



Työterveyslaitos

Särkyä ja alakuloa

– tuki- ja liikuntaelinten kivun ja masentuneisuuden yhteisesiintyvyys Suomessa

Helena Miranda, Leena Kaila-Kangas, Kirsi Ahola



Työterveyslaitos
Topeliuksenkatu 41 a A
00250 Helsinki
puh. 030 4741 (vaihde)
www.ttl.fi

Ulkoasu Arja Tarvainen

© Kirjoittajat ja Työterveyslaitos, Helsinki 2011
Tämän teoksen osittainenkin kopiointi on tekijänoikeuslain
(404/61, siihen myöhemmin tehtyine muutoksineen)
mukaisesti kielletty ilman nimenomaista lupaa.

ISBN 978-952-261-095-9 (pdf.)

Tutkimusraportti on tehty sosiaali- ja terveysministeriön tuella

Yhteenveto

Tarkastelimme tuki- ja liikuntaelinten kivun (tule-kipu) ja masentuneisuuden yhteisesiintyvyyttä ensin koko Suomen 30 vuotta täyttäneessä väestössä ja sitten lähemmin työtätekevien 30–64-vuotiaiden joukossa. Tule-kivulla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa viimeisen kuukauden aikana ilmennyttä kipua, särkyä tai liikearkuutta selässä, niskassa, olkapäässä, kyynänpäässä, ranteessa, sormissa, lonkassa, polvessa, nilkassa tai jalkaterässä. Masentuneisuudella puolestaan tarkoitetaan tässä tutkimuksessa ajankohtaisten masennusoireiden esiintymistä.

Koko väestöstä 23 % ja työtätekevistä 15 % raportoi sekä tule-kipua että masentuneisuutta. Kaikista kipua potevista aikuisista joka kolmannella oli myös masentuneisuutta. Kivun ja masentuneisuuden samanaikainen esiintyminen lisääntyi voimakkaasti iän ja kipualueiden lukumäärän mukaan. Kokopäivätyössä olevilla tule-kivun ja masentuneisuuden yhteisesiintyvyyttä oli vähiten ja eläkeläisillä ja työttömillä puolestaan eniten.

Työssäkäyvässä väestössä tule-kipu oli selvästi yleisempää niillä, joilla esiintyi samanaikaisesti myös masentuneisuutta. Kivun esiintyvyys lisääntyi masennuksen vaikeusasteen mukaan. Tule-kivun ja masentuneisuuden yhteisesiintyvyydessä ei havaittu selkeitä muutoksia vuosien 1997–2009 välisenä aikana.

Tule-kipua ja masentuneisuutta potevat kokivat työkykynsä keskimääräistä huonommaksi, he kävivät lääkärissä ja jäivät työkyvyttömyyseläkkeelle muita useammin. Vaikka naiset raportoivat kipua ja masentuneisuutta miehiä useammin niin näiden kahden vaivan esiintyminen yhtä aikaa aiheutti miehille useammin työkyvyttömyyttä.

Sisällys

| | |
|---|----|
| Yhteenveto | 3 |
| Sisällys | 4 |
| Johdanto | 5 |
| | |
| Tule-kipujen mittaus tässä raportissa | 9 |
| Mitä masentuneisuus on? | 9 |
| Masentuneisuuden mittaus tässä tutkimuksessa | 10 |
| Tulokset | 11 |
| Tule-kivun ja masentuneisuuden yhteisesiintyvyys 30–99-vuotiailla suomalaisilla | 11 |
| Tule-kivun ja masentuneisuuden yhteisesiintyvyys työssäkäyvillä 30–64-vuotiailla suomalaisilla | 14 |
| Yhteisesiintyvyys – muutoksia ajassa? | 17 |
| Tule-kivun ja masentuneisuuden yhteys koettuun työkykyyn | 17 |
| Työssä käyvien hoitoon hakeutuminen tule-kivun ja masentuneisuuden vuoksi | 19 |
| Työssä käyvien tule-kivusta ja masentuneisuudesta johtuva työkyvyttömyys | 19 |
| | |
| Johtopäätökset | 22 |
| Loppusanat | 26 |
| Viitteet | 27 |
| Liite 1. Käytetyt aineistot | 29 |

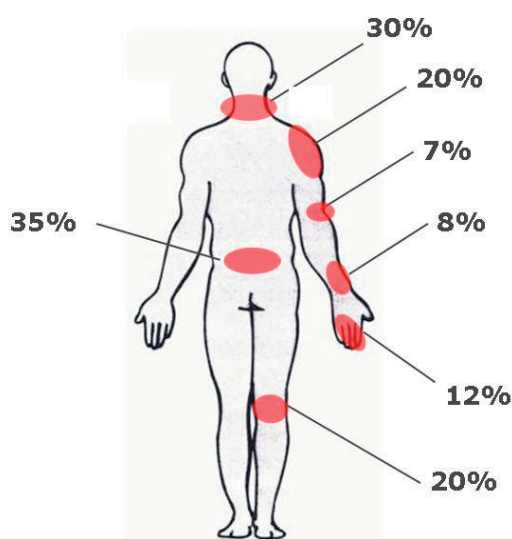
Johdanto

Tuki- ja liikuntaelinten (tule) vaivat ja mielenterveyden häiriöt ovat kaksi suurinta kansanterveysongelmaa työikäisillä suomalaisilla. Vuonna 2009 ne aiheuttivat puolet Kansaneläkelaitoksen korvaamista pitkistä sairauslomista sekä kaksi kolmasosaa uusista työkyvyttömyyseläkkeistä (Kela, tilastollinen vuosikirja 2009). Pelkästään mielenterveyden häiriöt aiheuttavat Suomessa vuosittain yli 4 miljoonaa sairauspoissaolopäivää. Tulekipu puolestaan on yksi yleisin hoitoon hakeutumisen syy. Lähes puolet terveyskeskuskäynneistä eli noin 4 miljoonaa käyntiä vuodessa aiheutuu kivusta (Mäntyselkä 1998).

Yleisin tule-vaiva on selkäkipu, jonka kokee lähes jokainen ainakin kerran elämänsä aikana ja jota on potanut edeltävän kuukauden aikana joka kolmas suomalainen (Miranda 2006; Kaila-Kangas 2007). Viimeaikaista niskakipua on puolestaan kokenut 30 % ja olkapää- tai polvikipua 20 % suomalaisista (Kaila-Kangas 2007) (kuva 1.)

Tule-vaivojen taustalla on suhteellisen harvoin spesifi tule-sairaus. Selkäkipuisista alle 10 prosentille löydetään jokin kudospäinen selitys kipuun; yhdeksällä kymmenestä vaiva on ns. tarkemmin määrittelemätön (epäspesifi) kipu. Myös olkapään vaivoissa epäspesifi kipuoire on monin verroin yleisempää kuin klinisen sairauden aiheuttama oireilu (Miranda 2005).

Tule-kivut tai kliiniset tule-sairaudet eivät ole lisääntyneet viime vuosikymmenien aikana Suomessa (Helakorpi ym. 2010), mutta tuki- ja liikuntaelinten vaivoihin liittyvä työkyvyttömyys on lisääntynyt tasaisesti 1990-luvulta alkaen ihan viimeisimpiä vuosia (2008-) lukuun ottamatta (Kela, tilastollinen vuosikirja vuodesta 1965-)



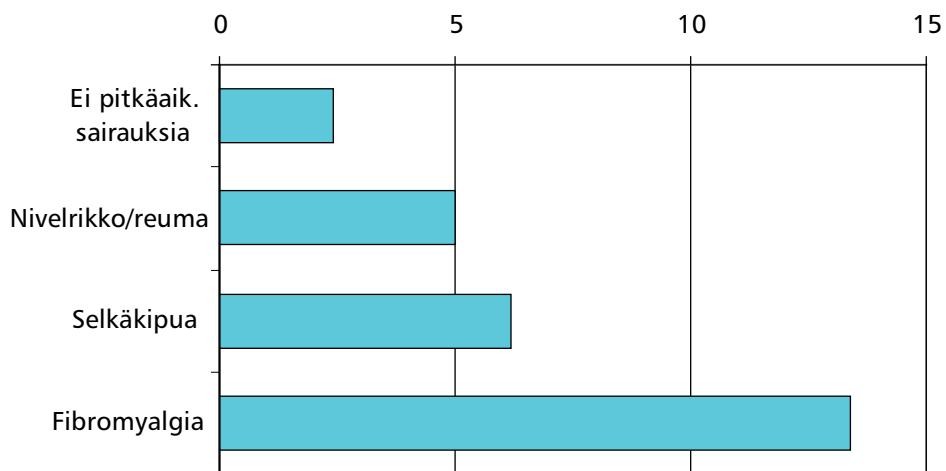
Kuva 1. Tule-kipujen yleisyys

Yleisimmän mielenterveyden häiriön, masennuksen, yleisyydessä ei suomalaisten väestötutkimusten mukaan ole myöskään tapahtunut muutoksia, mutta kuten tule-vaivojenkin kohdalla, masennuksesta johtuva työkyvyttömyys on lisääntynyt selvästi 2000-luvun puoliväliin asti (Kela, tilastollinen vuosikirja vuodesta 1965-). Vuonna 2006 masennuksen vuoksi alkaneiden työkyvyttömyyseläkkeiden lukumäärä oli 1,5-kertainen 90-luvun puoliväliin verrattuna (Gould ym. 2007). Joka viides työssäkäyvä suomalainen potee masentuneisuutta ja masennus sairautena (masennustila) on todettavissa n. 6 %:lla (Aromaa & Koskinen 2002; Ahola ym. 2006).

Tule-kipu ja masennus esiintyvät usein samanaikaisesti. Kliinisissä potilasaineistoissa on havaittu, että kaksi kolmesta masennuksen vuoksi hoitoon hakeutuneesta potilaasta kärsii myös kivusta. Kipupotilaista yli puolella on diagnosoitavissa kliininen masennus, kipuklinikalle läheteellä tulevista kroonisista kipupotilaista jopa 80 %:lla (Bair ym. 2003; Linton & Bergbom 2011).

Viimeaikainen epidemiologinen ja kokeellinen tutkimusnäyttö vahvistaa potilasaineistoissa havaitun kivun ja masennuksen yhteisesiintyvyyden. Tähänastisista väestötutkimuksista laajin on WHO:n julkaisema 17 eri maata koskeva raportti, joka perustuu 85 000 satunnaisotoksella valitun aikuisen haastatteluun. Raportin mukaan niillä, joilla on pitkäaikaista niska- tai selkäkipua, on kaksi kertaa todennäköisemmin samanaikaisesti myös masennusta verrattuna niihin, joilla ei ole kipua (Demyttenaere ym. 2006). Masennuksen riski on vielä korkeampi, lähes 4-kertainen, jos kivut ovat laaja-alaisia (Gureje ym. 2008). Suomi ei ollut mukana tässä tutkimuksessa.

