

Jouko Lind

**Kelan mielenterveyskuntoutuksessa olleiden lasten ja
nuorten psyykenlääkkeiden käyttö ja kuntoutuminen**
Rekisteriselvitys vuosilta 2000–2006

Kirjoittaja

Jouko Lind, johtava tutkija, VTT
Kelan tutkimusosasto
etunimi.sukunimi@kela.fi

© Kirjoittaja ja Kelan tutkimusosasto

Nettityöpapereita-sarjan julkaisut ovat keskustelun avauksia tai alustavia tutkimusraportteja.

www.kela.fi/tutkimus

Toinen, korjattu painos
Helsinki 2011

SISÄLTÖ

1	Tausta ja toteutus	4
2	Aineisto ja menetelmät.....	5
3	Tulokset.....	6
3.1	Lasten ja nuorten mielenterveyskuntoutujien kohderyhmä	6
3.2	Psykykläkkeiden käytön yleisyys	9
3.3	Psykykläkkeiden käytön pysyvyys.....	13
4	Psykykläkkeiden käyttö ja kuntoutuksen jälkeinen opiskelu- ja työtilanne	14
5	Yhteenveto ja päätelmät.....	15
	Lähteet	16

1 Tausta ja toteutus

Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöihin liittyvät haitat työ- ja toimintakyvyille ovat lisääntyneet viime vuosina kaikissa ikäluokissa (Raitasalo ja Maaniemi 2007a; Raitasalo ja Maaniemi 2007b). Korkeakouluopiskelijoista noin joka neljäs kokee mielenterveyteen liittyviä psyykkisiä vaikeuksia (Kunttu ja Huttunen 2009). Nuorten psyykenlääkkeiden, erityisesti masennuslääkkeiden käyttö on kasvanut: ajanjaksolla 1997–2007 ainakin yhtä psyykenlääkettä käyttäneiden määrä on lähes kolminkertaistunut (Autti-Rämö ym. 2009). Lasten psykiatristen oireiden esiintymisestä eri aikakausina on esitetty ristiriitaisia arvioita (Tuori ym. 2006; Santalahti ja Sourander 2008).

Kelan kuntoutuspalveluja saaneiden määrä on kasvanut kolmanneksen 1990-luvun puolivälin jälkeen. Vastaavana aikana mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi Kelan kuntoutusta saaneiden osuus on kolminkertaistunut. Alle 25-vuotiaiden kuntoutujien osuus on kasvanut vuodesta 1996 vuoteen 2009 18 %:sta 23 %:iin. Samanaikaisesti mielenterveyskuntoutujien osuus on kasvanut alle 16-vuotiaiden ikäluokassa 30 %:sta 57 %:iin ja 16–24-vuotiaiden ikäluokassa 34 %:sta 70 %:iin. Koko väestön tasolla eri eläkejärjestelmistä työkyvyttömyyseläkettä vuosina 1996–2009 mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriön perusteella saaneiden osuus on kasvanut 34 %:sta 45 %:iin. (Kela 1997; Kela 2010a.) Tapahtuneet muutokset heijastavat paitsi mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden ilmenemistä myös lainsäädännön sekä hoito- ja kuntoutuskäytännön muutoksia.

Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöissä keskeinen Kelan kuntoutusmuoto on psykoterapia. Sen tavoitteena on parantaa tai palauttaa kuntoutujan työ- tai opiskelukykyä työssä pysymisen, työhön paluun tai työhön siirtymisen tukemiseksi. Toteutukseltaan psykoterapia voi olla yksilö- tai ryhmäterapiaa tai myös perhe-, kuvataide- tai musiikkiterapiaa. Psykoterapian edellytyksenä on mielenterveyden häiriön aiheuttama uhka työ- tai opiskelukyvylle ja diagnoosin teon jälkeen vähintään kolmen kuukauden pituinen asianmukainen hoito ennen kuntoutuksen hakemista. Lisäksi edellytetään muiden hoito- ja kuntoutusmuotojen mahdollisuuksien selvittämistä sekä hoitosuhdetta psykiatriin, jos kuntoutusta edeltävää hoitoa on antanut muu kuin psykiatri. Psykoterapiaa tuetaan kuntoutuksena enintään kolmen vuoden ajan ja enintään 200 kertaa. (L 2005/566.) Etenkin vaikeissa ja psykoottisissa depressioissa psykoterapiaan liittyy usein lääkehoito (Käypä hoito 2010).

Nuorten ikäryhmässä psykoterapiaa myönnetään harkinnanvaraisena, vuoden 2011 alusta lukien 16–25-vuotiaille Kelan järjestämistä vastuuun piiriin kuuluvana kuntoutuksena (Kela 2010b). Lasten psykoterapiasta vastaa julkinen terveydenhuolto, Kela on toteuttanut alle 16-vuotiaille lapsille perhekuntoutusta kehittämishankkeina (muun muassa Linnakangas ym. 2010). Kuntoutuspsykoter-

pian lisäksi Kela järjestää myös muita kuntoutustoimenpiteitä henkilöille, joilla mielenterveyden ja/tai käyttäytymisen häiriö aiheuttaa kuntoutuksen tarvetta.

Julkisuudessa on esiintynyt erilaisia näkemyksiä lääkehoidon yhteensovittamisesta Kelan toteuttaman lasten ja nuorten kuntoutuspsykoterapian kanssa. Tässä selvityksessä, joka perustuu Kelan kuntoutuksen vuonna 2003 päättäneiden rekisteriseurantaan (Lind ym. 2009), kuvataan mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden perusteella Kelan toteuttamassa kuntoutuksessa olleiden hakemusajankohtana alle 16-vuotiaiden lasten ja 16–25-vuotiaiden nuorten sairausvakuutuksesta korvattujen psyykenlääkkeiden käytön yleisyyttä ja jatkuvuutta vuosina 2000–2006. Psyykenlääkkeiden käytön muutosten tarkastelu painottuu kuntoutukseen hakeutuessa 16 vuotta täyttäneisiin nuoriin. Nuorten kuntoutumista tarkastellaan opiskelu- ja työtilanteen muutosten perusteella.

