

Karoliina Koskenvuo, Kari Mattila ja Markku Koskenvuo

Masennuksen koettu kuntoutustarve väestössä

Health and Social Support (HeSSup) -tutkimuksen tuloksia



Kirjoittajat

Karoliina Koskenvuo, tutkimustiimin päällikkö, dosentti
Kelan tutkimus
etunimi.sukunimi@kela.fi

Kari Mattila, professori (emer.), LKT
Lääketieteen yksikkö, Tampereen yliopisto
etunimi.j.sukunimi@uta.fi

Markku Koskenvuo, professori (emer.), LKT
Kansanterveystieteen osasto, Helsingin yliopisto
etunimi.sukunimi@helsinki.fi

© Kirjoittajat ja Kelan tutkimus

www.kela.fi/tutkimus

ISSN 2323-9239

Helsinki 2016

SISÄLTÖ

Tiivistelmä	4
1 Johdanto	5
2 Aineisto ja menetelmät	7
3 Tulokset.....	8
4 Pohdinta.....	13
5 Lähteet.....	14

TIIVISTELMÄ

Tieto kuntoutuksen tarpeesta eri väestö- ja sairausryhmissä on avainasemassa kuntoutuksen kehittämisessä. Masennus on merkittävä työ- ja toimintakyvyn heikkenemistä aiheuttava kansanterveysongelma. Masennukseen sairastuneen työ- ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja edistämiseksi tarvitaan hoidon lisäksi yleensä myös kuntoutusta. Oikea-aikaisella ja riittävällä hoidolla ja kuntoutuksella ehkäistään masennuksen vaikeutumista ja pyritään vaikuttamaan prosesseihin, jotka lopulta voivat johtaa työ- ja toimintakyvyn merkittävään ja pysyvään alenemiseen.

Aiempiä laajoja väestöön kohdentuvia tutkimuksia koetusta kuntoutustarpeesta masennuksen takia ei ole tehty. Tässä tutkimuksessa selvitettiin, missä määrin suomalaisessa väestössä koetaan kuntoutuksen tarvetta masennuksen vuoksi ja onko koetussa kuntoutustarpeessa eroja iän, sukupuolen, koulutusasteen, työstatuksen ja masentuneisuuden mukaan. Lisäksi tutkittiin psykoterapian saamisen ja oman alueen terveydenhuollon palveluita koskevan tyytyväisyyden yhteyttä toteutuneeseen ja riittäväksi koettuun kuntoutukseen masennuksen takia. Aineistona käytettiin laajaan satunnaisotokseen perustuvaa Health and Social Support (HeSSup) -seurantatutkimuksen tietoja vuosilta 1998, 2003 ja 2011. Tutkimukseen osallistuneet olivat vuonna 1998 20–54-vuotiaita.

Kuntoutustarvetta masennuksen vuoksi oli kokenut 10 % vastaajista. Työstatuksen mukaan tarkasteltuna eniten kuntoutustarvetta masennuksen takia raportoivat työttömänä peruspäivärahalla ja työkyvyttömyyseläkkeellä olevat. Eri mittareilla mitattuna masennukseen sairastuneista huomattava osa oli kokenut tarvitsevansa kuntoutusta masennuksen vuoksi, mutta ei ollut sitä joko saanut tai saatu kuntoutus oli koettu riittämättömäksi. Psykoterapian saaminen ja tyytyväisyys oman asuinalueen terveydenhuollon palveluihin lisäsivät todennäköisyyttä riittäväksi koettuun kuntoutukseen.

Tutkimuksemme tulokset osoittavat puutteita kuntoutusjärjestelmän kyvyssä vastata masennuksen vuoksi koettuun kuntoutuksen tarpeeseen väestössä. Psykoterapioiden saatavuutta tulee parantaa ja erityistä huomiota tulee kiinnittää työelämän ulkopuolella olevien työikäisten mahdollisuuksiin saada oikea-aikaista ja riittävää kuntoutusta. Koettu kuntoutustarve ja toteutuneen kuntoutuksen koettu riittävyys väestössä ovat tärkeitä mittareita kuntoutusjärjestelmän toimivuudelle.

1 JOHDANTO

Masennus on yksi yleisimmistä kansanterveysongelmista aiheuttaen huomattavaa työ- ja toimintakyvyn heikkenemistä. Myös maailmanlaajuisesti tarkastellen masennus kuuluu kymmenen merkittävimmän pitkäkestoista sairautta ja vajaakuntoisuutta aiheuttavan terveysongelman joukkoon. Masennus aiheuttaa mittavia kustannuksia, joita kertyy työ- ja toimintakyvyn heikkenemisestä, sairauspoissaoloista ja työkyvyttömyyseläkkeistä sekä masennuksen hoitoon ja kuntoutukseen liittyvistä kuluista. Masennuksen varhaisen tunnistamisen ja hyvän hoidon lisäksi oikea-aikainen ja tarpeeseen perustuva kuntoutus on tärkeää pyrittäessä ehkäisemään masennusperäistä työ- ja toimintakyvyn heikkenemistä ja työkyvyttömyyttä. (Kessler 2012; Global Burden of Disease Study 2013; Lindsberg ym. 2014; Käypä hoito -suositus 2016.)

Kuntoutus on toimintaa, jonka avulla voidaan ylläpitää ja edistää väestön työ- ja toimintakykyä, terveyttä, elämänhallintaa, hyvinvointia sekä ihmisten mahdollisimman itsenäistä selviytymistä elämän eri tilanteissa ja yhdenvertaisia mahdollisuuksia osallistua yhteiskuntaan (Tormonen ja Huusko 2009; Järvikoski ja Härkäpää 2011a). Kuntoutusta perustellaan usein sekä yksilön että yhteiskunnan hyötymisen näkökulmasta. Kuntoutuksen yhteiskunnallisina hyötyinä pidetään eläkekustannusten hillitsemistä työurien pidentymisen kautta sekä hoito- ja huoltokustannusten vähenemistä. Yksilön kannalta perusteluissa korostuvat jokaisen oikeus ihmisarvoiseen elämään, hyvinvointiin, itsenäisyyteen ja onnellisuuteen (Järvikoski ja Härkäpää 2008).

