

MIELENTERVEYSONGELMIIN LIITTYVÄ TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI

Kirjoittajat: Tuisku Katinka, LT, psykiatrian erikoislääkäri, Melartin Tarja, psykiatrian dosentti ja Vuokko Aki, LL, työterveyshuollon erikoislääkäri

Kommentoinut ja hyväksynyt: TOIMIA/Työikäisten toimintakyky -asiantuntijaryhmä

21.12.2011

Tiivistelmä

Mielenterveyshäiriöiden varhainen tunnistaminen ja toimintakyvyn arvioiminen ovat tärkeitä, jotta toiminta- ja työkyvyn menetystä ehkäisevät hoito- ja kuntoutustoimet voidaan ajoittaa oikein ja näin tukea työssä jatkamista tai työhön paluuta ja henkilön yleistä hyvinvointia.

Toimintakykyarvion tulee perustua kliiniseen tutkimukseen ja objektiivisiin havaintoihin, sekä aiemman seurantatiedon ja toimintaympäristön tai lähiverkoston havaintojen kokoamiseen. Lisäksi henkilön subjektiivinen kokemus toimintakyvystä ja siihen vaikuttavista tekijöistä on tärkeää selvittää.

Toimintakykyarviossa apuna voidaan käyttää oiremittareita, toimintakyvyn arviointiasteikkoja ja psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa strukturoituja diagnostisia haastatteluita. Laajempaan toimintakykyarvioon on erityiskoulutusta vaativia menetelmiä. Diagnostiikka ei voi perustua seulaan tai oiremittariin, vaan kliiniseen kokonaisarvioon ja diagnostisiin kriteereihin.

Mielenterveyshäiriöt voivat johtaa vakavaan toimintakyvyn ja elämänlaadun heikentymiseen, ongelmiin työssä, perheessä ja elämänhallinnassa, sekä syrjäytymiseen. Mielenterveyshäiriöt ovat yleisiä työikäisillä ja ne ovat suurin syy työkyvyttömyyseläkkeisiin. Tämän suosituksen tavoitteena on lisätä tavallisimpien mielenterveyshäiriöiden tunnistamista ja hoitoa perusterveydenhuollossa sekä vähentää sairauksiin liittyvää toiminta- ja työkyvyn sekä elämänlaadun heikentymistä.

Tavallisimmat mielenterveyshäiriöt, kuten masennustilat ja ahdistushäiriöt, uhkaavat työkykyä erityisesti liiallisessa työkuormituksessa ja esiintyessään yhtäaikaaisesti muiden mielenterveyshäiriöiden, päihdehäiriöiden ja somaattisten sairauksien kanssa (Ahola ym. 2011).

Mielenterveyshäiriötä seulotaan riskiryhmiltä, kuten somaattisista pitkäaikaissairauksista ja pitkittyneestä kivusta kärsiviltä, terveyspalveluiden suurkäyttäjiltä ja alkoholin riskikäyttäjiltä. Lisäksi mielenterveyshäiriöiden mahdollisuus on huomioitava työsuorituksen heikentyessä, työstressi- ja vaikeissa elämäntilanteissa ja silloin, kun esiintyy jo yksittäisiä oireita esim. unettomuutta tai uupumusta. Erityishuomiota tulee kiinnittää syrjäytymisriskissä olevien nuorten mielenterveyshäiriöiden varhaiseen tunnistamiseen ja hoidon aloitukseen.