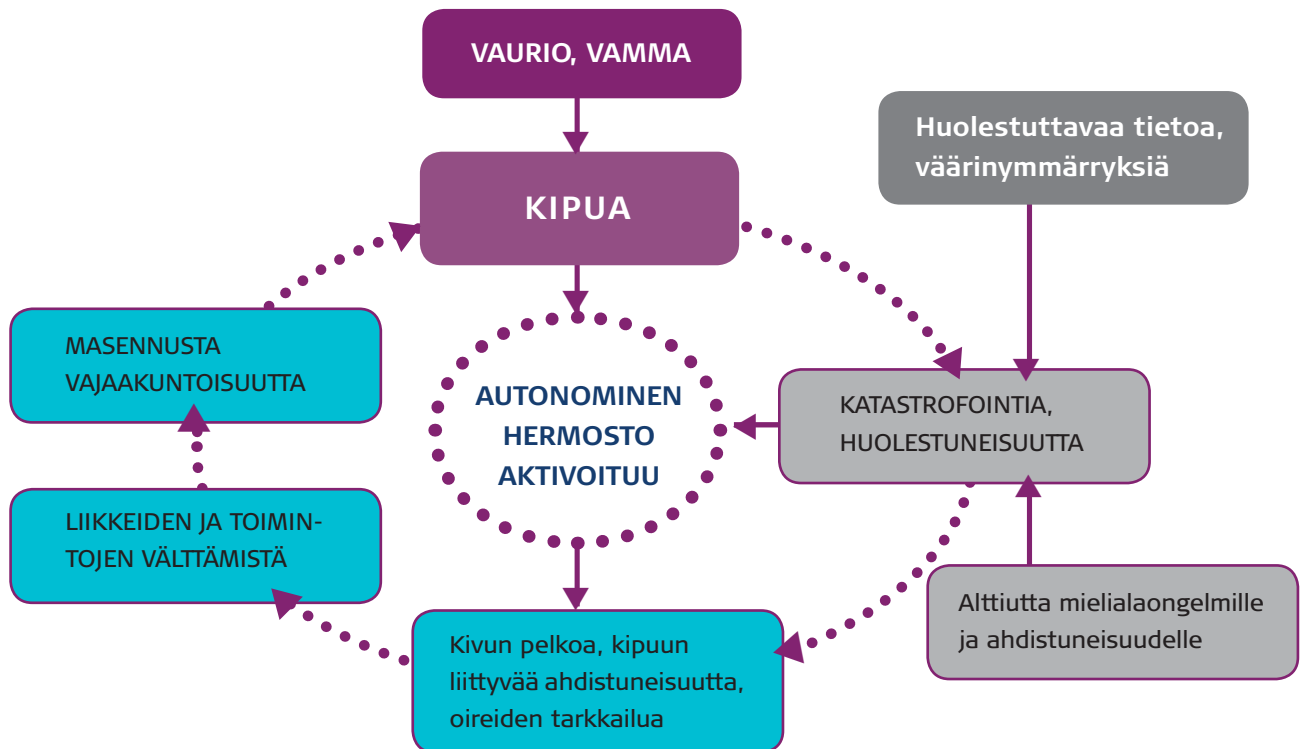
Myös toisessa laajassa väestötutkimuksessa, jossa haastateltiin 37 000 kanadalaisista, havaittiin masennuksen olevan 2-6 kertaa yleisempää niillä, joilla on joko nivelrikkoa, selkäkipua tai fibromyalgiaa (kuva 2) (Patten ym. 2006).



Kuva 2. Masennuksen esiintyvyys (%) kanadalaisessa tutkimuksessa (Patten ym. 2006).

Kivun ja masennuksen ajallinen yhteys vaihtelee. Osalla ihmisiä pidempään kestänyt kipu voi johtaa masentumiseen. Kivun kanssa samanaikaisesti koettu masennus voi puolestaan pitkittää kipuprosessia. Useassa seurantatutkimuksessa on myös osoitettu, että edeltävä masennus ennustaa kipujen ilmaantumista. Kipu ja masennus voivat lisäksi esiintyä yhtä aikaa ilman syy- ja seuraussuhdetta tai niillä voi olla yhteinen syy- tai molempia voimistava tekijä (Linton & Bergbom 2011). Näitä tekijöitä ei kuitenkaan tunneta vielä kovin hyvin. Kognitiivisilla tekijöillä kuten katastrofointitaipumuksella, uskomuksilla ja asenteilla sekä negatiivisten tunteiden hallintakyvyllä tiedetään kuitenkin olevan varsin merkittävä rooli kipukokemuksessa.

Kivun ja masennuksen samanaikaisuus näyttää olevan erityisen yleistä silloin, kun kipu on epäspesifiä, eli ei ole todettavissa patofysiologista kudosaauriota, joka selittäisi kipuoireet (Patten ym. 2006, Aguera ym. 2010). Tähän on ajateltu olevan selityksenä sen, että epäspesifi kipuoireilu voimistaa huolestuneisuutta sekä tuntemuksia siitä, ettei pysty hallitsemaan kipuaan ja että lääkäri ei ota todesta kivun olemassaoloa. Yksi kipuilun ja masennuksen välistä yhteyttä kuvaava malli välittävine ja voimistavine tekijöineen on esitetty kuvassa 3 (Vlaeyen 1995; Valjakka 2010).



Kuva 3. Kivun ja masennuksen välistä 'noidankehää' kuvaava malli.

Uudet aivojen kuvantamismenetelmät ja muut kokeelliset tutkimukset ovat osoittaneet, että kivulla ja masennuksella on yhteisiä biologisia mekanismeja, jotka liittyvät aivojen rakenteisiin, toimintaan sekä hermosolujen välittäjäaineisiin kuten serotoniiniin ja noradrenaliiniin. Masentuneilla on havaittu aivoissa kivun ja kipuun liittyvien tunteiden säätelyjärjestelmässä toiminnallisia häiriöitä, jotka voivat lisätä koetun kivun voimakkuutta ja kivun aiheuttamaa epämiellyttävää tunne-elämystä (Berna ym. 2010).

Työkyvyn, työhyvinvoinnin ja työssä jatkamisen tukemisen kannalta on ensiarvoisen tärkeää tunnistaa tule-kivun ja masentuneisuuden samanaikaisuus. Samanaikaisesti esiintyessään ne näyttävät vahvistavan toistensa negatiivisia vaikutuksia elämänlaatuun sekä toiminta- ja työkykyyn. Sairauspoissaolot ovat masentuneilla kipuilijoilla keskimäärin kaksi kertaa pidemmät kuin pelkkää kipua potevilla (Linton & Bergbom 2011). Hollantilainen tutkimus osoitti pitkäaikaisen selkäkivun ja masentuneisuuden samanaikaisuuden lisäävän sairauspoissaolopäiviä 40 päivällä vuodessa pelkän selkäkivun aiheuttamiin poissaolopäiviin verrattuna (Buist-Bouwman ym. 2005).

Suomessa on varsin luotettavaa väestötason tietoa tuki- ja liikuntaelinten oireiden ja sairauksien esiintyvyydestä ja riskitekijöistä. Myös mielenterveyden häiriöiden ja etenkin masennuksen epidemiologia on varsin hyvin kuvattu. Melko vähän kuitenkin tiedetään siitä, miten usein kipu ja masentuneisuus esiintyvät yhtä aikaa, eroaako yhteisesiintyvyys esimerkiksi iän tai sukupuolen mukaan tai miten kipu ja masennus yhdessä vaikuttavat suomalaisten työkykyyn.

Tämän raportin tavoitteena on tarjota yleistajuista tietoa tule-kipujen ja masentuneisuuden samanaikaisesta esiintymisestä suomalaisilla. Tätä yhteisesiintyvyyttä tarkastelemme aluksi koko 30-vuotta täyttäneessä väestössä sukupuolen, iän ja pääasiallisen toiminnan (työssä, työtön, opiskelija jne.) mukaan. Sitten keskitymme tarkastelemaan erityisesti työssäkäyvää väestöä. Raportissa kuvaamme 13 vuoden aikana (1997–2009) tapahtunutta kehitystä kivun ja masentuneisuuden esiintyvyydessä sekä sitä, miten kipuilu ja masentuneisuus yhdessä ja erikseen vaikuttavat koettuun työkykyyn, lääkärisikäynteihin, sairauspoissaoloihin ja ennenaikaiseen eläkkeelle siirtymiseen.

Raportissa esitetyt tulokset perustuvat yli 17 000 suomalaisen tietoihin, jotka on poimittu kahdesta edustavasta väestöaineistosta, Terveys 2000 -tutkimuksesta ja siihen liitetystä rekisteritiedoista (mm. Kansaneläkelaitoksen ja Eläketurvakeskuksen rekisterit) sekä Työterveyslaitoksen kolmen vuoden välein toteuttamista Työ ja Terveys -haastattelututkimuksista (Perkiö-Mäkelä ym. 2009).

Tule-kipujen mittaus tässä raportissa

Terveys 2000 -tutkimuksen haastattelussa (liite 1) tutkittavilta kysyttiin heidän viimeisten 30 päivän aikana kokemastaan kivusta, särystä tai liikearkuudesta seuraavilla kehon alueilla: selässä, niskassa, hartiassa, olkapäässä, ranteissa, sormissa, lonkassa, polvessa, nilkassa tai jalkaterässä. Jos tutkittavalla oli ollut oireita vähintään yhdessä mainituista paikoista, hänellä katsottiin olleen viimeaikaista tule-kipua. Kipualueiden yhteenlaskettu lukumäärä puolestaan kuvaa kivun laaja-alaisuutta. Laaja-alaisella kivulla tarkoitetaan kipua, jota esiintyy samanaikaisesti usealla kehon alueella (esim. alaselän ja niskan lisäksi kipua on myös jossain kohtaa yläraajaa sekä alaraajaa).

Työ ja Terveys -haastattelututkimuksissa tiedusteltiin viimeisen kuukauden aikaisia kipuoireita (pitkäaikaisia tai toistuvasti esiintyviä) ranteissa tai sormissa, niska-hartia-seudussa, olkapäissä tai käsivarsissa, lanne-ristiselässä, lonkissa tai jaloissa.

Mitä masentuneisuus on?

Masentuneisuus – silloin kun se esiintyy ohimenevänä mielialan laskuna – on luonnollinen reaktio erilaisiin pettymyksen, menetyksen tai saavuttamattomuuden kokemuksiin. Pidempään kestäessään masentuneisuus voi olla yksi oire sairaudesta, masennustilasta, jossa ihmisen toiminta- ja työkyky ja elämänlaatu ovat merkittävästi alentuneet. Masennustilan ydinoireisiin kuuluvat mielialan laskun lisäksi (matala mieliala hallitseva) kiinnostuksen tai mielihyvän kokemisen vähentyminen ja poikkeuksellinen väsymys. Muina oireina esiintyy mm. keskittymisvaikeuksia, unihäiriöitä, ruokahalun ja painon muutoksia, itseluottamuksen tai omanarvontunnon vähenemistä, itsesyytöksiä tai itsetuhoisia ajatuksia tai käytöstä (Tuisku & Rossi 2010).

