



Työterveyslaitos

Tietoa työstä

ToMaHoK

TOIMIVA MASENNUKSEN HOITOKÄYTÄNTÖ
TYÖTERVEYSHUOLLOSSA

Erkki Kaila
Anne Väisänen
Timo Leino
Anneli Laamanen
Tiina Vihtonen
Hanna-Kaisa Hyvärinen
Jyrki Varjonen

ToMaHoK – Toimiva masennuksen hoitokäytäntö työterveyshuollossa

Erkki Kaila, Anne Väisänen, Timo Leino,
Anneli Laamanen, Tiina Vihtonen,
Hanna-Kaisa Hyvärinen, Jyrki Varjonen

Toimitus:

Erkki Kaila
Anne Väisänen
Timo Leino
Anneli Laamanen
Tiina Vihtonen
Hanna-Kaisa Hyvärinen
Jyrki Varjonen

Työterveyslaitos
Työterveyshuollon tutkimus
ja kehittäminen -tiimi
Terveys ja työkyky -osaamiskeskus
Topeliuksenkatu 41 a A
00250 Helsinki
www.ttl.fi

© 2012 Työterveyslaitos ja kirjoittajat

Julkaisu on toteutettu
Työeläkevakuuttajat TELA ry:n tuella.

Tämän teoksen osittainenkin
kopiointi on tekijänoikeuslain
(404/61, siihen myöhemmin tehtyine
muutoksineen) mukaisesti kielletty
ilman asianmukaista lupaa.

ISBN 978-952-261-189-5 (nid.)
ISBN 978-952-261-190-1 (pdf)

