

Tuula Aaltonen ja Jouko Lind

# Miten työkyky muuttuu Kelan tukeman psykoterapiakuntoutuksen jälkeen?

Rekisteriseuranta Kelan psykoterapiaa saaneiden työ- ja opiskelukyvyistä vuosina 2002–2004



# Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 95

KELAN TUTKIMUSOSASTO | HELSINKI 2008

*Tuula Aaltonen ja Jouko Lind*

## ***Miten työkyky muuttuu Kelan tukeman psykoterapiakuntoutuksen jälkeen?***

*Rekisteriseuranta Kelan psykoterapiaa saaneiden työ- ja  
opiskelukyvystä vuosina 2002–2004*

*Summary*

### ***Changes in working ability after psychotherapeutic rehabilitation***

*A register-based follow-up study of the working and studying abilities of persons  
receiving psychotherapy provided by Kela during 2002–2004*

**Kirjoittajat**

Tuula Aaltonen, VTM, tutkija  
Kelan tutkimusosasto  
tuula.aaltonen@kela.fi

Jouko Lind, VTT, dosentti, johtava tutkija  
Kelan tutkimusosasto  
jouko.lind@kela.fi

Sarjan julkaisut on hyväksytty  
tieteellisessä arvioinnissa.

© Kirjoittajat ja Kelan tutkimusosasto

Graafinen suunnittelu: Pekka Loiri

ISBN 978-951-669-773-7 (nid.)  
978-951-669-774-4 (pdf)  
ISSN 1238-5050

Vammalan Kirjapaino Oy  
Vammala 2008

## Tiivistelmä

Aaltonen T, Lind J. **Miten työkyky muuttuu Kelan tukeman psykoterapiakuntoutuksen jälkeen? Rekisteriseuranta Kelan psykoterapiaa saaneiden työ- ja opiskelukyvyistä vuosina 2002–2004.** Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveys- turvan tutkimuksia 95, 2008. 42 s. ISBN 978-951-669-773-7 (nid.), 978-951-669-774-4 (pdf).

Kelan tukeman psykoterapian tavoitteena on parantaa tai palauttaa mielenterveyshäiriön vuoksi heikentynyt työ- tai opiskelukyky ja näin tukea työssä pysymistä ja työhön siirtymisen edellytyksiä. Tässä tutkimuksessa kuvataan rekisteritietojen pohjalta Kelan psykoterapiakuntoutuksen vuonna 2002 päättäneiden kuntoutujien (n = 2 576) taustaa sekä verrataan heidän työtilannettaan ennen psykoterapiaa ja sen jälkeen. Psykoterapiasta lähes kaikki oli harkinnanvaraista kuntoutusta. Psykoterapiakuntoutujista 72 % oli naisia. Kuntoutujien keski-ikä kuntoutukseen hakeuduttaessa oli 32,8 vuotta; miehet olivat nuorempia kuin naiset. Kolmasosa oli alle 16-vuotiaita tai opiskelijoita. Kuntoutukseen hakeutuvista oli ansiotyössä 45 % ja työttömänä 8 %, ja joka kymmenes oli poissa työelämästä työkyvyttömyyden tai terveydellisten syiden vuoksi. Kuntoutuksen perusteena yleisimmät mielenterveysongelmat olivat aikuisilla mielialahäiriöt ja neuroosit ja alle 16-vuotiailla käytös- ja tunnehäiriöt. Psykoterapian jälkeen sairauspäivärahaa saaneiden osuus väheni hakemushetkeen verrattuna, samoin reseptilääkkeitä ja erityisesti masennuslääkkeitä käyttäneiden osuus. Vaikka työmarkkina-asetaltaan aktiivien osuus väheni yhdeksän prosenttiyksikköä vuonna 2002 ja 14 prosenttiyksikköä vuonna 2004 kuntoutukseen hakeutumisen ajankohdasta, silti työllisten osuus kasvoi johtuen työttömien työllistymisestä ja opiskelijoiden työelämään siirtymisestä. Terveydellisistä syistä ennen psykoterapiaa työmarkkinoiden ulkopuolella olleista kolmannes oli siirtynyt psykoterapian jälkeen takaisin työmarkkinoille. Työllistymisen kannalta tuloksellisinta psykoterapiakuntoutus oli vanhimmille, työelämässä jo olleille miehille sekä niille, joilla psyykenlääkitys oli alkanut ennen kuntoutusta samoin kuin nuorilla, joiden opiskelu- tai työtilanne oli selkeä psykoterapian alkaessa. Työllistyneiden psykoterapiakustannukset ja kuntoutuksen kokonaiskustannukset olivat keskimääräistä suuremmat.

**Avainsanat:** psykoterapia, mielenterveyshäiriöt, psyykenlääkkeet, työllisyys, kustannukset, mielenterveyskuntoutajat

## Sammandrag

Aaltonen T, Lind J. **Hur påverkas arbetsförmågan av psykoterapeutisk rehabilitering med FPA-stöd? Registeruppföljning av arbets- och studieförmågan hos personer som fått psykoterapi med FPA-stöd åren 2002–2004.** Helsingfors: FPA, Social trygghet och hälsa: undersökningar 95, 2008. 42 s. ISBN 978-951-669-773-7 (inh.), 978-951-669-774-4 (pdf).

Psykoterapi med FPA-stöd är avsedd att förbättra eller återställa arbetsförmågan eller förmågan att studera när den är nedsatt på grund av problem med den mentala hälsan. Terapin har som ytterligare målsättning att stöda förmågan att få anställning och att klara sig i arbetslivet. På basis av registeruppgifter beskriver denna undersökning sysselsättningsbakgrunden hos de personer (n = 2576) som år 2002 avslutade sin psykoterapeutiska rehabilitering och jämför dessa individers sysselsättningssituation före och efter terapin, som i nästan samtliga fall har gällt terapi enligt prövning. 72 % av terapideltagarna var kvinnor. Deltagarnas medelålder var 32,8 år vid ansökningsdatum; männen var i snitt yngre än kvinnorna. En tredjedel var yngre än 16 år eller studerande. Enligt registeruppgifterna var 45 % förvärvsarbetande, 8 % arbetslösa och 10 % utanför arbetslivet på grund av arbetsoförmögenhet eller av hälsoskäl. De vanligaste grunderna för rehabilitering var mentala störningar och neuroser hos vuxna samt sociala och känslomässiga störningar hos personer under 16. Jämfört med ansökningsdatum minskade andelen sjukdagpenningmottagare efter avslutad psykoterapi, likaså minskade användningen av receptbelagda läkemedel och antidepressionsläkemedel. Trots att andelen personer med aktiv arbetsmarknadsställning minskade med nio procent år 2002 och fjorton procent år 2004 jämfört med utgångsvärdet, ökade andelen sysselsatta genom att arbetslösa fick jobb och att studerande övergick till arbetslivet. Av de personer som före psykoterapin stod utanför arbetslivet på grund av hälsoskäl, har en tredjedel återvänt till arbetslivet efter psykoterapin. Ur sysselsättningsperspektiv gav rehabiliteringen det bästa resultatet hos de äldre terapideltagarna, hos de personer som tidigare varit verksamma i arbetslivet, hos männen och hos personer som tagit psykofarmaka innan rehabiliteringen inleddes samt hos de unga personer vars studie- eller sysselsättningssituation var klart definierad då rehabiliteringen inleddes. Psykoterapiens kostnader och rehabiliteringens sammanlagda kostnader var i medeltal högre för de personer som sysselsattes.

**Nyckelord:** psykoterapi, psykiska problem, psykofarmaka, kostnader, sysselsättning, psykiatrisk rehabiliteringsklient

## Abstract

Aaltonen T, Lind J. **Changes in working ability after psychotherapeutic rehabilitation. A register-based follow-up study of the working and studying abilities of persons receiving psychotherapy provided by Kela during 2002–2004.** Helsinki: The Social Insurance Institution, Finland, Studies in social security and health 95, 2008. 42 pp. ISBN 978-951-669-773-7 (print), 978-951-669-774-4 (pdf).

The Social Insurance Institution of Finland (Kela) provides persons suffering from mental disorders with psychotherapy that aims at improving or restoring their ability to work or study. Based on data recorded in the Kela registers, this study reflects the background and the employment status before and after the rehabilitation funded by Kela. The study population was comprised of persons ( $n = 2,576$ ) who completed their psychotherapeutic rehabilitation in 2002. Altogether 72% of the subjects were female. At baseline the subjects' mean age was 32.8 years. One third of the subjects were younger than 16 years of age, or were full-time students. At baseline 45% of the target group were employed with earned income, 8% were unemployed, and one in ten were not active in the labour market because of disability for work or for health-related reasons. Of the various mental health problems serving as grounds for rehabilitation, the most frequent were affective syndromes and neuroses in adults, and behavioural and emotional disorders in young persons under 16. Following the psychotherapy, the proportion of recipients of daily sickness allowance reduced from the baseline, as did the use of prescription medicines, especially antidepressants. In comparison with the baseline, the proportion of persons active in the labour market was 9 percentage points lower in 2002 and 14 percentage points lower in 2004. The proportion of employed persons, however, increased, which is explained by the fact that the unemployed persons found jobs and students entered working life during the follow-up period. One third of those who, at the baseline, were not active in the labour market because of health reasons re-entered the labour market after the rehabilitation. In terms of finding employment, psychotherapy proved to be most efficient among the oldest age-groups, among men, among those with previous work experience, and among those who had been on psychopharmaceutical medication prior to the rehabilitation, as well as among those younger persons whose work or educational situation had been relatively stable at the time the psychotherapy started. – Summary pp. 36–38.

**Keywords:** psychotherapy, mental health disorders, psychopharmaceutical, costs, employment, mental health rehabilitation client

## Alkusanat

Psykoterapian yleisenä tavoitteena on mielenterveyshäiriöstä kärsivän henkilön oireilun vähentäminen ja elämänlaadun parantaminen. Kelan toteuttamassa harkinnanvaraisessa psykoterapiakuntoutuksessa korostetaan erityisesti työ- ja opiskelukyvyn edistämistä ja näin työssä pysymisen ja työhön siirtymisen edellytyksien parantamista. Psykoterapiakuntoutujien hoitovastuu on aina julkisella terveydenhuollolla. Sosiaali- ja terveysturvajärjestelmät eivät silti välttämättä tue riittävästi mielenterveyskuntoutujan opiskelussa tai työelämässä selviytymistä. Ottaen huomioon mielenterveyden häiriöiden merkityksen työkyvyttömyyden aiheuttajana niistä kärsivien kuntoutus on sekä Kelan että koko yhteiskunnan kannalta tärkeä kehittämiskohde.

Kelan harkinnanvaraisen psykoterapiakuntoutuksen kohdistaminen oikeaan aikaan niille mielenterveyden häiriöstä kärsiville henkilöille, joille työllistyminen tai opiskelun aloittaminen on realistinen tavoite, on tuonut esille seurannan ja vaikuttavuuden arvioinnin tarpeen. Toisaalta psykoterapiakuntoutuksen lähtökohtien ja sisällön moninaisuus ja kuntoutuksen ajoittuminen mahdollisesti pitkällekin aikavälille vaikeuttavat seurannan ja kuntoutukselle asetettujen tavoitteiden toteutumisen arvioimista.

Kelan tukemaa psykoterapiakuntoutusta on tutkittu vähän verrattuna siitä käytävän julkisen keskustelun laajuuteen. Tässä Kelan psykoterapiakuntoutuksen vuonna 2002 päättäneiden henkilöiden rekisteriseurantaraportissa tarkastellaan psykoterapiakuntoutuksen vaikutuksia käytettävissä olevien rekisteripohjaisten seurantatietojen avulla. Vaikka rekisteritietojen tulkintaan liittyy ongelmia, tästä huolimatta rekisteritutkimus antaa myös arvokasta lisätietoa psykoterapian tavoitteiden toteutumisesta. Tutkimuksen toteutus on edellyttänyt Kelan atk-keskuksen henkilöiden työpanosta rekisteritietojen työstämiseen tutkimuskäyttöön soveltuviksi ja erityisesti kuntoutusrekistereiden asiantuntemusta. Tutkimusprofessori Raimo Raitasalo Kelan tutkimusosastolta ja suunnittelija Marjatta Kallio Kelan kuntoutusryhmästä ovat antaneet arvokkaita kommentteja Kelan toteuttamasta psykoterapiakuntoutuksesta. Biostatistikko Hans Helenius Turun yliopistosta on antanut kallisarvoista asiantuntija-apua tilastomenetelmien valinnassa

Miten työkyky muuttuu Kelan tukeman psykoterapiakuntoutuksen jälkeen?

---

ja niiden tulkinnassa. Julkaisun kielentarkistuksesta ja painokuntoon saattamisesta ovat vastanneet Kelan tutkimusosaston julkaisutoimitus sekä Kelan kielenkääntäjät.

*Turussa toukokuussa 2008*

*Kirjoittajat*



## SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b> .....	9
1.1 Psykoterapian tarve .....	9
1.2 Psykoterapia Kelan kuntoutuksena .....	11
<b>2 TUTKIMUKSEN TAVOITE</b> .....	13
<b>3 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT</b> .....	14
<b>4 PSYKOTERAPIAKUNTOUTUJAT</b> .....	16
4.1 Sosiodemografinen tausta .....	16
4.2 Mielenterveyshäiriöt ja muut sairaudet .....	16
<b>5 PSYKOTERAPIAN TOTEUTUMINEN</b> .....	20
5.1 Työtilanteen muutos .....	20
5.2 Työmarkkina-aseman muutos .....	21
5.3 Lääkkeiden käytön ja sairauspäiväraha-kausien muutokset .....	22
5.4 Psykoterapiakuntoutuksesta hyötynneet .....	25
<b>6 TOTEUTETTU PSYKOTERAPIA JA SEN KUSTANNUKSET</b> .....	27
6.1 Psykoterapian sisältö .....	27
6.2 Kuntoutuspalvelujen kustannukset .....	27
6.3 Lääkekustannukset .....	28
6.4 Työllistyneiden ja opiskelun aloittaneiden kuntoutuskustannukset .....	30
<b>7 POHDINTA</b> .....	34
<b>8 SUMMARY</b> .....	36
<b>KIRJALLISUUS</b> .....	39
Liite .....	42

## 1 JOHDANTO

### 1.1 Psykoterapian tarve

Suomessa, kuten monissa muissakin teollistuneissa maissa, mielenterveyshäiriöiden ja erityisesti vakavan masennuksen osuus sairastavuuden, työ- ja toimintakyvyttömyyden sekä ennen aikaisten kuolemien syynä on kasvanut viime vuosina (Raitasalo ja Maaniemi 2006; ks. myös Lönnqvist 2006 ja Lehtinen ym. 2006). Psykoterapian yleisenä tavoitteena on poistaa tai lievittää psyykkisiä häiriöitä ja niistä aiheutuvia seurausvaikutuksia sekä siten lisätä henkilön valmiuksia selviytyä arjessa (Duodecim 2006). Kelan toteuttama psykoterapia kohdistuu mielenterveyshäiriöstä kärsivän kuntoutujan työ- tai opiskelukykyyn. (Kela 2007b).