Masentuneisuuden mittaus tässä tutkimuksessa

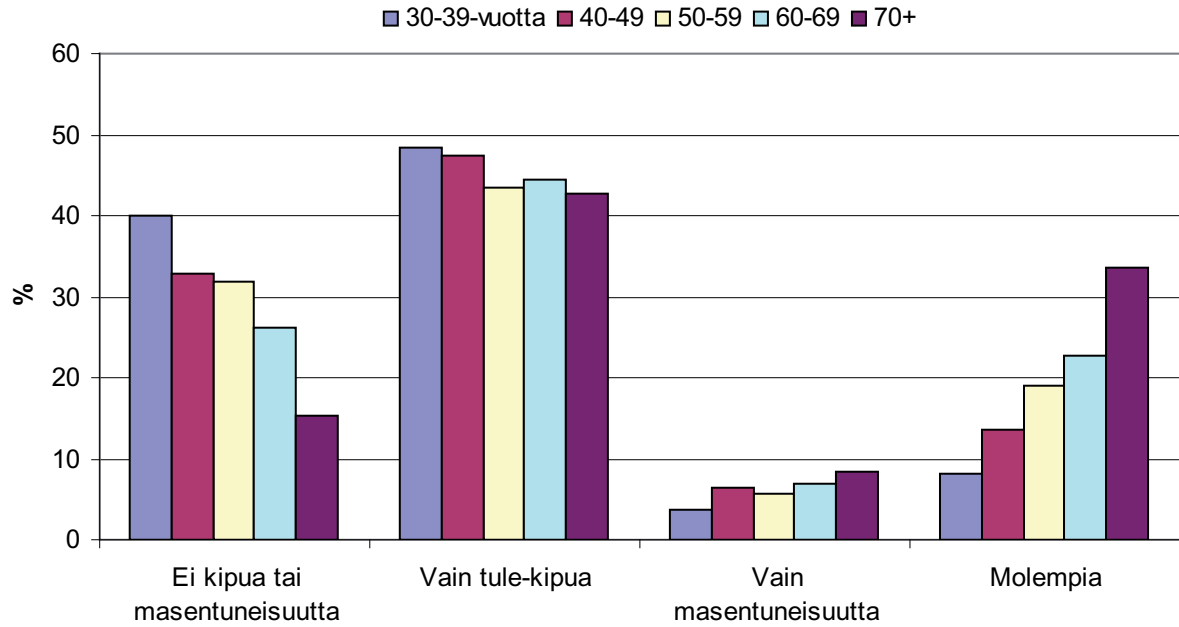
Jotta voitiin mitata kivun ja masentuneisuuden mahdollisimman samanaikaista esiintymistä, raporttiin valittiin masentuneisuuden mittariksi Terveys 2000 -tutkimuksessa käytetty standardoitu 21-osioinen Beckin depressioasteikko (Beck ym. 1961) Raitasalon mukaan muokattuna (Raitasalo 1977). Kyseinen mittari kuvaa ajankohtaisia masennusoireita 5-portaisella asteikolla. Depressiokyselyn kokonaispistemäärän perusteella masentuneisuus luokiteltiin seuraavasti: ei masentuneisuutta (0-9 pistettä), lievä masentuneisuus (10-8 pistettä), keskivaikea/vakava masentuneisuus (yli 18 pistettä). Analyyseja varten ryhmät "lievä", "keskivaikea/vakava" luokiteltiin ryhmäksi "masentuneisuutta". Työ ja Terveys -haastattelututkimuksissa puolestaan tiedusteltiin viimeisen kuukauden aikaista pitkäaikaista tai toistuvasti esiintyvää masentuneisuutta tai alakuloisuutta (on/ei).

Tulokset:

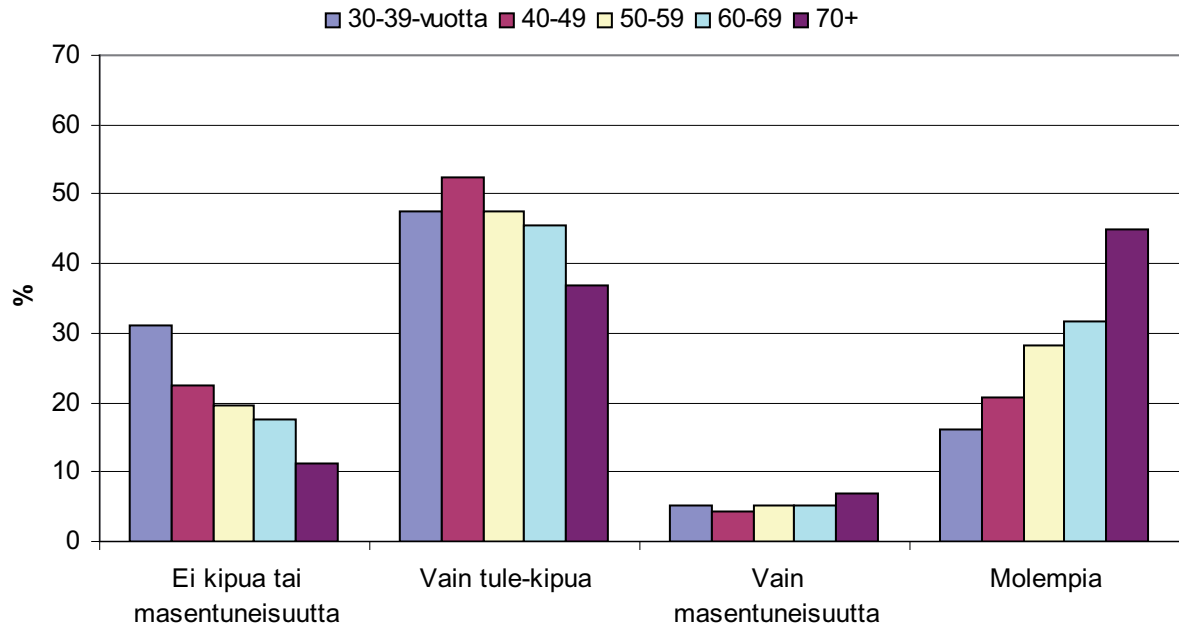
Tule-kipujen ja masentuneisuuden yhteisesiintyvyys 30–99-vuotiailla suomalaisilla

Kaiken kaikkiaan 23 % Suomen 30 vuotta täyttäneestä väestöstä poti samanaikaisesti sekä kipua että masentuneisuutta. Sukupuolten ja ikäryhmien välillä havaittiin suuria eroja. Masentuneiden kipuoireisten naisten osuus oli suurempi kuin miesten (27 % vs. 17 %). Kummallakin sukupuolella kivun ja masentuneisuuden yhteisesiintyvyys lisääntyi tasaisesti ikääntymisen myötä. Yli 70-vuotiaista joka kolmas mies ja lähes joka toinen nainen raportoi sekä kipua että masentuneisuutta (kuvat 4a ja 4b).

Pääasiallisella toiminnalla oli selvä yhteys kivun ja masentuneisuuden samanaikaisuuteen (kuva 5). Kokopäivätyötä tekevillä masentuneiden kipuilevien osuus oli alhaisin (14 %) ja työttömillä keskimääräistä korkeampi (29 %).

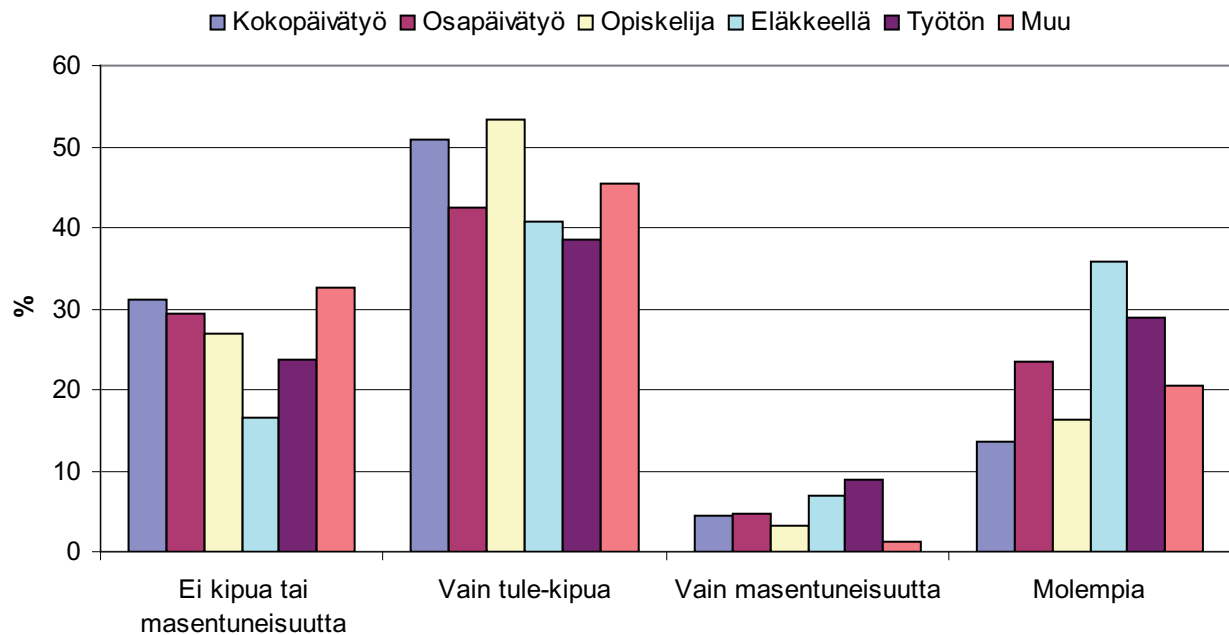


Kuva 4a. Miehet (n=2774)



Kuva 4b. Naiset (n=3370)

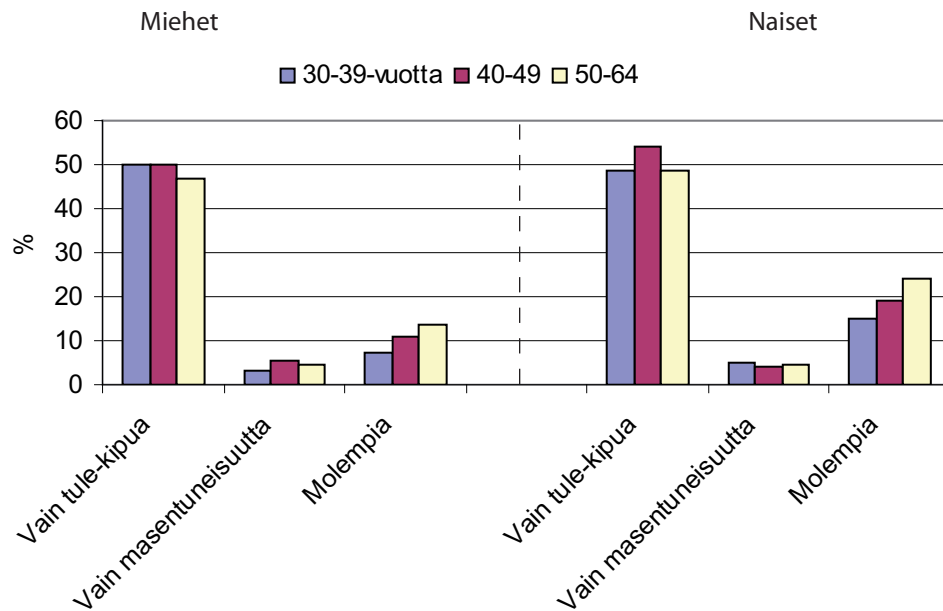
Kuvat 4a ja b. Viimeaikaisen tule-kivun ja masentuneisuuden esiintyvyys (%) ikäryhmittäin (Terveys 2000 -haastattelu).



Kuva 5. Viimeaikaisen tule-kivun ja masentuneisuuden esiintyvyys (%) pääasiallisen toiminnan mukaan (Terveys 2000 -haastattelu, n=6236).