Taitto: Törmä-Ärrälä oy / Anu Törmä
Painojussit oy, Kerava 2012

| | | | | | |
|----------|---|-----------|-----------|---|------------|
| | Esipuhe | 4 | 5.5.2 | Yhteistyö julkisen erikoissairaanhoidon kanssa | 54 |
| | Tiivistelmä | 6 | 5.5.3 | Yhteistyö työterveyspsykologin kanssa | 55 |
| | Sammandrag | 8 | 5.6 | Masennuksen lääkehoito | 58 |
| | Summary | 10 | 5.7 | Psykoterapia | 61 |
| 1 | Miksi masennuksen hoitoa työterveysshuollossa pitää kehittää? | 12 | 5.8 | Sairauspoissaolot | 72 |
| 2 | Hankkeen tavoite | 13 | 5.9 | Työ- ja toimintakyvyn arviointi | 77 |
| 3 | Tutkimuksen rakenne | 13 | 5.10 | Kuntoutus | 79 |
| 3.1 | Tutkimusasetelma | 13 | 5.11 | Työpaikkayhteistyö | 81 |
| 3.2 | Interventio | 14 | 5.12 | Työterveysyksiköiden tuki hankkeen aikana | 85 |
| 4 | Tutkimusaineistot ja -menetelmät | 16 | 5.13 | Työnohjaus | 87 |
| 4.1 | Potilasaineistot | 16 | 5.14 | Kustannukset ja niiden muodostuminen | 89 |
| 4.1.1 | Masennuksen seulonta ja diagnostiikka | 16 | 5.14.1 | Vastaanottokäyntien kustannukset | 89 |
| 4.1.2 | Rekrytointi | 16 | 5.14.2 | Masennuslääkehoidon ja lyhytpsykoterapian kustannukset | 91 |
| 4.1.3 | Poissulkukriteerit eli osallistumisesteet | 17 | 5.14.3 | Sairauspoissaolojen kustannukset | 91 |
| 4.1.4 | Aineistolajit | 18 | 5.14.4 | Hoitovaste ja hoitokustannukset | 93 |
| 4.1.5 | Potilasaineiston määrä | 19 | 6 | Tutkimuksessa käytettyjen mittareiden tarkastelu | 96 |
| 4.2 | Työterveysshuollon aineistot | 20 | 6.1 | Vaikeusasteen arviointi | 96 |
| 4.2.1 | Hankkeen työterveyslääkärit ja -hoitajat | 20 | 6.2 | Hoitovasteen ja toipumisen arviointi | 97 |
| 4.2.2 | Kysely- ja haastatteluaineisto | 20 | 6.3 | Työ- ja toimintakyvyn arviointi | 98 |
| 4.3 | Tutkimusmenetelmät | 22 | 6.4 | Alkoholin käyttö | 99 |
| 4.3.1 | Laadullinen analyysi | 22 | 7 | Johtopäätökset ja suositukset | 100 |
| 4.3.2 | Määrällinen analyysi | 23 | 7.1 | Johtopäätökset | 100 |
| 4.3.3 | Taloudellinen analyysi | 25 | 7.2 | Masennuksen hoidon työkalusuositus työterveysshuoltoon | 105 |
| 5 | Tulokset | 26 | 7.3 | Työterveysshuollon masennuksen hoidon tuki -suositus | 105 |
| 5.1 | Potilaiden perustiedot | 26 | 7.4 | Koulutussuositus | 105 |
| 5.2 | Hoitovaste ja toipuminen | 26 | 8 | Lähdekirjallisuus | 106 |
| 5.3 | Masennukseen liittyviä ja sen hoitoa vaikeuttavia tekijöitä | 32 | 9 | Liitteet | 109 |
| 5.3.1 | Elämäntavat | 32 | Liite 9.1 | Koulutusmateriaalin sisältö | 109 |
| 5.3.2 | Kuormitustekijät | 37 | Liite 9.2 | Seurantakansion sisältö | 110 |
| 5.3.3 | Oheissairaudet | 39 | Liite 9.3 | PHQ-9-kysely | 111 |
| 5.4 | Työterveysshuollon toiminta | 41 | Liite 9.4 | Potilaiden ruumiilliset ja psyykkiset oheissairaudet | 113 |
| 5.4.1 | Eri ammattiryhmien osallistuminen masennuksen hoitoon | 41 | Liite 9.5 | Kognitiivisten työkalujen luettelo | 114 |
| 5.4.2 | Seurannan pituus | 42 | Liite 9.6 | Tutkimuksessa käytettyjen lääkkeiden luokittelu | 115 |
| 5.4.3 | Työterveyslääkäreiden ja -hoitajien valmiudet hoitaa masennusta | 42 | Liite 9.7 | Liitetaulukot | 116 |
| 5.4.4 | Masennuksen hoitoa haittaavat työterveysshuoltoon ja potilasiin liittyvät tekijät | 44 | | | |
| 5.4.5 | Hoitoon tulotapa ja masennuksen tunnistaminen | 45 | | | |
| 5.4.6 | Vaikeusasteen arviointi | 47 | | | |
| 5.4.7 | Työterveysshuollon sisäinen yhteistyö ja hoidon koordinaatio | 48 | | | |
| 5.4.8 | Työterveysshuollon antama tuki, ohjaus ja neuvonta | 49 | | | |
| 5.5 | Yhteistyö psykiatrien ja psykologien kanssa | 51 | | | |
| 5.5.1 | Yhteistyö psykiatrin kanssa | 52 | | | |

ESIPUHE

Masennusperusteisten työkyvyttömyyseläkkeiden jatkuva kasvu Suomessa vuoteen 2009 asti herätti miettimään, olisiko mitään tehtävissä asian korjaamiseksi. Työurien pidentämisestä alettiin puhua kestävyysvajeen vuoksi, mutta samaan aikaan yhä useampi näytti putoavan kyydistä kesken työuran ja siirtyvän masentuneena eläkkeelle, vaikka masennusta sairastavien määrä ei näyttänyt olevan kasvussa. Tutkimusten mukaan potilaat eivät hakeutuneet hoitoon, heitä ei työpaikalta ohjattu hakemaan apua ja masennuksen tunnistamisessa terveydenhuollossa oli puutteita. Vaikka masennus olisi tunnistettu, lääkityksen tehokkuus, potilaan seuranta, yhteistyö työpaikkojen kanssa ja ennen kaikkea psyykinen hoito, puhumattakaan vaikuttavaksi todetusta psykoterapiasta, jäivät puuttumaan.