Terveydenhuollon työnjako

Suurin osa tavallisista mielenterveyshäiriöistä arvioidaan ja hoidetaan perusterveydenhuollossa, mutta työkyvyttömyyden pitkittyessä yli kuukauden tulee harkita psykiatrin konsultaatiota. Työterveyshuollon rooli on keskeinen työssäkäyvien henkisen hyvinvoinnin tukemisessa, ongelmien varhaisessa tunnistamisessa, kuntoutustarpeen selvittelyssä ja työkyvyn tukemisessa yhteistyössä työpaikan kanssa (STM 2009, STM 2011a, STM 2011b). Mielenterveysoireiden varhainen selvittely työterveyshuollossa ja psykiatrin konsultaatio yli kuuden viikon sairauspoissaoloissa vähentävät sairauspoissaolopäiviä (Taimela ym. 2008, Van der Feltz-Cornelis ym. 2010). Psykiatrisen kiireettömän hoidon perusteissa (STM 2010) todetaan psykiatrin tutkimus aiheelliseksi työkyvyttömyyden pitkittyessä kolme kuukautta. Työttömillä toimintakykyä ja mahdollista kuntoutustarvetta tulee arvioida kaikissa terveydenhuollon hoitotilanteissa ja työttömyyden vaiheissa (TEM 2011).

Koettu toimintakyky

Mielenterveyshäiriöissä toimintakykyyn vaikuttaa oleellisesti toimintaympäristö, joka voi tukea tai heikentää toimintakykyä. Potilaan omat selviytymiskeinot, subjektiiviset kokemukset ja tulkinnat tilanteesta vaikuttavat. Mielenterveyshäiriöissä on tavallista, että subjektiivinen ja objektiivinen näkemys ovat ristiriidassa keskenään. Vaikeampiin mielenterveyshäiriöihin voi liittyä myös alentunut kyky hahmottaa omaa tilannetta. Masennustiloihin ja ahdistushäiriöihin liittyy usein kielteisesti värittyneitä ajatuksia ja tulkintoja omasta tilasta, ja siten herkästi oman toimintakyvyn aliarvioimista. Potilaan raportointiin toimintakyvystä vaikuttaa luonnollisesti myös tilanne ja tarkoitus, miksi toimintakykyä selvitetään.

Subjektiivisen kokemuksen huomiointi ja tarvittaessa hoidollisin keinoin työstäminen on tärkeää, koska se vaikuttaa työkykyennusteeseen (Cornelius ym. 2011). Ilman yhteisymmärrystä ei myöskään voida rakentaa toimivaa kuntoutussuunnitelmaa. Potilaalta kysytään omaa konkreettista kuvausta siitä, mitkä tekijät heikentävät hänen toimintakykyään ja millä lailla sekä erityisesti mitkä tekijät auttavat häntä selviytymään paremmin.

Toimintakyvyn kartoitus - apuna oireseulat ja arviointiasteikot

Psyykkistä toimintakykyarviota ei voida perustaa yksittäiseen arviointimenetelmään tai mittariin. Toimintakykyarviossa apuna voidaan käyttää oiremittareita, toimintakyvyn arviointiasteikkoja ja psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa strukturoituja diagnostisia haastatteluita. Laajempaan toimintakykyarvioon on erityiskoulutusta vaativia menetelmiä. Diagnostiikka ei voi perustua seulaan tai oiremittariin, vaan kliiniseen kokonaisarvioon ja diagnostisiin kriteereihin (ICD-10).

Oireseulat ovat apuna tunnistamisessa ja useimmat niistä sopivat myös oireiden määrän ja vaikeusasteen seurantaan hoidon aikana. Masennus- ja ahdistuneisuushäiriöiden oireseuloja on hyvä kohdentaa erityisesti potilaisiin, joilla on paljon somaattisia kroonisia sairauksia ja/tai jotka käyttävät paljon terveystalvueluita. Hoitovasteen seurannassa niiden käyttöä voidaan pitää aina perusteltuna.

Mielenterveyshäiriöt voivat heikentää toimintakykyä suoraan tai välillisesti oireidensa kautta ja täten strukturoitu oirearviointi sopii toimintakykyarvioon. Vaikeisiin ja pitkittyneisiin mielenterveyshäiriöihin voi liittyä ajankohtaisista oireista riippumattonta, pidempiaikaista kognitiivisten toimintojen ja sosiaalisen toimintakyvyn heikentymistä, joita voidaan lievittää kuntoutuksen keinoin.