2 Aineisto ja menetelmät

Alkuperäinen kohderyhmä koostui 3661 henkilöstä (2005 poikaa/miestä, 1656 tyttöä/naista), jotka olivat kuntoutuksen alkaessa 25-vuotiaita tai nuorempia ja joilla kuntoutushakemuksen ensimmäinen diagnoosi oli mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriö (F00-F99; ICD-10), ja joilla Kelan kuntoutusrekisterissä oli merkintä toteutetusta toimenpiteestä vuonna 2003 mutta ei enää vuonna 2004 (Lind ym. 2009). Vuoteen 2006 ulottuneen seurantajakson aikana kohderyhmään kuuluneista oli kuollut 25 henkilöä, joten tarkasteluun tuli 3636 henkilöä (1988 poikaa/miestä, 1648 tyttöä/naista). Kuntoutuja määriteltiin psyykenlääkkeen käyttäjäksi, jos hänellä oli Kelan reseptitiedostossa korvaus ko. vuotena psykoosilääkkeestä (ATC -luokka N05A), neuroosilääkkeestä (N05B), unilääkkeestä (N05C) tai masennuslääkkeestä (N06A). Neuroosi- ja unilääkkeitä on tarkasteltu myös yhtenä ryhmänä. Kelan rekisterit sisältävät vain sairausvakuutuksen korvaamat lääkeostot, joten ne eivät sisällä esimerkiksi sairaalahoidon aikaista lääkitystä. Kuntoutumista on arvioitu hakemusajankohdan mennessä 16 vuotta täyttäneiden kuntoutusta edeltäneen ja seuranta-ajankohdan opiskelu- ja työtilanteen mukaan.

Tarkastelussa luokkamuuttujien ryhmien väliset vertailut on suoritettu χ^2 -testillä ja jatkuvien muuttujien ryhmien väliset vertailut kahden otoksen t-testillä. Kuntoutuksen alkaessa alle 16-vuotiaiden psyykenlääkkeiden käytön vähäisyydestä johtuen lääkkeiden ajoittaista, ei joka vuosi toteutunutta psyykenlääkkeiden käyttöä samoin kuin pitkäaikaista, joka vuosi toteutunutta psyykenlääkkeiden käyttöä tarkastellaan vain tätä vanhempien osalta, samoin lääkkeiden käytön sekä opiskelu- ja työtilanteen välistä yhteyttä.

3 Tulokset

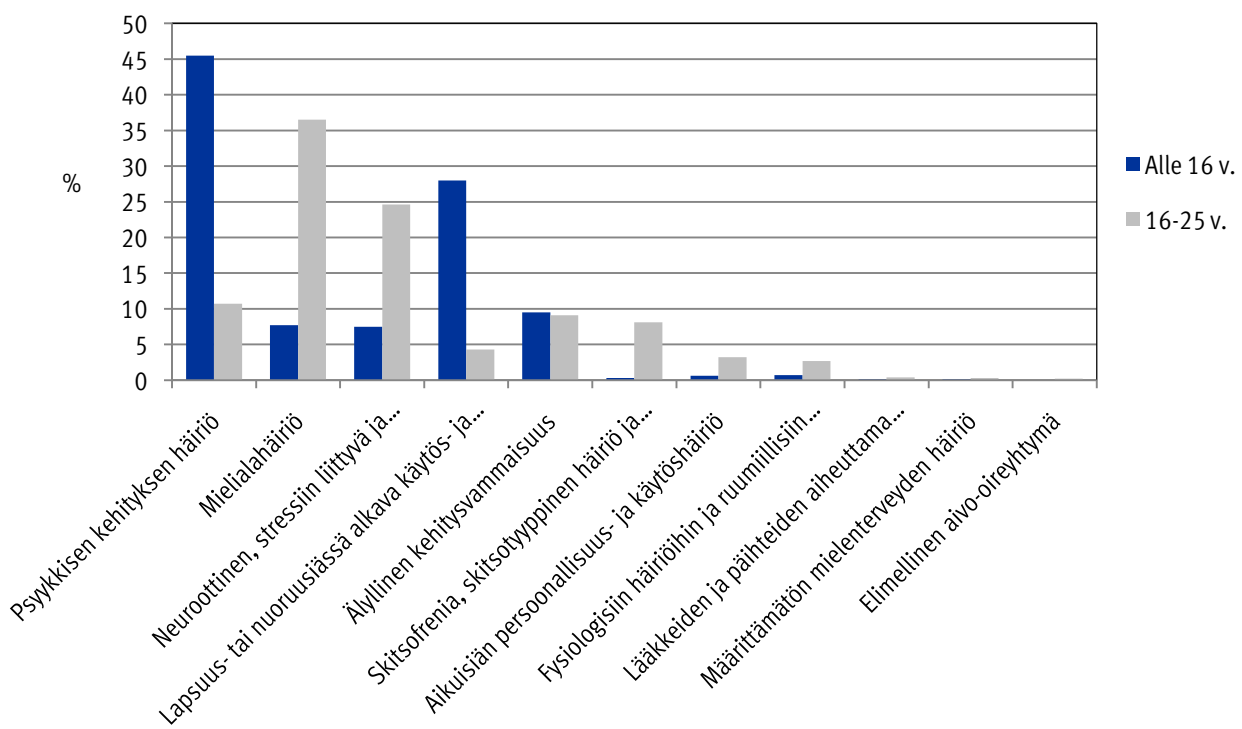
3.1 Lasten ja nuorten mielenterveyskuntoutujien kohderyhmä

Kuntoutukseen hakeutuessa kohderyhmään kuuluneista lähes joka toinen oli alle 16-vuotias (ks. taulukko, s. 7). Alle kouluikäisten kuten myös alle 16-vuotiaiden poikien osuus oli kaksi kertaa suurempi kuin tyttöjen. Alle 16-vuotiaiden poikien keski-ikä oli siten matalampi kuin tyttöjen (9,4 v. vs. 9,9 v.; $p = 0,003$), samoin 16 vuotta täyttäneiden (20,1 v. vs. 20,8 v.; $p < 0,001$).

Kaksi kolmesta 16 vuotta täyttäneestä oli opiskelijoita, ja miehistä 14 % sekä naisista 17 % kuului työvoimaan joko työllisenä tai työttömänä (taulukko). Opiskelijat olivat vuoden nuorempia kuin muut kohderyhmään kuuluneet 16 vuotta täyttäneet. Työkyvyttömänä, usein pitkällä sairauspäivärahaudella olleiden työkyvyttömyyseläkkeellä (kuntoutustuella) olleiden miesten osuus oli kaksinkertainen naisten vastaavaan osuuteen verrattuna.

Yleisimmät mielenterveyden diagnoosit olivat miehillä psyykkisen kehityksen häiriöt ja naisilla mielialahäiriöt (taulukko). Yhteensä kyseiset diagnoosit muodostivat puolet kaikista mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöistä. Diagnoosit heijastavat kuntoutujien ikää: alle 16-vuotiailla korostuvat nuorille tyypilliset mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt, kun taas vanhemmassa ikäryhmässä on mukana myös myöhemmällä iällä esiintyviä sairauksia (kuvio 1).

Kuvio 1. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriön diagnoosi kuntoutujan iän mukaan.



Taulukko. Taustatietoja kohderyhmästä, %.