Eläketurvakeskus julkaisi vuonna 2007 *Miksi masennus vie eläkkeelle?* -tutkimusraportin, jonka innoittamana vuonna 2008 käynnistyi sosiaali- ja terveysministeriön johdolla toteutettu Masto-hanke. Yhtenä hankkeen osa-alueena oli masennuksen varhainen tunnistaminen ja hoidon tehostaminen työterveyshuollon ja psykiatrian yhteistyönä. Työeläkevakuuttajien näkökulmasta on tärkeää edistää työterveyshuollon käytäntöjä masennuksen hoidossa, jotta masennuksesta kärsivä voisi jatkaa

työelämässä. Tämän vuoksi Työeläkevakuuttajat TELA ry tilasi Työterveyslaitokselta tutkimus- ja kehittämishankkeen masennuksen hoitomallin levittämiseksi työterveyshuoltoon käytännön työkaluksi.

Tutkimus ja kehittämishankkeessa *Toimiva masennuksen hoitokäytäntö työterveyshuollossa* (ToMaHoK) tutkittiin vuosina 2009–2012, millä edellytyksillä saadaan edellä mainittuja ongelmakohtia korjattua. Hankkeen toteutti Työterveyslaitos TELAn rahoittamana. Tutkimushankkeen toteuttamista varten perustettiin projektiryhmä. Hankkeen vastuullisena johtajana oli 31.12.2010 asti ylilääkäri LT, dosentti Timo Leino ja 1.1.2011 alkaen teemajohtaja Pirjo Manninen. Projektipäällikkönä toimi työterveyshuollon ja yleislääketieteen erikoislääkäri LL Erkki Kaila. Psykiatrian erikoislääkäri LL Jyrki Varjonen vastasi psykiatrian alan erikoisosaamisesta. Erityisasiantuntija, työterveyshoitaja Anneli Laamanen tuki työterveyslääkäreitä ja -hoitajia masennuksen hoitokäytännöissä koko hankkeen ajan. Tutkijana toimi YTM Anne Väisänen. Tilastollisia analyyseja tuottivat tutkimuksen eri vaiheissa DI Hanna-Kaisa Hyvärinen, MMM, VTM Simo Kaleva ja FM Pauliina Toivio. Taloustieteellisestä tutkimusosioista vastasi KTT Tiina Vihtonen. Tutkimuskohteina olivat Mehiläinen Oy:n, Kesko Oyj:n ja Vantaan Työterveys

liikelaitoksen työterveyslääkärit ja -hoitajat ja heidän potilaansa.

Tutkimusta on seurannut Työeläkevakuuttajat TELA ry:n nimeämä ohjausryhmä, jossa ovat olleet edustettuina Kela, sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen työterveyshoitajaliitto, Suomen työterveyslääkäriyhdistys, TELA, Työterveyslaitos sekä työeläkevakuuttajista Etera, Ilmarinen, Keva ja Varma.

Tutkimusryhmä esittää kiitokset kaikille hankkeessa mukana olleille työterveyshuoltoyksiköille ja asiantuntijoille sekä Työeläkevakuuttajat TELAlle hankkeen rahoittamisesta. Olemme vakuuttuneita, että hankkeen tulokset edistävät masennuspotilaiden hoitoa työterveyshuollossa ja johtavat hyvien käytäntöjen toteuttamiseen ja leviämiseen kaikkialla terveydenhuollossa.

Raporttiin on koottu keskeiset tulokset luvuittain siten, että lukijan olisi helppo etsiä tietoa aihealueittain esimerkiksi psykoterapiasta. Jokaisessa luvussa on tuotu mahdollisuuksien mukaan esille aiheeseen liittyviä, olemassa olevia suosituksia, kerrottu hankkeen toiminnasta aiheeseen liittyen, kuvattu tulokset ja pohdittu tuloksia pyrkien muodostamaan niistä suosituksia.

Arvokkaista kommentteista tutkijaryhmä kiittää hankkeen ohjausryhmää sekä Teija Honkosta ja Erkki Isometsää. Hankkeen onnistumisen kannalta tärkeästä edeltävästä työstä haluamme kiittää Kaj Husmania, Maria Rautiota, Helena Rossia, Katinka Tuiskua ja Marianna Virtasta.