Päihdeongelmat komplisoivat usein masennustilaa sekä ahdistuneisuushäiriöitä ja voivat vaikeuttaa häiriöiden tunnistamista ja hoitoa. Päihdekäyttö voi olla myös syynä henkilön masennus- ja ahdistusoireille. Seulontalöydökset saattavat siten antaa tietoa päihteiden aiheuttamista mielenterveyshaitoista ja tukea haitallisen käytön tai päihderiippuvuuden diagnoosia. Päihteiden ja lääkeaineiden väärinkäytön aiheuttamien oireyhtymien (F10-F19) diagnostinen erottelu erillisistä mieliala- ja ahdistushäiriöistä (F30-F49) edellyttää vähintään 1 kk kestoista päihteetöntä jaksoa (Depressio; Käypä hoito -suositus, 2010).

Hoidollinen arvio ja neuropsykologinen tutkimus osana toimintakykyarviota edellyttävät myös riittävän pitkää (2kk pituista) raittiusjaksoa, jonka tulee olla objektiivisin menetelmin todennettu (TOIMIA 2010). Päihdekäyttöön on kiinnitettävä huomiota myös mielenterveyshäiriöiden hoidon aikana. Alkoholin riskikäytön tunnistamiseen soveltuu AUDIT-kysely. Päihdehäiriötä epäiltäessä tarvitaan aina objektiivisiä menetelmiä diagnostiikan tueksi, kuten laboratoriotutkimuksia ja tutkimustilanteessa alkoholin vaikutusta epäiltäessä uloshengitysilman alkoholipitoisuuden mittausta.

Psykiatrisissa häiriöissä toimintakykyarvioon suositeltua (Facultas 2008) SOFAS-arviointiasteikkoa (taulukko 1) täyttää terveydenhuollon ammattihenkilö potilaan haastatteluun, objektiivisiin havaintoihin, asiakirjatietoihin ja tarvittaessa muihin tietolähteisiin perustuen.

Masennuksen ja ahdistuksen tunnistamiseen sopivat seulat (Kaksi kysymystä masennuksesta, BDI-21 ja GAD 7) on esitelty taulukossa 1. Useimmat psykiatriset oiremittarit ja seulat perustuvat itsearviointiin, joka on hyvä huomioida niiden tulkinnessa ja jatkoselvittelyssä.

Varhaisen toimintakyvyn alentumisen tunnistamisessa työstressin seulontaan sopii Koettu stressi-kysymys, työterveyshuolloissa työuupumuksen selvittelyyn BBI-15 tai Maslach ja työstressin sekä työkuormituksen selvittelyyn Työstressikysely.

Taulukko 1. Mielenterveysongelmien seula- ja arviointimenetelmiä (Mukaihto Tuisku ym., 2010)

Seulonta- ja arviointitapa	Menetelmä	Seulonnan tuloksen mukaiset toimenpiteet
Masennuksen yleisseula esim. tervestarkastuksissa	Kahden kysymyksen seula: <i>Oletko viimeisen kuukauden aikana usein ollut huolissasi tuntemastasi alakulosta, masentuneisuudesta taitovottomuudesta?</i> <i>Oletko viimeisen kuukauden aikana ollut usein huolissasi kokemastasi mielenkiinnon puutteesta tai haluttomuudesta?</i>	Myöntävä vastaus vähintään toiseen kysymyksistä viittaa masennukseen -> tarvitaan tarkempi arvio ja lääkärin diagnostinen arvio
Suunnattu masennusseula esim. riskiryhmille vastaanottokäynnillä	BDI-21	Yli 9 pistettä tai yksittäisessä kysymyksessä (kohdassa 9: > 0 pistettä) viitteitä itsetuhoisuudesta -> lääkärin tarkempi diagnostinen arvio
Suunnattu ahdistusseula esim. riskiryhmille vastaanottokäynnillä	GAD-7	Seitsemän kysymystä (0-3p.); ≥ 10 pistettä -> lääkärin tarkempi diagnostinen arvio ahdistuneisuushäiriöstä (yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, paniikkihäiriö, sosiaalinen fobia, traumaperäinen stressihäiriö)
Mielialahäiriöpotilaiden toimintakykyä arvioitaessa	SOFAS -asteikko kokonaisarvio sosiaalisesta ja ammatillisesta toimintakyvystä tarkoitettu heikentyneen toimintakyvyn kuvaamiseen soveltuu toistuvaan arviointiin	