Tule-kivun ja masentuneisuuden yhteisesiintyvyys työssäkäyvillä 30–64-vuotiailla suomalaisilla

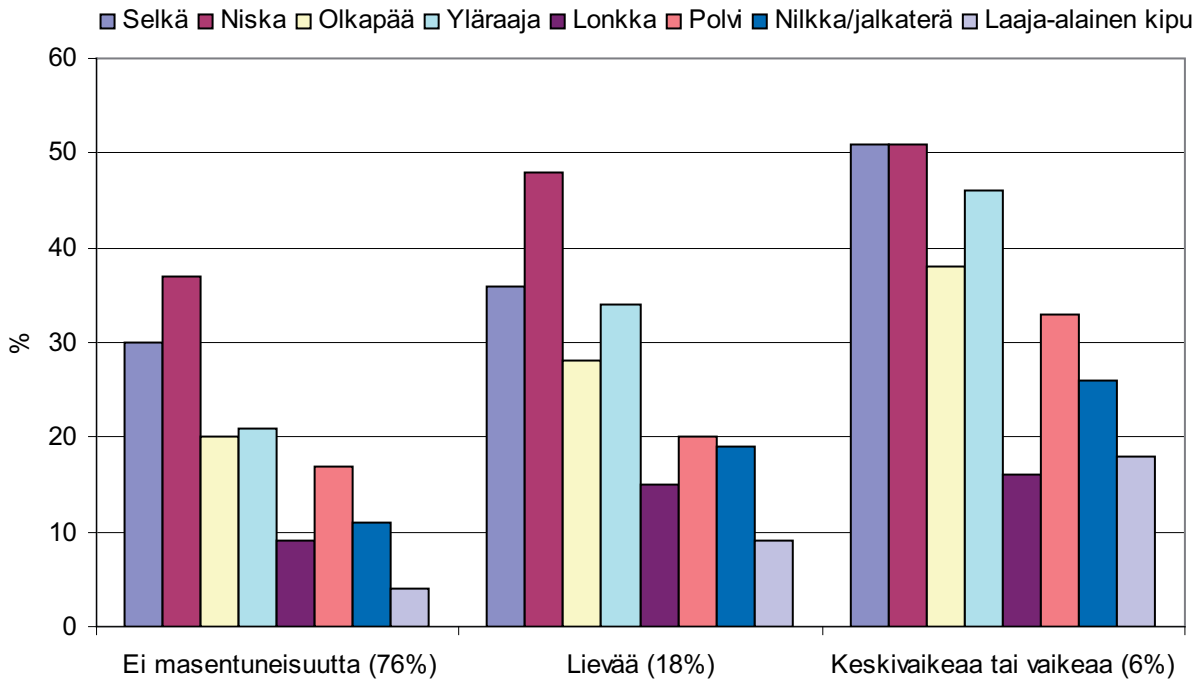
Työssäkäyvistä suomalaisista viimeaikaista tule-kipua ja masentuneisuutta samanaikaisesti oli kokenut 10 % miehistä ja 19 % naisista. Pelkät kipuoireet tai pelkkä masentuneisuus ei yleistynyt iän myötä samalla lailla kuin niiden yhteisesiintyvyys, joka lisääntyi miehillä selvästi ja jopa kaksinkertaistui (Kuva 6).



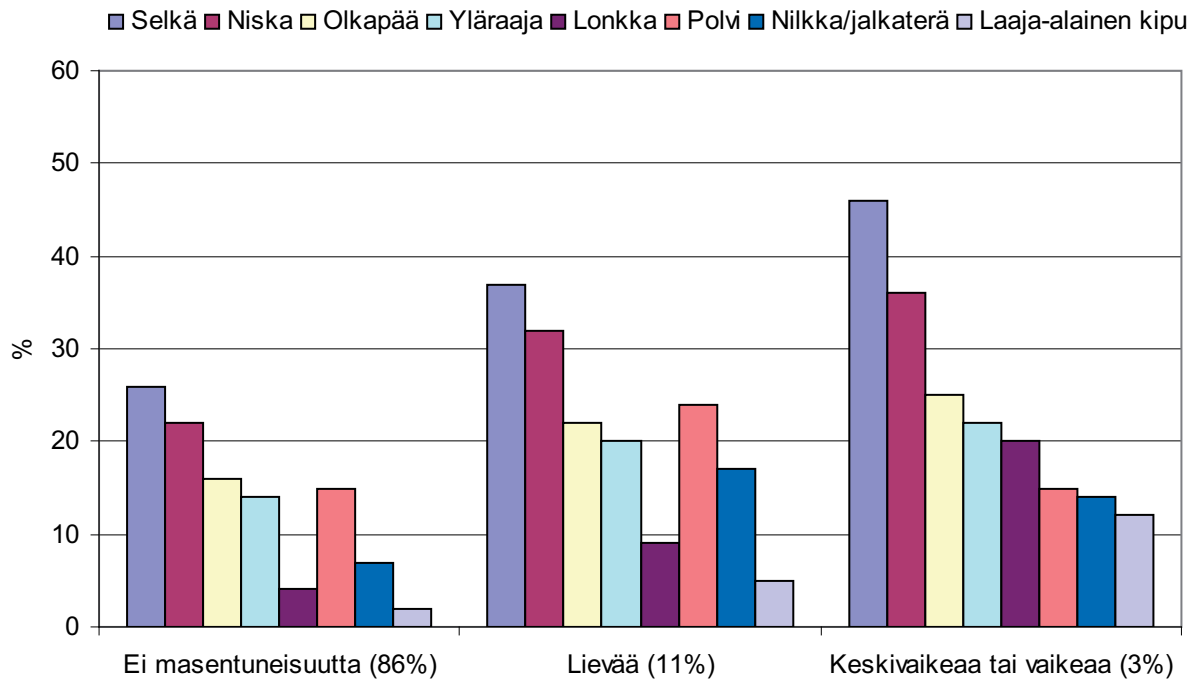
Kuva 6. Viimeaikaisen tule-kivun ja masentuneisuuden esiintyvyys (%) sukupuolen ja iän mukaan työssäkäyvillä (Terveys 2000 -haastattelu, n=3775).

Tule -kipu on hyvin yleistä suomalaisessa työväestössä: keskimäärin kaksi kolmesta oli kokenut kipua edeltävän kuukauden aikana. Kivun yleisyys kuitenkin lisääntyi entisestään masentuneisuuden asteen mukaan: kun ei-masentuneista naisista viimeaikaista tule-kipua raportoi kokeneensa 67 %, niin masentuneista naisista osuus oli 81 %. Miehillä vastaavat osuudet olivat 57 % ja 71 %.

Selkäkipu oli miehillä yleisin tule-kipu. Myös sen esiintyvyys lisääntyi voimakkaasti masentuneisuuden asteen mukaan: ei-masentuneista miehistä joka neljännellä oli ollut selkäkipua, lievästi masentuneista joka kolmannella ja keskivaikeasti tai vaikeasti masentuneista lähes joka toisella. Naisilla niskakipu oli yleisin tule-vaiva mutta voimakkaimmin masentuneisuuden asteeseen olivat yhteydessä nilkan ja jalkaterän sekä olkapään ja yläraajan kipu (kuvat 7a ja 7b).



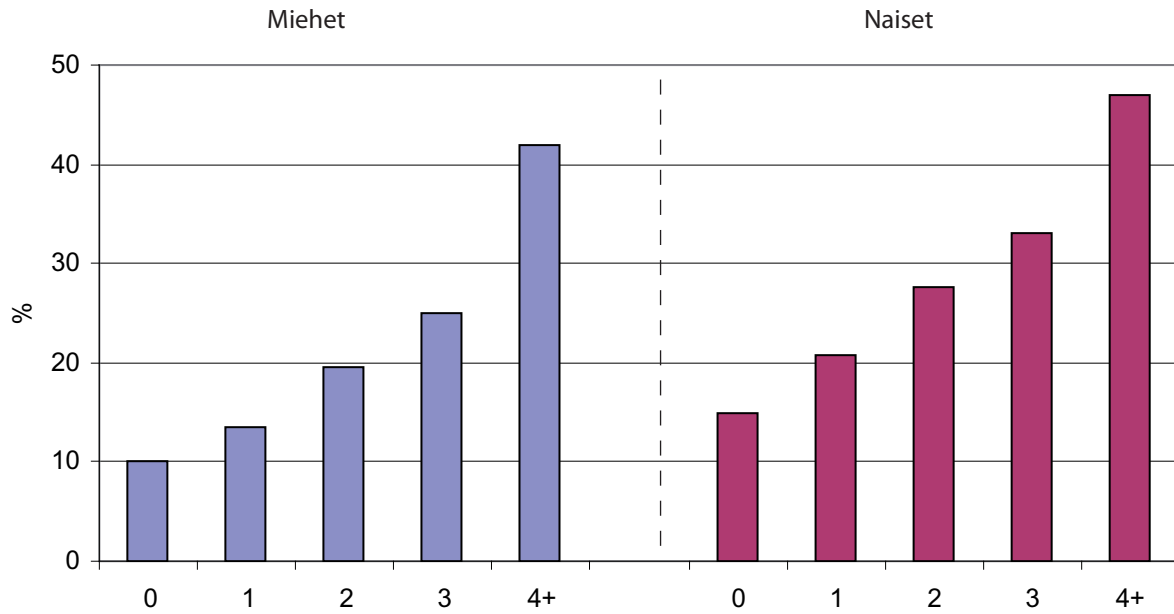
Kuva 7a. Miehet (n=1840)



Kuva 7b. Naiset (n=1940)

Kuvat 7a ja b. Viimeaikaisen tule-kivun esiintyvyys (%) masentuneisuuden asteen mukaan työssäkäyvillä (Terveys 2000 -haastattelu).

Kipualueiden lukumäärällä oli vahva yhteys masentuneisuuteen sekä miehillä että naisilla (kuva 8). Mitä useammassa paikassa henkilöllä oli ollut tule-kipua viimeisen kuukauden aikana, sitä todennäköisemmin hän oli myös masentunut.

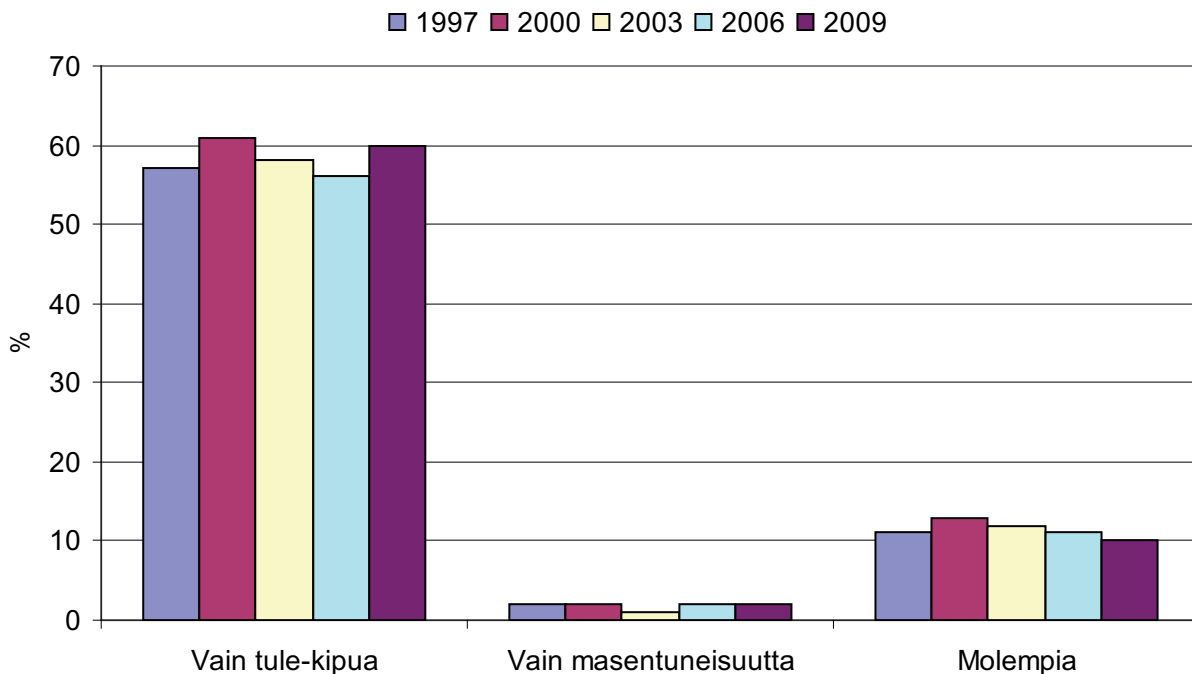


Kuva 8. Masentuneisuuden esiintyvyys (%) kipualueiden lukumäärän mukaan työssäkäyvillä (Terveys 2000 -haastattelu, n=3763).