*Erkki Kaila
projektipäällikkö*

*Timo Leino
hankkeen johtaja
(31.12.2010 asti)*

*Pirjo Manninen
hankkeen johtaja
(1.1.2011–)*

TIIVISTELMÄ

Masennuksesta johtuvan työkyvyttömyyden vähentämiseksi on tarpeen kehittää masennuksen hoitoa ja työpaikkayhteistyötä työterveyshuollossa. Toimiva masennuksen hoitokäytäntö työterveyshuollossa (ToMaHoK) oli vuosina 2009–2012 Työterveyslaitoksen toteuttama ja TELA ry:n rahoittama tutkimus- ja kehittämishanke. Hankkeen tavoitteena oli kehittää tutkimustietoon perustuva masennuksen hoitomalli, joka soveltuu eri tavoin resursoituihin ja järjestettyihin työterveyshuoltoyksiköihin. Mallissa kiinnitetään huomiota masennuksen yksinkertaiseen tunnistamiseen, tarkkaan diagnostiikkaan, tehokkaiseen hoitoon, riittävän pitkään seurantaan ja hedelmälliseen työpaikkayhteistyöhön. Hankkeessa tutkittiin mallin vaikutusta hoitoon ja sen tuloksiin. Taloudellisessa osiossa tarkasteltiin masennuksen hoidon ja masennuksesta aiheutuneiden poissaolojen kustannuksia.

Tutkimuksen kohteina olivat työterveyslääkärit ja -hoitajat sekä heidän 233 masennuspotilastaan Etelä-Suomessa. Tutkittavat jakautuivat interventoryhmään (186) ja kontrolliryhmään (47). Kontrolliryhmän hoitokäytäntöihin ei puututtu. Interventoryhmää tuettiin eri tavoin:

- työterveyslääkäreille ja -hoitajille annettiin koulutusta ja tukea masennuksen hoitoon
- seurannan rakenne oli valmis
- työterveyshuollon psykiatria oli mahdollista konsultoida nopeasti
- lyhytpsykoterapiaa oli mahdollista käyttää hoitomenetelmänä jo hoidon alkuvaiheessa
- työterveyspsykologia oli mahdollista konsultoida.

Tutkimusaineisto koostui sairauskertomustiedoista, työterveyshuollon ammattilaisten kyselyistä ja haastatteluista, potilaskyselyistä ja mielialaa ja toimintakykyä arvioivista mittareista. Potilaat olivat seurannan alussa merkittävän masentuneita (BDI-keskiarvo 25,8) ja useammalla kuin joka toisella oli toistuva masennustila.

Ennen hankkeen alkua tehdyn kyselyn mukaan työterveyslääkärit ja -hoitajat pitivät masennuksen hoidon esteinä ajan, koulutuksen, työnohjauksen, psykiatrien konsultaatio-

mahdollisuuksien ja psykoteriapalveluiden puutetta. Järjestelmällinen masennuksen seurantaa ja seuranta olivat puutteellisia eikä työnohjauksesta ollut sovittu.

Hoitovastetta arvioitiin BDI-kyselyllä (Beck Depression Inventory). Interventoryhmän potilaat saavuttivat vähintään osittaisen hoitovasteen (BDI:n lasku ≥ 30 %) useammin kuin kontrolliryhmän (84 % vs. 76 %). Lyhytterapian käyneistä suurempi osa saavutti vähintään osittaisen hoitovasteen verrattuna niihin, jotka eivät käyneet terapiassa (88 % vs. 76 %). Potilaat, joilla oli ruumiillinen oheissairaus, saavuttivat harvemmin täyden hoitovasteen (BDI:n lasku ≥ 50 %) kuin ne, joilla sitä ei ollut. Lähes kaikilla potilailla oli masennuslääkitys, mutta interventoryhmässä lääkityksen käyttö oli tehokkaampaa. Potilaat kokivat lääkityksen, terapian, keskusteluavun ja tiedon masennuksesta hyödylliseksi. Hoito keskittyi työterveyslääkäreille. Työterveyshoitajien rooli jäi vähäiseksi.