Masennukseen sairastuneen työ- ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja edistämiseksi tarvitaan hoidon lisäksi yleensä myös lääkinnällistä, ammatillista tai sosiaalista kuntoutusta. Kuntoutus voi muodostua usean eri tahon palveluista ja etuuksista. Yleisin masennuspotilaan kuntoutusmuoto on psykoterapia, jota voi saada julkisen terveydenhuollon kautta, Kelan tukemana kuntoutuspsykoterapiana, yksityisiltä psykoterapeuteilta itse maksamalla tai terveydenhuollon maksusitoumuksella. Mielen terveyden häiriöissä hoidon ja kuntoutuksen välinen raja on häilyvä. Psykoterapia kuuluu yhtäläillä psykiatriseen hoitoon kuin kuntoutukseenkin. (Järvikoski ja Härkäpää 2011b; Käypä hoito -suositus 2016.)

Kuntoutuspsykoterapian tavoitteena on tukea ja parantaa kuntoutujan työ- ja opiskelukykyä. Kela korvaa kuntoutuspsykoterapiaa 16–67-vuotiaille. Alle 16-vuotiaiden terapiasta vastaa julkinen terveydenhuolto. (Kela 2016.) Ammatillinen kuntoutus tarkoittaa usein työkokeilua ja koulutusta. Ammatillista kuntoutusta järjestävät ja tukevat Kela, työeläkelaitokset, työ- ja elinkeinohallinto ja tapaturma- ja liikennevakuutus (Työeläkelakipalvelu 2016). Vuonna 2015 masennuksen perusteella (F32, F33) Kelan kuntoutuspsykoterapiaa sai 13 946 henkilöä ja vajaakuntoisten ammatillista kuntoutusta 2 613 henkilöä (Kelasto 2016). Kunnan sosiaalihuollon toteuttamalla sosiaalisella kuntoutuksella tuetaan yhteiskunnallista osallisuutta vahvistamalla kuntoutujan sosiaalista toimintakykyä ja sosiaalisen vuorovaikutuksen edellytyksiä. Kunnalla on myös päävastuu kasvatuksellisesta kuntoutuksesta, jonka tavoitteena on yksilöllisyyden ja elämänhallinnan kehittäminen kasvatuksen, opetuksen ja koulutuksen avulla. Tukea mielen terveyden ongelmista toipumiseen ja kuntoutumiseen saa lisäksi kolmannen sek-

torin toimijoilta, kansalaisjärjestöiltä ja vapaaehtoistoiminnan kautta. (Kuntoutusportti 2016.)

Kuntoutustarvetta voidaan arvioida ja määrittellä eri näkökulmista, kuten yksilön, yhteiskunnan, kuntoutuksen osajärjestelmien sekä kuntoutuspalvelujen tuottajien näkökulmista. Yksilön näkökulmasta kuntoutustarpeen arvioinnin lähtökohta on se, että ihminen itse on oman tilanteensa ja tarpeidensa paras asiantuntija (Järvikoski ja Härkäpää 2008 ja 2011c). Kuntoutustarve voidaan myös jakaa subjektiivisesti koettuun ja objektiivisesti havaittuun. Paras lähtökohta kuntoutukselle syntyy, kun subjektiivinen näkemys kuntoutustarpeesta yhtyy objektiiviseen tarpeeseen. (Vilkkumaa 2010 ja 2012.) Kuntoutustarpeen määrittelyä on lähestytty muutoksen kautta: jos ihminen tarvitsee kuntoutusta, hän tarvitsee muutosta jonkin tekijän suhteen edistääkseen työllisyyttään, hyvinvointiaan ja elämänhallintaansa (Pensola ym. 2008).

Kuntoutuksen tavoitteiden toteutumisen kannalta väestön kuntoutustarpeen tunnistaminen on tärkeitä ja kuntoutuksen lähtökohtana tulee ensisijaisesti olla väestön todelliset palvelutarpeet (Lahtela ym. 2002). Yhtenä ongelmana on, että ihmisiltä voi puuttua kanavia ilmaista kuntoutustarvettaan niin, että tarve otettaisiin kuntoutusjärjestelmissä ajoissa arvioitavaksi ja kuntoutusprosessit saataisiin käynnistymään mahdollisimman varhain ja oikeaan aikaan (Järvikoski ja Härkäpää 2011c). Kuntoutujan oma käsitys kuntoutuksen tarpeesta ja oikeasta ajankohdasta ei aina ole yhteneväinen kuntoutusjärjestelmän toimijoiden kanssa (Gould ym. 2012). Kuntoutuksen riittävän varhainen ja oikea-aikainen käynnistyminen edistää kuntoutuksen tavoitteiden toteutumista (Marnetoft ym. 2001; Selander ym. 2002).

Tietoja kuntoutuspalveluja saaneista saadaan tilastojen kautta. Tilastoista voidaan saada myös epäsuorasti tietoa kuntoutuksen tarpeessa olevista (esimerkiksi työkyvyttömyysetuusia koskevat tilastot). Terveyttä ja toimintakykyä koskevat kyselytutkimukset tuottavat niin ikään epäsuoraa tietoa kuntoutuksen tarpeessa mahdollisesti olevista ryhmistä. Vaikka tieto kuntoutuksen tarpeista on avainasemassa kuntoutuksen kehittämisessä, väestötason tietoa koetusta kuntoutustarpeesta ja tarpeeseen yhteydessä olevista tekijöistä on rajoitetusti. (STM 2001; Lahtela ym. 2002; Pensola ym. 2008.)