	Miehet (n = 1 988)	Naiset (n = 1 648)	Kaikki (n = 3 636)
Hakeutumisaikajankohdan ikä ja työtilanne^a	<u>100</u>	<u>100</u>	<u>100</u>
–6-vuotiaat	14	6	10
7–15-vuotiaat	48	24	37
16–25-vuotiaat	38	70	53
– opiskelija	64	70	68
– työllinen	5	10	8
– työtön	9	7	8
– työkyvytön	6	4	5
– eläkkeellä	14	6	9
– perheenäiti/-isä	0	1	1
– muu työtilanne	2	2	2
16–25-vuotiaat yhteensä	<u>100</u>	<u>100</u>	<u>100</u>
Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriön diagnoosi^b	<u>100</u>	<u>100</u>	<u>100</u>
Psykkisen kehityksen häiriö (F80–F89)	38	14	27
Mielialahäiriö (F30–F39)	14	34	23
Neuroottinen, stressiin liittyvä ja somatoforminen häiriö (F40–F48)	10	24	17
Lapsuus- tai nuoruusiässä alkava käytös- ja tunnehäiriö (F90–F98)	20	10	16
Älyllinen kehitysvammaisuus (F70–F79)	10	8	9
Skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriö (F20–F29)	5	4	4
Aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriö (F60–F69)	2	2	2
Fysiologisiin häiriöihin ja ruumiillisiin tekijöihin liittyvä käyttäytymisoireyhtymä (F50–F59)	0	4	2
Lääkkeiden ja päihteiden aiheuttama elimellinen aivo-oireyhtymä ja käyttäytymisen häiriö (F10–F19)	0	0	0
Määrittämätön mielenterveyden häiriö (F99)	0	0	0
Elimellinen aivo-oireyhtymä (F00–F09)	0	0	0
Ensisijainen kuntoutustoimenpide^c	<u>100</u>	<u>100</u>	<u>100</u>
Kehittämis- ja kokeilutoiminta	35	61	47
Ammattikoulutus	11	8	9
Toimintaterapia	12	4	8
Puheterapia	11	5	8
Psykoterapia	6	8	7
Sopeutumisvalmennuskurssi	8	3	6
Musiikkiterapia	4	2	3
Muu toimenpide	13	10	12
Kuntoutuksen lakiperuste^d	<u>100</u>	<u>100</u>	<u>100</u>
Vajaakuntoisten ammatillinen kuntoutus	19	13	16
Vaikeavammaisten lääkinällinen kuntoutus	38	16	28
Muu ammatillinen ja lääkinällinen kuntoutus	43	71	56

^a χ^2 [–15-vuotiaat, 16–25-vuotiaat]; miehet vs. naiset $p < 0,001$, $df = 1$. χ^2 [16–25-vuotiaat: työtilanne]; miehet vs. naiset $p < 0,001$, $df = 6$.

^b χ^2 miehet vs. naiset $p < 0,001$, $df = 10$.

^c χ^2 miehet vs. naiset $p < 0,001$, $df = 7$.

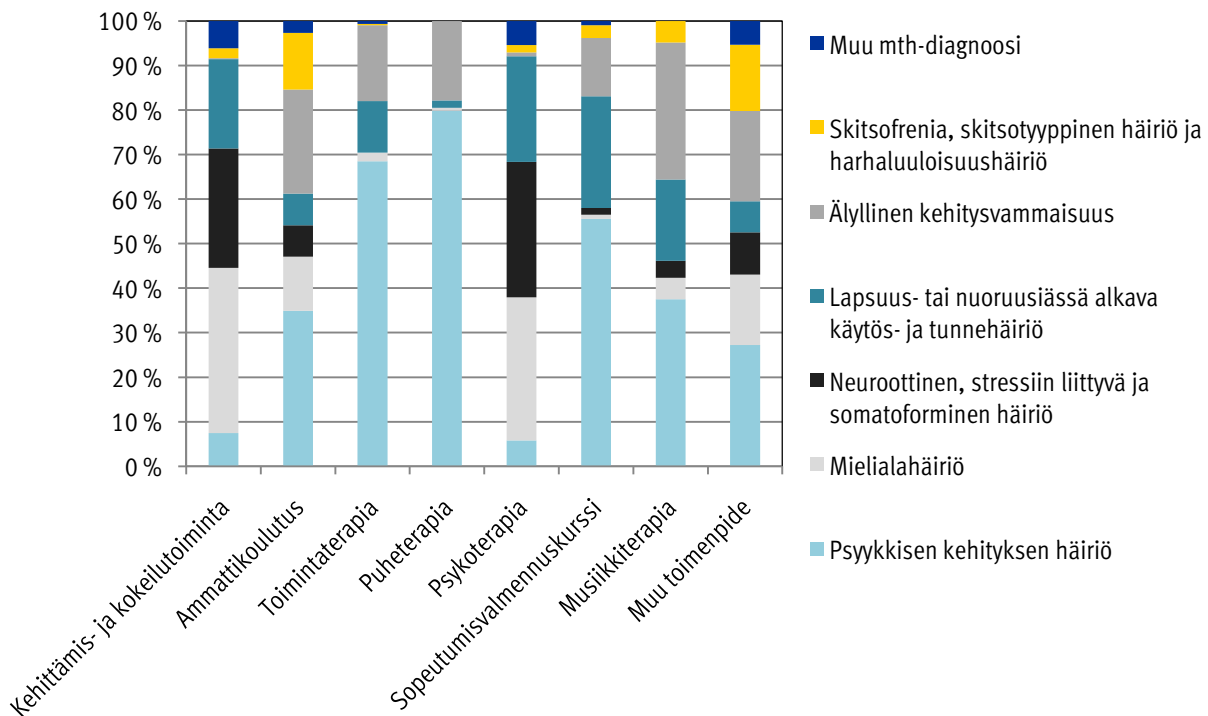
^d χ^2 miehet vs. naiset $p < 0,001$, $df = 2$.

Alle 16-vuotiaiden poikien suuresta osuudesta johtuen tarkasteltavista diagnooseista lapsuus- tai nuoruusiässä alkavat käytös- ja tunnehäiriöt olivat miehillä toiseksi yleisin diagnoosiluokka, naisilla neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt, jotka olivat kaksi kertaa yleisempiä kuin miehillä. Osittain tämän seurauksena miehillä vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen osuus oli suurempi kuin naisten keskuudessa (taulukko).

Kuntoutustoimenpiteistä lähes puolet oli ollut Kelan toteuttamaa kehittämis- ja kokeilutoimintaa (mielenterveyskursseja), tytöillä ja naisilla useammin kuin pojilla ja miehillä, joilla toimintaterapian, puheterapian ja musiikkiterapian sekä sopeutumisvalmennuskurssien osuudet olivat vastaavasti suurempia¹ (taulukko).

Kehittämis- ja kokeilutoiminta – joka oli yleensä harkinnanvaraista kuntoutusta – painottui usein samoihin diagnooseihin kuin psykoterapia: mielialahäiriöihin, neuroottisiin, stressiin liittyviin ja somatoformisiin häiriöihin, lapsuus- tai nuoruusiässä alkaviin käytös- ja tunnehäiriöihin (kuvio 2).