Interventoryhmän potilaista lähes puolet kävi täyden lyhytpsykoterapian ja reilu kymmenesosa vajaan terapian. Naiset kävivät miehiä useammin terapiassa. Huonommin seurannan alussa voineet ja sairauden vuoksi pois työstä olleet ohjautuivat useammin terapiaan. Kolmasosalla potilaista ei ollut lainkaan sai-

rauspoissaoloja masennuksen vuoksi. Poissaolojen keskimääräinen kesto oli 12 viikkoa. Pitkittyvää poissaoloa (yli 80 päivää) ennustivat matala työkykypistemäärä, korkea PHQ-9-pistemäärä (Patient Health Questionnaire) ja tupakointi. Myös koettu esimiestuen puute liittyi pitkittyvään poissaoloon. Pitkään poissaolleista yli puolet oli ollut työterveysneuvottelussa työnantajan ja työterveyshuollon edustajien kanssa. Erittäin pitkään (yli 300 päivää) poissaolleita oli vain kahdeksan.

Masennuksen hoidon keskimääräiset kustannukset interventoryhmässä vuoden seurantaajan aikana olivat huomattavasti pienemmät kuin sairauspoissaoloista aiheutuneet kustannukset, jotka olivat keskimäärin 6 760 euroa. Vastaanottokäynnit maksoivat yhteensä keskimäärin 1 219 euroa, lyhytpsykoterapia 1 050 euroa ja lääkitys 221 euroa.

Hankkeen työterveyshuoltoyksiköissä masennusta hoidettiin menestyksellisesti. Masennuksen hoito näyttää keskittyvän työterveyshuollossa osaajille. Valmiuksia tulisi kehittää siten, että yritysten nimetyt lääkärit ja hoitajat pystyvät koordinoimaan hoitoa ja toimimaan yhteistyössä työnantajien kanssa työssä jatkamisen mahdollistamiseksi.

SAMMANDRAG

För att minska omfattningen av depressionsorsakad arbetsoförmåga är det viktigt att utveckla depressionsvården och samarbetet mellan företagshälsovården och arbetsplatserna. Arbetshälsoinstitutet genomförde 2009–2012 ett forsknings- och utvecklingsprojekt i syfte att utveckla en fungerande praxis för depressionsbehandling inom företagshälsovården (ToMaHoK). Projektet finansierades av Arbetspensionsförsäkrarna TELA rf. Projektets mål var att utveckla en forskningsbaserad modell för depressionsbehandling som lämpar sig för olika företagshälsovårdsenheter, oavsett deras resursering och organisationsform. Modellen betonar vikten av att använda en enkel metod för identifiering av depression, noggrann diagnostik och effektiv behandling samt tillräckligt lång uppföljning och framgångsrikt samarbete på arbetsplatsen. Inom ramen för projektet undersökte man hur tillämpningen av modellen påverkade depressionsbehandlingen och behandlingens resultat. I den ekonomiska delen analyserades kostnaderna för depressionsbehandlingen och de kostnader som orsakades av sjukfrånvaro på grund av depression.

I undersökningen medverkade företagsläkare och företagshälsovårdare samt 233 patienter vid företagshälsovårdsenheter i Södra Finland. Undersökningspersonerna indelades i en interventionsgrupp (186 personer) och en kontrollgrupp (47 personer). För kontrollgruppens del gjordes inga ändringar i fråga om behandlingspraxis. Interventionsgruppen stöddes på olika sätt, bl.a. genom att

- företagsläkarna och företagshälsovårdarna fick utbildning i depressionsbehandling och hjälp med att genomföra behandlingen
- det fanns en färdig struktur för uppföljningen
- det fanns möjlighet att snabbt få kontakt med en psykiater för konsultation
- man hade möjlighet att använda korttidspsykoterapi redan i början av behandlingen
- man hade möjlighet att konsultera en företagspsykolog

Undersökningsmaterialet bestod av journaluppgifter, enkäter och intervjuer med yrkes-

personer inom företagshälsovården, patientenkäter och depressions- och funktionsförmågeskattningar. I början av uppföljningen var patienterna signifikant deprimerade, med ett genomsnittligt BDI-värde på 25,8 poäng. Mer än hälften av patienterna led av återkommande depressioner.

I en enkät som genomfördes före projektstarten uppgav företagsläkarna och företagshälsovårdarna att depressionsbehandlingen försvårades av bristande resurser i fråga om tid, utbildning, handledning samt tillgång till psykiatrisk konsultation och psykoterapitjänster. Det saknades en systematisk depressionscreening och uppföljning samt fastställd arbetsfördelning.