Suomalaiseen palkansaajaväestöön kohdentuvan Työolotutkimuksen mukaan vuonna 2013 naisista 23 % ja miehistä 18 % koki olevansa kuntoutuksen tarpeessa. Vuonna 2008 vastaavat osuudet olivat 27 % ja 21 %. (Sutela ja Lehto 2014.) Koettua kuntoutustarvetta on myös kysytty väestöön kohdentuvassa Terveys 2011 -tutkimuksessa, jonka mukaan 30 vuotta täyttäneistä naisista 28 % ja miehistä 23 % kokee tarvitsevänsä kuntoutusta (Pensola ym. 2012). Suomalaista kuntoutusjärjestelmää arvioineen Kuntoutusbarometrin mukaan työikäisen aikuisväestön koettu kuntoutustarve 2000-luvun vaihteessa oli noin 10–20 % (arvio perustui kolmeen aikuisväestöön kohdistuneeseen tutkimuksen tuloksiin) (Lahtela ym. 2002). Vuoden 2013 Työolotutkimuksessa kuntoutuksen tarvetta ilmaisseilta palkansaajilta kysyttiin myös minkä tyyppistä kuntoutusta he kokivat tarvitsevänsä. Henkistä jaksamista ja hyvinvointia tukevan kuntoutuksen tarvetta raportoi kuntoutuksen tarpeessa olevista naisista 49 % ja miehistä 34 % (Sutela ja Lehto 2014).

Aiempia laajoja väestöön kohdentuvia tutkimuksia koetusta kuntoutustarpeesta eri sairauksien takia ei ole tehty. Vuonna 1998 käynnistyneessä suomalaisessa väestötutkimuksessa (Health and Social Support, HeSSup) terveydestä, hyvinvoinnista ja ihmissuhteista kartoitettiin vuoden 2011 seurantakyselyssä myös koettua kuntoutustarvetta, toteutunutta kuntoutusta ja kuntoutuksen koettua riittävyttä sairausryhmittäin. Tässä tutkimuksessa analysoidaan, missä määrin suomalaisessa väestössä koetaan kuntoutuksen tarvetta masennuksen takia ja onko koetussa kuntoutustarpeessa eroja iän, sukupuolen, koulutusasteen, työstatuksen, eri vuosina mitatun masentuneisuuden, masennuslääkkeiden käytön ja psykoterapian saamisen mukaan. Lisäksi tarkastellaan, missä määrin psykoterapian saaminen ja tyytyväisyys oman alueensa terveydenhuollon palveluihin ovat yhteydessä saatuun ja riittäväksi koettuun kuntoutukseen masennuksen takia.

2 AINEISTO JA MENETELMÄT

Health and Social Support (HeSSup) -tutkimus perustuu laajaan satunnaisotokseen suomalaisista, jotka vuonna 1998 olivat 20–54-vuotiaita (syntymävuosikohortit: 1944–1948, 1954–1958, 1964–1968, 1974–1978) (Suominen ym. 2012). Seurantatutkimuksen ensimmäinen kysely toteutettiin vuonna 1998, toinen kysely vuonna 2003 ja kolmas kysely vuonna 2011 (osa vastauksista palautui vuoden 2012 alussa). Ensimmäiseen kyselyyn vastasi 25 898 henkilöä, joista 80 prosenttia vastasi vuoden 2003 kyselyyn. Tämän tutkimuksen analyyseissa mukana ovat kolmanteen kyselyyn vastanneet henkilöt, joita oli 13 050. Kyselyt kattavat laajasti mm. terveyden ja toimintakykyyn, psykososiaalisiin tekijöihin, persoonallisuustekijöihin, elämäntapahtumiin, työtilanteeseen, terveystalveluiden käyttöön ja vuoden 2011 kyselyssä myös kuntoutustarpeeseen ja saatuun kuntoutukseen liittyviä kysymyksiä.

Vuoden 2011 kyselyssä koettua kuntoutustarvetta kartoitettiin seuraavalla kysymyksellä: Koetko tarvitsevasi tällä hetkellä kuntoutusta työkyvyn tai toimintakyvyn parantamiseksi tai ylläpitämiseksi? Vastaa kunkin sairausryhmän kohdalla, mikä on kuntoutustarpeesi. Vastausvaihtoehdot olivat: tarvitsen kuntoutusta, mutta en ole saanut sitä koskaan; olen saanut kuntoutusta, mutta se on ollut riittämätöntä; saamani kuntoutus on ollut riittävää; en tarvitse kuntoutusta. Saatua kuntoutusta kysyttiin kysymyksellä: Minkälaista kuntoutusta olet saanut työkyvyn tai toimintakyvyn parantamiseksi tai ylläpitämiseksi? Merkitse eri kuntoutusmuotojen kohdalle ajankohta (vuosina 2010–2011, 2003–2009, 1998–2002, aikaisemmin) tai ”en koskaan”, jos et ole saanut mainitunlaista kuntoutusta. Psykoterapia oli yksi kysytyistä kuntoutusmuodoista. Sen saamista koskeva muuttuja on tässä tutkimuksessa luokiteltu: ei ole saanut koskaan/on saanut psykoterapiaa 2011 tai aikaisemmin.

Koulutusta kuvaava muuttuja perustuu vuoden 2011 kyselyn kysymykseen ammattikoulutuksesta ja on luokiteltu seuraavasti: ei ammatillista koulutusta/lyhyt ammattikurssi, ammattikoulu/oppisopimuskoulutus, opistotason tutkinto ja yliopisto-/korkeakoulututkinto. Työstä on mitattu kysymyksellä pääasiallisesta toiminnasta (2011 kysely) seuraavine vastausvaihtoehdoineen: työssä kokopäiväisesti; työssä osapäiväisesti, työttömänä ansiosidonnaisella päivärahalta, työttömänä peruspäivärahalta, lomautettuna, opiskelija, omaa kotia hoitava

(kotiäiti tai -isä), eläkkeellä iän perusteella, työkyvyttömyyseläkkeellä, varhaiseläkkeellä, osaeläkkeellä, jotain muuta.