Arviointikäytäntö

Toimintakyvyn arvioissa on syytä käyttää aina myös ulkopuolisia tietolähteitä, jotta mahdollisimman kattava, objektiivinen ja realistinen kokonaiskuva toimintakyvystä syntyisi. Ainakin keskeisestä toimintaympäristöstä olisi hyvä saada objektiivisia havaintoja toimintakykyarvioon, esim. työnantajan kuvaus työssä selviytymisestä tai omaisen kuvaus arjen toimintakyvystä kotona tai työttömillä muun palveluverkoston tieto havaitusta tuentarpeesta. Taulukossa 2 on erilaisia menetelmiä, joilla toimintakykyyn liittyvää tietoa voidaan kartoittaa.

Toimintakykyarviossa tulisi arvioida yksilön oireiden, rajoitteiden ja toimintaympäristön kuormitustekijöiden lisäksi myös toimintakyvyn vahvuuksia, yksilöllisiä selviytymiskeinoja ja voimavaroja, joiden varaan kuntoutus pitkälti rakennetaan. Lisäksi on tärkeää selvittää toimintaympäristön mahdollisuudet tukea toimintakykyä. Työssä käyminen tukee pääsääntöisesti myös mielenterveyttä ja toipumista. Osatyökykyisten mahdollisuuksia työelämässä tulisi vahvistaa (Lehto 2011).

Psyykkisen toimintakyvyn arviointi on oleellinen osa mielenterveysongelmien selvittelyä, hoitoa ja kuntoutusta. Toiminnallinen aktiivisuus, sosiaalinen ympäristö ja sopivasti mitoitettu työssä käyminen tukevat mielenterveyttä, ehkäisevät syrjäytymistä sekä elämänlaadun heikentymistä. Toiminta- ja työkykyarvio toteutuu parhaimmillaan moniammatillisena ja verkostoyhteistyössä.

Taulukko 2. Toimintakykyarvion kartoitusmenetelmiä

- suorat havainnot ja kliininen haastattelu (apuna strukturoidut arviointimenetelmät)
- kliininen seuranta (pkl-käynnit, päiväosastojakso, kuntoutuslaitos- tai osastolaitosjakso)
- lähiverkoston havaintojen kokoaminen (koti, koulu, työpaikka)
- sosiaalinen kartoitus: työ- ja opintosuoritukset, huoltajuus ja talous, elämäntilanne
- toimintakykytutkimus ryhmä- tai yksilötyöskentelytilanteissa ja strukturoidun haastattelun avulla
- neuropsykologin tai psykologin tutkimus
- käynti toimintaympäristössä (koti, työpaikka)
- työkokeilu (joka on ensisijaisesti jo kuntoutusta)

Suosituksessa mainitut TOIMIA-tietokannan yksittäiset arviointimenetelmät:

- Kaksi kysymystä masennuksesta
- BDI-21
- GAD-7
- SOFAS

- AUDIT -kysely

- BBI-15
- Koettu stressi
- Maslach
- Työstressikysely

TOIMIA-tietokannan muut aiheeseen liittyvät suositukset:

- Päihdeongelman neurologisen ja kognitiivisen toimintakyvyn hyvä arviointikäytäntö
- Työkyvyn alenemisen varhainen tunnistaminen työterveyshuollossa
- Työttömän toiminta- ja työkyvyn hyvä arviointikäytäntö terveydenhuollossa
- Suositus psyykkisen toimintakyvyn mittaamisesta väestötutkimuksissa

Lisätietoa seuraavista muista linkeistä ja lähteistä:

Depressio Käypä hoito -suositus. 2010.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50023>

Jääskeläinen E, Miettunen J. Psykiatriset arviointiasteikot kliinisessä työssä. Duodecim 2011;127:1719-25.