Tule-kivun ja masentuneisuuden yhteisesiintyvyys oli yleisempää vähemmän koulutetuilla. Erityisen yleistä se oli vähän koulutetuilla naisilla: kun enintään 9 vuotta koulutusta saaneilla naisilla sekä kipua että masentuneisuutta potevien osuus oli 26 %, yli 12 vuotta opiskelleilla se oli 17 %. Vastaavat prosentiosuudet miehillä olivat 13 % ja 9 %.

Yhteisesiintyvyys – muutoksia ajassa?

Tule-kivun ja masentuneisuuden yhteisesiintyvyydessä ei ole havaittavissa selkeitä muutoksia vuosien 1997–2009 välisenä aikana koko työväestössä (kuva 9) eikä myöskään sukupuolittain, ikäryhmittäin tai koulutuksen pituuden suhteen tarkasteltuna.



Kuva 9. Viimeaikaisen tule-kivun ja masentuneisuuden esiintyvyys (%) vuosien 1997–2009 välisenä aikana työssäkävillä (Työ ja Terveys -haastattelu, n=11 054).

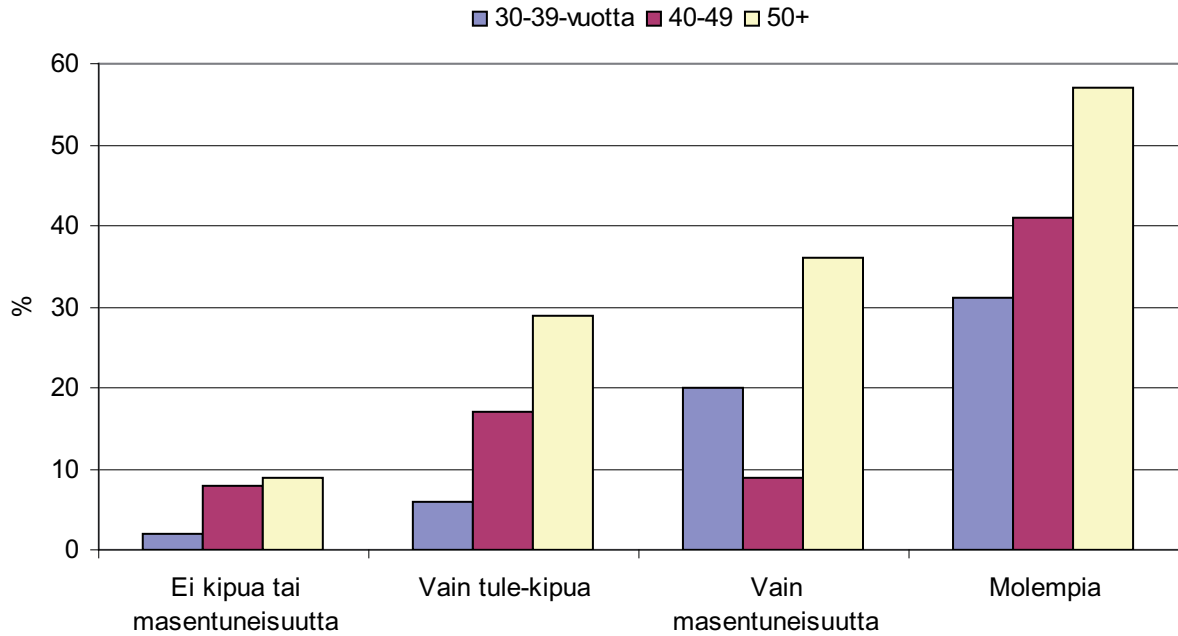
Tule-kivun ja masentuneisuuden yhteys koettuun työkykyyn

Niistä työssäkävivistä suomalaisista, joilla oli sekä tule -kipua että masentuneisuutta, 34 % arvioi työkykynsä alentuneeksi (antoivat enintään arvon 7 asteikolla 0–10). Vastaava osuus niistä, joilla ei ollut kipua eikä masentuneisuutta, oli 5 %.

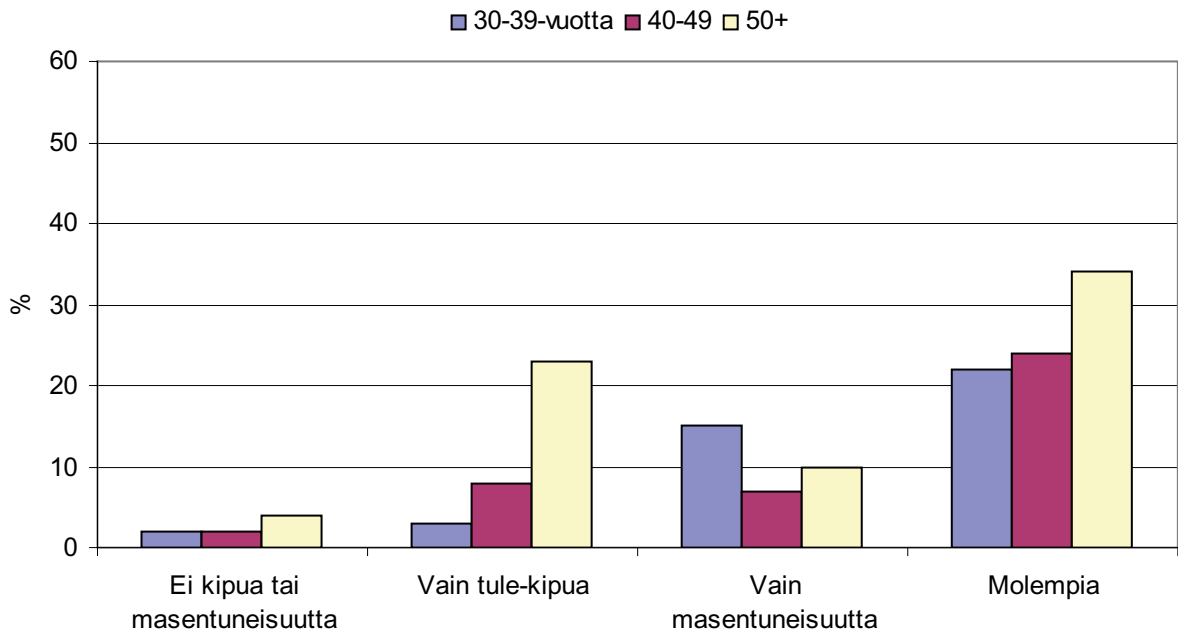
Miehet kokivat työkykynsä alentuneeksi naisia useammin riippumatta siitä esiintyikö kipua tai masentuneisuutta. Ikääntymisen myötä alentunutta työkykyä kokevien osuus lisääntyi molemmilla sukupuolilla. Sukupuolen ja iän mukaiset erot olivat havaittavissa jo niillä, joilla ei ollut tule-kipua eikä masentuneisuutta, mutta erot olivat erityisen suuria silloin, kun tule-kipua ja masentuneisuutta esiintyi samanaikaisesti (Kuvat 10a ja b).

Niistä 45-vuotta täyttäneistä miehistä, joilla oli sekä tule-kipua että masentuneisuutta, 55 % arvioi työkykynsä alentuneeksi, kun naisilla vastaava osuus oli 33 %.

Kuva 10a. Miehet (n=2558)



Kuva 10b. Naiset (n=2942)



Kuvat 10a ja b. Työkykynsä alentuneeksi kokeneiden osuus (%) kivun ja masentuneisuuden mukaan ikäryhmittäin (Terveys 2000 -haastattelu).

Työssä käyvien hoitoon hakeutuminen tule-kivun ja masentuneisuuden vuoksi

Tarkastelimme itse ilmoitettuja lääkarissäkäyntejä vuosina 1997–2009 viidessä väestöaineistossa (Työ ja Terveys -haastattelututkimukset). Tarkastelujakson aikana työssäkäyvillä oli keskimäärin 1,7 lääkarissäkäyntiä viimeksi kuluneen puolen vuoden aikana. Tule-kipua ja masentuneisuutta potevilla käyntejä oli keskimäärin 2,9.

Sekä työssäkäyvien naisten että miesten lääkarissäkäynnit lisääntyivät runsaan vuosikymmenen aikana (kuvat 11a ja b). Kun vuonna 1997 58 % oli käynyt lääkarissä viimeksi kuluneen puolen vuoden aikana, niin vuonna 2009 tuo osuus oli 68 %. Tule-kipua ja masentuneisuutta potevista vastaavat osuudet olivat 74 % ja 87 %. Verrattuna niihin joilla ei ollut kipua eikä masentuneisuutta, niitä samanaikaisesti potevat kävivät lääkarissä puolen vuoden aikana keskimäärin lähes kolme kertaa useammin. Heidän käyntimääränsä lisääntyivät tarkastelujakson aikana 2,6 käynnistä 3,6 käyntiin.

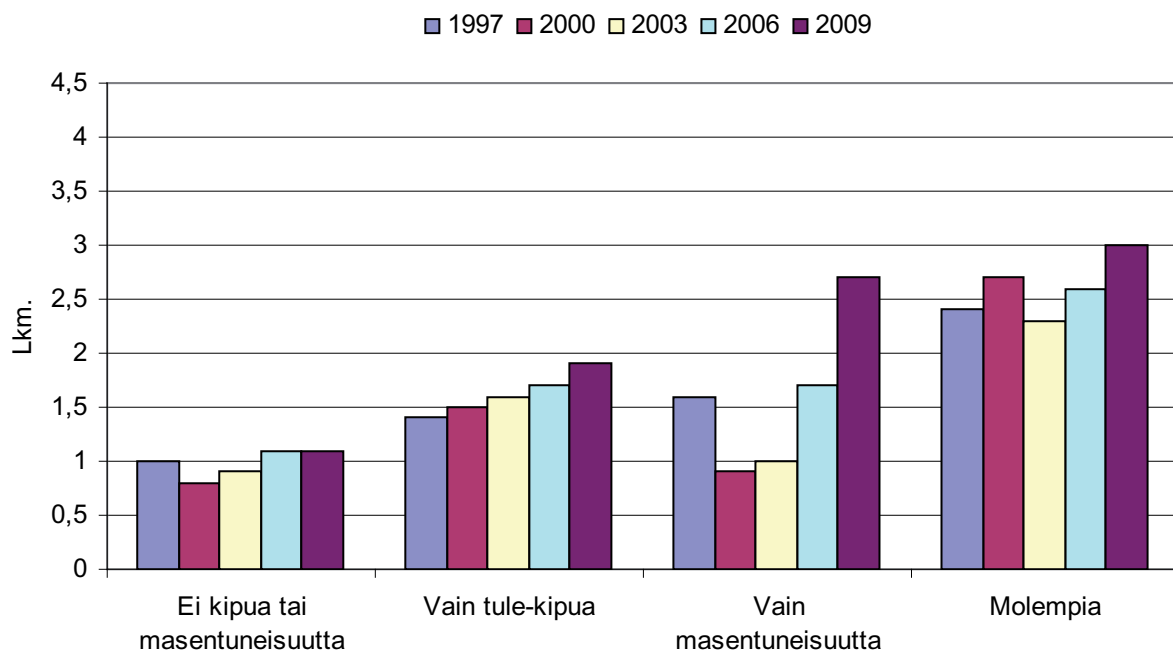
Käyntimäärät lisääntyivät molemmilla sukupuolilla, mutta naiset kävivät lääkarissä useammin kuin miehet koko tarkastelujakson ajan. Tule-kivusta ja masentuneisuudesta yhtä aikaa kärsivien lääkarissäkäyntien määrissä ei havaittu ikäryhmittäisiä eroja. Vuonna 2009 lähes yhdeksän kymmenestä kipuilevasta ja masentuneesta työssäkäyvistä suomalaisesta, niin nuoremasta kuin iäkkäämmästäkin, oli käynyt lääkarissä ainakin kerran viimeisen puolen vuoden aikana.