Masentuneisuutta on mitattu Beckin depressioasteikolla (BDI-21, Beck ym. 1961), joka perustuu 21 kysymykseen. Masentuneisuus on luokiteltu seuraavasti: ei masentuneisuutta (Beck < 10), lievää masentuneisuutta (Beck 10–18), keskivaikeaa/vaikeaa masentuneisuutta (Beck > 19). Tässä tutkimuksessa masentuneisuutta ja muutosta masennusoireissa tarkastellaan kolmen mittauksen perusteella vuosilta 1998, 2003 ja 2011. Masentuneisuutta kuvaava muuttuja on luokiteltu: ei masentuneisuutta 1998, 2003 ja 2011, lievää masentuneisuutta 1998, 2003 tai 2011 ja vähintään keskivaikeaa masentuneisuutta 1998, 2003 tai 2011. Masentuneisuudessa tapahtunutta muutosta kuvaava muuttuja on luokiteltu: ei masentuneisuutta 1998, 2003 ja 2011, ei masentuneisuutta 1998, mutta lievää masentuneisuutta 2003 tai 2011, ei masentuneisuutta 1998, mutta keskivaikeaa/vaikeaa masentuneisuutta 2003 tai 2011.

Masennuslääkkeiden käyttöä koskeva tieto perustuu vuoden 2011 kyselyyn, jossa lääkkeiden käyttöä viimeisen vuoden aikana kartoittaneen kysymyksen vastausvaihtoehdot olivat: en ole käyttänyt, alle 10 päivänä, 10–59 päivänä, 60–180 päivänä (2–6 kk) ja yli 180 päivänä (yli 6 kk). Tyytyväisyys oman alueen terveydenhuollon palveluihin (vuoden 2011 kyselystä) luokiteltiin: kyllä/ei.

Tilastollisina analyysimenetelminä on käytetty ristiintaulukointia ja logistista regressioanalyysia. Logististen regressiomallien tulokset on esitetty vedonlyöntisuhteiden suhteina, odds ratio -lukuina (OR). Tilastollista merkitsevyyttä on testattu khii²-testillä sekä 95 %:n luottamusvälien (LV) avulla.

3 TULOKSET

Kuntoutustarvetta masennuksen vuoksi oli kokenut 10 % vastaajista. Vastaajista 3,5 % koki kuntoutuksen tarvetta masennuksen takia, mutta ei ollut saanut kuntoutusta koskaan, 2,3 % oli saanut kuntoutusta, mutta koki saamansa kuntoutuksen olleen riittämätöntä, ja 4,1 % vastaajista oli sitä mieltä, että toteutunut kuntoutus on ollut riittävää. Naisista noin 11 % oli kokenut kuntoutustarvetta, noin 3 % ei ollut saanut kuntoutusta koskaan tai koki saadun kuntoutuksen olleen riittämätöntä ja noin 5 % raportoi saadun kuntoutuksen olleen riittävää. Miehistä noin 9 % oli kokenut tarvetta kuntoutukseen, noin 4 % ei ollut saanut tarvitsemaansa kuntoutusta koskaan, noin 2 % koki saamansa kuntoutuksen olleen riittämätöntä ja noin 3 % saamansa kuntoutuksen olleen riittävää. (Taulukko 1, s. 10.)

Vastaajista kaikista nuorimmat (vuosina 1974–1978 syntyneet, vuonna 2011 33–37-vuotiaat) ja kaikista vanhimmat (vuosina 1944–1948 syntyneet, vuonna 2011 63–67-vuotiaat) kokivat jonkin verran muita ikäryhmiä vähemmän kuntoutustarvetta masennuksen takia. Vailla ammatillista koulutusta olevista tai pelkän ammattikurssin käyneistä noin 5 %, ammattikoulun tai oppisopimuskoulutuksen suorittaneista noin 4 % ja opistotason tai korkeakoulu- ja yliopistotutkinnon suorittaneista noin 3 % oli kokenut kuntoutustarvetta masennuksen vuoksi,

mutta ei ollut saanut kuntoutusta koskaan. Korkeintaan ammattikurssin suorittaneista 3 % ja muista koulutusryhmistä noin 2 % koki saamansa kuntoutuksen olleen riittämätöntä. Kaikissa koulutusryhmissä saamansa kuntoutuksen riittäväksi kokeneiden osuus oli noin 4 %. (Taulukko 1.)

Työstatuksen mukaan tarkasteltuna harvinaisinta koettu kuntoutustarve masennuksen takia oli eläkkeellä iän perusteella olevilla, joista kuntoutustarvetta oli kokenut 7 % sekä työssä kokopäiväisesti olevilla ja omaa kotia hoitavilla (kotiäiti tai -isä), joista 8 % raportoi kuntoutustarvetta. Osapäiväisesti työssä olevilla koettu kuntoutustarve oli yleisempää kuin kokopäiväisesti työssä olevilla. Eniten kuntoutustarvetta masennuksen takia raportoivat työttömänä peruspäivärahalla ja työkyvyttömyyseläkkeellä olevat. Työttömänä peruspäivärahalla olevista noin 13 % raportoi saaneensa kuntoutusta, mutta kokivat sen riittämättömäksi ja lähes 10 % ei ollut saanut kuntoutusta koskaan, vaikka olisi sitä tarvinnut. Työkyvyttömyyseläkkeellä olevista 10 % koki saamansa kuntoutuksen olleen riittämätöntä ja 15 % riittävää ja noin 6 % olisi tarvinnut kuntoutusta, mutta ei ollut saanut sitä koskaan. Myös varhaiseläkkeellä ja osaeläkkeellä olevista sekä lomautettuna olevista noin 6 % ei ollut koskaan saanut tarvitsemaansa kuntoutusta. (Taulukko 1.)