Behandlingssvaret mättes med hjälp av Becks depressionsinventorium (BDI). I interventionsgruppen var andelen patienter som uppnådde åtminstone partiellt behandlingssvar (en BDI-minskning på minst 30 %) större än i kontrollgruppen (84 % respektive 79 %). Bland de patienter som fick korttids-terapi var andelen med åtminstone partiellt behandlingssvar större än bland de patienter som inte fick terapi (88 % respektive 76 %). Bland patienter med somatisk samsjuklighet var andelen som uppnådde fullständigt behandlingssvar (en BDI-minskning på minst 50 %) mindre än bland patienter utan somatisk samsjuklighet. Nästan alla patienter fick antidepressiv läkemedelsbehandling, men i interventionsgruppen var behandlingen effektivare. Patienterna upplevde att de hade nytta av medicineringen, terapin, samtalshjälpen och depressionsinformationen. Behandlingen sköttes i första hand av de medverkande företagsläkarna, medan företagshälsovårdarnas roll inte var lika framträdande.

I interventionsgruppen genomgick närmare hälften av patienterna hela korttidsterapin, och drygt en tiondel en del av terapin. Terapiedtagandet var högre bland kvinnor än bland män. Remiss till terapi gavs oftare till dem som i början av uppföljningen mätte sämst och som blivit sjukskrivna på grund av depression. En tredjedel av patienterna klarade sig utan sjukskrivning. Sjukskrivningarna varade i genomsnitt 12 veckor. Prediktionsfaktorer för långvarig sjukfrånvaro (längre än 80 dagar) var rökning, låga poäng på skattningen för arbetsförmåga och höga poäng på PHQ-9. Även upplevd brist på stöd från chefen var förenat med förekomst av långvarig sjukfrånvaro. Mer än hälften av de långtidssjukskrivna hade deltagit i arbetshälsosamråd med arbetsgivaren och företrädare för företagshälsovården. Bara åtta patienter hade varit sjukskrivna i mer än 300 dagar.

I interventionsgruppen var genomsnittskostnaden för depressionsbehandling under uppföljningsåret betydligt lägre än kostnaderna för sjukfrånvaron. Frånvarokostnaderna var i genomsnitt 6 760 euro, medan den sammanlagda kostnaden för mottagningsbesöken var 1 219 euro, för korttidsterapin 1 050 euro och för läkemedelsbehandlingen 221 euro i snitt.

Vid de företagshälsovårdsenheter som medverkade i projektet sköttes depressionsbehandlingen med framgång, vilket tydde på att den i första hand utfördes av yrkespersoner som var väl förtrogna med denna typ av behandling. Företagshälsovårdsenheterna bör utveckla sin behandlingsberedskap så att namngivna läkare och hälsovårdare kan samordna behandlingen och samarbeta med arbetsgivarna för att göra det möjligt för depressionspatienterna att fortsätta arbeta.

SUMMARY

In order to reduce disability due to depression, it is necessary to develop treatment for depression and workplace cooperation in occupational health care services (OHS). The ToMaHoK project on effective treatment of depression in occupational health care services carried out in 2009–2012 was a research and development project implemented by the Finnish Institute of Occupational Health and financed by the Finnish Pension Alliance TELA. The aim of the project was to develop a model of treatment for depression based on research findings and suitable for OHS units differing in resources and organization. The model pays attention to the simple recognition of depression, precise diagnostics, effective treatment, follow-up of adequate duration, and to fruitful cooperation practices at the workplace. The project examined the effect of the model on treatment and on the results obtained. The economic section explored the costs arising from treatment for depression and from work absences caused by depression.

The study subjects were occupational health physicians and nurses and their 233 patients with depression in Southern Finland. The subjects were divided into an intervention group (186) and a control group (47). The treatment practices of the control group remained untouched. The occupational health physicians and nurses of the intervention group were supported in different ways:

- training and support in dealing with treatment for depression
- a structure for follow-up was in place
- an occupational health psychiatrist could be consulted quickly
- short-term psychotherapy could be used as a method of treatment at an early stage of treatment
- an occupational health psychologist could be consulted

The research material comprised case history information, questionnaires for and interviews of OHS professionals, patient questionnaires,

and indicators for the assessment of mood and functional capacity. At the beginning of the follow-up, patients were markedly depressed (average BDI score 25.8) and more than half of them had a recurrent major depressive disorder.