Psykoterapian tarpeesta esitetyt arviot vaihtelevat arviointitavasta ja väestöryhmästä riippuen (Duodecim 2006). Arviointia vaikeuttaa mm. se, että mielenterveyshäiriöistä suuri osa jää tunnistamatta. Työikäisistä 3–4 %:n on arvioitu hakevan apua terveydenhuollosta psykoterapiaa edellyttävän depression tai ahdistuneisuushäiriön vuoksi. Persoonallisuushäiriöitä on arvioitu olevan väestössä 6–15 %:lla, mutta heistä kaikki eivät kuitenkaan tarvitse psykoterapiaa. Psykoterapia voi kuulua myös esimerkiksi kaksisuuntaisen mielialahäiriön, päihdeongelmien tai psykoosien hoitoon. Korkea-kouluopiskelijoista 20–25 %:lla on jokin mielenterveyshäiriö ja psykiatrisen hoidon tarpeessa heistä on 10–15 %. (Duodecim 2006.) Naisopiskelijoilla on useammin psyykkisiä ongelmia kuin miesopiskelijoilla. Opiskelijoista 12 % kärsii erittäin voimakkaasta stressistä, naiset useammin kuin miehet. Mielenterveyshäiriön vuoksi heikentynyt tai menetetty opiskelukyky on kuitenkin usein palautettavissa. (Kunttu ja Huttunen 2001; Pylkkänen ja Repo 2006.) Nuorten mielenterveyshäiriöiden hoidossa korostuu yksilöpsykoterapia. Lapsista 5–9 %:lla on vakavia, usein koko perheeseen vaikuttavia mielenterveyshäiriöitä, jotka edellyttävät eri psykoterapiamuodoista ja lääkehoidoista koostuvia yhdistelmähoitoja. Näissä yhdistelmähoidoissa psykoterapian osuus vaihtelee. Yli 65-vuotiaiden psykoterapian tarpeesta ei ole luotettavia arvioita. (Duodecim 2006.)

Vuonna 1990 mielenterveyshäiriöiden vuoksi vietettyjen sairauspäivien osuus alkaneista sairauspäiväraha-kausista oli 6 %, vuonna 2000 13 % ja vuonna 2005 16 %. Kaikista korvatuista sairauspäivärahapäivistä 12 % vuonna 1990, 22 % vuonna 2000 ja 25 % vuonna 2005 aiheutui mielenterveyshäiriöistä, naisilla jonkin verran enemmän kuin miehillä. (Kela 1991; Kela 2001; Kela 2006a.)

Masennuksen perusteella myönnettyjen työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on kaksinkertaistunut 1990-luvun aikana, vaikka työkyvyttömyyseläkkeiden kokonaismäärä on vähentynyt (vrt. Gould ja Nyman 2004; Raitasalo ja Maaniemi 2006). Vuonna 2005 työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneistä sekä miehistä että naisista keskimäärin joka kolmannella oli diagnoosina mielenterveyshäiriö, joista suurimman ryhmän muodostavat mielialahäiriöt (19 %). Miehillä mielenterveyshäiriöt painottuivat nuorempiin ikäluokkiin kuin naisilla (taulukko 1). Mielenterveyshäiriöiden osuuden kasvu sairauksia ja niiden seurausvaikutuksia kuvaavissa tilastoissa ei kuitenkaan

välttämättä merkitse sairastumisen lisääntymistä, vaan kyse voi olla myös yhteiskunnassa ja työelämässä tapahtuneista muutoksista, jotka tuovat aikaisempaa helpommin mielenterveyshäiriöt esille. (Lehto ym. 2005; Raitasalo ja Maaniemi 2006; Gould ym. 2007; Gould ym. 2008.)

**Taulukko 1.** Mielenterveyshäiriön perusteella työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneet ja työkyvyttömyyseläkkeen saajat vuonna 2005 sukupuolen ja iän mukaan, %.

Ikä	Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneet			Työkyvyttömyyseläkkeen saajat		
	Miehet	Naiset	Kaikki	Miehet	Naiset	Kaikki
16–44-v.	43,5	39,3	41,4	29,0	23,3	26,2
45–54-v.	30,7	30,3	30,5	30,5	28,8	29,7
55–64-v.	25,8	30,3	28,2	40,4	48,0	44,1
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
(n)	(4 270)	(4 587)	(8 857)	(57 052)	(54 621)	(111 673)

Lähde: Eläketurvakeskus ja Kela 2006.

Mielenterveyshäiriöiden kansanterveydellisen merkityksen korostuminen on lisännyt niihin kohdistuvaa alueellista ja valtakunnallista tutkimus- ja kehitystoimintaa. 1990-luvun puolivälissä käynnistetyssä ja edelleen jatkuvassa vaikuttavuustutkimuksessa (Knekt ja Lindfors 2004) on arvioitu neljän Suomessa käytetyn psykoterapiamuodon – voimavarakeskeisen terapian, lyhyen ja pitkän psykodynaamisen psykoterapian sekä psykoanalyysin – tuloksellisuutta ja kustannuksia masennuksen ja ahdistuneisuuden hoidossa. Yhden vuoden seurannan aikana masennus- ja ahdistuneisuusoireilu vähenivät merkittävästi sekä lyhyessä psykodynaamisessa psykoterapiassa että voimavarasuuntautuneessa terapiassa, mutta työkyvyn, persoonallisuuden toimivuuden ja sosiaalisen toimintakyvyn paraneminen oli vähäistä. Vaikka molemmat terapiamuodot sopivat masennustilojen ja ahdistuneisuushäiriöiden hoitoon, ne eivät useinkaan riitä tuottamaan täyttä toipumista. Lyhytterapioiden ja pitkän terapian vaikuttavuus on erilainen; terapioiden oikealla valinnalla on suotuisa vaikutus hoitotulokseen ja resurssien tarkoituksenmukaiseen kohdentamiseen. (Knekt ja Lindfors 2004.) Mielenterveyshäiriöiden, erityisesti vakavan masennustilan ja alkoholiriippuvuuden, esiintymisen muutoksia pitkällä aikavälillä samoin kuin mielenterveyspalvelujen käyttöä on seurattu ja arvioitu useissa muissakin tutkimuksissa (mm. Aromaa ja Koskinen 2002; Kehusmaa ja Mäki 2002; Repo ym. 2003; Raitasalo ja Maaniemi 2006; Gould ym. 2007; Honkonen ym. 2007).

Tutkimuksissa psykoterapia on osoitettu vaikuttavaksi hoitomuodoksi (Duodecim 2006). Tutkimukset koskevat kuitenkin lähinnä lyhytkestoisia psykoterapioita. Noin puolet psyykkisistä häiriöistä kärsivistä potilaista toipuu ja vielä useampi hyötyy lyhytkestoisista psykoterapioista. Silti useat potilaat tarvitsevat sen rinnalla tai sen lisäksi uusia lyhytterapiajaksoja tai pidempikestoista psykoterapiaa tai muita hoitomuotoja,

esimerkiksi lääkehoitoa. Hoitokokonaisuuden osana toteutetun psykoterapian hyödyistä on näyttöä mm. vaikeiden masennustilojen hoidossa. (Duodecim 2006; Knekt ym. 2007.) Psykykenlääkkeiden käyttö onkin viime vuosina lisääntynyt selvästi ja niistä eniten käytettyjä ovat unilääkkeet ja masennuslääkkeet. Lääkkeiden käytössä on suuria alueellisia eroja. (Ellilä 2007.)

Mielenterveyshäiriöiden suuri esiintyvyys ja niiden aiheuttamat sosiaaliset haitat ovat johtaneet viime aikoina erilaisten toimenpideohjelmien käynnistämiseen. Työministeriö on asettanut 20.8.2007 selvitysmiehen arvioimaan kuntoutuksen mahdollisuuksia masennuksesta kärsivien työelämään palaamisessa (TM 2007). Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut 28.8.2007 työryhmän selvittämään keinoja päihdeongelmaisen masennuksen havaitsemiseksi sekä sairauspoissaolojen ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen vähentämiseksi (STM 2007a). Sittemmin (26.10.2007) sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut hankkeen vuosille 2007–2011 tukemaan työssä jatkamista ja työhön paluuta sekä vähentämään masennusperusteista työkyvyttömyyttä (MASTO-hanke; STM 2007b).

## 1.2 Psykoterapia Kelan kuntoutuksena

Kela toteuttaa psykoterapiaa harkinnanvaraisena kuntoutuksena työ- tai opiskelukyvyyn parantamiseksi tai palauttamiseksi, työssä pysymisen tukemiseksi, työhön palaamiseksi tai työhön siirtymiseksi. Kuntoutuksen edellytyksenä on mm., että henkilöllä on ollut ennen kuntoutushakemusta diagnosoidun psykiatrisen sairauden diagnosoinnin jälkeen vähintään kolme kuukautta kestänyt hoitosuhde, jonka tulee jatkaa psykiatrin arvioon perustuvan yksilöllisen tarpeen mukaan. Lisäksi muiden hoito- ja kuntoutusmuotojen mahdollisuudet tulee olla selvitetty ennen kuntoutusta. Kuntoutuspäätös edellyttää psykiatrin perusteellisen lausunnon (B-lausunto) kuntoutustarpeesta.

Psykoterapiaa myönnetään 16 vuotta täyttäneille, ja se voi 16–25-vuotiailla sisältää yksilö- tai ryhmäterapian lisäksi perhe-, kuvataide- ja musiikkiterapiaa. Nuoren terapiaan voi liittyä psykiatrin lausunnon perusteella vanhempien ohjauksikäyntejä, enintään 20 kertaa vuodessa. Psykoterapia myönnetään 26 vuotta täyttäneille aikuisille yksilö- tai ryhmäterapiana. Alle 16-vuotiaille lapsille Kela järjestää vain monimuotoista perhekuntoutusta kehittämishankkeina, usein osana vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta<sup>1</sup>. Vuosina 2000–2003 Kela myönsi erillisrahoituksella psykoterapiaa harkinnanvaraisen kuntoutuksen kokeiluhankkeina myös 5–15-vuotiaille lapsille ja nuorille. Vuonna 2004 Kelan ja kuntien välistä työnjakoa psykoterapiasta selvennettiin ja sovittiin yhteistyön tiivistämisestä sairaanhoitopiirien kanssa. Kelan harkinnanvaraisen psykoterapian myöntöperusteita tarkennettiin; päävastuu työikäis-

<sup>1</sup> Vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen saaminen edellyttää, että henkilö ei ole laitoshoidossa ja että hän saa korotettuna tai erityishoitotukena joko lapsen hoitotukea tai vammaistukea, tai eläkkeensaajien hoitotukea korotettuna tai erityishoitotukena alle 65-vuotiaana, tai erityisvammaistuen suuruista vammaistukea, jota maksetaan kansaneläkkeen lepäämisajalta työkyvyttömyys- ja kansaneläkkeeseen myönnetyn korotetun tai erityishoitotuen sijaan. (L 15.7.2005/566.)

ten psykoterapiasta on Kelalla ja lasten psykoterapiasta julkisella terveydenhuollolla. (STM 2003; Kela 2007b ja 2007c.)

Psykoterapiaa voidaan toteuttaa pidempikestoisena 1–2 kertaa viikossa enintään kolmen vuoden ajan, tai lyhytkestoisena yksilöterapiana kerran viikossa noin vuoden ajan, yhteensä enintään 25 kertaa. Jos kuntoutujan arvioidaan tarvitsevan lyhytkestoisen psykoterapian jälkeen edelleen terapiaa työ- ja opiskelukyvyyn tavoitteiden saavuttamiseksi, sitä voidaan järjestää jatkoterapiana lyhytkestoisen terapian jälkeen vielä 1–2 vuotta. (Kela 2007b ja 2007c.)

Toiminta- ja työkyvyn haittaa aiheuttavien mielenterveyshäiriöiden yleistyminen ja sen myötä kasvanut kuntoutuspalvelujen kysyntä ilmenee Kelan harkinnanvaraisena kuntoutuksena psykoterapiaa saaneiden määrän kasvuna. Vuonna 2002 heitä oli yhteensä 10 620 henkilöä, joista nuorten (16–25-vuotiaat) osuus oli 34 %. Vastaavasti vuonna 2006 harkinnanvaraista psykoterapiaa saaneita oli yhteensä 11 140 henkilöä ja heistä nuoria 33 % (Kela 2007a). Harkinnanvaraisen kuntoutuksen psykoterapian kuntoutuspäätöksistä myönteisiä oli jonkin verran enemmän (77 %) kuin harkinnanvaraisen kuntoutuksen päätöksistä keskimäärin (71 %). Vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen osalta suhde oli päinvastainen: psykoterapiassa myönteisiä päätöksiä oli 75 % ja kaikista kyseisten lakiperusteen mukaisista kuntoutuspäätöksistä 80 %. Kaikista harkinnanvaraista kuntoutusta saaneista psykoterapiakuntoutujien osuus oli 14 % ja vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta saaneiden osuus 2 %. Psykoterapiaa harkinnanvaraisena kuntoutuksena saaneiden uusien henkilöiden osuus kaikista uusista harkinnanvaraista kuntoutusta saaneista henkilöistä vuonna 2006 oli 11 % ja vastaavasti vaikeavammaisten lääkinnällisenä kuntoutuksena 4 %. Yli 64-vuotiaille ei ollut kustannettu psykoterapiaa. (Kela 2007a.) Vuonna 2007 harkinnanvaraista psykoterapiaa saaneita (12 550) oli 13 % enemmän kuin vuotta aiemmin (Kela 2008).

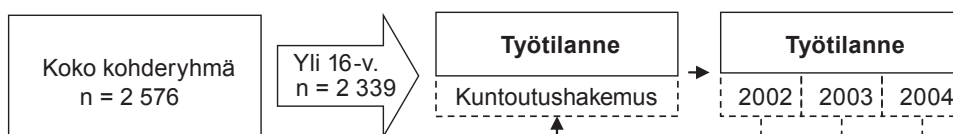
Harkinnanvaraisena kuntoutuksena psykoterapiaa vuonna 2006 saaneiden mediaani-ikä oli 38 vuotta. Vaikeavammaisten lääkinnällisenä kuntoutuksena toteutettu psykoterapia kohdistuu lähinnä lapsiin ja nuoriin; vuonna 2006 kuntoutujien mediaani-ikä oli 14 vuotta. Psykoterapian erilainen lähtökohta vaikeavammaisten lääkinnällisessä kuntoutuksessa verrattuna harkinnanvaraisen kuntoutuksen psykoterapiaan ilmenee myös nuorten muiden sairauksien kuin mielenterveyshäiriöiden kohdalla. (Kela 2007a.)

Psykoterapiassa kyse on usein pitkäkestoisista ja myös kalliista hoito- ja kuntoutustoimenpiteiden kokonaisuuksista. Toiminta- ja työkyvyn haittaa aiheuttavien mielenterveyshäiriöiden yleistymisen myötä terapian kustannukset ovat samalla kasvanut. (Raitasalo ja Maaniemi 2006.) Kelan harkinnanvaraisen psykoterapian kustannukset ovat nousseet 10,7 miljoonasta eurosta 17,0 miljoonaan euroon vuodesta 2000 vuoteen 2006. Vuonna 2007 harkinnanvaraisen psykoterapian kustannukset olivat 18,9 miljoonaa euroa (Kela 2008). Osa muutoksista selittyy vuonna 2004 Kelan ja kuntien välisellä tarkennetulla työnjaolla. (Kela 2007a.)