Taulukossa 2 tarkastellaan koettua kuntoutustarvetta Beckin depressioasteikolla mitatun masentuneisuuden ja siinä tapahtuneiden muutosten mukaan. Vastaajista, jotka eivät yhdenkään mittauksen mukaan (1998, 2003 ja 2011) olleet kokeneet masentuneisuutta, valtaosa ei myöskään kokenut tarvitsevansa kuntoutusta masennuksen takia. Lievää masentuneisuutta jonakin mittausvuonna kokeneista 14 % raportoi kuntoutustarvetta ja niistä, joille seurannassa oli ilmaantunut lievää masennusta (ei masentuneisuutta 1998), jo lähes viidennes raportoi kuntoutustarvetta. Keskivaikeaa tai vaikeaa masentuneisuutta kokeneista reilu 40 % raportoi kuntoutustarvetta, ja niistä, joille vähintään keskivaikea masennus oli ilmaantunut seurannassa, yli puolet raportoi tarvetta kuntoutukseen masennuksen takia.

Jonakin mittausvuonna lievää masentuneisuutta kokeneista noin 7 % ja vähintään keskivaikeaa masentuneisuutta kokeneista noin 13–15 % raportoi saaneensa riittäväksi koettua kuntoutusta masennuksen takia. Vähintään keskivaikeaa masentuneisuutta kokeneista noin 15 % raportoi, että on tarvinnut ja saanut kuntoutusta, mutta se on ollut riittämätöntä. Niistä, joille oli ilmaantunut lievää masentuneisuutta seurannassa (1998 ei masentuneisuutta) 5 % raportoi, että olisi tarvinnut kuntoutusta masennuksen takia, mutta ei ole saanut sitä koskaan, 4 % oli saanut tarvitsemaansa kuntoutusta, mutta koki sen riittämättömäksi ja noin 8 % raportoi saamansa kuntoutuksen olleen riittävää. Niistä, joille seurannassa oli ilmaantunut vähintään keskivaikeaa masentuneisuutta noin viidennes raportoi, että olisi tarvinnut kuntoutusta masennuksen takia, mutta ei ole saanut sitä koskaan tai koki saadun kuntoutuksen olleen riittämätöntä. (Taulukko 2, s. 11.)

Taulukko 1. Koettu kuntoutustarve masennuksen takia ikäryhmän (syntymävuoden), sukupuolen, koulutuksen ja työstatuksen mukaan, % (p-arvot, khii²).

	Kyllä, ei ole saanut kuntoutusta koskaan	Kyllä, saatu kuntoutus riittämätöntä	Kyllä, saatu kuntoutus riittävää	Ei tarvitse kuntoutusta	Yhteensä
Sukupuoli (p < 0,001)					
Nainen	3,3	2,6	4,7	89,4	100 (7 847)
Mies	3,8	1,9	3,1	91,2	100 (4 746)
Syntymävuodet (p < 0,001)					
1974-1978	2,5	2,4	4,4	90,7	100 (2 730)
1964-1968	3,4	3,1	4,3	89,1	100 (2 678)
1954-1958	4,5	2,9	4,7	87,9	100 (3 345)
1944-1948	3,4	1,3	3,2	92,1	100 (3 840)
Koulutus (p = 0,033)					
Ei ammatillista koulutusta/ ammattikurssi	4,5	3,0	4,4	88,0	100 (2 112)
Ammattikoulu/oppisopimus- koulutus	3,7	2,2	3,9	90,1	100 (2 567)
Opistotason tutkinto	3,1	2,0	3,9	91,0	100 (3 643)
Korkeakoulu/yliopistotutkinto	3,2	2,3	4,1	90,3	100 (4 196)
Työstatus (p < 0,001)					
Työssä kokopäiväisesti	3,0	1,5	3,2	92,3	100 (6 977)
Työssä osapäiväisesti	5,5	3,2	5,8	85,5	100 (532)
Työttömänä ansiosidonnaisella päivärahalla	8,2	2,9	5,3	83,5	100 (243)
Työttömänä peruspäivärahalla	9,3	12,8	8,7	69,2	100 (172)
Lomautettuna	5,7	2,9	2,9	88,6	100 (35)
Opiskelija tai koululainen	4,1	8,8	6,1	81,1	100 (148)
Omaa kotia hoitava	1,9	2,2	3,8	92,2	100 (319)
Eläkkeellä iän perusteella	3,1	0,8	2,8	93,2	100 (2 942)
Työkyvyttömyyseläkkeellä	5,5	10,4	14,9	69,3	100 (605)
Varhaiseläkkeellä	5,5	1,4	8,2	84,9	100 (73)
Osaeläkkeellä	6,3	3,6	2,7	87,4	100 (111)
Jotain muuta	4,7	6,5	8,1	80,8	100 (385)
Yhteensä	3,5	2,3	4,1	90,0	100 (12 593)

Taulukko 2. Koettu kuntoutustarve Beckin depressioasteikolla eri vuosina mitatun masentuneisuuden ja masentuneisuudessa tapahtuneiden muutosten mukaan, % (p-arvot, khii²).

	Kyllä, ei ole saanut kuntoutusta koskaan	Kyllä, saanut kuntoutusta, riittämätöntä	Kyllä, saanut kuntoutusta, riittävää	Ei tarvitse kuntoutusta	Yhteensä
Masentuneisuus 1998, 2003, 2011 (p < 0,001)					
Ei masentuneisuutta 1998, 2003 ja 2011	1,8	0,4	1,7	96,1	100 (7 253)
Lievää masentuneisuutta 1998, 2003 tai 2011	4,2	2,9	6,7	86,1	100 (3 260)
Keskivaikeaa tai vaikeaa masentuneisuutta 1998, 2003 tai 2011	13,3	14,7	13,2	58,8	100 (1 147)
Masentuneisuuden ilmaantumisen seurannassa^a (p < 0,001)					
Ei masentuneisuutta 1998, lievää masentuneisuutta 2003 tai 2011	5,0	4,2	7,5	83,3	100 (2 581)
Ei masentuneisuutta 1998, keskivaikeaa/vaikeaa masentuneisuutta 2003 tai 2011	18,1	20,1	14,6	47,2	100 (686)

^a Muuttujan ensimmäinen luokka: ei masentuneisuutta 1998, 2003, 2011.