Työssä käyvien tule-kivusta ja masentuneisuudesta johtuva työkyvyttömyys

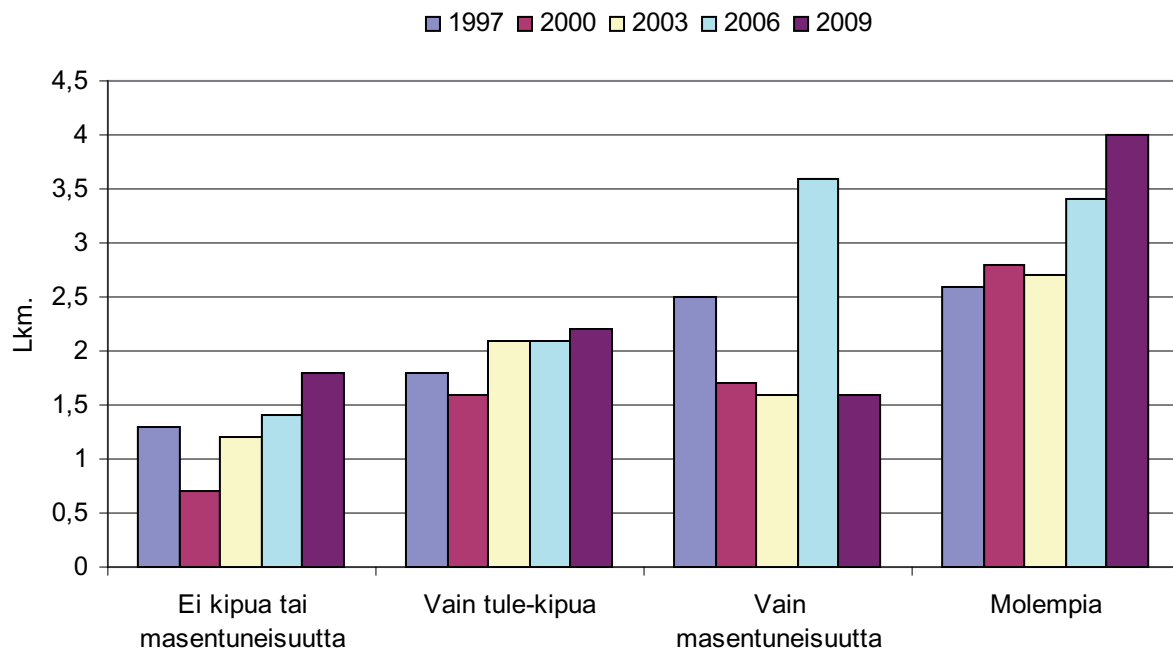
Tarkastelimme Terveys 2000 -tutkimukseen osallistuneiden, 30–50-vuotiaiden suomalaisten Kelan korvauksiin oikeuttavia sairauspoissaolopäiviä (ns. pitkiä, väh. 10 vuorokautta kestäneitä sairauspoissaolojaksoja) vuosina 2002–2008 sekä myönnettyjä osattai kokopäiväisiä työkyvyttömyyseläkkeitä vuosina 2000–2009.

Niistä tutkittavista, jotka olivat poteneet sekä tule-kipua että masentuneisuutta osallistuessaan Terveys 2000 -tutkimukseen (2000–2001), 58 %:lla oli vuosien 2002–2008 aikana ollut ainakin yksi Kelan korvaama sairauspoissaolojakso kun vastaava osuus koko aineistossa oli keskimäärin 44 %. Heillä oli myös selvästi enemmän sairauspoissaolopäiviä (keskimäärin 67 päivää) verrattuna kaikkiin 30–50-vuotiaisiin (37 päivää). Miehillä masentuneisuus sekä yksinään että yhdistyneenä tule-kipuun edelsi sairauslomaa useammin kuin naisilla (kuva 12).

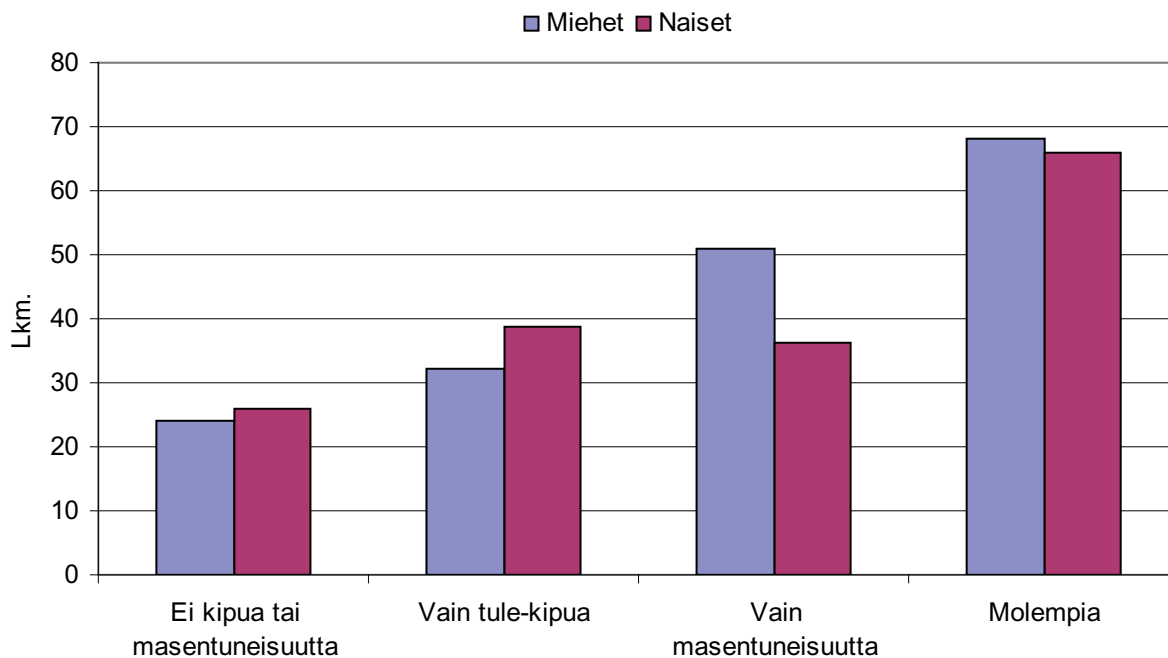
Kuva 11a. miehet (n=5557)



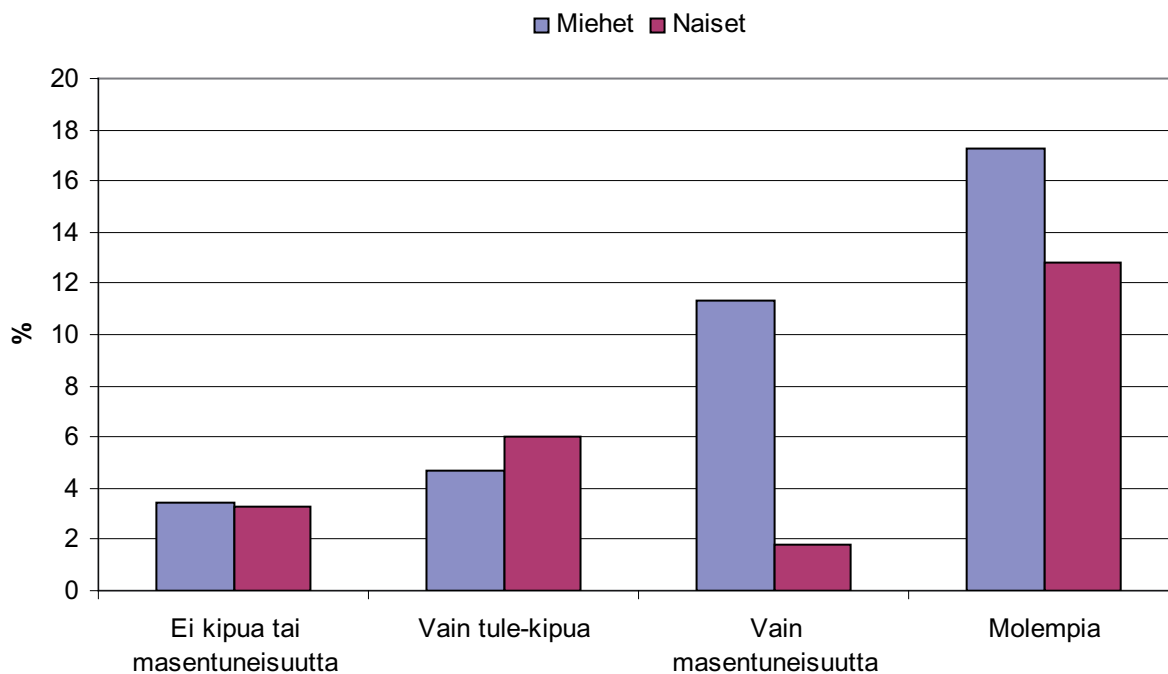
Kuva 11b. naiset (n=5510).



Kuvat 11a ja b. Keskimääräinen lääkärisikäyntien lukumäärä edellisen puolen vuoden aikana työssäkävyyllä vuosina 1997–2009 (Työ ja Terveys -haastattelut).



Kuva 12. Kelan korvaamien sairauspoissaolopäivien lukumäärä keskimäärin vuosina 2002–2008 tule-kivun ja masentuneisuuden mukaan (Terveys 2000 -aineisto, n=2810).



Kuva 13. Työkyvyttömyyseläkkeelle jääneiden osuus (%) vuosina 2000–2009 tule-kivun ja masentuneisuuden mukaan (Terveys 2000 -aineisto, n=2741).

Kaikista Terveys 2000-tutkimukseen osallistuneista, työssäkäyvistä 30–50-vuotiaista, 6 % sai työkyvyttömyyseläkkeen yhdeksän vuoden kuluessa. Vastaava osuus sekä tulekipua että masentuneisuutta poteneista miehistä oli 17 % ja naisista 13 % (kuva 13). Työkyvyttömyyseläkkeissä oli havaittavissa kivun ja masentuneisuuden välillä toisiaan voimistavaa yhteisvaikutusta ($1+1 > 2$).

Johtopäätökset

Tässä raportissa kuvataan tulekipun ja masentuneisuuden samanaikaista esiintyvyyttä suomalaisessa aikuisväestössä. Lisäksi raportissa tarkastellaan sitä, miten kipu ja masentuneisuus yhdessä vaikuttavat hoitoon hakeutumiseen ja työkykyyn.

