauspoissaolot. Teoksessa Lehto A-M, Sutela H ja Miettinen A, toim. Kaikilla mausteilla. Artikkeleita työolotutkimuksesta. Tilastokeskuksen tutkimuksia 244. Helsinki, s. 293–316.

OSA II

Toimenpide-ehdotukset

Työkyvyttömyysasiain neuvottelukunta

Johdanto

Masennuksen vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneitä on viime vuosina ollut entistä enemmän, vaikka masennussairauden esiintyvyys väestössä ei tutkimusten mukaan ole lisääntynyt. Masennus on kuitenkin sairaus, jota voidaan ehkäistä ja hoitaa, ja josta on mahdollista toipua ja palata työhön. Tarvitaan uusia keinoja, toimenpiteitä ja käytäntöjä masennuksen aiheuttaman työkyvyttömyyden ehkäisemiseksi ja masennuspotilaiden työssä jatkamisen tukemiseksi.

Hoitojärjestelmän, kuntoutuksen ja työpaikkojen käytännöt ovat keskeisiä työkyvyttömyyden pitkittymisen ehkäisyssä. Mielenterveysammattilaiset ovat Kivistön ym. (2005)¹ mukaan yksimielisiä siitä, minkälaisia ovat sairauslomalta työhön palaamisen huonot käytännöt. Huonoissa käytännöissä työstä poissaolon ja lääkityksen ohella ei tehdä mitään muuta. Asiantuntijoiden kesken vallitsee kuitenkin myös yhteisymmärrys työhön palaamisen hyvien käytäntöjen suuntaviivoista. Hyvät käytännöt sisältävät mm. räätälöityä työhönpaluuta, työn sopeuttamista ja palaajan voimavarojen huomioon ottamista.

Työkyvyttömyysasiain neuvottelukunta pyrki etsimään keinoja, joilla masennuserusteisten työkyvyttömyyseläkkeiden kehitykseen voitaisiin vaikuttaa. Neuvottelukunta laati raportin ensimmäisessä osassa esitetyn selvityksen perusteella toimenpide-ehdotuksia. Nämä ehdotukset rajautuvat masennuksesta toipumisen ja masennuksen jälkeisen työhönpaluun ja työssä jatkamisen edistämiseen; masennussairauden ehkäisyn pohtiminen kokonaisuudessaan ei sisällynyt neuvottelukunnan toimeksiantoon.

Osa ehdotetuista toimenpiteistä liittyy työeläkejärjestelmän omaan toimintaan kuten kuntoutukseen, eläkeratkaisuihin ja työeläkelaitosten työhyvinvointimalleihin. Osa ehdotuksista liittyy muiden tahojen kuten terveydenhuollon ja yritysten toimintakäytäntöihin. Useimmat ehdotetuista toimenpiteistä koskevat kuitenkin monia toimijoita ja erityisesti eri toimijoiden välistä yhteistyötä.

¹Kivistö S, Joensuu M, Malmelin J, Lindström K (2005) Project Title: Impact of Changing Social Structures on Stress and Quality of Life: Individual and Social Perspectives. Stress Impact. Report on Work package 6. Professional Study: Finland. www.surrey.ac.uk/psychology/stress-impact/publications/wp6/Finland%20Report_250705.pdf

Monet seuraavassa esitettävistä toimenpide-ehdotuksista sisältyivät jo Veto-ohjelman yhteydessä toimineen Mielenterveys ja eläkkeet -työryhmän ehdotuksiin (ks. s. 74–75). Kyseinen työryhmä ehdotti mm. työhön palaamisen mallia, tukiohjelmaa ja hoidon parantamista. Nämä asiat kaipaavat kuitenkin vielä tehostamista ja siksi niiden sisällyttäminen toimenpide-ehdotusten luetteloon on edelleen tarpeen.

1 Työeläkejärjestelmän toimintaan ja Kelan kuntoutukseen liittyviä ehdotuksia

Työeläkejärjestelmä ja Kela pyrkivät omalta osaltaan edistämään yhtäältä työkyvyttömyyden ennaltaehkäisyä ja toisaalta työhön palaamista joko kokoaikaisesti tai osittain. Tässä tarkoituksessa työeläkelaitokset muun muassa tukevat työnantaja-asiakkaidensa työhyvinvointitoimintaa. Myös ammatillisen kuntoutuksen järjestämisessä ja onnistumisessa yhteistyö kuntoutujan työnantajan kanssa on ensiarvoisen tärkeää. Työeläkelaitosten, työnantaja-asiakkaiden ja Kelan yhteistoimintaa tulee erityisesti kehittää mielenterveys sairauksia potevien työntekijöiden työhönpaluun ja työssä jatkamisen edistämiseksi. Kela tukee myös työelämään pääsemistä.