Psykoteraapiaa vuoteen 2011 mennessä saaneista noin 30 % raportoi kokeneensa kuntoutustarvetta ja myös saaneensa riittävää kuntoutusta masennuksen takia, 20 % koki saadun kuntoutuksen olleen riittämätöntä ja noin 4 % raportoi, että on kokenut kuntoutustarvetta masennuksen takia, mutta ei ole saanut kuntoutusta koskaan. Koettu kuntoutustarve masennuksen takia vaihteli selvästi sen mukaan, oliko käyttänyt masennuslääkkeitä. Lähes kaikki, jotka eivät olleet käyttäneet masennuslääkkeitä, myös raportoivat että eivät tarvitse kuntoutusta masennuksen takia, yli 2 kuukautta masennuslääkkeistä käyttäneistä tätä mieltä oli enää alle puolet ja yli 6 kuukautta masennuslääkkeistä käyttäneistä enää alle 40 %. Yli 6 kuukautta viimeisen vuoden aikana masennuslääkkeitä käyttäneistä 9 % oli kokenut tarvitsevansa kuntoutusta masennuksen takia, mutta ei ollut saanut sitä koskaan, 19 % piti saamaansa kuntoutusta riittämättömänä ja 33 % piti saamaansa kuntoutusta masennuksen takia riittävänä. (Taulukko 3, s. 12.)

Taulukko 3. Koettu kuntoutustarve masennuksen takia psykoterapian saamisen ja masennuslääkkeiden käytön mukaan, % (p-arvot, khii²).

	Kyllä, ei ole saanut kuntoutusta koskaan	Kyllä, saanut kuntoutusta, riittämätöntä	Kyllä, saanut kuntoutusta, riittävä	Ei tarvitse kuntoutusta	Yhteensä
Psykoterapiaa (p < 0,001)					
Ei koskaan	3,5	1,2	2,2	93,1	100 (11 764)
Kyllä ^a	3,6	18,8	31,2	46,3	100 (829)
Masennuslääkkeiden käyttö viimeisen vuoden aikana^b (p < 0,001)					
Ei ole käyttänyt	2,9	0,9	1,8	94,4	100 (11 408)
Alle 10 päivänä	16,5	18,7	13,2	51,6	100 (91)
10–59 päivänä	8,5	13,8	20,2	57,4	100 (94)
60–180 päivänä (2–6 kk)	12,3	12,9	27,6	47,2	100 (163)
Yli 180 päivänä (yli 6 kk)	9,1	19,1	33,4	38,3	100 (70)

^a Vuoteen 2011 mennessä.

^b Vuoden 2011 kysely.

Taulukossa 4 esitetään psykoterapian saamisen ja oman alueen terveydenhuollon palveluita koskevan tyytyväisyyden yhteys kokemuksiin riittävästä saadusta kuntoutuksesta masennuksen takia. Psykoterapiaa saaneilla todennäköisyys kokea saadun kuntoutuksen olleen riittävä oli noin kolminkertainen (OR 2,96, 95 % LV 2,31–3,78) verrattuna niihin, jotka eivät olleet saaneet psykoterapiaa. Oman alueensa terveydenhuollon palveluihin tyytyväiset raportoivat kaksi kertaa todennäköisemmin saadun kuntoutuksen olleen riittävä terveydenhuollon palveluihin tyytymättömiin verrattuna (OR 2,00, 95 % LV 1,52–2,61). Tulokset eivät juuri muuttuneet kun psykoterapian ja oman alueen terveydenhuollon palveluita koskevan tyytyväisyyden yhteyttä riittäväksi koettuun kuntoutukseen masennuksen takia tarkasteltiin samassa mallissa.

Taulukko 4. Psykoterapian ja oman alueen terveydenhuollon palveluita koskevan tyytyväisyyden yhteys riittäväksi koettuun toteutuneeseen kuntoutukseen masennuksen vuoksi. Vakioidut logistiset regressiomallit^a, Odds ratiot (OR) ja 95 % LV:t.

	Malli 0: ikä + sukupuoli + koulutus	Malli 1: 0 + psykoterapia + tyytyväisyys palveluihin
Saanut psykoterapiaa		
Ei	1,00	1,00
Kyllä	2,96 (2,31–3,78)	3,13 (2,40–4,09)
Tyytyväinen oman alueensa terveydenhuollon palveluihin		
Ei	1,00	1,00
Kyllä	2,00 (1,52–2,61)	2,00 (1,51–2,64)

^a Mallissa 0 on vakioitu ikä, sukupuoli ja koulutus, mallissa 1 näiden lisäksi psykoterapian saaminen ja tyytyväisyys palveluihin.

4 POHDINTA

Tilastoista saadaan tietoja eri kuntoutuspalveluja ja – etuuksia saaneista ja hakeneista. Terveyttä ja toimintakykyä koskevat kyselytutkimukset voivat tuottaa epäsuoraa tietoa kuntoutuksen tarpeesta mahdollisesti olevista ryhmistä. Vaikka tieto kuntoutuksen tarpeesta eri väestöryhmissä on avainasemassa kuntoutuksen kehittämisessä, meiltä puuttuu väestötason tietoa koetusta kuntoutustarpeesta eri sairauksien vuoksi ja kuntoutustarpeeseen yhteydessä olevista tekijöistä eri väestöryhmissä. Masennus on yleisimpiä kansanterveysongelmia aiheuttaen huomattavaa työ- ja toimintakyvyn heikkenemistä, joten tutkimustiedolle masennuksen vuoksi koetusta kuntoutustarpeesta ja saadun kuntoutuksen riittävydestä on selvää tarvetta.