Kuvio 2. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriön diagnoosi ensisijaisen kuntoutustoimenpiteen mukaan.



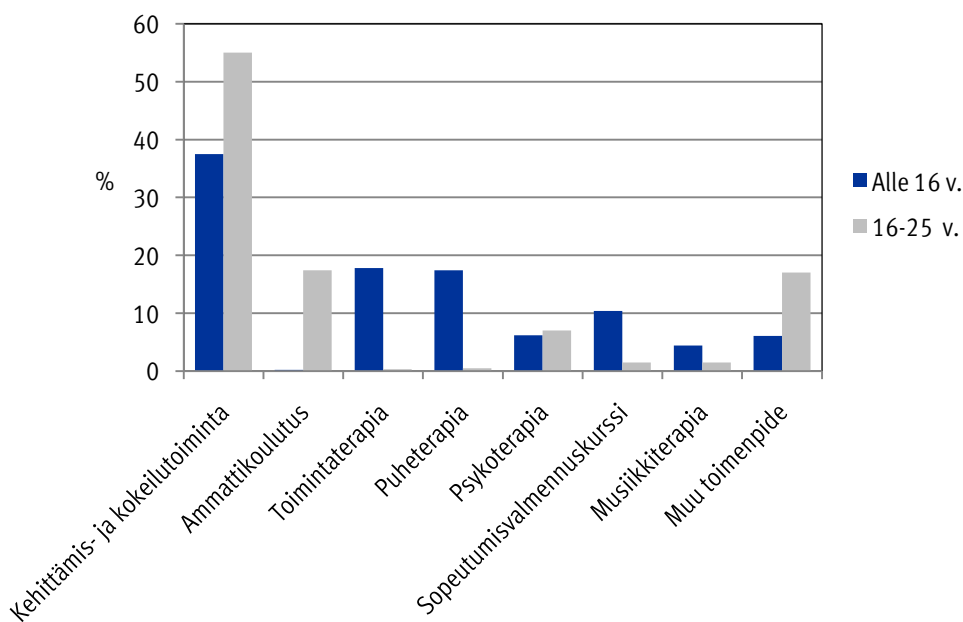
¹ Vuonna 2003 kaikista Kelan kuntoutuksen kehittämis- ja kokeilutoimintaan osallistuneista lasten ja nuorten psykiatrisen kuntoutuksen (LN -terapia, LN -osahankkeet) osuus oli 64 % ja alle 25-vuotiaiden osuus lasten ja nuorten psykiatrisesta kuntoutuksesta 84 % (Kela 2004).

Toimintaterapiassa, puheterapiassa ja sopeutumisvalmennuskursseilla olleilla – yleensä alle 16-vuotiailla (kuvio 3) – korostuivat psyykkisen kehityksen häiriöt. Alle 16-vuotiaiden poikien osuus oli selvästi suurempi kuin tyttöjen osuus psykoterapiassa (72 % vs. 21 %) sekä kehittämis- ja kokeilutoiminnassa (59 % vs. 24 %).

Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriö merkitsi usein monien sairauksien olemassaoloa: kolmasosalla (31 %) oli vähintään yksi lisäsairaus. Myös se oli usein (73 %) mielenterveysdiagnoosi: 16 vuotta täyttäneillä useammin kuin nuoremmilla (83 % vs. 61 %; $p < 0,001$, $df = 1$) ja alle 6-vuotiailla pojilla jonkin verran useammin kuin vastaavan ikäisillä tytöillä (64 % vs. 55 %; $p = 0,057$, $df = 1$).

Sairauksista aiheutuva haitta tuli esille muun muassa kuntoutujien saamissa terveysturvaetuksissa. Kuntoutuksen päättymisvuotena 2003 lapsen hoitotukea (lapsen vammaistuki) sai 87 % pojista ja 79 % tytöistä sekä vammaistukea (aikuisen vammaistuki) 11 % miehistä ja 5 % naisista. Kuntoutusrahaa 16 vuotta täyttäneistä sai 12 % (miehet 17 %, naiset 9 %).

Kuvio 3. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriön ensisijaiset toimenpiteet kuntoutujan iän mukaan.

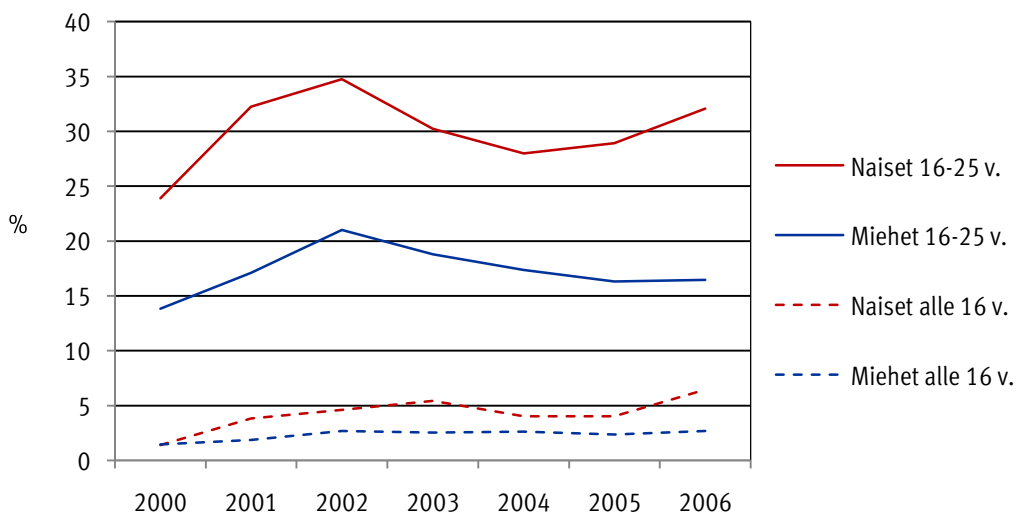


3.2 Psykykläkkeiden käytön yleisyys

Kuntoutukseen hakeutuessa 16 vuotta täyttäneistä 42 % (miehet 27 %, naiset 53 %; $p < 0,001$) oli käyttänyt psykykläkkeitä ainakin jonakin tarkasteluajanjakson vuotena (v. 2000–2006) ja 8 % alle 16-vuotiaista (pojat 6 %, tytöt 11 %; $p < 0,001$). Vuonna 2000 psykykläkitys oli 20 %:lla 16-vuotiaista ja sitä vanhemmista ja vuonna 2002, jolloin lääkkeitä käyttäneiden osuus oli korkeimmil-

laan, lähes joka kolmannella (29 %; miehet 21 %, naiset 35 %). Tämän jälkeen, kuntoutuksen päätyttyä psyykenlääkkeitä käyttäneiden osuudet pienenevät, naisten jyrkemmin kuin miesten (kuvio 4). Tarkasteluajanjakson (v. 2000–2006) loppupuolella lääkkeitä käyttäneiden osuudet alkoivat jälleen kasvaa, naisilla selvemmin kuin miehillä ollen vuonna 2006 lähes samalla tasolla kuin ennen kuntoutusta. Yhtenä syynä tähän on todennäköisesti ollut vuonna 2006 toteutettu lääkekorvausjärjestelmän muutos: tällöin luovuttiin kiinteistä omavastuista, mistä syystä reseptitiedostoon kertyi aiempaa enemmän lääkkeitä. Ennen vuotta 2006 kaikkein halvimmat lääkkeitä saattoivat jäädä kiinteään omavastuun vuoksi korvaamatta eivätkä siten tallentuneet myöskään reseptitiedostoon. Naisilla psyykenlääkkeet olivat koko seuranta-ajanjakson yleisempiä kuin miehillä.