Telakivi T. Toimintakyvyn arvioinnin kehittäminen. Suomen Lääkärilehti 2011;66:3127-32.

Heikman P, Katila K, Kuoppasalmi K. Masennuspotilaan toimintakyvyn arviointi. Suomen Lääkärilehti 2002;57(20):2175-2180.

Ahola K, Tuisku K, Rossi H. Työuupumus. Duodecim, Terveyskirjasto; 2010.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00681&p_haku=tyouupumus

Laukkala T, Tuisku K. Psykiatrisen työkyvynarvioinnin perusteita. Sotilaslääketieteen lehti 2011, painossa.

Viiteluettelo

Ahola K, Virtanen M, Honkonen T, Isometsä E, Aromaa A, Lönnqvist J. Common mental disorders and subsequent work disability: A population-based Health 2000 Study. *J Aff Disord* 2011;134:365-372.

Cornelius LR, van der Klink JJJ, Groothoff JW, Brouwer S. Prognostic factors of long-term disability due to mental disorders: a systematic review. *Journal of Occupational rehabilitation*. 2011;21(2):259-74.

Facultas 2008. Mielialahäiriöt, toimintakyvyn arviointi. Saatavilla Internetissä:
<http://www.tela.fi/data/userpdf/Mielialahairiot.pdf>

Depressio (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2010 (viitattu 25.11.2011). Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi

Lehto M. Osatyökykyisten työllistymisen suurimmat esteet ovat luottamuksen puute ja ennakkoluulot. STM tiedote 09.02.2011. Saatavilla Internetissä:
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2664824&name=DLFE-14646.pdf

STM 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3.

STM 2010. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:31.

STM 2011a. Masto-hankkeen (2008-2011) loppuraportti. Masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseen tähtäävän hankkeen toiminta ja ehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2011:15. Saatavilla Internetissä:
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2872962&name=DLFE-15344.pdf

STM 2011b Työterveyshuolto ja työkyvyntukeminen työterveysyhteistyönä Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2011:6. Saatavilla Internetissä:
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2872962&name=DLFE-14934.pdf

Taimela S, Malmivaara A, Justen S, Läärä E, Sintonen H, Tiekso J, Aro T. The effectiveness of two intervention programmes in reducing sickness absence among employees at risk. Two randomized controlled trials. *Occup Environ Med* 2008;65:236-41.

TOIMIA 2010. Telakivi T, Rapeli P, Kaarne T, Hillbom M. Päihdeongelman neurologisen ja kognitiivisen toimintakyvyn hyvä arviointikäytäntö. TOIMIA-tietokanta.(viitattu 22.12.2011). Saatavilla Internetissä: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/5/>

Tuisku K, Rossi H. Masennuksen ehkäisy ja hoito -työkaluja ja toimintamalleja työterveyshuoltoon. Työterveyslaitos. Vammalan kirjapaino Oy, Sastamala. 2010.

Työ- ja elinkeinoministeriö. Työttömien työkyvyn arviointi ja terveyspalvelut. Työryhmän raportti. TEM-raportteja 2011:10.

Van der Feltz-Cornelis CM, Hoedeman R, de Jong FJ, Meeuwissen JAC, Drewes HW, van der Laan NC, Afer HJ. Faster return to work after psychiatric consultation for sicklisted employees with common mental disorders compared to care as usual. A randomized trial. *Neuropsychiatric disease and treatment* 2010;6:375-85.