## 2 TUTKIMUKSEN TAVOITE

Tutkimuksessa kuvataan Kelan kuntoutuksen vuonna 2002 päättäneitä psykoterapiakuntoutujia kuntoutukseen hakeutumisen ajankohtana ja kuntoutuksen sisältöä. Keskeisenä tavoitteena on selvittää kuntoutukseen hakeutumisen ajankohtana 16-vuotiaiden ja sitä vanhempien työtilanne ja siihen perustuen kuntoutujien työmarkkina-asemassa tapahtuneita muutoksia psykoterapian jälkeen vuosina 2002–2004 (kuvio 1).

**Kuvio 1.** Psykoterapiakuntoutujien työtilanteen muutoksen arviointi.



Työtilanteen lisäksi tarkastellaan keskeisissä Kelan terveysturvaetuuksissa, lääkkeiden käytössä ja sairauspäiväraha-aikakausissa tapahtuneita muutoksia sekä toteutetun psykoterapian kustannuksia.

### 3 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkimusaineisto perustuu Kelan kuntoutuksen vuonna 2002 päättäneiden rekisteriaineistoon (Lind ym. 2007). Siitä on otettu tarkasteluun ne henkilöt, joiden päätynyt kuntoutustoimenpide on ollut harkinnanvaraisen kuntoutuksen (n = 2 523) tai vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen (n = 53) psykoterapia ja joilla ei ollut psykoterapiaa eikä muita kuntoutustoimenpiteitä vuonna 2003. Tämän vuoksi usein pitkäaikaiseen tai jatkuvaan vaikeavammaisten lääkinnälliseen kuntoutukseen osallistuneiden määrä jäi vähäiseksi.

Psykoterapiakuntoutujan työtilanne ja muu alkutilanteen kuvaus perustuu kuntoutushakemukseen. Näiden tietojen lisäksi alkutilanteen ja myös seurantahetken työtilanteen määrittelyssä vuosien 2002–2004 lopussa on käytetty asiakkaan saamia keskeisiä Kelan terveysturvaetuuksia kuvaavia rekisteritietoja vuosilta 1999–2004. (Vrt. Lind ym. 2007.)

Psykoterapiakuntoutujien seurantahetken työtilanteen kuvaamiseksi kuntoutujat on jaettu seurantahetkellä seuraaviin ryhmiin (Lind ym. 2007):

- opintotuen saajat
- työvoimaan kuuluneet
  - työlliset
  - työttömät
- työkyvyttömyyseläkkeellä olleet
- työttömyyseläkkeellä olleet
- vanhuuseläkkeellä olleet
- eläke myönnetty, mutta ei maksussa
- muu tilanne/ei tietoa.

Kohderyhmä on jaettu Kelan psykoterapian toteutusta koskevan ohjeiston perusteella ikäluokkiin 16–25-vuotiaat ja 26-vuotiaat ja sitä vanhemmat, jotka on puolestaan jaettu mediaanin perusteella kahteen luokkaan: 26–37-vuotiaat ja 38–60-vuotiaat. Tutkimusaineistoon ei kuulunut yli 60-vuotiaita. Alle 16-vuotiaita samoin kuin seurantahetken mennessä kuolleita on tarkasteltu omina ryhminään.

Työmarkkina-aseman muutosta, psykoterapian tuloksellisuutta ja kustannuksia arvioitaessa otettiin huomioon 16-vuotiaat ja sitä vanhemmat harkinnanvaraista psykoterapiaa saaneet (n = 2 339), ts. kuntoutujat, joiden opiskelu- tai työtilanne kuntoutuksen alkaessa oli määritelty ja joille työllistyminen ja opiskelu olivat realistinen ja hakeutumisaikana suhteutettavissa oleva psykoterapian tavoite (vrt. Sintonen ja Pekurinen 2006). Vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen psykoterapiaa saaneista useimmat olivat alle 16-vuotiaita kuntoutukseen hakeutuessaan.

Työmarkkina-asemaa vuosina 2002, 2003 ja 2004 on tarkasteltu työtilanteesta muodostetulla kolmeluokkaisella muuttujalla:

1. *aktiivi*: työvoimaan kuuluneet (ansiotyössä täysi- tai osa-aikaisesti, yrittäjä, perheenäiti/perheenisä; työtön), opiskelijat/opintotuen saajat
2. *ei-aktiivi*: eläkkeellä olleet (työkyvyttömyyseläke tai kuntoutustuki, työttömyyseläke, vanhuuseläke), kuolleet
3. *muu tilanne, ei tietoa*.

Työkykyyn ja työtilanteeseen vaikuttavaa terveydentilaa psykoterapian jälkeen on tarkasteltu epäsuorasti seuraavien etuuksien avulla: sairauspäiväraha, lapsen hoitotuki, vammaistuki, eläkkeensaajien hoitotuki. Myös opintotuen saanti kartoitettiin. Eläke- ja työttömyysturvaetuudet on otettu huomioon työtilanteen määrittelyn yhteydessä. Lisäksi on otettu huomioon psyykenlääkkeiden käyttö ja niistä aiheutuneet kustannukset.

Kustannukset, jotka kohdistuvat vuonna 2002 päättyneisiin kuntoutustoimenpiteisiin, sisältävät toimenpide- ja matkakulut mutta eivät kuntoutusajan toimeentuloturvakustannuksia. Laskelmissa kustannukset muutettiin vastaamaan vuoden 2004 rahanarvoa elinkustannusindeksin vuoden keskiarvon mukaan. Kelan psykoterapiapäätökset tehdään vuodeksi kerrallaan. Kuntoutusrekisteri ei mahdollistanut psykoterapian kokonaisuuteen kuuluvien jaksojen yhdistämistä.

Aineiston kuvailu perustuu suoriin jakaumiin, ristiintaulukointeihin ja keskiarvoihin. Tilastolliset riippumattomuustarkastelut suoritettiin  $\chi^2$ -testillä tai Fisherin tarkalla testillä. Työmarkkina-aseman muutosta analysoitiin kolmeluokkaisella vastemuuttujalla (aktiivi, ei-aktiivi, muu tilanne) käyttäen SAS-ohjelmiston CATMOD-proseduurin avulla tuotettua moniluokkaisen vasteen toistomittauksien multinominaalista logitmallia.

Työmarkkina-aseman muutoksen lisäksi tutkimuksessa selvitettiin psykoterapian jälkeiseen työtilanteeseen yhteydessä olevia tekijöitä. Tätä muutosta ja sitä selittävien tekijöiden välisiä yhteyksiä analysoitiin GENMOD-proseduurilla, jonka GEE-estimointimenetelmä (*Generalized Estimating Equations*) huomioi pitkittäisaineiston korreloituneisuuden ja käyttää estimoinnin apuna yleistettyjä lineaarisia malleja. Askeltavaa menetelmää käyttäen lopulliseen malliin valittiin tilastollisesti merkitseviksi osoittautuneet selittäjät. Tulokset on esitetty kerroinsuhteina (Odds Ratio) ja 95 prosentin luottamusväleinä (95 %:n Lv) selittävien muuttujien eri luokissa. Kerroinsuhde kuvaa aktiivien osuudessa suhteessa muiden kuntoutujien osuuteen havaittua muutosta kuntoutukseen hakeutumisajankohdan ja kunkin seurantavuoden välillä. Tulosten analysoimiseen käytettiin SAS 9.1 -tilasto-ohjelmistoa (SAS Institute 2003).



## 4 PSYKOTERAPIAKUNTOUTUJAT

### 4.1 Sosiodemografinen tausta

Kohderyhmään kuuluneista 28 % oli miehiä ja 72 % naisia. Psykoterapiasta 98 % (miehet 96 %, naiset 99 %) oli ollut harkinnanvaraista kuntoutusta ja loput vaikeavammaisten lääkinällistä kuntoutusta. Kuntoutukseen hakeutuessaan psykoterapiakuntoutujien keski-ikä oli lähes 33 vuotta (harkinnanvarainen kuntoutus  $33,2 \pm 12,1$  vuotta; vaikeavammaisten lääkinällinen kuntoutus  $15,4 \pm 9,6$  vuotta<sup>2</sup>). Harkinnanvaraisena kuntoutuksena toteutetun psykoterapian kohdentuminen poikkeuksellisesti vuosina 2000–2003 myös nuuriin henkilöihin tulee esille sekä alle 16-vuotiaiden poikien että 16–25-vuotiaiden suurena osuutena. Keskimäärin joka viides oli opiskelija, mikä myös osaltaan ilmentää psykoterapiakuntoutujien ikärakennetta ja psykoterapian tavoitetta opiskelukyvyn parantamisesta. Kuntoutukseen hakeutuessaan useampi kuin joka toinen (53 %) kuului työvoimaan joko työllisenä tai työttömänä. (Taulukko 2.)

Useampi kuin joka kymmenes (12 %) sai sairauspäivärahaa tai oli määrä- tai osa-aikaisella työkyvyttömyyseläkkeellä. Luokkaan ”muu tilanne” kuuluneet olivat lähinnä työikäisiä, keski-ikältään 33 vuotta. Kuntoutujista joka toinen, naiset useammin kuin miehet, edusti muita kuin ruumiillisen työn (teknillinen, tieteellinen, lainopillinen yms. työ, terveydenhuolto ja sosiaalialan työ) ammatteja. Psykoterapiakuntoutujista huomattavan suuri osa oli opiskelijoita<sup>3</sup>. Neljä viidestä psykoterapiaa saaneesta oli joko Etelä-Suomen läänistä (48 %) tai Länsi-Suomen läänistä (32 %). (Taulukko 2.)

### 4.2 Mielenterveyshäiriöt ja muut sairaudet

Kelan psykoterapian perusteena on aina joko pää- ja/tai lisäsairautena diagnosoitu psykiatrinen sairaus. Psykoterapiaa saaneista lähes kaikilla (97 %) päädiagnoosina oli mielenterveyshäiriö, miehillä jonkin verran harvemmin kuin naisilla. Mielenterveyshäiriöistä yleisimpiä olivat mielialahäiriöt ja neuroosit. Muita yleisiä, joskin edellisiä selvästi harvemmin esiintyneitä pääsairausdiagnooseja olivat lapsuus- tai nuoruusiässä alkavat käytös- ja tunnehäiriöt sekä aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt. Mielenterveyshäiriöihin kuulumattomista pääsairausdiagnooseista yleisimpiä olivat tartunta- ja loistaudit, hermoston sairaudet sekä tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, joskin niiden osuudet olivat alle yhden prosenttiyksikön. (Taulukko 3.)

2 Vaikeavammaisten lääkinällistä kuntousta saaneista lähes kaikki (n = 40) olivat kuntoutukseen hakeutuessaan alle 16-vuotiaita, 27 poikaa ja 13 tyttöä. Heistä 16 kuntoutujaa sai vuonna 2002 lapsen hoitotukea joko korotettuna tai erityistukena. 16 vuotta täyttäneistä (n = 13) kuusi henkilöä opiskeli ja muut olivat joko työssä tai eläkkeellä.

3 Kuntoutukseen hakeutuneista miehistä, jotka ilmoittivat ammatikseen opiskelijan, 48 % oli myös työtilanteen mukaan opiskelijoita; muut olivat alle 16-vuotiaita (38 %) tai heidän työtilanteensa oli jokin muu. Vastaavasti kuntoutushakemuksessa opiskelun ammatikseen ilmoittaneista naisista opiskelijoita oli 73 % ja alle 16-vuotiaita 13 %.

**Taulukko 2.** Psykoterapiakuntoutujien ikä, työtilanne ja ammatti kuntoutushakemuksessa sukupuolen mukaan, %.

	<b>Miehet</b>	<b>Naiset</b>	<b>Kaikki</b>
<b>(n)</b>	(722)	(1 854)	(2 576)
<b>Ikä</b>			
Alle 16-v.	19,3	5,2	9,1
16–25-v.	16,8	21,7	20,3
26–37-v.	30,2	34,6	33,4
38–60-v.	33,8	38,5	37,2
– keskiarvo, v. (±sd.)	30,5 (±13,5)	33,7 (±11,7)	32,8 (±12,3)
– mediaani, v. (vaihteluväli)	31,0 (4,0–60,0)	33,0 (5,0–59,0)	33,0 (4,0–60,0)
<b>Työtilanne</b>			
Alle 16-v.	19,3	5,3	9,1
Opiskelija	18,3	23,1	21,7
Työssä	39,8	47,2	45,0
Työtön	7,2	8,3	8,0
Sairauspäiväraha	8,4	6,9	7,3
Eläke/kuntoutustuki	4,3	4,3	4,3
Perheenäiti/-isä	0,3	2,7	2,0
Muu työtilanne	2,5	2,2	2,3
<b>Ammatti</b>			
Tekn., tiet., lainopillinen yms. työ	20,9	18,4	19,0
Terveystieteiden, sosiaali- ja terveysalan työ	7,5	22,3	18,2
Hallinto- ja toimistotyö	10,2	13,6	12,7
Kaupallinen työ	4,2	4,4	4,3
Maa- ja metsätaloustyö, kalastus	1,5	0,7	0,9
Kuljetus- ja liikennetyö	2,4	0,7	1,2
Teollisuus-, rakennus- yms. työ	8,5	2,3	4,0
Palvelutyö ym.	2,1	4,3	3,7
Muu luokittelematon työ, joista	42,8	33,4	35,9
– opiskelijat	35,3	29,6	31,2
– työ omassa taloudessa	0,4	1,0	0,8
– nuoret työkyvyttömät	-	0,2	0,1
– epäaktiiviksi siirtyneet	1,1	0,4	0,6
– ammattia ei voida luokitella	6,0	2,2	3,2
<b>Yhteensä</b>	100	100	100

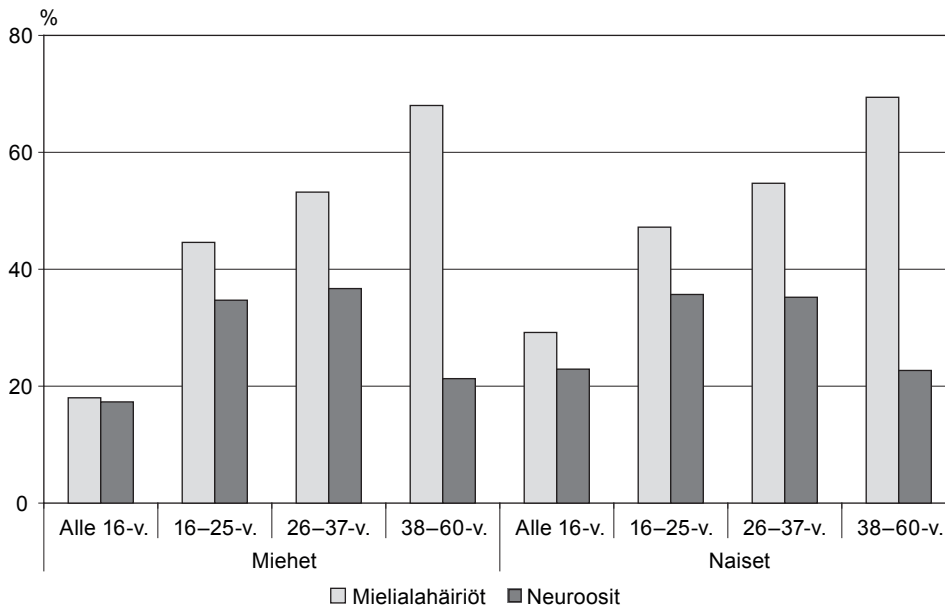
**Taulukko 3.** Psykoterapiakuntoutujien pääsairausdiagnoosit sukupuolen mukaan, %.