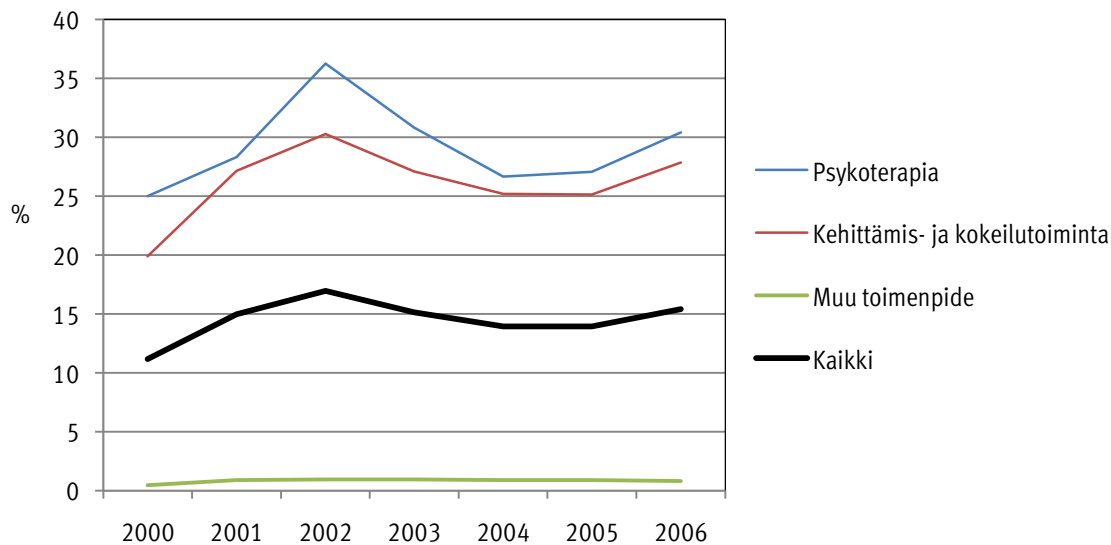
Kuvio 4. Psyykenlääkkeiden käytön prevalenssi vuosina 2000–2006 sukupuolen ja kuntoutujan iän mukaan.



Alle 16-vuotiaiden lasten psyykenlääkkeiden käyttö oli vähäistä verrattuna 16 vuotta täyttäneisiin; esimerkiksi vuonna 2002 pojista psyykenlääkkeitä käytti 3 % ja tytöistä 5 %. Alle 16-vuotiaiden poikien psyykenlääkkeiden käyttö ja siinä tapahtuneet muutokset kuntoutuksen päätyttyä olivat vähäisiä tyttöihin verrattuna. (Kuvio 4.)

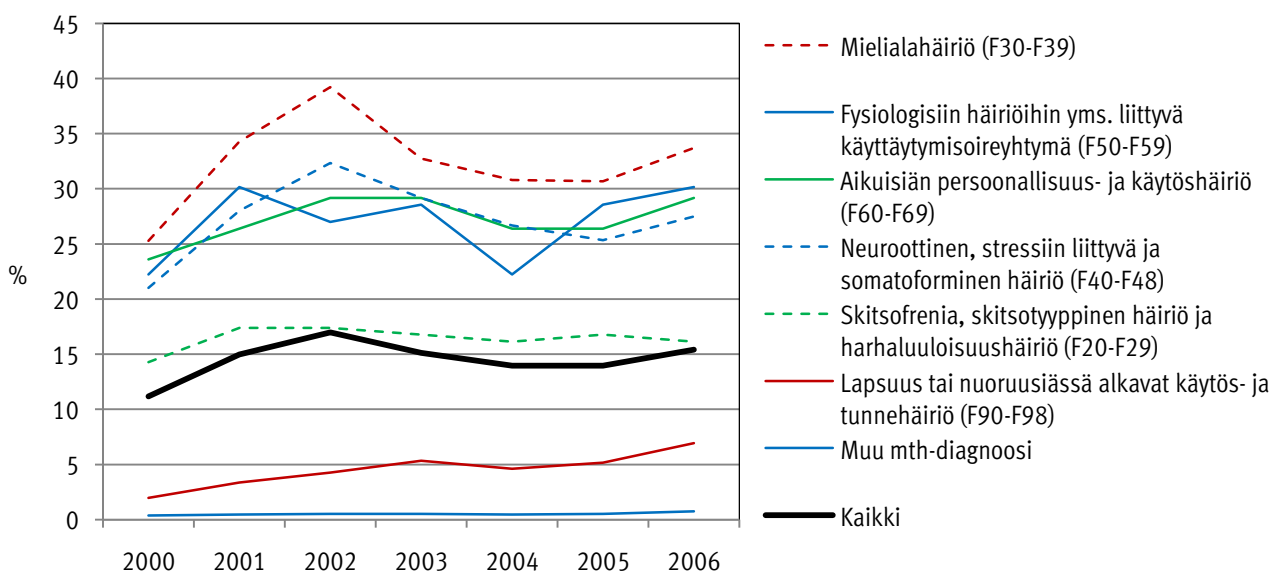
Psykoteraapiaan usein liittyvän lääkehoidon lisäksi psyykenlääkkeiden käyttö koko kohderyhmässä oli keskimääräistä yleisempää niiden keskuudessa, jotka olivat saaneet kuntoutusta Kelan kehittämis- ja kokeilutoimintana (kuvio 5). Näissä kuntoutustoimenpiteissä ilmeni huomattavaa lääkkeiden käytön lisäystä ennen kuntoutuksen päättymistä, mutta myös vähenemistä kuntoutuksen jälkeen.

Kuvio 5. Psykenlääkkeiden käytön prevalenssi vuosina 2000–2006 kuntoutustoimenpiteen mukaan.