Aiempiä laajoja väestöön kohdentuvia tutkimuksia koetusta kuntoutustarpeesta masennuksen takia ei ole tehty. Tässä tutkimuksessa selvitettiin missä määrin suomalaisessa väestössä ja eri ryhmissä koetaan kuntoutuksen tarvetta masennuksen takia, onko saatu kuntoutus ollut riittävää, kokevatko psykoterapiaa saaneet ja masennuslääkkeitä käyttäneet saaneensa riittävästi kuntoutusta masennuksen takia ja missä määrin psykoterapian saaminen ja tyytyväisyys oman alueensa terveydenhuollon palveluihin ovat yhteydessä saatuun ja riittäväksi koettuun kuntoutukseen masennuksen takia.

Kuntoutustarvetta masennuksen vuoksi oli kokenut 10 % vastaajista. Naisilla kuntoutustarpeen kokeminen masennuksen vuoksi oli hieman yleisempää kuin miehillä. Työstatuksen mukaan tarkasteltuna eniten kuntoutustarvetta masennuksen takia raportoivat työttömänä peruspäivärahalla ja työkyvyttömyyseläkkeellä olevat. Eri mittareilla mitattuna masennukseen sairastuneista huomattava osa oli kokenut tarvitsevansa kuntoutusta masennuksen vuoksi, mutta ei ole sitä joko saanut tai saatu kuntoutus on koettu riittämättömäksi. Niistä, joille seurannassa oli ilmaantunut vähintään keskivaikeaa masentuneisuutta, lähes 40 % ilmoitti, ettei ollut saanut kuntoutusta masennuksen takia koskaan tai saatu kuntoutus oli ollut riittämätöntä. Masennuslääkkeitä yli 6 kuukautta viimeisen vuoden aikana käyttäneistä lähes kaksi kolmasosaa raportoi kuntoutustarvetta masennuksen takia, viidesosa piti saamaansa kuntoutusta riittämättömänä ja kymmenesosa ei ollut saanut tarvitsemaansa kuntoutusta koskaan.

Psykoterapiaa saaneista kolmasosa piti saamaansa kuntoutusta riittävänä ja reilu viidesosa ei ollut saanut tarvitsemaansa kuntoutusta koskaan tai koki saamansa kuntoutuksen olleen riittämätöntä. Psykoterapian saaminen ja tyytyväisyys oman asuinalueen terveydenhuollon palveluihin lisäsivät todennäköisyyttä riittäväksi koettuun toteutuneeseen kuntoutukseen. Psykoterapia kuuluu yhtäläillä masennuksen hoitoon kuin kuntoutukseenkin. Kelan korvaama työikäisiin kohdentuva kuntoutuspsykoterapia täydentää julkisen terveydenhuollon järjestämisvastuulla olevia psykoterapioita (Tuulio-Henriksson ym. 2014). Huoli psykoterapioiden riittämättömästä saatavuudesta ja alueellisista eroista on noussut viime aikoina esille julkisissa puheenvuoroissa. Kelan kuntoutuspsykoterapiaa saaneiden määrät ovat kasvaneet, minkä on todettu heijastavan osaltaan sitä, että pitkillä kuntoutuspsykoterapioilla paikataan lyhyiden psykoterapioiden tarvetta, joiden saatavuutta tulisi parantaa (Helsingin Sanomat 23.4.2016).

Ideaalitapauksessa kuntoutuksen tarve johtaa kuntoutuspalvelujen kysyntään, kysyntä tuottaa palvelujen tarjontaa ja tarjonta käyttöä. Käytännössä ilmiö ei ole näin yksinkertainen ja yksisuuntainen. Tarjonta voi herättää ”tarpeettomia” tarpeita ja lisätä kysyntää, joka puolestaan kasvattaa tarjontaa tai palvelujen tarjonta ei vastaa tarvetta ja kysyntää. Kuntoutusjärjestelmä ei voi olla ideaalinen, jos koettu tarve ei ole tasapainossa kysynnän ja tarjonnan suhteen. Kuntoutuksen koettu tarve on eri asia kuin tarve arvioituna toteutuneen käytön, kustannusten tai vaikuttavuuden mittareilla.

Kyselytutkimuksemme tulokset osoittavat puutteita kuntoutusjärjestelmän kyvyssä vastata masennuksen vuoksi koettuun kuntoutuksen tarpeeseen väestössä. Huolestuttavaa on, että etenkin työttömänä peruspäivärahalla ja työkyvyttömyyseläkkeellä olevat kokivat, että olisivat tarvinneet kuntoutusta masennuksen vuoksi, mutta eivät ole sitä saaneet tai saatu kuntoutus ei ole ollut riittävää. Oikea-aikaisella ja riittävällä hoidolla ja kuntoutuksella ehkäistään masennuksen vaikeutumista ja kroonistumista ja voidaan vaikuttaa niihin prosesseihin, jotka lopulta voivat johtaa työkyvyn menetykseen ja ennen aikaisen eläkkeelle siirtymiseen.

Työttömissä on masennusta ja muita sairauksia potevia, joiden työkyky on alentunut ja joiden mahdollisuudet päästä kuntoutustarpeen arviointiin ja palveluiden piiriin ovat työssä oleviin verrattuna heikkomat. Erityisen vaikea tilanne on pitkään työelämän ulkopuolella olevilla vajaakuntoisilla työttömillä, joilla edellytykset työkyvyttömyyseläkkeeseen eivät välttämättä täyty ja sairauspäiväraha- ja työttömyysjaksot seuraavat toisiaan. Vailla työtä ja työterveyshuoltoa olevien mahdollisuuksiin saada oikea-aikaista ja riittävää hoitoa ja kuntoutusta masennukseen tulee edistää selkeyttämällä vastuutahoja ja menettelytapoja kuntoutustarpeen arvioinnissa ja oikeanlaisten palvelujen piiriin ohjaamisessa.

Koettu kuntoutustarve ja toteutuneen kuntoutuksen koettu riittävyys väestössä ovat tärkeitä mittareita kuntoutusjärjestelmän toimivuudelle. Koetusta kuntoutustarpeesta ja saadun kuntoutuksen riittävydestä tarvitaan tutkittua tietoa kuntoutusjärjestelmän, palveluiden ja etuuksien kehittämiseksi ja päätöksenteon tueksi.