According to a survey conducted prior to the start of the project, occupational health physicians and nurses considered the lack of time, training, employment counselling, psychiatric consultation services and psychotherapy services to be obstacles to the treatment of depression. Systematic screening and follow-up of depression were deficient and no division of tasks had been agreed.

The response to treatment was assessed by means of the BDI questionnaire. The patients of the intervention group achieved at least a partial response to treatment (a BDI decrease of $\geq 30\%$) more often than those of the control group (84% vs. 76%). A greater percentage of those who had short-term therapy achieved at least a partial response to treatment, compared against to those who did not have therapy (88% vs. 76%). Patients who had an associated physical disease reached a full response to treatment (a BDI decrease of $\geq 50\%$) less often than those who had no associated physical disease. Almost all patients had depression medication, but the use of medication was more effective in the intervention group. Patients also experienced medication, therapy, assistance through discussion and information on depression to be useful. Provision of treatment was concentrated in occupational health physicians. The role of occupational health nurses was minor.

Nearly half of the patients in the intervention group had the full course of short-term psychotherapy and over a tenth had less than the full course of short-term therapy. Women had therapy more often than men. Those who were in the worst condition at the beginning of the follow-up and those absent from work because of it were referred for therapy more often. One third of the patients did not have any absences from work due to depression. The average duration of absence from work was 12 weeks. A low work ability score, a high PHQ-9 score and smoking predicted a prolonged absence (more than 80 days). A perceived lack of managerial support was also linked with a prolonged absence from work. Over half of those with a long absence from work had been in negotiations with representatives of the employer and the OHS. Only eight had a very long period (over 300 days) of absence from work.

The average cost of treatment for depression among the intervention group during the follow-up period of one year was substantially less than the costs incurred due to sick leaves, which on average were 6,760 euros. Clinic visits, on average, cost a total of 1,219 euros, short-term psychotherapy 1 050 euros and medication 221 euros.

Depression was treated successfully by the OHS units participating in the study. In OHS, treatment for depression seems to be concentrated in experts. Readiness should be developed so that doctors and nurses designated for companies would be able to coordinate treatment and would act in cooperation with employers in order to enable workers with depression to continue on the job.

1 MIKSI MASENNUKSEN HOITOA TYÖTERVEYSHUOLLOSSA PITÄÄ KEHITTÄÄ?

Masennus aiheuttaa merkittävää työ- ja toimintakyvyn alenemista ja on yleisin yksittäinen työkyvyttömyyseläkkeelle joutumisen syy. Alkaneiden uusien masennuseläkkeiden lukumäärä kasvoi rajusti 1990-luvun lopulta alkaen noin kymmenen vuoden ajan, mutta kääntyi sitten laskuun. Vuonna 2011 masennuseläkkeelle siirtyi ETK:n tilastojen mukaan työeläkejärjestelmästä 3 596 henkilöä. Kokonaisuudessaan näitä eläkkeitä alkoi enemmän työntekijä- kuin asiantuntija-ammateissa. Masennukseen perustuvien eläkkeiden alkaavuus on ollut yleisintä 58–64-vuotiailla asiantuntijanaissilla (Pensola ym. 2010).

Masennus aiheuttaa inhimillistä kärsimystä masentuneelle itselleen ja usein siitä joutuu kärsimään myös masentuneen lähipiiri niin kotona kuin työpaikalla. Masennus heikentää yksilön toimintakykyä ja laskee merkittävästi työn tuottavuutta. Terveys 2000 -tutkimuksessa masennustilan oli sairastanut edeltäneen vuoden aikana noin viisi prosenttia tutkituista, ja se oli naisilla selvästi yleisempi kuin miehillä (7 % vs. 4 %) (Aromaa & Koskinen 2002). Masennus on yleinen mielenterveyden ongelma myös suomalaisilla työkäisillä. Edeltäneen vuoden aikana seitsemällä prosentilla yli 30-vuotiaista suomalaisista on ollut masennustila tai krooninen masennus. Esiintyvyys on alhaisempaa työssäkäyvillä kuin työttömillä tai työelämän ulkopuolella olevilla. (Honkonen ym. 2007a.)