Seuranta-ajan loppupuolella lääkkeiden käyttö alkoi jälleen kasvaa. Yksittäisistä diagnooseista useimmin psykenlääkitys oli ollut niillä, joilla oli mielialahäiriö. Heillä myös lääkkeiden käyttö oli yleistynyt selvimmin kuntoutusvaiheessa (kuvio 6). Tarkastelu ei sisällä mahdollisen sairaalahoidon aikana toteutettua lääkitystä.

Kuvio 6. Psykenlääkkeiden käytön prevalenssi vuosina 2000–2006 diagnoosin mukaan.



Eri lääkeryhmien käytön yleisyys heijastelee mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden diagnoosien esiintyvyyttä. Vuonna 2002, jolloin psykenlääkkeitä käyttäneiden osuudet olivat korkeimmillaan, 16 vuotta täyttäneistä miehistä lähes joka viides ja naisista joka kolmas oli käyttänyt masennuslääkkeitä:

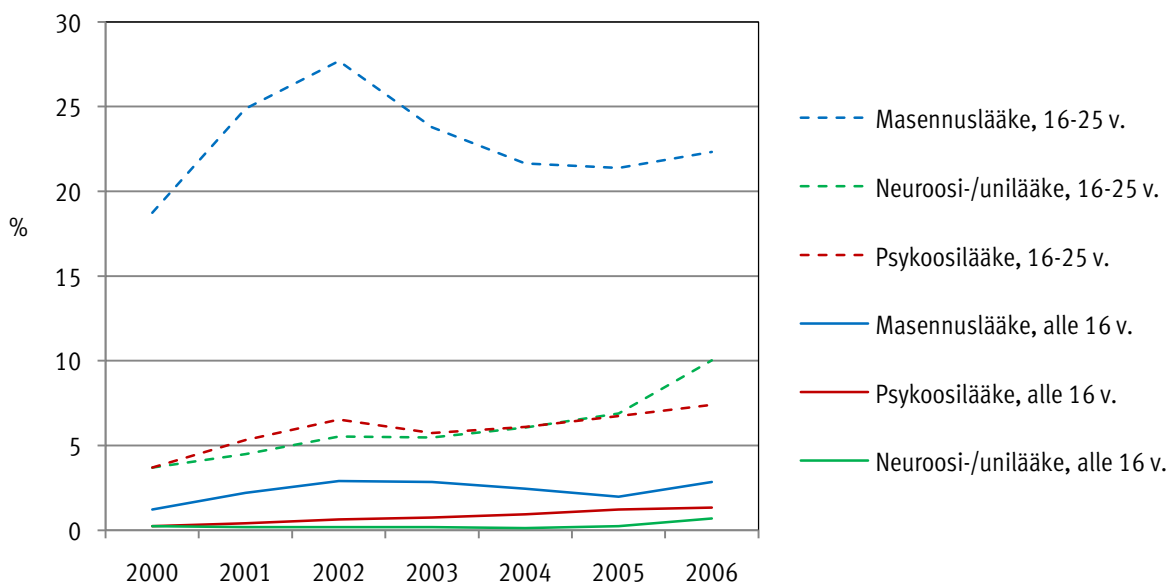
	<i>miehet</i>	<i>naiset</i>
masennuslääke	18 %	33 %
psykoosilääke	6 %	6 %
neuroosi-/unilääke	4 %	6 %
– neuroosilääke	3 %	5 %
– unilääke	1 %	2 %

Etenkin unilääkkeiden ja neuroosilääkkeiden käyttöön liittyi usein päällekkäisyyttä ja muiden psykenlääkkeiden käyttöä. Sen sijaan masennuslääkkeitä käyttäneillä oli harvoin muita psykenlääkkeitä.

Suurimmista mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden diagnooseista (taulukko, s. 7) psykenlääkkeiden käyttö oli ollut yleisintä mielialahäiriöissä (62 %) sekä neuroottisissa, stressiin liittyvissä ja somatoformisissa häiriöissä (56 %). Kuntoutuksen päättyessä etenkin masennuslääkkeitä käyttäneiden määrä pieneni verrattuna edeltäneeseen vuoteen 2002 ($p < 0,001$; kuvio 7).

Neuroosi-/unilääkkeiden käytössä ilmeni kasvua koko seuranta-ajan, mutta erityisesti vuodesta 2005 vuoteen 2006 ($p < 0,001$), myös alle 16-vuotiaiden keskuudessa ($p = 0,004$).

Kuvio 7. Psykenlääkkeiden käytön prevalenssi vuosina 2000–2006 lääkkeen käyttötarkoituksen ja kuntoutujan iän mukaan.



3.3 Psykenlääkkeiden käytön pysyvyys

Ajoittainen käyttö. Kaikista kohderyhmään kuuluneista 26 % oli käyttänyt ajanjaksolla 2000–2006 jotakin psykenlääkettä, naiset useammin kuin miehet (40 % vs. 14 %; $p < 0,001$, $df = 1$). Psykenlääkitys oli ollut useimmin niillä, joiden mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriön diagnoosi oli fysiologisiin häiriöihin ja ruumiillisiin tekijöihin liittyvä käyttäytymisoireyhtymä (57 %), mielialahäiriö (56 %), neuroottinen, stressiin liittyvä häiriö (48 %) tai aikuisiän persoonallisuus- ja käyttäytymishäiriö (42 %). Näissä diagnooseissa kuntoutukseen hakeutuessa 16 vuotta täyttäneiden osuus vaihteli 79 ja 86 %:n välillä. Lapsuus- tai nuoruusiässä alkavalla käytös- ja tunnehäiriön diagnoosilla olleista 13 %:lla ja psyykkisen kehityksen häiriön diagnoosilla olleista 1 %:lla oli ollut psykenlääkitys – näissä diagnooseissa suurin osa (85 % ja 79 %) oli ollut kuntoutukseen hakeutuessa alle 16-vuotiaita.

Ennen kuntoutuksen päättymistä (v. 2003) psykenlääkkeitä käyttäneistä 16 vuotta täyttäneistä 28 % ei ollut käyttänyt niitä enää kuntoutuksen jälkeen vuosina 2004–2006 ($p < 0,001$, $df = 1$). Vastaavasti ennen kuntoutuksen päättymistä psykenlääkkeitä käyttämättömistä ko. ikäisistä 5 %:lla (miehet 2 %, naiset 8 %) oli ollut jossakin vaiheessa lääkitys kuntoutuksen jälkeen. Tapahtuneet muutokset tulivat esille ennen kaikkea mielialahäiriöissä sekä neuroottisissa, stressiin liittyvissä ja somatoformisissa häiriöissä (vrt. kuvio 4). Psykenlääkkeitä ajoittaisesti, ei joka vuosi ajanjaksolla 2004–2006 kuntoutuksen jälkeen käyttäneiden osuus verrattuna kuntoutuksen päättymistä edeltäneeseen ajanjaksoon 2000–2003 oli vähentynyt mielialahäiriöissä 14 prosenttiyksikköä (miehet 12 prosenttiyksikköä, naiset 15 prosenttiyksikköä) sekä neuroottisissa, stressiin liittyvissä ja somatoformisissa häiriöissä 9 prosenttiyksikköä (miehet 6 prosenttiyksikköä, naiset 10 prosenttiyksikköä).