Sairausdiagnoosi <sup>a</sup>	Miehet			Naiset		
	Päädg.	1. lisädg.	2. lisädg.	Päädg.	1. lisädg.	2. lisädg.
<b>Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt</b>	95,7	84,9	70,0	97,0	79,4	53,0
Mielialahäiriöt	50,0	21,2	-	57,4	21,5	6,0
Neuroosit	27,4	25,9	22,5	29,9	25,1	17,0
Lapsuus- tai nuoruusiässä alkavat käytös- ja tunnehäiriöt	10,1	10,8	7,5	1,8	2,3	1,0
Psyykkisen kehityksen häiriöt	1,8	3,3	-	0,3	0,8	-
Aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt	3,6	18,9	35,0	3,5	20,6	19,0
Psykoosit	2,1	0,5	-	1,6	1,3	1,0
Fysiologisiin häiriöihin liittyvät käyttäytymisoireyhtymät	0,1	0,5	-	2,3	7,4	8,0
Äyllinen kehitysvammaisuus	0,1	0,5	-	0,2	-	1,0
Elimelliset aivo-oireyhtymät	0,1	0,5	-	0,0	-	-
Lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat aivo-oireyhtymät	-	2,8	5,0	-	0,2	-
Muut MTH-oireyhtymät	0,3	-	-	0,1	-	-
<b>Muut sairaudet</b>	4,3	15,1	30,0	3,0	20,6	47,0
Yhteensä	100	100	100	100	100	100
(n)	(722)	(212)	(40)	(1 854)	(470)	(100)

<sup>a</sup> ICD-10 (Stakes 1999).

Psykoterapiaa saaneilla oli mielenterveyshäiriöiden ohella usein myös muita diagnoituita sairauksia. Miehistä 29 %:lla ja naisista 25 %:lla oli ainakin yksi lisäsairaus, joka sekkin oli useimmiten mielenterveyshäiriö (18 %). Muista lisäsairausdiagnooseista useimmin esiintyi sairausluokka ”terveydentilaan vaikuttavat tekijät” (7 %). Näitä olivat mm. lapsuuden kielteisiin elämäkokemuksiin liittyvät ongelmat, elämäntilanteen hallintaan liittyvät ongelmat sekä muut primäärin tukiryhmän ongelmat, perheolot mukaan lukien. Kaikista psykoterapiakuntoutujista 5 %:lla oli myös toinen lisäsairaus, joka useimmilla oli edelleenkin jokin mielenterveyshäiriö (3 %). Tuki- ja liikuntaelinten sairauksien osuus toisena lisäsairautena kasvoi kuntoutujien iän myötä.

Mielialahäiriöiden osuus pääsairauksista kasvoi iän myötä niin miehillä kuin naisillakin (kuvio 2). Sama suuntaus ilmeni ensimmäisen ja toisen lisäsairauden osalta. Neuroosien osuus oli suurin 16–37-vuotiailla.

**Kuvio 2.** Mielialahäiriöiden ja neuroosien osuus pääsairauksista iän ja sukupuolen mukaan, %.

Psykoterapiakuntoutujien ikärakenne ja ikään yhteydessä olevat sairaudet tulivat esiin myös mielenterveyshäiriöiden diagnoosien erilaisina painotuksina. Alle 16-vuotiailla keskimäärin joka kolmannen päädiagnoosi oli lapsuus- tai nuoruusiässä alkavat käytös- ja tunnehäiriöt (pojat 49 %, tytöt 20 %). Myös ensimmäisen lisäsairauden osalta näiden häiriöiden osuus oli suurin. Nuorilla ”terveydentilaan liittyvien vaaratekijöiden” osuus oli selvästi suurempi kuin muissa ikäluokissa, etenkin lisäsairauksien osalta.

Sairaudet ilmenivät mm. kohderyhmään kuuluneiden saamista sosiaali- ja terveys- turvaetuksissa. Lapsen hoitotukea oli saanut vuoden 2002 lopussa alle 16-vuotiaista harkinnanvaraisen psykoterapian kuntoutujista runsas neljännes (27 %), pojat useammin (33 %) kuin tytöt (19 %). Muiden etuuksien saajien osuudet olivat vähäisiä: vammaistuen saajia 2 % ja eläkkeensaajien hoitotuen saajia 1 % 16 vuotta täyttäneistä. Opiskelijoiden ja yleensä nuorten painottuminen psykoterapian kohderyhmänä ilmeni opintotuen saajien suurena osuutena (17 %).

## 5 PSYKOTERAPIAN TOTEUTUMINEN

### 5.1 Työtilanteen muutos

Kolmen vuoden seuranta-ajasta johtuen koko kohderyhmässä (n = 2 576) alle 16-vuotiaiden samoin kuin opintotuen saajien osuus on jatkuvasti pienentynyt kuntoutuksen jälkeen hakemushetken tilanteeseen verrattuna. Työllisten osuus oli kasvanut psykoterapian päättymisajankohtana hakemushetken tilanteeseen verrattuna runsaat seitsemän prosenttiyksikköä (vrt. taulukko 2). Vuodesta 2002 työllisten osuus miehistä kasvoi vuoteen 2004 mennessä prosenttiyksikön, mutta naisilla se laski saman verran. Hakemushetken tilanteeseen verrattuna työttömien osuus pieneni vuonna 2002 noin kaksi prosenttiyksikköä niin miehistä kuin naisistakin. Vuodesta 2002 vuoteen 2004 työttömien osuus sekä miehistä että naisista pysyi suunnilleen ennallaan. (Taulukko 4.)

Työkyvyttömyyseläkkeellä olleiden miesten osuus kasvoi noin yhden prosenttiyksikön ja naisten noin kaksi prosenttiyksikköä vuodesta 2002 vuoteen 2004 (taulukko 4). Kaikki eläkemuodot huomioon ottaen kasvu pysyi samansuuruisena ja oli vuonna 2004 noin 13 %. Verrattaessa sairauspäivärahaa saaneita ja työkyvyttömyyden vuoksi työelämän ulkopuolella olleita kuntoutukseen hakeutumisen ajankohtana työkyvyttömyyseläkkeellä olleiden osuudet eivät juuri poikenneet alkutilanteesta (vrt. taulukko 2).

**Taulukko 4.** Psykoterapiakuntoutujien työtilanne kuntoutuksen jälkeen vuosina 2002–2004 sukupuolen mukaan, %.

	Miehet (n = 722)			Naiset (n = 1 854)		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004
Kuolleet	0,4	0,7	1,1	0,3	0,4	0,5
Alle 16-vuotiaat	16,6	15,2	13,2	3,9	3,1	2,5
Opintotuen saajat	8,2	8,6	6,6	10,8	9,8	8,7
Työlliset	47,4	47,5	48,5	54,6	53,0	53,3
Työttömät	4,8	5,7	5,3	6,6	7,4	6,2
Työkyvyttömyyseläkkeellä	11,2	11,4	12,3	9,7	10,7	12,2
Työttömyyseläkkeellä	-	-	-	0,0	0,0	0,2
Vanhuuseläkkeellä	0,3	0,1	0,1	0,1	0,2	0,4
Eläke myönnetty, mutta ei maksussa	1,2	0,8	0,6	0,6	0,9	0,6
Muu tilanne, ei tietoa	10,0	10,0	12,3	13,3	14,6	15,3
Yhteensä	100	100	100	100	100	100

Kohderyhmään kuuluneista keskimäärin 2 % oli psykoterapian alkaessa opiskelun ja työelämän sekä eläke-etuuksien ulkopuolella eikä heidän työtilannettaan voitu määrittää tai siitä ei ollut tietoa (vrt. taulukko 2). Psykoterapian päättyessä vuoden 2002 lopussa heitä oli 12 %, yleensä harkinnanvaraista kuntoutusta saaneita. Vuoden 2004 lopussa työtilanteeltaan määrittelemättömien osuus oli 14 % (taulukko 4). Työtilanteeltaan määrittelemättömien ryhmään oli suhteellisesti eniten siirtynyt henkilöitä työttömistä sekä etenkin naisista alle 16-vuotiaita nuoria ja miehistä 16–18-vuotiaita opiskelijoita. Vuoden 2004 loppuun mennessä kohderyhmään kuuluneista oli kuollut 17 henkilöä.

## 5.2 Työmarkkina-aseman muutos

Kuntoutukseen hakeutumisen ajankohtana kohderyhmän työikäisistä (16 vuotta täyttäneistä,  $n = 2\,339$ ) useampi kuin neljä viidestä oli ollut työmarkkina-asemaltaan aktiivi ts. oli kuulunut työvoimaan työllisenä tai työttömänä, ollut opiskelija tai perheenäiti tai perheenisä. Psykoterapian jälkeen vuonna 2002 aktiivien osuus oli noin yhdeksän prosenttiyksikköä ja vuonna 2004 14 prosenttiyksikköä pienempi kuin kuntoutukseen hakeutumisajankohtana. Vaikka aktiivien osuudessa tapahtui seuranta-aikana vähenemistä kuntoutukseen hakeutumisajankohtaan verrattuna, työllisten osuudessa ilmeni psykoterapian jälkeen kuitenkin selvää kasvua (taulukko 5). Tämä on ollut seurausta paitsi työttömien työllistymisestä myös erityisesti opiskelijoiden työelämään siirtymisestä: kuntoutukseen hakeutumisajankohtana opiskelijoina olleista oli vuoden 2002 lopussa edelleen opiskelijana 34 % ja työvoimaan opiskelijoista oli siirtynyt 46 % (työllisiä 40 %, työttömiä 6 %) ja 54 % (työllisiä 47 %, työttömiä 7 %) vuonna 2004. Kuntoutukseen hakeutuessaan työttöminä olleista samoin kuin sairauspäivärahaa saaneista (vrt. taulukko 2) keskimäärin joka kolmas oli työllistynyt vuoden 2002 lopussa. Vuoden 2004 lopussa vastaavat osuudet olivat työttöminä olleista 42 % ja työkyvyttöminä olleista 35 %. Psykoterapian jälkeen ei-aktiivien osuus sekä miehistä että naisista kasvoi lievästi.

Vaikka työllisten osuus oli kasvanut selvästi ja työttömien osuus pienentynyt, ryhmään ”muu tilanne” kuuluneiden osuus oli kasvanut vielä enemmän, etenkin naisten keskuudessa (taulukko 5). Kuntoutukseen hakeutumisajankohtana opiskelleista ja työttömistä lähes joka viides sekä työssä olleista ja sairauspäivärahalla tai työkyvyttöminä olleista lähes joka kymmenes oli siirtynyt vuonna 2002 ryhmään ”muu tilanne”. Vuonna 2004 siirtymät olivat jokseenkin yhtä suuret kuin vuonna 2002: ryhmän ”muu tilanne” psykoterapiakuntoutujista joka kolmas kuului vuonna 2004 edelleen tähän ryhmään. Työikäisten työmarkkina-aseman (3-luokkainen: aktiivit, ei-aktiivit, muu tilanne) muutos kuntoutukseen hakeutumisen ajankohdasta kuhunkin seurantaavuoteen osoittautui tilastollisesti merkitseväksi ( $p < 0,0001$ ) samansuuntaisesti sekä miehillä että naisilla.

**Taulukko 5.** Kohderyhmään kuuluneiden 16 vuotta täyttäneiden työmarkkina-asema kuntoutushakemuksen ajankohtana ja vuosien 2002–2004 lopussa, %.

Työmarkkina-asema	Kuntoutushakemus	Miehet (n = 583)			Naiset (n = 1 756)			
		2002	2003	2004	Kuntoutushakemus	2002	2003	2004
Aktiivi	81,1	74,6	74,7	72,2	85,8	75,7	73,4	70,7
Työvoima	58,5	64,7	65,5	65,5	61,4	64,6	63,4	62,6
– Työllinen <sup>a</sup>	49,6	58,7	58,5	59,0	52,7	57,6	55,6	56,2
– Työtön	8,9	6,0	7,0	6,5	8,8	7,0	7,8	6,4
Opiskelija	22,6	10,0	9,3	6,7	24,4	11,1	9,9	8,1
Ei-aktiivi	15,8	16,1	16,1	17,5	11,8	11,4	12,9	14,6
Muu tilanne	3,1	9,3	9,1	10,3	2,3	12,9	13,8	14,6

<sup>a</sup> Sis. perheenäidit ja -isät.

Kuntoutukseen hakeutumisajankohtaan verrattuna siirtymä ei-aktiivista aktiiviksi oli suurimmillaan välittömästi psykoterapian jälkeen vuoden 2002 lopussa. Vastaavaa siirtymää verrattuna hakeutumisajankohtaan ei ole havaittavissa aktiivien kohdalla. Myös myöhemmin aktiivien ryhmässä tapahtui vähemmän muutoksia kuin ei-aktiivien keskuudessa. Osa muutoksista johtui seuranta-ajan pitenemisen myötä ilmenevästä ”normaalista” eläkkeelle siirtymisestä. (Liite.)

### 5.3 Lääkkeiden käytön ja sairauspäivärahauskautien muutokset

**Lääkkeiden käyttö.** Lääkkeiden käyttö oli yleistynyt selvästi vuodesta 1999. Vuonna 2001 psykoterapiakuntoutuksessa olleista reseptilääkettä käytti 83 %, naiset yleisemmin (86 %) kuin miehet (77 %). Psykoterapian jälkeen sekä miesten että naisten osuudet vähenivät lähelle tasoa, joka vallitsi kolme vuotta ennen psykoterapian päättymistä. Vuonna 2002 miehistä 76 % ja naisista 84 % käytti jotakin reseptilääkettä, vuonna 2004 miehistä vastaavasti 70 % ja naisista 80 %.

Hermostoon vaikuttavat lääkkeet muodostivat suurimman yksittäisen lääkeryhmän. Psykylliset lääkkeet ovat tässä pääryhmässä mukana. Miehillä hermostoon vaikuttavien lääkkeiden käyttö oli suurempaa kuin naisilla, esimerkiksi vuonna 2001 miehistä 27 % ja naisista 24 % ja vuonna 2004 miehistä edelleen 24 % ja naisista 20 % käytti näitä lääkkeitä. Muita psykoterapiakuntoutujien usein käyttämiä reseptilääkkeitä vuonna 2001 olivat systeemisesti vaikuttavat infektiolääkkeet (17 %), hengityselinten sairauksien lääkkeet (11 %) sekä tuki- ja liikuntaelinten sairauksien lääkkeet (10 %). Vuonna 2004 systeemisesti vaikuttavien infektiolääkkeiden osuus oli jonkin verran pienempi

(14 %) kuin vuonna 2001. Hengityselinten sairauksien lääkkeiden sekä tuki- ja liikuntaelinten sairauksien lääkkeiden osalta muutokset olivat myös vähäisiä.