5 LÄHTEET

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 53–63.

Global Burden of Disease Study 2013. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015; 22: 386 (9995):743–800. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60692-4.

Gould R, Härkäpää K, Järvikoski A. Toimiiko työeläkekuntoutus? Helsinki: Eläketurvakeskus, Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 1, 2012

Helsingin Sanomat 23.4.2016. Laukkala T ym. Lyhyiden psykoterapioiden saanti ja rahoitus turvattava. MieliPide. Saatavissa: <<http://www.hs.fi/mielifide/a1461297544404>>. Viitattu 17.8.2016.

Järvikoski A, Härkäpää K. Kuntoutuskäsityksen muutos ja asiakkuuden muotoutuminen. Julkaisussa: Rissanen P, Kallanranta T, Suikkanen, toim. Julkaisussa: Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 2008: 51–62.

Järvikoski A, Härkäpää K. Kuntoutus yhteiskunnallisena toimintana. Julkaisussa: Kuntoutuksen perusteet. Näkökulmia kuntoutukseen ja kuntoutustieteeseen. Helsinki: WSOY, 2011a: 8–34.

Järvikoski A, Härkäpää K. Mielenterveyskuntoutus. Julkaisussa: Kuntoutuksen perusteet. Näkökulmia kuntoutukseen ja kuntoutustieteeseen. Helsinki: WSOY, 2011b: 232–244.

Järvikoski A, Härkäpää K. Kuntoutustarve ja -motivaatio. Julkaisussa: Kuntoutuksen perusteet. Näkökulmia kuntoutukseen ja kuntoutustieteeseen. Helsinki: WSOY, 2011c: 154–170.

Kela. Kuntoutuspsykoterapia. Saatavissa: <http://www.kela.fi/tyoikaisille_kuntoutuspsykoterapia>. Helsinki: Kela, 2016. Viitattu 12.8.2016.

Kelasto. Kelan kuntoutuspalvelujen saajat ja kustannukset. Helsinki: Kela, 2016. Viitattu 9.8.2016.

Kessler RC. The costs of depression. *Psychiatr Clin N Am* 2012; 35 (1): 1–14. doi: 10.1016/j.psc.2011.11.005.

Kuntoutusportti 2016. Sosiaalinen kuntoutus. Saatavissa: <<https://kuntoutusportti.fi/kuntoutujalle/kuntoutuksen-jaottelut/>>. Viitattu 9.9.2016.

Käypä hoito -suositus. Depressio. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistysten asettama työryhmä. Saatavissa: <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50023>>. Julkaistu 25.4.2016. Viitattu 26.4.2016.

Lahtela K, Grönlund R, Röberg M, Virta L, toim. Arvioita suomalaisesta kuntoutusjärjestelmästä. Kuntoutusbarometrihankkeen ensimmäisen hankkeen vaiheen havaintoja. Helsinki: Kela, 2002.

Lindsberg PJ, Castrén E, Korkeila J, ym. Aivosairaudet ovat kalleimmat kansantautimme. *Duodecim* 2014; 130: 1721–1730.

Marnetoft S-U, Selander J, Bergroth A, Ekholm J. Factors associated with successful vocational rehabilitation in a Swedish rural area. *J Rehab Med* 2001; 33: 71–78.

Pensola T, Rinne H, Kankainen H, Roine S. Työikäiset ikääntyvät. 55–69-vuotiaiden terveys, toimintakyky, työkyky ja kuntoutustarve. Helsinki: Kuntoutussäätiö, 2008.

Pensola T, Gould R, Autti-Rämö I, ym. Koettu kuntoutuksen tarve. Julkaisussa: Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N, toim. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 68, 2012: 192–194. Saatavissa: <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-769-1>>. Viitattu 15.8.2016.

Selander J, Marnetoft S-U, Bergroth A, Ekholm J. Return to work following vocational rehabilitation for neck, back and shoulder problems. Risk factors reviewed. *Disabil Rehabil* 2002; 24 (14): 704–712.

STM. Kuntoutusta tutkitaan. Kuntoutusasiain neuvottelukunnan tutkimusjaoston raportti 2000. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 16, 2001.

Suominen S, Koskenvuo K, Sillanmäki L, ym. Non-response in a nationwide follow-up postal survey in Finland. A register-based mortality analysis of respondents and non-respondents of the Health and Social Support (HeSSup) Study. *BMJ Open* 2012; 2:e000657. doi: 10.1136/bmjopen-2011-000657.

Sutela H, Lehto A-M. Työolojen muutokset 1977–2013. Helsinki: Tilastokeskus, 2014. Saatavissa: <http://www.stat.fi/tup/julkaisut/tiedostot/julkaisuluettelo/ytmv_197713_2014_12309_net.pdf>. Viitattu 15.8.2016.

Tormonen A, Huusko T. Kuntoutus – tie parempaan elämään. *Kuntoutus* 2009; (1): 58–62.

Tuulio-Henriksson A, Heino P, Toikka T, Autti-Rämö I. Kelan työ- ja opiskelukykyä tukeva kuntoutuspsykoterapia toteutuu eri kestoisena. *Kuntoutus* 2014; (3): 5–17.

Työeläkelakipalvelu. Kuntoutuksen työnjako ja toimijat. Helsinki: Työeläkelakipalvelu, 2016. Saatavissa: <https://www.tyoelakelakipalvelu.fi/telp-publishing/vepa/document.faces?document_id=307660>. Viitattu 12.8.2016.

Vilkkumaa I. Kuntoutustarve ja sen arvioiminen 26.4.2010. Saatavissa: <<http://kuntoutusportti.fi/kuntoutustarve-ja-sen-arvioiminen/>>. Viitattu 9.9.2016.

Vilkkumaa I. Kuntoutustarpeen arvioinnin välineet 27.1.2012. Saatavissa: <http://kuntoutusportti.fi/kuntoutustarpeen-arvioinnin-valineet/>.> Viitattu 9.9.2016