Pitkäaikainen käyttö. Kohderyhmään kuuluneista 16 vuotta täyttäneistä 8 %:lla oli ollut jokaisena vuotena ajanjaksolla 2000–2006 käytössään jokin psykenlääke; miesten ja naisten välillä ei ollut tässä suhteessa tilastollisesti merkitsevää eroa. Kuntoutuksen jälkeen joka vuosi psykenlääkkeitä käyttäneistä lähes kaikki olivat käyttäneet psykenlääkkeitä jossakin vaiheessa myös ennen kuntoutusta tai sen aikana ja vastaavasti kolmella neljästä jokaisena vuotena ennen kuntoutuksen päättymistä psykenlääkkeitä käyttäneistä oli psykenlääkekorvaus jokaisena vuotena myös kuntoutuksen jälkeen (v. 2004–2006). Ennen kuntoutuksen päättymistä psykenlääkkeitä ajoittain käyttäneistä 45 %:lla (miehet 51 %, naiset 43 %) oli ollut joka vuosi lääkitys kuntoutuksen jälkeen. Kuntoutuksen jälkeinen vuosittain ilmennyt psykenlääkkeiden käyttö oli yleisempää naisilla kuin miehillä (21 % vs. 13 %; $p < 0,001$, $df = 1$), ennen kuntoutuksen päättymistä ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä (miehet 9 %, naiset 11 %; $p = 0,201$, $df = 1$).

Psykykläkköiden pitkäaikainen käyttö painottui samoihin mielenlervöyden ja käyttäytymisen häiriöiden diagnooseihin kuin niiden ajoittainen käyttö. Joka vuosi kuntoutuksen jälkeen psykykläkköitä käyttäneiden osuus oli mielialahäiriöissä 13 prosenttiyksikköä ($p < 0,001$, $df = 1$) sekä neuroottisissa, stressiin liittyvissä ja somatoformisissa häiriöissä 9 prosenttiyksikköä ($p < 0,001$, $df = 1$) suurempi verrattuna vastaavaan osuuteen ennen kuntoutusta (v. 2000–2003).

Kuntoutukseen hakeutuessa 16 vuotta täyttäneistä mielialahäiriö (F30–F39) päädiagnoosina olleista 19 % ja neuroottinen, stressiin liittyvä ja somatoforminen häiriö (F40–F48) päädiagnoosina olleista 17 % oli käyttänyt psykykläkköitä sekä vuonna 2000 että vuonna 2006. Muissa kohderyhmään kuuluneiden suurimmissa mielenlervöyden ja käyttäytymisen häiriöiden diagnooseissa – psykyklisen kehityksen häiriö (F80–F89), lapsuus- tai nuoruusiässä alkava käytös- ja tunnehäiriö (F90–F98; taulukko, s. 7) – vastaavan psykykläkköiden pitkäaikaisen käytön osuus oli vähäinen.

4 Psykykläkköiden käyttö ja kuntoutuksen jälkeinen opiskelu- ja työtilanne

Kuntoutusta edeltäneen opiskelu- ja työtilanteen mukaan kuntoutukseen hakeutuessa opiskelijana olleista 16 vuotta täyttäneistä joka viides (20 %) oli opiskelija ja lähes yhtä usea työkyvyttö (18 %) vuonna 2006. Työvoimaan työllisenä tai työttömänä kuuluneista työvoimaan kuului edelleen vuonna 2006 joka toinen (49 %) ja joka kymmenes (12 %) oli työkyvyttö. Työkyvyttömänä olleista kaksi kolmesta (69 %) oli työkyvyttö vuonna 2006 ja joka viides (20 %) kuului työvoimaan.

Psykykläkköiden käytössä oli selviä eroja vuoden 2006 työtilanteen mukaan tarkasteltuna (opiskelija, työvoimaan kuuluva, eläkkeellä, muu työtilanne; $p < 0,001$, $df = 3$): tuolloin eläkkeellä olleista lähes kaikilla (97 %) oli psykykläkköitys, kun taas opiskelijoista läkköitys oli runsaalla kolmasosalla (39 %). Työttömistä psykykläkköitys oli lähes kolmella viidestä (58 %) ja työllisillä kahdella viidestä (40 %). Niiden, joiden työtilanne oli jokin muu, psykykläkköiden käyttö oli lähes samaa tasoa (46 %) kuin työvoimaan (työlliset ja työttömät) kuuluneilla (42 %). Kuntoutuksen päättymisen jälkeen psykykläkköitä vuosittain käyttäneiden osuudessa (18 %) ei ollut edellä esitetyn 4-luokkaisen työtilanteen mukaan tilastollisesti merkitseviä eroja vuonna 2006 ($p = 0,606$, $df = 3$).

Läkköehoidon ja kuntoutusta edeltäneen työtilanteen ohella keskeinen merkitys työtilanteen muutoksen kannalta on mielenlervöyden ja käyttäytymisen häiriön diagnoosilla (Saarni ja Pirkola 2010). Tässä tarkastellussa 16 vuotta täyttäneiden kohderyhmässä työmarkkina-asemaltaan aktiivien (opiskelija, työllinen, työtön) osuus oli vuonna 2006 keskimääräistä (58 %) suurempi niiden kes-

kuudessa, joilla ensimmäisenä diagnoosina kuntoutushakemuksessa oli ollut neuroottinen, stressiin liittyvä ja somatoforminen häiriö (F40–F48; 77 %).

5 Yhteenveto ja päätelmät

Kelan kuntoutuksen päättäneitä koskeneen rekisteriseurannan (Lind ym. 2009) kohteena olleista hakemusajankohtana 16–25-vuotiaista kuntoutujista, joiden ensimmäisenä diagnoosina oli mielen-terveyden ja käyttäytymisen häiriö, joka viidennellä oli psyykenlääkitys vuonna 2000, ja lähes joka kolmannella kuntoutuksen päättyessä vuonna 2003. Psyykenlääkkeitä käyttäneiden osuus väheni kuntoutuksen jälkeen aluksi selvästi, mutta vuonna 2006 joka kolmannella oli taas psyykenlääkitys. Psyykenlääkkeiden käyttö oli yleisempää naisilla kuin miehillä. Alle 16-vuotiaiden lääkkeiden käyttö oli vähäistä 16 vuotta täyttäneiden ikäluokkaan verrattuna.