Psykoterapiakuntoutujien lääkkeiden käytön yleistymisen taustalla ovat olleet depressiolääkkeet, joiden käyttö kasvoi erityisesti vuosina 2000 ja 2001. Naiset käyttivät niitä yleisemmin kuin miehet, jotka puolestaan käyttivät psykoosilääkkeitä jonkin verran useammin kuin naiset. Verrattuna tilanteeseen ennen psykoterapiaa psyykenlääkkeiden, lähinnä depressiolääkkeiden, käyttö väheni niin miehillä kuin naisillakin ja oli keskimäärin vuoden 1999 tasolla. (Taulukko 6.) Kuntoutujilla esiintyi myös psyykenlääkkeiden päällekkäiskäyttöä – useimmin depressiolääke yhdessä uni- ja/tai neuroosilääkkeen kanssa, esimerkiksi 16 % vuonna 2001 ja 14 % vuonna 2004.

Psyykenlääkkeitä vuonna 2001 käyttäneistä keskimäärin 81 % käytti niitä myös psykoterapian jälkeen vuonna 2004. Vastaavasti 82 % niistä, jotka eivät käyttäneet psyykenlääkkeitä vuonna 2001, eivät käyttäneet niitä myöskään vuonna 2004. Kaikista kohderyhmän psykoterapiakuntoutujista 60 %:n lääkkeiden käyttö ei ollut muuttunut vuodesta 2001 vuoteen 2004 lääkkeen käyttötarkoituksen mukaan tarkasteltuna.

**Sairauspäivärahakaudet.** Sairauspäivärahakausien esiintyvyys oli vähentynyt selvästi työvoimaan kuuluneilla (työlliset ja työttömät), opiskelijoilla ja muussa työtilanteessa olleilla psykoterapian toteutusvaiheen aikana vuoden 2001 jälkeen. Verrattuna tilanteeseen ennen psykoterapian päättymistä pitkien sairauspäivärahakausien osuus oli vähentynyt noin puoleen vuonna 2004. (Taulukko 7.) Vuonna 2001 pitkään sairauspäivärahaa saaneista keskimäärin 40 % oli siirtynyt kuntoutuksen jälkeen eläkkeelle, ennen kaikkea työkyvyttömyyseläkkeelle.

län mukaan tarkasteltuna kunakin seurantavuotena sairauspäivärahakausien esiintyvyys väheni selvimmin vuodesta 2001 vanhemmissa ikäluokissa – missä niiden osuus myös oli ollut suurin – pitkien, yli 60 päivää kestäneiden kausien osalta. Lyhyemmissä sairauspäivärahakausissa ei ilmennyt vastaavaa muutosta. (Kuvio 3.)

**Taulukko 6.** Kuntoutujakohtainen psyykenlääkkeiden käyttö vuosina 1999–2004, %.

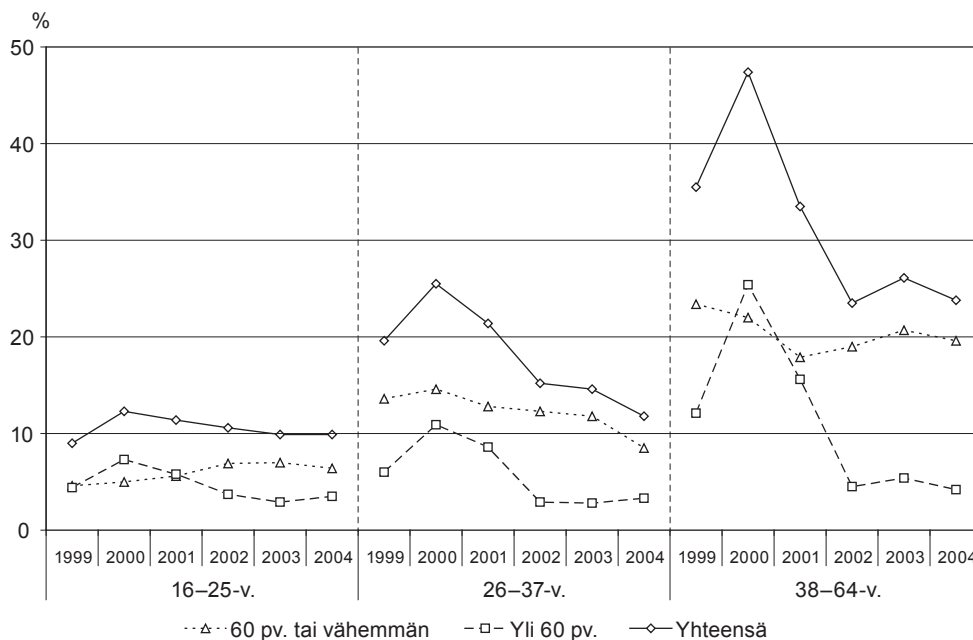
Miehet (n = 722)	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Depressiolääke	33,9	55,0	46,7	41,3	37,7	36,0
Psykoosilääke	8,2	11,6	11,4	11,2	11,4	11,1
Neuroosi- tai unilääke	19,5	18,3	19,8	17,9	17,6	17,0
Naiset (n = 1 854)						
Depressiolääke	40,3	55,7	54,5	44,7	40,5	40,2
Psykoosilääke	6,6	8,7	8,3	7,6	7,5	7,6
Neuroosi- tai unilääke	22,3	20,0	18,4	17,4	17,8	19,2



**Taulukko 7.** Sairauspäiväraha-kausien esiintyvyys vuosina 1999–2004, %.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Miehet</b>						
–60 päivää	15,5	12,1	9,6	10,0	8,4	11,4
61– päivää	4,1	10,6	7,8	3,9	2,2	3,7
Ei sairauspäiviä	80,4	77,3	82,6	86,1	89,4	84,8
Yhteensä <sup>a</sup>	100	100	100	100	100	100
(n)	(489)	(489)	(489)	(489)	(489)	(481)
<b>Naiset</b>						
–60 päivää	14,0	16,1	14,4	14,6	15,7	12,1
61– päivää	5,3	12,0	7,2	3,6	4,2	3,7
Ei sairauspäiviä	80,7	71,9	78,4	81,8	80,1	84,2
Yhteensä <sup>a</sup>	100	100	100	100	100	100
(n)	(1 556)	(1 556)	(1 556)	(1 556)	(1 530)	(1 499)

<sup>a</sup> 16-vuotiaat ja vanhemmat, pl. ei-aktiivit seurantavuosina 2002–2004.

**Kuvio 3.** Sairauspäiväraha-kausien esiintyvyys päiväraha-kauden pituuden ja psykoterapiakuntoutujan iän mukaan vuosina 1999–2004, %<sup>a</sup>.

<sup>a</sup> 16-vuotiaat ja vanhemmat, pl. ei-aktiivit seurantavuosina 2002–2004.

#### 5.4 Psykoterapiakuntoutuksesta hyötynneet

Työikäisen psykoterapiakuntoutujan työmarkkina-aseman muutokseen yhteydessä olevien taustatekijöiden merkityksen arvioimiseksi työmarkkina-asemasta muodostettiin kaksiluokkainen vastemuuttuja: aktiivit ja muut kuntoutujat (ei-aktiivit ja ”muu tilanne”). Psykoterapian lähtökohtien ja tavoitteiden tarkastelujen perusteella selittäviksi muuttujiksi valittiin sukupuoli, kuntoutukseen hakeutumisajankohdan ikä kolmeluokkaisena (16–25-vuotiaat, 26–37-vuotiaat, 38–60-vuotiaat), psyykenlääkkeiden käyttö kaksiluokkaisena (kyllä/ei) ja sairastavuuden kasautuminen kaksiluokkaisena (1 sairausdiagnoosi, 2–3 sairausdiagnoosia).

Psykoterapiaa saaneen kuntoutujan työllistymisen ja työssä pysymisen ja siten myös riittävän työkyvyn kannalta tilastollisesti merkitsevimmiksi selittäjiksi osoittautuivat ikä, sukupuoli ja psyykenlääkkeiden käyttö. Työmarkkina-asemaltaan aktiivien osuus suhteessa muiden kuntoutujien osuuteen muuttui voimakkaimmin työikäisten nuorimmissa ikäluokissa. Verrattaessa aktiivien osuuden suhdetta muiden kuntoutujien osuuteen seurantavuosina 2002, 2003 ja 2004 vastaavaan suhteeseen kuntoutukseen hakeutumisajankohtana, osuus pieneni nuorimmassa ikäluokassa kunakin vuonna keskimäärin 70 %, ts. aktiivien osuus laski kolmannekseen siitä, mitä se oli ollut ennen kuntoutusta, kun taas vanhimmassa ikäluokassa vastaava lasku oli vain 20 % vuonna 2002, 26 % vuonna 2003 ja 42 % vuonna 2004. Sukupuolen mukaan tarkasteltuna miehillä aktiivien osuuden suhde muihin kuntoutujiin pieneni keskimäärin 30 % vuosina 2002 ja 2003 ja 40 % vuonna 2004. Naisilla vastaava pieneneminen kyseisinä vuosina oli 49 % (2002), 55 % (2003) ja 60 % (2004) siitä, mitä se oli ollut ennen kuntoutusta. (Taulukko 8.)

Ennen psykoterapiaa aloitettu psyykenlääkkeiden käyttö oli selvästi yhteydessä kuntoutujien työmarkkina-aseman muutokseen. Psyykenlääkkeitä käyttävien ryhmässä aktiivien osuus suhteessa muiden kuntoutujien osuuteen pieneni 40 % vuosina 2002 ja 2003 ja 53 % vuonna 2004 verrattuna siihen, mitä se oli ollut kuntoutukseen hakeutumisajankohtana, kun taas psyykenlääkettä käyttämättömillä vastaava lasku oli 58 % vuonna 2002, 68 % vuonna 2003 ja 65 % vuonna 2004. Sekä sukupuoli-, ikä- että psyykenlääkitysluokkien erot tapahtuneissa työmarkkina-aseman muutoksissa olivat tilastollisesti merkitseviä. Työmarkkinoiden käytettävissä olemisen perusteella useimmin psykoterapiakuntoutuksesta näyttävät hyötynneen vanhemmat, jo työelämään kiinnittyneet sekä miehet ja psyykenlääkityksen ennen kuntoutusta aloittaneet. (Taulukko 8.)

**Taulukko 8.** Iän, sukupuolen ja psyykenlääkityksen välinen yhteys psykoterapiakuntoutujien työmarkkina-aseman muutokseen vuosina 2002, 2003 ja 2004 (n = 2 339).

	Hakeutumis- ajankohta	2002 OR (95 %-n Lv) <sup>a</sup>	2003 OR (95 %-n Lv) <sup>a</sup>	2004 OR (95 %-n Lv) <sup>a</sup>
<b>Ikä</b>				
16–25-v.	1,00 (vertailuarvo)	0,31 (0,23–0,43)	0,30 (0,22–0,42)	0,31 (0,22–0,43)
26–37-v.	1,00 (vertailuarvo)	0,42 (0,34–0,53)	0,37 (0,29–0,47)	0,34 (0,26–0,43)
38–60-v.	1,00 (vertailuarvo)	0,80 (0,69–0,94)	0,74 (0,63–0,86)	0,58 (0,50–0,69)
		p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001
<b>Sukupuoli</b>				
Miehet	1,00 (vertailuarvo)	0,68 (0,56–0,84)	0,69 (0,55–0,86)	0,60 (0,49–0,75)
Naiset	1,00 (vertailuarvo)	0,51 (0,45–0,59)	0,45 (0,39–0,53)	0,40 (0,34–0,46)
		p = 0,0273	p = 0,0026	p = 0,0025
<b>Psyykenlääkkeet</b>				
Käyttää	1,00 (vertailuarvo)	0,60 (0,53–0,69)	0,60 (0,52–0,69)	0,47 (0,41–0,55)
Ei käytä	1,00 (vertailuarvo)	0,42 (0,33–0,55)	0,32 (0,25–0,42)	0,35 (0,26–0,45)
		p = 0,0152	p < 0,0001	p = 0,0379

<sup>a</sup> Odds Ratio, 95 %-n luottamusväli OR:lle. OR:n tulkinta: aktiivien osuus suhteessa muiden osuuteen seurantaavuonna verrattuna vastaavaan suhteeseen kuntoutukseen hakeutumiskuussa. Luottamusvälit, jotka eivät sisällä arvoa 1, ovat tilastollisesti merkitseviä p < 0,05:n tasolla.

## 6 TOTEUTETTU PSYKOTERAPIA JA SEN KUSTANNUKSET

### 6.1 Psykoterapian sisältö

Kohderyhmään kuuluneiden saamasta psykoterapiasta suurin osa oli yksilöterapijaa (miehet 84 %, naiset 92 %). Alle 16-vuotiaiden psykoterapiatoimenpiteistä 46 % oli yksilöterapijaa ja 20 % ryhmäterapijaa, sekä 23 % oli vanhempien ohjauskäyntejä ja 11 % perheterapiaa.

Keskimäärin lähes viidennes kohderyhmän saamasta psykoterapiasta on ollut harkinnanvaraisena kuntoutuksena toteutettua kehittämisen- ja kokeilutoimintaa. Tällöin kyseessä on ollut jokseenkin aina lasten ja nuorten psykiatrisen kuntoutuksen, muutamassa tapauksessa aikuisten lyhytkestoinen terapia. Runsaat kaksi prosenttia kohderyhmään kuuluneista oli saanut kehittämisen- ja kokeilutoimintana lisäksi jotakin muuta kuin psykoterapijaa; kyseessä olivat lähinnä alle 16-vuotiaat ja opiskelijat. Psykoterapiakuntoutujista keskimäärin 9 %:lla oli psykoterapian lisäksi vähintään yksi muu kuntoutustoimenpide. Näistä puolet oli erilaisena kehittämisen- ja kokeilutoimintana toteutettuja toimenpiteitä ja loput lähinnä kuntoutuksen- ja koulutustoimenpiteitä, kuntoutustutkimuksia, työhönvalmennusta ja muita terapioita.

### 6.2 Kuntoutuspalvelujen kustannukset

Psykoterapiaa saaneiden vuonna 2002 päättyneiden toimenpiteiden kuntoutujakohtaisten kokonaiskustannusten (psykoterapiakustannukset ja muut mahdolliset kuntoutuskustannukset) mediaani oli miehillä 1 519 euroa (ka 1 934±1 726 euroa) ja psykoterapian kustannusten mediaani 1 374 euroa (ka 1 712±1 487 euroa) vuoden 2004 rahana. Naisilla vastaavat kustannusten mediaanit olivat 1 557 euroa (ka 1 952±1 575 euroa) ja 1 492 euroa (ka 1 774±1 334 euroa). Psykoterapian lajin mukaan tarkasteltuna kalleinta oli yksilöterapia (taulukko 9).<sup>4</sup> Psykoterapiakustannukset voivat kattaa useampia terapiajaksoja, enimmillään kolme vuotta.

**Taulukko 9.** Psykoterapian ja kuntoutuksen kokonaiskustannusten kuntoutujakohtainen mediaani psykoterapian lajin mukaan, euroa<sup>a</sup>.

	Yksilöterapia (n = 2 384)	Ryhmäterapia (n = 150)	Perheterapia (n = 36)	Ohjauskäynnit (n = 76)
Psykoterapian kustannukset	1 496	773	593	312
Kuntoutuksen kokonaiskustannukset	1 580	1 281	1 032	2 655

<sup>a</sup> Vuoden 2004 rahana.