Ammatillisen kuntoutuksen lisääminen mielenterveysongelmia poteville

- *Edistetään työkokeiluja ja muuta työpaikkakuntoutusta.* Työkokeiluilla on tärkeä merkitys työhön palaamisessa pitkien sairauspoissaolojen jälkeen. Työkokeilu ja sitä tukevat toimet sekä työpaikalla että sen ulkopuolella tulisi saada nykyistä paremmin koordinoitua.
- *Kehitetään kuntoutuksen sisältöä.* Työhönkuntoutumisen palveluverkosto – sosiaalivakuutukseen liittyvien ammatillisen kuntoutuksen palvelujen tilaajien ja tuottajien verkosto – tukee hyvän asiakasyhteistyön, palvelujen kehittämisen ja hyvistä käytännöistä tiedottamisen avulla kuntoutujien työssä jatkamista ja työhön palaamista. Kehitetään yhdessä kyseisen palveluverkoston kanssa kuntoutusmuotoja, jotka mahdollistavat pitkäaikaisen ja työpaikalle asti ulottuvan tuen masennuksen tai muun sairauden jälkeen työhön palaavalle kuntoutujalle. Esimerkiksi työhön palaamiseen liittyvässä työkokeilussa lyhyen työpäivän rinnalle tarvitaan psyykkistä tukea. Kehitetään myös koulutusmuotoista kuntoutusta entistä ennakkoluulottomammin.
- *Vahvistetaan kuntoutuksen hyviä käytäntöjä.* Pyritään ehkäisemään työstä poissaolon pitkittymistä aloittamalla kuntoutus mahdollisimman varhain. Pyritään myös varmistamaan kuntoutuksen toimivuus ja soveltuvuus suunnittelemalla sen sisältöä yhteistyössä kuntoutujan kanssa.

Osatyökyvyttömyyseläkkeen käytön lisääminen

- *Käytetään osatyökyvyttömyyseläkettä työssä jatkamisen tukemiseksi.* Osatyökyvyttömyyseläke tekee mahdolliseksi työssä jatkamisen silloin, kun työkyky ei enää riitä kokoaikaiseen työssäkäyntiin ja osatyökyvyttömyyseläkkeen kriteerit täyttyvät. Selvityksen mukaan osatyökyvyttömyyseläke on mielenterveysongelmien ryhmässä alikäytetty ja sen käyttöä on syytä lisätä. Osatyökyvyttömyyseläke osittaiseen työntekoon yhdistettynä soveltuu etenkin työuran loppupäässä työssä jaksamisen tukemiseen. Osatyökyvyttömyyseläkkeen rinnalle saatetaan tarvita samankaltaisia tukevia toimenpiteitä kuin työhön palaamiseen liittyvässä työkokeilussa.

Työeläkelaitosten työhyvinvointitoiminnan kehittäminen

- *Lisätään henkisen hyvinvoinnin painotusta.* Edistetään psyykkistä hyvinvointia ja elämänkriiseissä selviytymistä tukevien palvelujen kehittämistä, tiedonjakoa ja opastusta. Kannustetaan masennuspotilaiden työssä jatkamiseen ja työhön palaamiseen liittyvien hyvien työelämän mallien käytännön soveltamiseen. (Ks. kohta “Työelämän hyvien käytäntöjen kehittäminen” s. 99.)

Kelan ammatillisen ja lääkinällisen kuntoutuksen kehittäminen

- *Kiinnitetään erityistä huomiota mielenterveyskuntoutujiin.* Tuetaan mielenterveyskuntoutujien työ- ja toimintakyvyn parantamista ja säilyttämistä oikea-aikaisesti suunnatuilla kuntoutustarvetta selvittäville tutkimuksilla ja kuntoutustoimenpiteillä. Kelan kuntoutuksen tavoitteena on tukea myös työelämään pääsemistä. Tähän tulee kiinnittää erityistä huomiota varsinkin nuorten mielenterveysasiakkaiden kuntoutuksessa.

2 Kehitysehdotuksia, jotka liittyvät osittain tai kokonaan muiden tahojen kuin työeläkejärjestelmän toimintaan

Masennuksen aiheuttaman pitkän työkyvyttömyyden ehkäisemisessä terveydenhuoltojärjestelmä kokonaisuudessaan, mutta etenkin mielenterveyspalvelujen toimivuus on avainasemassa. Myös työterveyshuolto sekä työn että sairauksien asiantuntijana on tärkeä toimija. Työpaikoilla on keskeinen rooli masennuspotilaiden työssä jatkamisessa ja työhön palaamisessa. Työpaikkojen hyvien käytäntöjen kehittämisessä ja juurruttamisessa esimerkiksi työmarkkinaosapuolilla ja Työterveyslaitoksella on suuri merkitys. Seuraavissa kehitysehdotuksissa sekä edellä mainittujen tahojen että monien muiden toimijoiden rooli on tärkeä.