Selvityksemme vahvistaa viimeaikaisten kansainvälisten tutkimusten tuloksia, joiden mukaan kipu ja masennus ovat osin päällekkäisiä ilmiöitä: on monin verroin yleisempää se, että masennuksen kanssa koetaan samanaikaisesti kipua kuin että masentuneisuuteen ei liittyisi kipuoiretta. Suomalaisista aikuisista noin joka neljäs kärsii tulekipusta, johon liittyy samanaikaista masentuneisuutta, työssäkäyvistä noin joka seitsemäs. Pelkkää masentuneisuutta potee noin 5 % aikuisväestöstä ja pelkkää viimeaikaista kipua ilman mielialaongelmia kokee lähes puolet väestöstä.

Kaikista kipua potevista aikuisista joka kolmas kokee myös masentuneisuutta.

Yhteisesiintyvyys näyttäisi lisääntyvän voimakkaasti iän mukaan. Yli 70-vuotiailla naisilla on jopa yleisempää se, että kipuihin liittyy masentuneisuutta kuin että kipua olisi ilman sitä. Mielenkiintoista on se, että pelkän masentuneisuuden esiintyvyys lisääntyy vain hieman iän mukana ja ainoastaan koko väestöä tarkastellessa. Pelkän kivun esiintyvyydessä ei havaittu minkäänlaista ikätrendiä. Suomalaisen tutkimuksen mukaan päivittäisen tai jatkuvasti vaivaavan kivun tiedetään lisääntyvän väestössä voimakkaasti iän myötä (Mäntyselkä 2003). Krooninen kipuihin voi omalta osaltaan lisätä samanaikaisen masennuksen ilmaantumista.

Ikääntyvän väestön tulekipua tutkittaessa ja hoidettaessa olisi huomioitava masentuneisuuden samanaikaisen esiintymisen suuri todennäköisyys.

Tarkasteltaessa vain aktiivisesti työssäkäyvää väestöä, voidaan tämän raportin perusteella arvioida, että suomalaisessa työelämässä on noin 300 000 30-vuotta täyttäneitä työntekijää, jotka potevat samanaikaisesti kipua ja masentuneisuutta. Emme kykene käytössä olevien aineistojen perusteella tarkemmin erottelemaan kivun ja masennuksen ajallista syy- ja seuraussuhdetta. Tämän raportin tavoite onkin vain kuvata näiden

kahden yleisen terveysongelman osittaista päällekkäisyyttä, ja tämän yhteisesiintyvyyden kansanterveydellistä merkitystä. Se heijastuu moneen yhteiskunnan kannalta tärkeään seuraukseen, kuten sairauspoissaoloon, ennenaikaiseen eläköitymiseen ja terveyspalveluiden käyttöön.

Suomalaisessa työelämässä on satoja tuhansia työntekijöitä, jotka potevat samanaikaista kipua ja masentuneisuutta. Kyse on kansanterveydellisesti merkittävästä ilmiöstä.

Yhtä aikaa kipua ja masentuneisuutta potevat käyttävät terveydenhuollon palveluja keskimääräistä enemmän: he hakeutuvat lääkärin vastaanotolle kolme kertaa useammin verrattuna niihin, joilla ei ole kipua eikä masentuneisuutta.

Tiedossamme ei ole arviota siitä mikä osuus raportissamme kuvatuista aikuisväestön lisääntyneistä lääkärisäkäynneistä kohdistui nimenomaan mielenterveyspalveluihin. WHO:n laajassa, yli 20 000 ihmistä kattaneessa väestötutkimuksessa samanaikainen kipu ja masennus olivat yhteydessä vähäisempään ja viivästyneempään hakeutumiseen mielenterveyspalveluiden piiriin (Demyttenaere ym. 2006). Useat tutkimukset ovat osoittaneet, että hyvin moni masentunut etsii lääkäristä apua vain fyysiseen vaivaan (Bair ym. 2003); arvioiden mukaan jopa kolme neljästä masentuneesta hakeutuu lääkäriin pelkästään fyysisten tuntemusten, usein kivun takia. Kipuoire saattaa siten peittää alleen taustalla olevan masennuksen, joka voi jäädä diagnosoimatta ja hoitamatta. Kivunhoito itsessään on tehotonta, jos tärkeä osuus kivusta – tunteet – jäävät huomioimatta.

Tutkimuksissa on havaittu, että ne, jotka potevat samanaikaisesti kipua ja masennusta, ovat tyytymättömämpiä terveydenhuollon palveluihin ja saamaansa hoitoon (Aguera 2010). Tyytymättömyys saattaa lisätä käyntimääriä eri lääkäreiden luona. Kipujen kanssa samanaikaisesti esiintyvän masennuksen jäädessä tunnistamatta sekä kipuilu että masennusoireet pitkittyvät, tehokas hoidon aloitus viivästyy ja oireiden kroonistumisen, työkyvyttömyyden ja työelämästä syrjäytymisen riski suurenee (mm. Bair 2003, Miranda 2010, Linton 2011). Masennuksen seulonta perusterveydenhuollossa jo ensimmäisten tule-kipukäyntien yhteydessä olisi suositeltavaa.

Masennus voidaan tunnistaa varsin luotettavasti kahden kysymyksen avulla (www.toimia.fi):

1) Oletko viimeisen kuukauden aikana usein ollut huolissasi tuntemastasi alakulosta, masentuneisuudesta tai toivottomuudesta?

2) Oletko viimeisen kuukauden aikana ollut usein huolissasi kokemastasi mielenkiinnon puutteesta tai haluttomuudesta?

Työelämästä syrjäytymisen riski tulee selvästi esiin myös tässä raportissa. Kipuoireilu ja masentuneisuus yhdessä olivat kaksi kertaa yleisempiä työttömillä suomalaisilla kuin kokoaikaisesti työssäkäyvillä. Työttömyyden, kipuoireiden ja masennuksen ajallista yhteyttä eli sitä missä määrin kipu- ja masennusoireet lisäävät työttömyyden riskiä ja miten puolestaan pitkittyvä tai toistuva työttömyys itsessään lisää näitä oireita, ei ole paljoakaan tutkittu (Heponiemi 2008). Työttömien terveydenhoidon parantaminen tarjoaa paremmat mahdollisuudet kivun ja mielialahäiriöiden tehokkaampaan tunnistamiseen ja hoitoon.

Työssäkäyvistä ne, joilla oli sekä kipua että masentuneisuutta olivat arvioineet työkykynsä huomattavasti useammin alentuneeksi, heillä oli enemmän sairauspoissaoloja ja suurempi todennäköisyys joutua pysyvästi pois työelämästä kuin väestöllä keskimäärin.

Yhtä aikaa esiintyessään kipu ja masentuneisuus pidentävät sairauspoissaoloja ja lisäävät ennenaikaisen eläkkeelle siirtymisen riskiä.

Naisten tiedetään raportoivan kipua ja masentuneisuutta miehiä yleisemmin. Myös kipujen ja masentuneisuuden yhteisesiintyvyys on naisilla yleisempää (Aguera ym. 2010; Ohayon & Schatzberg 2003), kuten raportissammekin osoitetaan. Tuloksemme on yhtenevä aiempien tutkimusten kanssa. Naisilla myös hoitoon hakeutuminen on tavallisempaa. Naisilla matalampi kynnys raportoida kipua, tunnistaa masennuksen oireet ja hakea niihin apua selittää osan sukupuolten välisestä erosta. Lisäksi kokeellisissa tutkimuksissa, joissa on hyödynnetty aivojen kuvantamismenetelmiä, on havaittu, että naisilla on matalampi kipukynnys kuin miehillä (Wiesenfeld-Hallin 2005). Myös negatiivisten tunteiden hallinnassa on havaittu sukupuolieroja (McRae 2008). Näitä eroja on selitetty biologisilla tekijöillä, jotka liittyvät mm. sukupuoli- ja aineenvaihduntahormoneihin.

Mielenkiintoista raportissamme on miesten ja naisten ero työkyvyssä. Kipua ja masentuneisuutta potevat miehet kokivat työkykynsä naisia selvästi useammin alentuneeksi. Koska tämä tulos perustuu poikkileikkaustutkimukseen, jossa kivun, masentuneisuuden ja alentuneen työkyvyn ajallista yhteyttä ei voida selvittää, on mahdollista, että tuki- ja liikuntaelinten oireilusta johtuva vajaus työkyvyssä masentaa miehiä enemmän kuin naisia. Masentuneisuus olisi siis seurausta kivusta aiheutuvasta alentuneesta työkyvystä.

Kuitenkin rekistereihin perustuva seurantatietomme sairauspoissaoloista ja työkyvyttömyyseläkkeistä tukee sitä vaihtoehtoista tulkintaa, että kivun ja masentuneisuuden samanaikaisuus lisää työkyvyttömyyden riskiä enemmän kuin nämä vaivat yksinään ja että kivulla ja masentuneisuudella yhdessä on voimakkaampi negatiivinen vaikutus miesten työssä jatkamiseen naisiin verrattuna. On myös mahdollista, että naisten parempi

ja varhaisempi oireiden tunnistaminen ja hoitoon hakeutuminen suojaa pysyvältä työkyvyttömyydeltä. Tämä on mielenkiintoinen kysymys tuleville seurantatutkimuksille.

Käyttämämme mittarit kivun, masentuneisuuden (Beckin depressioasteikko) ja koetun työkyvyn suhteen ovat kaikki validoituja, yleisesti käytössä olevia tapoja mitata kyseisiä ilmiöitä väestötutkimuksissa. Beckin depressioasteikon käyttämistä kipupotilaiden masennuksen seulonnassa on joskus kritisoitu, koska kipuilun itsessään on epäilty johtavan vääriin positiivisiin (tai negatiivisiin) masennusdiagnooseihin (Estlander 1999).

Masennuskyselyiden käyttö väestötutkimuksessa on kuitenkin perusteltua. Esim. WHO:n laajassa väestötutkimuksessa todettiin, että depression piirteet (mitattu ns. CIDI-haastattelulla) eivät eronneet niiden välillä, joilla oli tai ei ollut samanaikaista kipua (Demyttenaere ym. 2006). Vastaavanlaisia tuloksia on saatu muistakin tutkimuksista (Ohayon & Schatzberg 2003). Myöskään meidän tätä raporttia varten tekemissämme tarkemmissa analyyseissä ei todettu masentuneisuuden eri oireiden eroavan merkittävästi sen mukaan esiintyikö tutkittavalla vain masentuneisuutta tai myös samanaikaista kipua. Tämä tarkoittaa sitä, että on epätodennäköistä, että kivun ja masentuneisuuden samanaikainen esiintyminen selittyisi pelkästään kipuun yhdistyvillä masennuksen oireilla kuten väsymyksellä tai unettomuudella.

Mitattuna sekä itse raportoiduilla että rekistereihin perustuvilla mittareilla, tuloksemme kivun ja masentuneisuuden seurauksista työkyvylle tukivat toisiaan ja vahvistivat siten tulostemme luotettavuutta. Erityisesti tuloksemme tukevat olettamusta, että suomalaisessa väestössä tule-kipu ja masentuneisuus esiintyvät usein yhdessä ja että sillä on merkittäviä seuraamuksia.