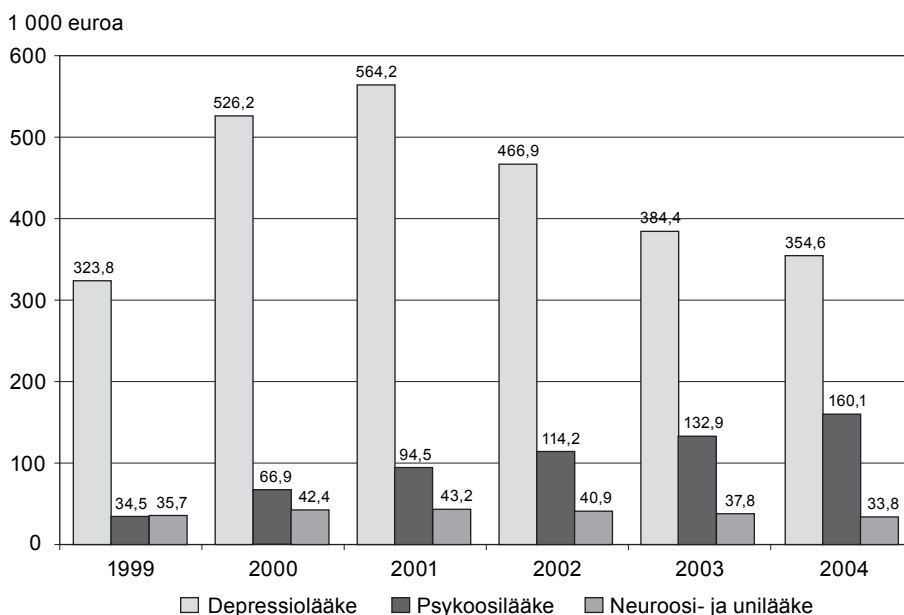
<sup>4</sup> Vaikeavammaisten lääkinnällisenä kuntoutuksena toteutetun psykoterapian kustannukset (mediaani 2 299 euroa) olivat 1,5 kertaa suuremmat kuin harkinnanvaraisena kuntoutuksena toteutetun psykoterapian (mediaani 1 533 euroa).

Psykoterapian toimenpiteistä suurin osa (90 %) toteutettiin yksilöterapiana, vanhemmissa ikäluokissa yleensä ainoana toimenpiteenä ja nuoremmilla usein kehittämishankkeena. Myös alle 16-vuotiaille nuorille suunnattu perheterapia on usein toteutettu kehittämishankkeena. Ryhmäterapia on jakaantunut tasaisesti eri ikäryhmille. Kun otetaan huomioon myös muut mahdolliset psykoterapiaan liittyneet kuntoutustoimenpiteet, kokonaiskustannukset ovat olleet suurimmat niillä – yleensä alle 16-vuotiailla yksilö- tai ryhmäterapiaa saaneilla nuorilla – joiden psykoterapiaan sisältyi myös vanhempien ohjauskäyntejä ja perheterapiaa. (Taulukko 9.)

### 6.3 Lääkekustannukset

Depressiolääkkeiden käytön vähenemisen ja kyseisten lääkkeiden hintojen alenemisen seurauksena psykiatrialääkkeiden kustannukset vähentyivät psykoterapian päättymisen jälkeen (kuvio 4). Suurimmillaan psykiatrialääkkeiden kustannukset olivat vuonna 2001, minkä jälkeen ne vähenivät 11 % vuonna 2002, ja vuonna 2003 ja 2004 ne olivat runsaan viidenneksen pienemmät kuin vuonna 2001. Vaikka psykiatrialääkkeiden käyttö pysyi vakaana, niiden kustannukset lisääntyivät. Psykiatrialääkkeiden kokonaiskustannusten kasvu vuodesta 1999 vuoteen 2004 olikin lähes viisinkertainen. Tähän on vaikuttanut uusien ja hinnaltaan olennaisesti vanhoja kalliimpien psykiatrialääkkeiden laajeneva käyttöosuus. Neuroosi- ja unilääkkeiden kustannukset eivät juuri muuttuneet.

**Kuvio 4.** Psykoterapiakuntoutujien psykiatrialääkkeiden kustannukset vuosina 1999–2004, 1 000 euroa<sup>a</sup>.



<sup>a</sup> Vuoden 2004 rahana.

Vuosina 1999–2001 depressiolääkkeiden osuus oli noin neljä viidesosaa psyykenlääkkeiden kokonaiskustannuksista. Tämän jälkeen osuus pieneni jatkuvasti ja oli 65 % vuonna 2004. Psykoosilääkkeiden osuus oli muuttunut päinvastaisesti ja oli 29 % vuonna 2004.

Tarkastelun kohteena olleiden psykoterapiakuntoutujien psyykenlääkkeiden kokonaiskustannukset vaihtelivat 9 %:n (vuonna 1999) ja 16 %:n (vuonna 2001) välillä suhteutettuna psykoterapian kokonaiskustannuksiin. Vuonna 2004 tämä osuus oli keskimäärin 13 %.

Miesten lääkekustannukset olivat suuremmat kuin naisten. Depressiolääkkeiden mediaanikustannukset kasvoivat vuodesta 1999 vuoteen 2002 sekä miehillä että naisilla, minkä jälkeen ne pienenivät. Psykoosilääkkeiden kustannukset kasvoivat selvästi koko tarkasteluajanjaksona. (Taulukko 10.)

Neuroosi- tai unilääkkeitä käyttäneiden kyseiset kustannukset nousivat jatkuvasti vuoteen 2002 asti ja alkoivat sen jälkeen vähentyä (taulukko 10). Tähän on vaikuttanut erityisesti lääkevaihto. Lukujen vertailua vaikeuttaa toisaalta se, että lääkeyritykset ovat poistaneet valmisteitaan korvattavuuden piiristä voidakseen hinnoitella ne vaapammin. Kelan rekisteriin kirjautuvat vain ne lääkeostot, joista on maksettu korvaus

**Taulukko 10.** Kuntoutujakohtaiset psyykenlääkkeiden mediaanikustannukset vuosina 1999–2004, euroa<sup>a</sup>.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Miehet</b>						
Depressiolääke	278,1	331,4	396,2	382,6	314,6	318,1
(n)	(245)	(325)	(337)	(298)	(272)	(260)
Psykoosilääke	46,0	85,4	106,0	153,6	280,1	424,8
(n)	(59)	(84)	(82)	(81)	(82)	(80)
Neuroosi- tai unilääke	26,8	37,4	44,6	45,8	41,3	31,5
(n)	(175)	(154)	(164)	(160)	(160)	(163)
<b>Naiset</b>						
Depressiolääke	235,6	320,8	323,7	324,3	261,9	233,3
(n)	(748)	(1 032)	(1 010)	(829)	(751)	(745)
Psykoosilääke	39,7	55,7	86,3	127,4	225,4	303,8
(n)	(122)	(162)	(154)	(141)	(140)	(141)
Neuroosi- tai unilääke	17,9	23,1	30,1	35,3	30,2	24,0
(n)	(500)	(439)	(411)	(400)	(406)	(436)

<sup>a</sup> Vuoden 2004 rahana.

sairausvakuutuksesta. Esimerkiksi unilääkkeistä maksetaan yleensä korvausta vain isoista pakkauksista (100 tablettia), jolloin tilapäiskäytössä olevat pienemmät pakkaukset jäävät rekisterin ulkopuolelle.

#### 6.4 Työllistyneiden ja opiskelun aloittaneiden kuntoutuskustannukset

Kuntoutuksen kustannuksia on arvioitu psykoterapian tavoitteiden mukaisesti niiden osalta, jotka psykoterapian jälkeen ovat työllistyneet tai aloittaneet opiskelun. Näiden lisäksi on tarkasteltu kaikkien seurantahetkellä opiskelemassa tai ansiotyössä olleiden psykoterapiakustannuksia ja kuntoutuksen kokonaiskustannuksia sekä niiden muutosta vertaamalla seurantahetken työ- tai opiskelutilannetta kuntoutukseen hakeutumisasajankohdan tilanteeseen.

**Toteutuneet kustannukset.** Niiden psykoterapiakuntoutujien, jotka eivät olleet työssä kuntoutukseen hakeutuessaan mutta kylläkin seurantahetkellä, kuntoutuksen kokonaiskustannukset olivat vuoden 2002 lopussa keskimäärin 1 912±1 426 euroa (miehet 1 783±1 555 euroa, naiset 1 948±1 388 euroa). Seurantahetkellä heistä työllistyneitä oli 423 (vrt. taulukko 11). Vastaavat työllistyneiden kuntoutuksen kokonaiskustannukset 2004 lopussa olivat miehillä 1 796±1 556 euroa (n = 110) ja naisilla 1 969±1 588 euroa (n = 372). Muutokset johtuivat osittain vanhempien kuntoutujien eläkkeelle siirtymisestä ja ilmenivät myös psykoterapiakustannuksissa: 1 767±1 330 euroa vuonna 2002 ja 1 787±1 392 euroa vuonna 2004. Etenkin vuoden 2002 lopussa työllistyneinä olleiden miesten psykoterapiakustannukset olivat selvästi pienemmät kuin naisten. Miesten eläkkeelle siirtyminen ja naisten työllistyminen tulivat esille myös, kun työllistyneitä ja opiskelun aloittaneita tarkasteltiin psykoterapian työ- ja opiskelukykyyn liittyvien tavoitteiden huomioon ottamiseksi yhtenä ryhmänä. Vuonna 2002 miehillä (n = 108) keskimääräiset psykoterapian kustannukset olivat 114 euroa ja kuntoutuksen kokonaiskustannukset 97 euroa suuremmat kuin pelkästään työllistyneiden ryhmässä, naisilla vastaava ero oli pienempi.

**Arvioidut kustannusvaikutukset.** Psykoterapiakuntoutujien työmarkkina-aseman mukaisten kuntoutuskustannusten arviointi perustuu keskimääräisiin sukupuolen mukaisiin toimenpidekustannuksiin, jotka eivät sisällä kuntoutuksen kokonaisuuden toteutukseen mahdollisesti liittynyttä kuntoutusrahaa. Arviossa on otettu huomioon miesten ja naisten koko kohderyhmän (n = 2 576) kuntoutujakohtaiset psyykenlääkekustannusten muutokset psykoterapian toteuttamisvuodesta 2001 sen päättymisvuoteen 2002 ja vastaavasti seurantavuoteen 2004. Lääkekustannusten muutokset arvoitettiin yhtä suuriksi sukupuolen suhteen: vuodesta 2001 vuoteen 2002 lääkekustannukset vähenivät keskimäärin 30,51 euroa ja vuodesta 2001 vuoteen 2004 keskimäärin 55,85 euroa.

Kuntoutushakemuksen ajankohtaan verrattuna uusia työllistyneitä – ts. henkilöitä, jotka kuntoutukseen hakeutuessaan eivät olleet ansiotyössä – oli vuoden 2002 lopussa kaikista 16 vuotta täyttäneistä potentiaalisista työhön tai opiskelemaan siirtyvistä

psykoterapiakuntoutujista 18 % (n = 2 339; vrt. kuvio 1) ja vuoden 2004 lopussa heidän osuutensa oli 21 %. Psykoterapiakuntoutujan keskimääräiset työllistymisen psykoterapiakustannukset vuoden 2002 lopulla olivat noin 9 500 euroa ja vuoden 2004 lopulla 8 300 euroa – miehillä jonkin verran suuremmat kuin naisilla. Muut psykoterapiakuntoutujien kuntoutustoimenpiteet huomioon ottaen keskimääräiset kustannukset työllistyneitä kohti olivat keskimäärin 800 euroa suuremmat. Psykoterapian päättymisen jälkeen vuoden 2002 lopussa psykoterapian ja muun kuntoutuksen kustannuksiin perustuvat keskimääräiset työllistymisen kustannukset olivat selvästi suuremmat verrattuna vuoden 2004 lopun tilanteeseen; tämä johtuu työllistyneiden määrän kasvusta seuranta-ajan pidentyessä. (Taulukko 11.)

**Taulukko 11.** Työllistyneiden ja opiskelun aloittaneiden arvioitut keskimääräiset kuntoutujakohtaiset psykoterapiakustannukset ja kuntoutuksen kokonaiskustannukset alkutilanteesta vuoteen 2002 ja vuoteen 2004, euroa<sup>a</sup>.

	2002			2004		
	(n)	Psykoterapia-kustannukset	Kokonaiskustannukset	(n)	Psykoterapia-kustannukset	Kokonaiskustannukset
<b>Työllistyneet<sup>b</sup></b>						
Miehet	(94)	9 885	10 997	(110)	8 418	9 368
Naiset	(329)	9 355	10 134	(372)	8 244	8 933
Kaikki	(423)	9 473	10 325	(482)	8 284	9 032
<b>Työllistyneet ja opiskelun aloittaneet<sup>c</sup></b>						
Miehet	(108)	8 600	9 568	(125)	7 401	8 237
Naiset	(380)	8 095	8 769	(415)	7 384	8 002
Kaikki	(488)	8 207	8 946	(540)	7 388	8 056
<b>Työssä olevat<sup>d</sup></b>						
Miehet	(342)	2 695	3 001	(344)	2 654	2 958
Naiset	(1 012)	3 021	3 274	(986)	3 076	3 336
Kaikki	(1 354)	2 938	3 205	(1 330)	2 967	3 238
<b>Työssä olevat ja opiskelijat<sup>e</sup></b>						
Miehet	(400)	2 300	2 561	(383)	2 378	2 651
Naiset	(1 207)	2 528	2 740	(1 129)	2 679	2 906
Kaikki	(1 607)	2 471	2 695	(1 512)	2 603	2 841

<sup>a</sup> Vuoden 2004 rahana.

<sup>b</sup> Ansiotyössä seurantahetkellä, mutta ei kuntoutukseen hakeutuessaan.

<sup>c</sup> Opiskelijana tai ansiotyössä seurantahetkellä, mutta ei kuntoutukseen hakeutuessaan.

<sup>d</sup> Ansiotyössä seurantahetkellä.

<sup>e</sup> Opiskelijana tai ansiotyössä seurantahetkellä.



Opiskelijat (opintotuen saajat) mukaan lukien uusien aktiivien (työllistyneiden ja opiskelun aloittaneiden) osuus kuntoutukseen hakeutumisen ajankohtaan verrattuna oli vuoden 2002 lopulla 21 % ja vuoden 2004 lopulla 23 % (taulukko 11). Tällöin psykoterapiakuntoutujien psykoterapian ja muiden kuntoutustoimenpiteiden kokonaiskustannusten perusteella estimoidut yksilötason kustannukset pienenivät vastaavasti: psykoterapiakustannukset olivat vuoden 2002 lopussa keskimäärin 8 200 euroa ja vuoden 2004 lopussa 7 400 euroa. Kuntoutuksen kokonaiskustannukset olivat noin 700 euroa suuremmat.