Työeläkejärjestelmän ja terveydenhuoltojärjestelmän yhteistyön lisääminen

- *Haetaan toimivia yhteistyömuotoja.* Edistetään yliopistoyhteistyötä ja tuetaan FACULTAS toimintakyvyn arvionti -projektin (ks. s. 76) koulutusta. Hankkeen avulla kehitetään mm. mielialahäiriöitä sairastavien toimintakyvyn arviointia.
- *Suunnitellaan masennus ja työkyky -aiheesta terveydenhuollolle koulutusprosessi.* Koulutuksen teemaksi nousee kysymys hoidon ja tuen merkityksestä masennuksen jälkeisessä työhönpaluussa ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen ehkäisemisessä. Koulutusprosessin perusteella löydetään yhteisiä suosituksia ja ohjeistusta, jota voidaan käyttää jakokoulutuksen ja terveydenhuollon käytäntöjen tukena.

Hyvien sairauspoissaolokäytäntöjen kehittäminen

- *Kehitetään sairauspoissaolosuosituksia.* Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin laatimaan masennuksen Käypä hoito -suositukseen toivotaan näyttöön perustuvia sairauspoissaolosuosituksia. Suosituksen laatimiseksi ehdotetaan tutkimusta masennukseen perustuvista sairauspoissaoloista.
- *Kehitetään työhön palaamisen hyviä malleja.* Edistetään hyviä käytäntöjä sairauspoissaolon jälkeisessä työhön palaamisessa esimerkiksi kehittämällä työyhteisöjen ja esimiesten toimintatapoja masennusta potevien tukemiseksi. Kiinnitetään huomiota myös muihin sairausryhmiin, erityisesti monisairaisiin.

Hyvän hoidon edistäminen

- *Parannetaan hoidon saatavuutta, laatua ja tuloksellisuutta.* Raportin ensimmäisessä osassa referoitujen tutkimusten mukaan masennuksen hoito ei aina ole optimaalista. Masennuksesta kärsivien elämänlaadun parantamiseksi ja sairauspoissaolojen ja työkyvyttömyyseläkkeiden vähentämiseksi masennuksen sekä lääkinällinen että ei-lääkinällinen hyvä hoito tulisi olla kaikkien sitä tarvitsevien saatavilla. Parannetaan hoidon saatavuutta kehittämällä hoitotakuun toimivuutta psykiatrisessa hoidossa.

Palveluketjujen toiminnan parantaminen

- *Pyritään parantamaan terveydenhuollon palveluketjujen toimintaa.* Masennuksen ja muiden mielenterveysongelmien hoidon, sairauspoissaolokäytäntöjen ja työhönpaluun mallien toimivuuden edistämiseksi etenkin työterveyshuollon ja psykiatrien yhteistyötä sekä toisaalta työterveyshuollon ja työpaikan yhteistyötä on tarvetta kehittää. Ylipäänsä psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja muun terveydenhuollon välistä kommunikaatiota ja työn jakoa olisi kehitettävä. Hyvien käytäntöjen malleja löytyy esimerkiksi Vantaan masennusprojektista.
- *Kuntoutuksen näkökulman painottaminen hoidon aikana.* Kuntoutuksen ja työhönpaluun näkökulmaa tulisi masennuksen hoidon aikana pitää esillä. Tämä edellyttää hyvää yhteistyötä terveydenhuollon, kuntoutuksen ja työpaikan kesken.

Osa-aikatyömuotojen kehittäminen työhönpaluun mahdollistamiseksi

- *Pyritään edistämään sopivien osa-aikatoiden järjestämistä masennuspotilaiden työhön paluun mahdollistamiseksi.* Tuetaan masennuksesta toipuvien palaamista sairauslomalta työhön osa-sairauspäivärahan avulla. Seurataan osapäivärahan toimivuutta masennustapauksissa. Tuetaan masennuspotilaiden työhön palaamista ja työssä jatkamista myös osatyökyvyttömyyseläkkeen avulla.

Työelämän hyvien käytäntöjen kehittäminen

- *Kerätään hyviä käytäntöjä.* Kerätään työelämän hyviä käytäntöjä esimerkiksi varhaisesta ongelmiin puuttumisesta, työyhteisön ja sosiaalisen tuen malleista, työn muutosmahdollisuuksista ja työhönpaluusta. Pyritään keräämään tietoja onnistuneista työhönpaluun malleista myös muista maista.
- *Levitetään tietoa hyvistä käytännöistä.* Työelämän hyvien käytäntöjen kerääminen ei riitä, tietoa niistä on myös aktiivisesti levitettävä.