Loppusanat

Tämän raportin tavoitteena oli kuvata väestössä yleisten terveysongelmien, tuki- ja liikuntaelinten kipuoireiden ja masentuneisuuden samanaikaisuutta. Haluamme myös saattaa lukijoiden tietoon tämän ilmiön merkityksen yksilön työkyvyn ja terveystalouden käytön kannalta. Toiveenamme on, että raportin tulosten avulla suomalaisessa terveydenhuollossa tehostettaisiin entisestään fyysisen vaivan hyvän hoitamisen lisäksi myös mielenterveyden ongelmien varhaisempaa huomioimista ja hoitoa.

Työurien pidentämisen kannalta ikääntymisen voimakas vaikutus kipujen ja masennuksen samanaikaisuuteen olisi syytä huomioida työ- ja perusterveydenhuollossa ja kuntouttavassa toiminnassa. Erytisesti miesten työkyky on uhattuna samanaikaisen kivun ja masennuksen vaikutuksesta. Miesten kykyä tunnistaa oireensa ja halukkuutta hakeutua ajoissa hoitoon pitäisi entistä paremmin tukea. Työssäkävien kohdalla tähän tarjoutuu tilaisuus työterveyshuollossa tehtävien terveystarkastusten ja -kyselyiden avulla, työttömille mm. säännöllisten terveystarkastusten kautta. Esimiesten ja työtovereiden koulutuksella lisätään työyhteisön valmiutta kohdata monioireinen työntekijä ja tarjota tukea työkyvyn säilyttämiseksi. Työntekijä itse on myös merkittävässä ja vastuullisessa roolissa oman terveytensä ja työkykynsä ylläpitämisessä.

Ihminen on kokonaisuus, jossa mieli ja ruumis eivät ole erotettavissa toisistaan. Kipukokemuksen laukaiseva tekijä voi olla fyysinen, henkinen tai sosiaalinen. Masennus voi aiheuttaa somaattisia oireita. Kaikissa terveysongelmissa on fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen ulottuvuutensa. Niiden tunnistamista edesauttaa kokonaisvaltainen lähestymistapa ihmiseen ja hänen oireisiinsa.

Kiitokset

Kiitämme erikoistutkija Merja Perkiö-Mäkelää ja graafikko Arja Tarvaista Työterveyslaitokselta sekä ylilääkäri, dosentti Markku Heliövaaraa Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselta, heidän arvokkaasta panoksestaan tämän raportin syntyyn.

Viitteet

- Aguera L, Failde I, Cervilla JA, Diaz-Fernandez P, Mico JA. (2010). Medically unexplained pain complaints are associated with underlying unrecognized mood disorders in primary care. *BMC Fam Pract* 11:7.
- Ahola K, Honkonen T, Kivimäki M, Virtanen M, Isometsä E, Aromaa A, Lönnqvist JI. (2006). Contribution of burnout to the association between job strain and depression: the health 2000 study. *J Occup Environ Med* 48(10): 1023-30.
- Aromaa A, Koskinen, S, toim. (2002). Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B3/2002. Helsinki, Kansanterveyslaitos.
- Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. (2003). Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med* 163(20): 2433-45.
- Beck AT, Ward, CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 4: 561-71.
- Berna C, Leknes S, Holmes EA, Edwards RR, Goodwin GM, Tracey I. (2010). Induction of depressed mood disrupts emotion regulation neurocircuitry and enhances pain unpleasantness. *Biol Psychiatry* 67(11): 1083-90.
- Buist-Bouwman MA, de Graaf R, Vollebergh WA, Ormel J. (2005). Comorbidity of physical and mental disorders and the effect on work-loss days. *Acta Psychiatr Scand* 111(6): 436-43.
- Demyttenaere K, Bonnewyn A, Bruffaerts R, Brugha T, De Graaf R, Alonso J. (2006). Comorbid painful physical symptoms and depression: prevalence, work loss, and help seeking. *J Affect Disord* 92(2-3): 185-93.
- Estlander AM. (1999). Kipu ja masennus. *Kipuviesti*(2): 8-9.
- Gould R, Grönlund H, Korpiluoma R, Nyman R, Tuominen K. (2007) Miksi masennus vie eläkkeelle? Helsinki, Hakapaino oy.
- Gureje O, Von Korff M, Kola L, Demyttenaere K, He Y, Posada-Villa J, Lepine JP, Angermeyer MC, Levinson D, de Girolamo G, Iwata N, Karam A, Guimaraes Borges GL, de Graaf R, Browne MO, Stein DJ, Haro JM, Bromet EJ, Kessler RC, Alonso J (2008). The relation between multiple pains and mental disorders: results from the World Mental Health Surveys. *Pain* 135 (1-2):82-91.
- Heistaro S, toim. (2005). Menetelmäraportti. Terveys 2000 -tutkimuksen toteutus, aineisto ja menetelmät. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B6/2005. Helsinki.
- Helakorpi S, Uutela A, Prättälä R, Puska P. (2010). Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys 1985–2010, Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Kaila-Kangas L, toim. (2007). Musculoskeletal disorders and diseases in Finland, Results of the Health 2000 Survey. Publications of the National Public Health Institute B 25/2007. Saatavissa: <http://www.terveys2000.fi/julkaisut.html>

Heponiemi T, Wahlström M, Elovainio M, Sinervo T, Aalto AM, Keskimäki I. Katsaus työttömyyden ja terveyden välisiin yhteyksiin. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Työ ja yrittäjyys 14/2008, Helsinki.

Kansaneläkelaitos. Tilastollinen vuosikirja vuodesta 1965. Saatavissa vuodesta 1996: <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/241105130835AL>

Linton SJ, Bergbom S. (2011). Understanding the link between depression and pain. *Scandinavian Journal of pain* 2: 47-54.

McRae K, Ochsner KN, Mauss IB, Gabrieli JJD, Gross JJ. (2008). Gender Differences in Emotion Regulation: An MRI Study of Cognitive Reappraisal. *Group Processes & Intergroup Relations* 11:143-162.

Miranda H, Viikari-Juntura E, Heistaro S, Heliövaara M, Riihimäki H. A population study on differences in the determinants of a specific shoulder disorder versus nonspecific shoulder pain without clinical findings. *Am J Epidemiol* 2005; 161:847-55.

Miranda H, Gold JE, Gore R, Punnett L, (2006). Recall of prior musculoskeletal pain. *Scand J Work Environ Health* 32(4): 294-9.

Mäntyselkä P. (1998). Kipupotilas terveystieteessä. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos.

Ohayon MM, Schatzberg AF, (2003). Using chronic pain to predict depressive morbidity in the general population. *Arch Gen Psychiatry* 60(1): 39-47.

Patten SB, Williams JV, Wang J, (2006). Mental disorders in a population sample with musculoskeletal disorders. *BMC Musculoskelet Disord* 7: 37.

Perkiö-Mäkelä M, Hirvonen M, Elo AL, Kandolin I, Kauppinen K, Kauppinen T, Ketola R, Leino T, Manninen P, Miettinen S, Reijula K, Salminen S, Toivanen M, Tuomivaara S, Vartia M, Venäläinen S ja Viluksela M. (2010). Työ ja terveys -haastattelututkimus 2009. Helsinki: Työterveyslaitos [verkkodokumentti]. Saatavissa <http://www.ttl.fi/tyojaterveys>.

Raitasalo R. (1977). Depressio ja sen yhteys psykoterapian tarpeeseen. Helsinki.

Tuisku K, Rossi H. (2010). Masennuksen ehkäisy ja hoito -työkaluja ja toimintamalleja työterveyshuoltoon. Helsinki:Työterveyslaitos.

Valjakka Anna. Kipupotilas kuntoutusammattilaisen vastaanotolla. Luento Lapin Yliopiston "Vuorovaikutuksen haasteita kuntoutuksessa" -koulutuksessa 4.11.2010. Saatavissa: <http://www.lapinkompassi.net/files/Koulutusmateriaalit/Vuorovaikutuksen%20haasteita%20kuntoutuksessa/Anna%20Valjakka.pdf>

Wiesenfeld-Hallin Z, (2005). Sex differences in pain perception. *Gend Med* 2(3): 137-45.

Vlaeyen JW, Kole-Snijders AM, Boeren RG, van Eek H (1995). Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioural performance. *Pain* Sep;62(3):363-72.

Liite 1. Käytetyt aineistot

Terveys 2000

Kansallinen Terveys 2000 -tutkimus toteutettiin vuosina 2000–2001 ja sen toteutukseen osallistui Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitoksen (ent. Kansanterveyslaitos) johdolla laaja kansallinen verkosto sosiaali- ja terveysalan organisaatioita. Terveys 2000 -tutkimuksen päätavoite oli tarjota kattava kuva suomalaisen aikuisväestön terveydestä ja toimintakyvystä selvittämällä tärkeimpien terveysongelmien yleisyyttä ja syitä sekä niihin liittyvän hoidon, kuntoutuksen ja avun tarvetta. Tutkimus kohdistui koko maan 18 vuotta täyttäneeseen väestöön, josta poimittiin 10 000 henkilön edustava otos. 30 vuotta täyttäneille tehtiin terveystarkastus ja 18–29 -vuotiaille terveystarkastus. Lisäksi tietoja koottiin useilla kyselyillä (Heistaro 2005).

Terveys 2000 -aineistoon on myöhemmin liitetty tietoa mm. sairauslomista ja eläkkeistä Kansaneläkelaitoksen ja Eläketurvakeskuksen rekistereistä.

Työ ja terveys -haastattelututkimus

Työ ja terveys -haastattelututkimus on Työterveyslaitoksen kolmen vuoden välein tekemä tietokoneavusteinen puhelinhaastattelu. Haastattelututkimuksella kerätään kattavaa seurantatietoa Suomen työssä käyvän väestön työstä, työoloista ja työterveydestä (Työ ja terveys -haastattelututkimus 2009).

Ensimmäinen Työ ja terveys -haastattelututkimus tehtiin vuonna 1997 ja sen jälkeen vuosina 2000, 2003, 2006 ja 2009. Haastateltavat poimittiin vuosina 1997–2006 satunnaisotantana väestörekisteristä 25–64-vuotiaiden suomenkielisten joukosta. Vuonna 2009 haastateltavien poiminta tehtiin Tilastokeskuksen työssäkäyntitilastosta 20–64-vuotiaiden joukosta ja mukana olivat myös ruotsinkieliset henkilöt. Työ ja terveys -haastattelun aineisto edustaa Suomen työssä käyvää, suomenkielistä 25–64-vuotiaista väestöä ikä-, sukupuoli- ja aluejakaumaltaan. Vuoden 2009 aineisto edustaa myös 20–64 -vuotiaita ja ruotsinkielisiä. Tutkimusaineiston koko eri vuosina on ollut 2031–3363 henkilöä. Vastausprosentti on vaihdellut 58–72 prosenttiin.

Lisätietoa:

Ahola K. Tue työkykyä. Käsikirja esimiestyöhön.
Työterveyslaitos, Helsinki 2011.

Hakanen J ym. Voiman lähteet. Työn voimavarojen ABC.
Työterveyslaitos, Helsinki 2009.

Miranda H. Tule-vaivat ja mielenterveys. Kirjassa: Kantavat rakenteet, näkökulmia tule-terveyteen. Kansainvälinen tulesvuosikymmen 2000-2010. Suomen reumaliitto ry.
Otavan kirjapaino oy, Helsinki 2010.

Tuisku K, Rossi H. Masennuksen ehkäisy ja hoito - työkaluja ja toimintamalleja työterveyshuoltoon.
Työterveyslaitos, Helsinki 2010.

Verkossa:

- www.ttl.fi/tuetyokyky
- www.ttl.fi/masennuksenhoito