Kaikki seurantahetkellä työssä olleet psykoterapiakuntoutujat huomioon ottaen – 58 % vuonna 2002 ja 57 % vuonna 2004 potentiaalisista työhön tai opiskelemaan siirtyvistä – psykoterapiakustannukset olivat vuoden 2002 ja vuoden 2004 lopussa keskimäärin vajaat 3 000 euroa, ja kaikki psykoterapiakuntoutujien kuntoutuskustannukset mukaan lukien lähes 300 euroa suuremmat (taulukko 11). Miesten keskimääräiset psykoterapia- ja muut kuntoutuskustannukset ovat pienemmät kuin naisten kustannukset. Jos lisäksi otetaan huomioon seurantahetkellä opiskelemissa olleet, psykoterapia- ja muut kuntoutuskustannukset ovat keskimäärin noin 2 300–2 900 euroa, miehillä pienemmät kuin naisilla.

Verrattaessa vuoden 2004 lopulla työllistyneiden määrää niihin, joiden työllistyminen tai opiskelun aloittaminen voitiin arvioida psykoterapian tavoitteeksi (n = 2 339, vrt. edellä), voidaan todeta, että viidestä psykoterapiakuntoutujasta yksi työllistyy (miehet 5,3; naiset 4,7), opiskelun aloittaneista mukaan lukien vastaavasti keskimäärin noin joka neljäs (miehet 4,7; naiset 4,2). Kelan psykoterapian tavoitteena on parantaa tai palauttaa kuntoutujan työ- tai opiskelukykyä (Kela 2007b); ottamalla huomioon kaikki seurantahetkellä opiskelemissa tai ansiotyössä olevat psykoterapiakuntoutujat (taulukko 11) edellä esitetty tuloksellisuutta kuvaava suhdeluku jää alle kahden. Nämä arviot perustuvat oletukseen, että seurantahetken työtilanne ilmentää toteutetun psykoterapian ja siihen liittyvien muiden kuntoutustoimenpiteiden tuloksellisuutta. Käytännössä psykoterapian tuloksellisuuteen vaikuttavat myös monet muut tekijät, minkä lisäksi tuloksellisuus ilmenee pidemmällä aikavälillä kuin vain seurantahetken tilanteessa (”Number-Needed-to-Treat”, vrt. Maljanen 2003; Kristiansen ja Gyrd-Hansen 2004). Keskeinen myös psykoterapian tuloksellisuuteen vaikuttava tekijä on toimenpiteiden suuntaaminen oikea-aikaisesti terapian tarpeessa oleville henkilöille.

Psykoterapian kustannusten ja seurantahetken tulosten – opiskelun aloittamisen ja työllistymisen – lisäksi tulee ottaa huomioon kuntoutuksen jälkeisen tilan mahdollinen kesto ja sen vaikutukset sosiaali- ja terveysturvan tarpeen vähenemiseen, mikä tuli esille mm. psykoterapian jälkeisenä sairauspäiväraha- ja eläkekustannusten vähenemisenä. Myös eläkekustannusten väheneminen on onnistuneen psykoterapian, kuten yleensäkin kuntoutuksen, kustannusten suuruuden ja merkityksen arviointiin vaikuttava tekijä. Edellä mainittujen säästöjen ohella työllistyminen kasvattaa vero-

tuloja. Psykoterapiakuntoutujien laskennallinen työssäolovuosien määrä on yleensä huomattava: harkinnanvaraisen kuntoutuksen psykoterapiaa saaneiden ja vuonna 2002 ansiotyössä olleiden keski-ikä kuntoutusvuonna oli 36,6 vuotta. Rahassa mitattavien näkökohtien lisäksi tulee ottaa huomioon vielä vaikutukset kuntoutujan ja hänen lähipiirinsä elämänlaatuun; työllistymisestä riippumatta tämä koskee kaikkia psykoterapiakuntoutujia.

## 7 POHDINTA

Mielenterveyshäiriöt ja niiden vuoksi annettava psykoterapia ovat viime vuosina nousseet esille niin palvelujen tarvitsijoiden kuin palvelujen tuottajien näkökulmasta. Mielenterveyshäiriöiden osuus alkaneista sairauspäiväraha-kausista on kasvanut ja masennuslääkkeiden käyttö on lisääntynyt. Mielenterveyshäiriöistä kärsivät siirtyvät nykyisin yhä useammin työkyvyttömyyseläkkeelle, mikä johtunee paitsi sairaudesta sinänsä sekä sen toiminta- ja työkykyä lamauttavasta vaikutuksesta myös sairauden edellyttämän hoidon ja kuntoutuksen pitkäkestoisuudesta, jota on usein vaikea sovittaa työssäkäyntiin ja työelämän vaatimuksiin. Psykoterapian tarpeesta esitetyt arviot vaihtelevat tarpeen arviointitavasta ja väestöryhmästä riippuen (Duodecim 2006; Raitasalo ja Maaniemi 2006).

Psykoterapian yleisenä tavoitteena on mielenterveyshäiriöstä kärsivän henkilön oireilun vähentäminen ja elämänlaadun parantaminen. Vuonna 2004 voimaan tulleen ohjeen lähtökohtana on, että kuntoutujien hoitovastuu säilyy aina julkisella terveydenhuollolla (vrt. STM 2003). Sosiaali- ja terveysturvan järjestelmät eivät silti välttämättä tue riittävästi mielenterveys- ja psykoterapiakuntoutujan työelämässä säilymispyrkimyksiä (mm. Gould ym. 2007). Kelan harkinnanvaraisena toteuttaman psykoterapian tavoitteena korostetaan työ- ja opiskelukyvyyn edistämistä ja näin työssä pysymisen ja työhön siirtymisen edellytyksien parantamista.

Työ ja työllistyminen voivat olla psykoterapian näkökulmasta sekä keino että päämäärä. Harkinnanvaraisen kuntoutuksen psykoterapia kuitenkin lisää todennäköisyyttä, että henkilö on työmarkkinoiden käytettävissä, etenkin jos hän on ollut jo aikaisemmin työelämässä. Nuorimmassa ikäluokassa suurin osa opiskelijoista jatkoi opiskelua tai työllistyi, muilla nuorilla työmarkkina-asema oli edelleen epäselvä ja rikkonainen. Tämä ilmeni seurantahetkellä alkutilanteeseen verrattuna niiden suhteellisen suurena osuutena, joiden työtilannetta ei voitu kuvata rekisteritietojen perusteella. Kuntoutuksen hakeutuessaan he olivat olleet usein työttömiä tai 16–18-vuotiaita opiskelijoita, lähinnä miehiä. Vaikka tuloksellinekaan psykoterapia ei siten välttämättä takaa työllistymistä, psykoterapia koetaan usein hyvin myönteiseksi (vrt. Pylkkänen ja Repo 2006). Psykoterapiakuntoutujilla voi olla myös muuta vajaakuntoisuutta tai vammaisuutta, joka psykoterapiasta huolimatta estää tai rajoittaa olennaisesti työelämään siirtymistä.

Keskeinen tavoite on kuitenkin kuntoutujan elämänlaadun ja hyvinvoinnin parantaminen, esimerkiksi vaikeavammaisten lääkinnällisenä kuntoutuksena toteutetun psykoterapian ensisijainen tavoite ei välttämättä ole työkyky ja työllistyminen. Psykoterapian tavoitteet eivät näin ollen aina edellytä opiskelua tai ansiotyön tekemistä, eivät ainakaan psykoterapian alkuvaiheessa. Kyse on siten myös psykoterapian toteuttamisen muodoista erityisesti lasten ja nuorten kohdalla (vrt. Ellilä 2007).

Psykykenlääkkeiden käyttö, siinä tapahtuneet muutokset sekä lääkkeiden monikäyttöisyys heijastavat psykoterapiakuntoutujien sairauksien erilaista luonnetta. Psykoosi- ja depressiolääkkeiden käytön erisuuntainen muutos kuvastaa hoidon tarvetta. Psykoosilääkitys on psykiatrisille potilaille usein pitkäaikaista, mutta depressiolääkityksen tarpeen pitäisi onnistuneen hoidon jälkeen vähentyä. Psykoterapian tuloksellisuuden yksi osatekijä on myös sairauspäiväraha-kausien väheneminen työikäisen väestön keskuudessa. Osa tästä johtuu kuntoutuksen jälkeen tapahtuneesta työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisestä. Kelan toteuttaman psykoterapian tavoitteiden toteutumisen – työllistyminen tai opiskelun aloittaminen – ja niihin liittyen sosiaali- ja terveysturvamenojen ”säästymisen” sekä verotulojen kasvun huomioon ottaen psykoterapiaan tehty panostukset voivat olla saatavissa takaisin lyhyelläkin aikavälillä.

Rekisteriseuranta koskee vain rekisterin kattamia ilmiöitä. Tässä aineistossa esimerkiksi lyhyt- ja pitkäkestoista psykoterapiaa samoin kuin aikaisemmin käynnistettyjen psykoterapioiden osuutta ja merkitystä ei voitu eritellä luotettavasti, mikä vaikuttaa mm. kuntoutuksen kustannustietojen tulkintaan. Valituista poikkileikkausajankohdista johtuen ei ollut myöskään mahdollista kuvata seurantahetken työtilanteeseen johtaneita prosesseja – työtilanteessa kuten elämässä yleensäkin voi tapahtua toivottuja ja ei-toivottuja muutoksia lyhyelläkin aikavälillä. Rekisteritietojen perusteella ei myöskään voida määrittää tai arvioida yksiselitteisesti, missä määrin laskettu psykoterapian tuloksellisuus (työllistymisen kustannustehokkuus) johtuu psykoterapiasta: todellisuus on jossakin kustannusarvioiden välillä. Rekisteriseurannassa vaikuttavuuden osoittaminen kuntoutuksessa on usein ongelmallista, koska vertailuryhmään perustuvan tutkimusasetelman luominen on vaikeasti toteutettavissa. Mahdollisesti tapahtunut muutos voidaan tulkita psykoterapian vaikutukseksi, mutta siihen voivat vaikuttaa myös muutkin tekijät (vrt. Duodecim 2006; ks. myös Sintonen ja Pekurinen 2006).

Psykoterapian toteutuksen yhteydessä muodostuvat henkilötason tiedostot antavat mahdollisuuden tehokkaaseen seurantaan, mikäli rekisterit kattavat tutkimuksen kannalta relevantit tiedot. Seurannan luotettavuutta parantaisi, jos se toteutetaan samoilla mittareilla toistuvasti. Kuntoutuksen tuloksellisuuden kannalta merkittäviä ovat kuitenkin kuntoutujan omat kokemukset ja arviot elämäntilanteestaan; niiden perusteella hän suunnittelee tulevaisuuttaan.

## 8 SUMMARY

Aaltonen T, Lind J. **Changes in working ability after psychotherapeutic rehabilitation. A register-based follow-up study of the working and studying abilities of persons receiving psychotherapy provided by Kela during 2002–2004.** Helsinki: The Social Insurance Institution, Finland, Studies in social security and health 95, 2008. 42 pp. ISBN 978-951-669-773-7 (print), 978-951-669-774-4 (pdf).

This register-based follow-up study was aimed at describing a group of persons receiving psychotherapy provided by the Social Insurance Institution of Finland (Kela), and at analysing possible changes in their labour market status and health care after the psychotherapeutic rehabilitation. The study population ( $n = 2,576$ ) was comprised of individuals who completed their Kela rehabilitation in 2002 and who were followed up on the basis of data recorded in the Kela registers. For the majority of the subjects, psychotherapy was granted as discretionary rehabilitation which, in accordance with the Kela guidelines, is mainly aimed at employed persons and full-time students. In 2002, however, Kela also provided young persons under the age of 16 with psychotherapy as discretionary rehabilitation, mainly within the framework of separately funded experimental projects.

The majority of the subjects receiving psychotherapy were female. At the time they applied for the rehabilitation, the subjects' mean age was 33 years. Men were, on average, three years younger than women; nearly every fifth male subject was under the age of 16. At the time the rehabilitation started, 45% of the target group were employed with earned income; women more frequently than men. Every fifth subject was a full-time student. Eight percent (8%) were unemployed, and one in ten was not active in the labour market because of disability for work or for health-related reasons. Besides the specific mental health disorder that entitled them to rehabilitation, one quarter of the subjects had, at least, one additional disease or disorder. Of various mental health disorders, the most common were affective disorders and neuroses in adults, and juvenile behavioural and emotional disorders in young persons under 16.

The psychotherapy provided by Kela was, in most cases, implemented in the form of individual therapy. Family therapy and parent counselling were mostly applied in the rehabilitation of the younger subjects. The overall costs for rehabilitation measures were lower for men (median EUR 1,519, at 2004 prices) than for women (median EUR 1,557), and a similar trend was observed in the costs of psychotherapy (median EUR 1,374 for men; EUR 1,492 for women).

Following the psychotherapy, the proportion of those who were active in the labour market (employed, unemployed or student) and aged 16 or more at baseline ( $n = 2,339$ ) was approximately 9 percentage points lower in 2002 and 14 percentage points lower in 2004. The proportion of employed persons, however, increased by nearly 8 percentage points, and the share of unemployed decreased by approx. 2 percentage points, as a result of the unemployed becoming employed and students entering working life. Of those who, at the baseline, were not active in the labour market because of

health reasons, one third returned to the labour market after the psychotherapy. The greatest change, however, was observed in the increased share of the group labelled "other status". The majority of subjects in this group, with an undefined status in the labour market, had previously been either unemployed or male students aged 16–18 years. By the end of 2004, a total of 17 persons in the target group had died.

Four out of five psychotherapy recipients, women more frequently than men, used prescription medication at the time their psychotherapy was implemented in 2001. The growth in the use of medication is mainly a result of the general increase in the use of psychopharmaceuticals, and in particular, antidepressants, from 1999 to 2001. In comparison with the baseline, the use of antidepressants decreased for both men and women after the psychotherapy. On the other hand, a slight increase was observed in the use of antipsychotic drugs, whose proportional share was, however, clearly smaller than that of antidepressants. The opposing trends in the use of antipsychotics and antidepressants reflect varying therapeutic needs. Psychiatric patients often require long-term antipsychotic medication, while the need for antidepressants is generally reduced after successful therapy. An overlapping use of psychopharmaceuticals was also observed; in most cases an antidepressant was used in combination with sleeping pills and/or antineurotic drugs.

As a result of the reduced use of antidepressants and generic substitution, the pharmaceutical expenditure decreased in the follow-up period, despite the growing costs of antipsychotic medication. For subjects using antineurotic drugs or sleeping pills, medication costs increased up to the year 2002 and then started to decrease.

Prior to the psychotherapy, the occurrence and, in particular for men, the duration of periods of daily sickness allowance was clearly higher in older age-groups. In the older age-groups, however, the occurrence of retirement with pension also increased as the follow-up progressed. After the psychotherapy, the proportion of those who received daily sickness allowance declined by nearly 10 percentage points by the year 2004. The decline was most apparent for longer periods of daily sickness allowance, i.e. those lasting over 60 days.

For part of the subjects, finding employment or commencing study was a realistic goal at the baseline. When their costs are calculated in relation to the number of persons actually employed, the costs for becoming employed are estimated as EUR 9,500 at the end of 2002 and as EUR 8,300 at the end of 2004. The costs of other rehabilitation measures for the psychotherapy recipients increase the average cost of employment by approximately EUR 800. When those who commenced study are included in the analysis, the estimated costs per person are approximately EUR 1,100–1,300 lower, depending on what is included in the costs and on the length of the follow-up period.