Tässä kuntoutukseen valikoituneessa kohderyhmässä psyykenlääkkeiden käytön yleisyys ja kesto vaihtelivat mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriön diagnoosin mukaan, joka puolestaan on usein yhteydessä ikään ja sukupuoleen. Samoin seuranta-ajan ja siten myös kuntoutujan iän ja terveyden-tilan myötä psyykenlääkityksessä tapahtui muutoksia. Masennuslääkkeiden käyttö oli yleisintä sekä siinä tapahtuneet muutokset suurimpia, ts. käytön lisääntyminen ennen kuntoutusta ja käytön väheneminen kuntoutuksen jälkeen. Osaltaan esiin tulleisiin muutoksiin on myös saattanut vaikuttaa tarkasteluajanjaksojen eripituisuus ennen (v. 2000–2003) ja jälkeen (v. 2004–2006) kuntoutuksen päättymisen.

Koko seuranta-ajanjaksoa (v. 2000–2006) tarkastellen psyykenlääkkeiden ajoittaisen käytön osuus väheni ja pitkäaikaisen käytön lisääntyi. Jokaisena tarkasteltavan ajanjakson vuotena psyykenlääkkeitä käyttäneiden osuus oli kuntoutuksen jälkeen pienempi kuin ennen kuntoutusta, samoin jona-kin vuotena psyykenlääkkeitä käyttäneiden osuus. Näkemys siitä, että masennuslääkkeitä käytetään liian lyhyinä jaksoina (Sihvo ym. 2010) ei silti saanut vahvistusta tässä aineistossa.

Siitä riippumatta, perustuuko lääkkeiden käytön selvittäminen kyselyyn tai rekisteritietoihin, lääkeliikkeen toteutus ja tavoitteet sekä niiden taustalla olevat hallinnolliset menettelyt – erityisesti korvauskäytäntö – aiheuttavat erilaisia tulosten tulkintaan liittyviä varauksia (muun muassa Autti-Rämö ym. 2009).

Tässä on kyseessä pitkittäistarkastelu, jossa koko seuranta-ajan olivat mukana samat vuonna 2003 kuntoutuksen päättäneet henkilöt ja heidän lääkeostonsa. Käytettävissä ollut rekisteri ei sisällä sai-

raaloissa käytettyjä lääkkeitä ja vuoteen 2005 sen ulkopuolelle ovat voineet jäädä myös kaikkein edullisimmat, usein pieniä pakkauksia sisältävät lääkeostot. On mahdollista, että osa vuonna 2006 ilmenneestä lääkkeiden käytön lisäyksestä johtuu psyykenlääkkeiden pitkäaikaisen käytön kertymästä seuranta-ajan kasvaessa, mutta osa kasvusta selittyy lääkkeiden korvauskäytännön muutoksella. Vuonna 2006 reseptitiedostoon kertyneiden reseptien määrä oli 14 % suurempi kuin edellisellä vuonna ja korvauksen saajien määrä kasvoi 10 % (Martikainen 2007). Koko väestössä psykoosilääkkeistä korvauksia saaneiden määrä kasvoi 4 %, neuroosilääkkeistä ja rauhoittavista aineista korvauksia saaneiden 27 %, unilääkkeistä korvauksia saaneiden määrä 22 % ja masennuslääkkeiden käyttäjien määrä 8 % (Kela 2010c).

Tehty analyysi ei ota huomioon käytettyjen lääkkeiden määrissä tapahtuneita muutoksia eikä sitä, jos lääkkeen käyttäjä siirtyi lääkehoidosta toiseen lääkeryhmän sisällä. Rekisteritiedot eivät mahdollista myöskään lääkkeiden käytön muutoksen syiden ja tavoitteiden selvittämistä

Lähteet

Autti-Rämö I, Seppänen J, Raitasalo R, Martikainen JE, Sourander A. Nuorten ja nuorten aikuisten psyykenlääkkeiden käyttö on lisääntynyt 2000-luvulla. Suomen Lääkärilehti 2009; 64: 477–482.

Kela. Kansaneläkelaitoksen tilastollinen vuosikirja 1996. Helsinki: Kansaneläkelaitoksen julkaisuja T1:32, 1997.

Kela. Kelan kuntoutustilasto 2003. Helsinki: Kela, SVT Sosiaaliturva, 2004.

Kela. Kelan tilastollinen vuosikirja 2009. Helsinki: Kela, SVT, Sosiaaliturva, 2010. (2010a)

Kela. Muutoksia Kelan etuuksiin vuonna 2011. Kela tiedottaa 27.12.2010. Saatavissa: <<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/271210103143ML?opendocument>>. Viitattu 27.1.2011. (2010b)

Kela. Lääkekorvaukset ja -kustannukset lääkeryhmittäin 2000–2006. Päivitetty 5.5.2010. Saatavissa: <<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/171201165026PB>>. Viitattu 31.5.2011. (2010c)

Kunttu K, Huttunen T. Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2008. Helsinki: Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia 45, 2009.

Käypä hoito 2010. Depressio. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Päivitetty 21.10.2010. Saatavissa: <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50023>>. Viitattu 26.10.2010.

L 2005/566. Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista. Suomen Säädöskokoelma 15.7.2005.

Lind J, Aaltonen T, Autti-Rämö I, Halonen J-P. Kelan kuntoutuksen vuonna 2003 päättäneet. Kuntoutujien rekisteriseuranta vuosina 2003–2006. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 105, 2009.

Linnakangas R, Lehtoranta P, Järvikoski A, Suikkanen A. Perhekuntoutus puntarissa. Kelan psykiatrisen perhekuntoutuksen kehittämishankkeen arviointi. Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 109, 2010.

Martikainen J. Erilainen lääkekorvausvuosi. Sosiaalivakuutus 2007 (2): 14–15.

Raitasalo R, Maaniemi K. Mielen terveyden häiriöiden aiheuttamat haitat jatkavat kasvuaan. Sosiaalivakuutus 2007 (6): 14–17. (2007a)

Raitasalo R, Maaniemi K. Lapsen hoitotuista yli kolmannes mielen terveyden häiriön takia. Sosiaalivakuutus 2007; 6: 17. (2007b)

Saarni SI, Pirkola S. Psykiatristen potilaiden elämänlaatu. Duodecim 2010; 126 (19): 2265–2273.

Santalahti P, Sourander A. Onko lasten psykiatrisen sairastavuus lisääntynyt? Duodecim 2008; 124: 1499–1506.

Sihvo S, Wahlbeck K, McCallum A, Sevon T, Arffman M, Haukka J, Keskimäki I ja Hemminki E. Increase in the duration of antidepressant treatment from 1994 to 2003. A nationwide population-based study from Finland. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 2010; 19 (11): 1101–1209.

Tuori T, Sohlman B, Ekqvist M, Solantausta T. Alaikäisten psykiatrisen sairaalahoito Suomessa vuosina 1995–2004. Helsinki: Stakes, Raportteja 13, 2006.