In terms of finding employment, the psychotherapeutic rehabilitation proved to be most efficient among men, in the oldest age-groups, among those with previous work experience or education at the baseline, as well as among those who had been on

psychopharmaceutical medication prior to the rehabilitation. From the viewpoint of psychotherapy, work and employment can be regarded both as a means and an end. The essential goal, however, is to improve the quality of life and well-being of persons undergoing rehabilitation. For instance, in the case of severely disabled individuals, the primary goals of psychotherapy as part of medical rehabilitation do not necessarily consist in achieving working ability or finding employment. Thus, the goals set for psychotherapy do not always take into account the requirements of future work or study, at least not in the initial phases of the psychotherapy. Various alternatives for implementing psychotherapy should thus be considered, especially when targeted towards children and adolescents.

## KIRJALLISUUS

Aromaa A; Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002.

Duodecim 2006. Psykoterapia. Konsensuslausuma 18.10.2006. Helsinki: Suomalainen lääkäri-seura Duodecim, Suomen Akatemia. Saatavissa: <<http://www.terveysportti.fi/terveysportti/Dlehti2.tunnista?a=Y&t=H&fname=duo96196.htm>>.

Ellilä H. Child and adolescent psychiatric inpatient care in Finland. University of Turku, Department of Child Psychiatry and Department of Nursing Science, Annales Universitatis Turkuensis D 758, 2007.

Eläketurvakeskus ja Kela 2006. Tilasto Suomen eläkkeensaajista 2005. Helsinki: Eläketurvakeskus ja Kansaneläkelaitos, SVT, Sosiaaliturva, 2006.

Gould R; Grönlund H; Korpiluoma R; ym. Miksi masennus vie eläkkeelle? Helsinki: Eläketurvakeskuksen raportteja 2007:1.

Gould R; Nyman H. Mielenterveys ja työkyvyttömyyseläkkeet. Helsinki: Eläketurvakeskuksen monisteita 50, 2004. Saatavissa: <<http://www.etk.fi/Binary.aspx?Section=42845&Item=20989>>.

Gould R; Härköpää K; Järvikoski A. Mielenterveysongelmat ja oikea-aikainen reagointi työeläkekuntoutuksen haasteina. Kuntoutus 2008 (1): 39–53.

Honkonen T; Virtanen M; Ahola K; et al. Employment status, mental disorders and service use in the working age population. Scand J Work Environ Health. 2007 Feb; 33 (1): 29–36.

Kehusmaa S; Mäki J. Kuntoutuksen taloudelliset vaikutukset. Tuki- ja liikuntaelinsairauden tai mielen-terveyshäiriön vuoksi kuntoutettujen terveysturva-etuudet Kelan rekistereissä. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 55, 2002.

Kela 1991. Kansaneläkelaitoksen sairausvakuutustilastot 1990. Helsinki: Kansaneläkelaitoksen julkaisu T11:2, 1991.

Kela 2001. Kansaneläkelaitoksen sairausvakuutus- ja perhe-etuustilasto 2000. Helsinki: Kansaneläkelaitoksen julkaisu T11:12, 2001.

Kela 2006. Kelan tilastollinen vuosikirja 2005. Helsinki: Kansaneläkelaitos, SVT, Sosiaaliturva, 2006.

Kela 2007a. Kelan kuntoutustilasto 2006. Helsinki: Kansaneläkelaitos, SVT, Sosiaaliturva, 2007.

Kela 2007b. Kela kuntouttaa. Psykoterapia. Saatavissa: <<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/301204150015KM?openDocument>>. [Päivitetty 21.5.2007; viitattu 30.5.2007.]



Kela 2007c. Psykoterapiaohje 7/2007. Saatavissa: <[http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/\(WWWAllDocsById\)/532F8C0364169A81C2257361002FE75E/\\$file/Laak\\_kuntout.pdf](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/(WWWAllDocsById)/532F8C0364169A81C2257361002FE75E/$file/Laak_kuntout.pdf)>. [Viitattu 1.10.2007.]

Kela 2008. Psykoterapiaa saaneiden määrä kasvoi 12 %. Tilastotiedote 12.3.2008. Saatavissa: <[http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/3\\_120308/\\$File/3\\_120308.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/3_120308/$File/3_120308.pdf?OpenElement)>.

Knekt P; Lindfors O, eds. A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders. Design, methods, and results on the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one-year follow-up. Helsinki: The Social Insurance Institution of Finland, Studies in social security and health 77, 2004.

Knekt P; Lindfors O; Laaksonen MA; Raitasalo R; Haaramo P; Järvikoski A. Effectiveness of short-term and long-term psychotherapy on work ability and functional capacity – a randomized clinical trial on depressive and anxiety disorders. *J Affect Disord.* 2007 Sep 3. Saatavissa: <<http://lib.bioinfo.pl/pmid:17804079>>.

Kristiansen IS; Gyrd-Hansen D. Cost-effectiveness analysis based on number-needed-to-treat: common sense or non-sense? *Health Economics* 2004; 13: 9–19.

Kunttu K; Huttunen T. Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2000. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 45, 2001.

L 15.7.2005/566. Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista.

Lehtinen V; Taipale V; Wahlbeck K; Pirkola S. Mental health work and psychiatric care. Julkaisussa: Koskinen S; Aromaa A; Huttunen J; Teperi J, eds. Health in Finland. Helsinki: KTL, Stakes, Ministry of Social Affairs and Health, 2006: 136–137.

Lehto M; Lindström K; Lönnqvist J; ym. Mielenterveyden häiriöt työkyvyttömyyseläkkeen syynä – ajatusia ehkäisystä, hoidosta ja kuntoutuksesta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005: 1.

Lind J; Aaltonen T; Halonen J-P; Klaukka T. Kelan kuntoutuksen vuonna 2002 päättäneet. Kuntoutujien rekisteriseuranta vuosina 2002–2004. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 74, 2007.

Lönnqvist J. Mental health problems. Julkaisussa: Koskinen S; Aromaa A; Huttunen J; Teperi J, eds. Health in Finland. Helsinki: KTL, Stakes, Ministry of Social Affairs and Health, 2006: 60–69.

Maljanen T. Psykoterapioiden taloudellisesta evaluoinnista. *Kuntoutus* 2003; 3: 29–40.

Pylkkänen K; Repo E. Palauttaako terapia menetetyn opiskelukyvyn? Opiskelukyky ja kuntoutus -projektin loppuraportti. Helsinki: Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia 42, 2006.

Raitasalo R; Maaniemi K. Mielenterveyden häiriöiden aiheuttamat haitat kasvaneet. Kelan teemakatsauksia. Saatavissa: <[http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/tk150306/\\$File/TK\\_15\\_03\\_06\\_Mielenterveyden\\_hairioiden\\_maaniemi\\_raitasalo.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/tk150306/$File/TK_15_03_06_Mielenterveyden_hairioiden_maaniemi_raitasalo.pdf?OpenElement)>. [Päivitetty 15.3.2006; viitattu 30.5.2007.]

Repo E; Hukkamäki R; Melkas T; ym. Psykoterapia kuntoutuksena. Lääkärintilaisuuksien laadun arviointi. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 58, 2003.

SAS Institute 2003. SAS/STAT software: Categorical Data Analysis. Cary, NC, USA.

Sintonen H; Pekurinen M. Terveystaloustiede. Helsinki: WSOY, 2006.

Stakes 1999. Tautiluokitus ICD-10 1999 OID=1.2.246.537.6.1. [Verkkodokumentti, päivitetty 13.7.2007.]

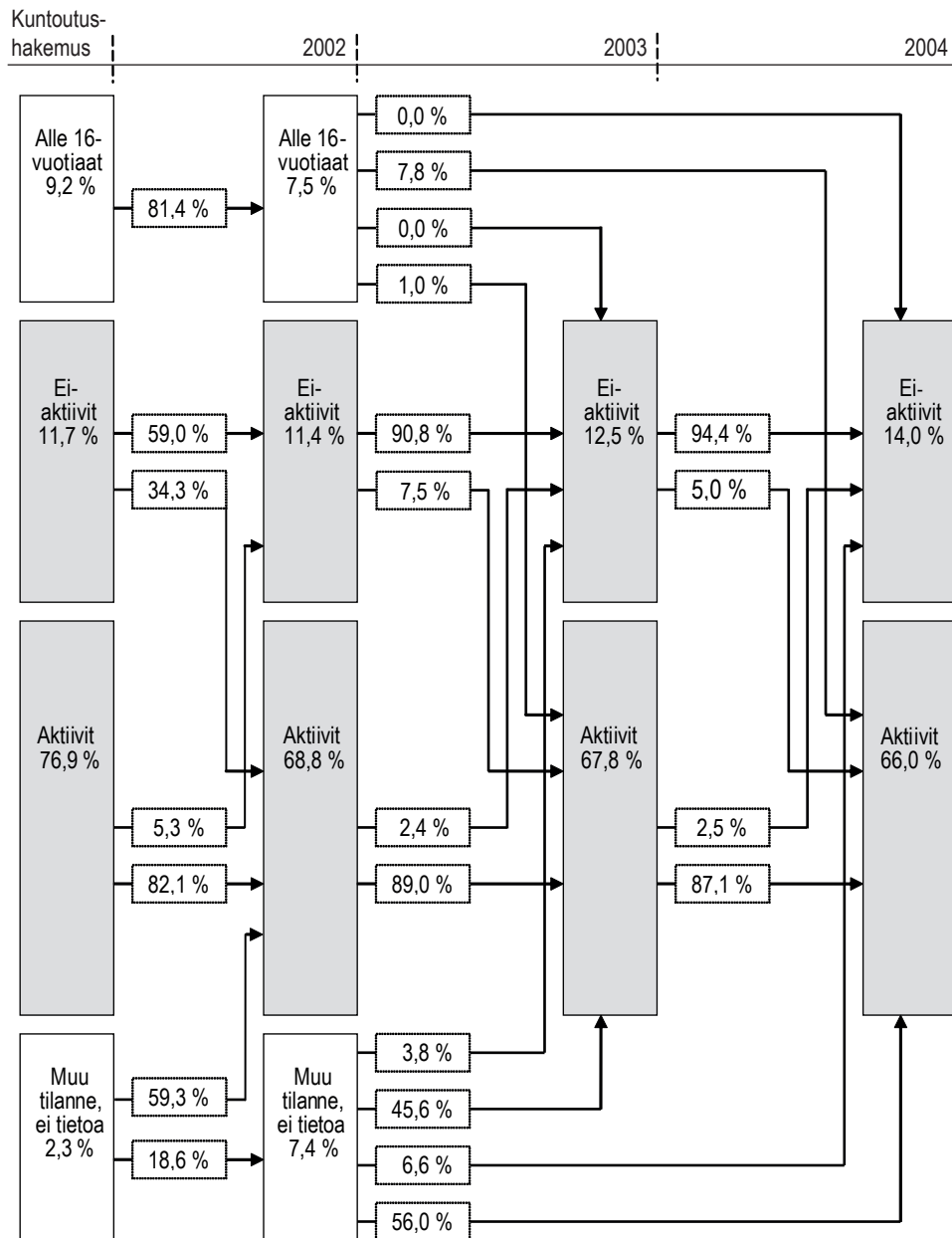
STM 2003. Julkisella terveydenhuollolla vastuu psykiatrisesta kuntoutuksesta. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tiedote 332/2003, 14.11.2003.

STM 2007a. Päihdeongelmaisen masennuksen tunnistamiseen ja hoitoon uusia menetelmiä. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tiedote 241/2007, 28.8.2007. Saatavissa: <<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/12403/index.htm>>.

STM 2007b. MASTO-hankkeella vähennetään yhteisvoimin masennuksesta johtuvaa työkyvyttömyyttä. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tiedote 340/2007, 26.10.2007. Saatavissa: <<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/13096/index.htm>>.

TM 2007. Selvityshenkilö kartoittamaan mielenterveyskuntoutujien mahdollisuuksia palata työelämään. Työministeriö. Tiedote 20.8.2007. Saatavissa: <[http://www.mol.fi/mol/fi/06\\_tyoministerio/05\\_tiedotteet/2007-08-20-01/index.jsp](http://www.mol.fi/mol/fi/06_tyoministerio/05_tiedotteet/2007-08-20-01/index.jsp)>.

**Liite.** Psykoterapiakuntoutujien työmarkkina-aseman muutokset kuntoutushakemuksen ajankohdasta vuoteen 2002, 2003 ja 2004<sup>a</sup>.



<sup>a</sup> Työmarkkina-aseman muutosten tarkastelu kohdistuu aktiivien ja ei-aktiivien ryhmien muodostumiseen. Vuosittaisista muutoksista puuttuvat siten ryhmään "muu tilanne, ei tietoa" suuntautuneet virrat ja niitä kuvaavat prosenttiosuudet.

## VIIMEISIMMÄT KELAN SOSIAALI- JA TERVEYSTURVAN TUTKIMUKSET

- 94 **Ahponen H.** Vaikeavammaisen nuoren aikuistuminen. Yksilöllinen ja erilainen elämäntilanne. 2008. ISBN 978-951-669-766-9 (nid.), ISBN 978-951-669-767-6 (pdf).
- 93 **Paltamaa J.** Assessment of physical functioning in ambulatory persons with multiple sclerosis. Aspects of reliability, responsiveness, and clinical usefulness in the ICF framework. 2008. ISBN 978-951-669-764-5 (print), ISBN 978-951-669-765-2 (pdf).
- 92 **Airio I.** Change of norm? – In-work poverty in a comparative perspective. 2008. ISBN 978-951-669-762-1 (print), ISBN 978-951-669-763-8 (pdf).
- 91 **Salokangas RKR ym.** Psykoosille altis potilas. 2007. ISBN 978-951-669-757-7 (nid.), ISBN 978-951-669-758-4 (pdf).
- 90 **Kallioma-Puha L.** Vanhoille ja sairaille sopivaa? Omaishoitosopimus hoivan instrumenttina. 2007. ISBN 978-951-669-753-9 (nid.), 978-951-669-754-6 (pdf).
- 89 **Forma P, Kallio J, Pirttilä J, Uusitalo R.** Kuinka hyvinvointivaltio pelastetaan? Tutkimus kansalaisten sosiaaliturvaa koskevista mielipiteistä ja valinnoista. 2007. ISBN 978-951-669-751-5 (nid.), 978-951-669-752-2 (pdf).
- 88 **Hämäläinen H, Röberg M.** Kokonaisvaltainen katse sydänkuntoutukseen. 2007. ISBN 978-951-669-747-8 (nid.), 978-951-669-748-5 (pdf).
- 87 **Hämäläinen U, Juutilainen V-P, Hellsten K.** Lukiolaisten ja ammatillista perustutkintoa suorittavien elämäntilanne ja toimeentulo. 2007. ISBN 978-951-669-742-3 (nid.), 978-951-669-743-0 (pdf).
- 86 **Raitasalo R.** Mielialakysely. Suomen oloihin Beckin lyhyen depressio-kyselyn pohjalta kehitetty masennusoireilun ja itsetunnon kysely. 2007. ISBN 978-951-669-738-6 (nid.), ISBN 978-951-669-739-3 (pdf).
- 85 **Helin-Salmivaara A.** Non-steroidal anti-inflammatory drugs in Finland. Pharmacoepidemiology study with emphasis on serious adverse events. 2007. ISBN 978-951-669-735-5.