Masennuksen taustalla on biologisia, sosiaalisia ja psykologisia tekijöitä. Se on edelleen alihoidettu sairaus (ks. esimerkiksi Honkonen ym. 2007b). Vain kolmasosa masennustilaa sairastavista käyttää masennuslääkitystä ja alle viidesosa saa psykologista hoitoa (Hämäläinen ym. 2009).

Masentuneet käyvät perusterveydenhuollon vastaanotoilla, mutta masennuksen hoidossa on edelleen merkittäviä puutteita varhaisten oireiden tunnistamisessa työpaikoilla ja työterveyshuollossa, lääkehoidon ja psykoterapi-an toteutumisessa sekä hoitavien psykiatrien, työterveyshuollon ja työpaikan välisessä yhteistyössä (Kaila ym. 2011).

Työterveyshuolto hoitaa nykyisin merkittävän osan masennuspotilaista. Työterveyshuollolla on vastuu työkykyyn vaikuttavien sairauksien hoidon ja kuntoutuksen koordinaatiosta. Työterveyshuolto edistää yhteistyössä työpaikkojen kanssa työkyvyn hallintaan tähtäävien mallien käyttöä, kuten varhaisen tuen mallia masennuksen tunnistamiseksi, ja tukee yhdessä työnantajan kanssa työhön palaajaa. Kansainväliset tutkimukset ovat osoittaneet, että hyödyntämällä moniammatillisia hoitomalleja on päästy hyvin tuloksiin depression hoidossa (Gilbody ym. 2006). Näitä malleja ja saatuja tuloksia voidaan käyttää myös työterveyshuollossa, jossa lähtökohdat moniammatilliselle toiminnalle ovat jo olemassa ja joita voidaan edelleen vahvistaa.

| | Kunnallinen työterveysliikelaitos | | Yksityinen lääkäriasema | | Yrityksen oma työterveyshuolto | |
|----------|-----------------------------------|-----------|-------------------------|-----------|--------------------------------|-----------|
| | Interventio | Kontrolli | Interventio | Kontrolli | Interventio | Kontrolli |
| Lääkärit | 7 | 3 | 19 | 18 | 4 | 4 |
| Hoitajat | 9 | 3 | 24 | 18 | 7 | 9 |
| Potilaat | 45 | 8 | 125 | 24 | 16 | 15 |

2 HANKKEEN TAVOITE

ToMaHoK-hankkeen tavoitteena oli kehittää työterveyshuoltoon sopiva malli masennuksen hoitoon. Tutkimuksella haettiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1) Saadaanko esitetyllä masennuksen hoitomallilla aikaan toimivampi hoitoprosessi?

Asiaa selvitettiin seuraamalla koulutettua ja lisäresursoitua interventoryhmää tavalliseen tapaan toimivaan kontrolliryhmään ja vertaamalla havaittuja prosesseja hoitosuosituksiin. Erityistä huomiota kiinnitettiin aiemmissa tutkimuksissa todettuihin hoidon ongelmakohtiin ja työpaikkayhteistyöhön.

2) Vaikuttaako hoitomallin käyttö potilaan toimimiseen ja työ- ja toimintakyvyn palautumiseen?

Asiaa selvitettiin tutkimalla hoidon vaikuttavuutta masennuksen asteeseen, sairauspoissaoloihin, työ- ja toimintakykyyn, eläkeasenteisiin, koettuihin kuormitustekijöihin ja potilaiden tyytyväisyyteen koskien saatua hoitoa. (ks. luku 4.1.4)

3) Mikä on masennuksen hoidon ja masennuksen seurausten taloudellinen merkitys?

Asiaa selvitettiin tarkastelemalla masennuksen hoidon kustannuksia ja selvittämällä, miten kustannukset jakautuvat hoidosta ja sairauspoissaoloista aiheutuviin kustannuksiin (ks. luku 5.14).

*Taulukko 1.
Tutkimukseen osallistujat
interventio-
ja kontrolliryhmittäin
eri työterveyshuolto-
organisaatioissa.*

3 TUTKIMUKSEN RAKENNE

3.1 Tutkimusasetelma

Kyseessä oli interventiotutkimus. Tutkimuksen kohteena olivat työterveyslääkärit ja -hoitajat sekä heidän tutkimuspotilaansa. Tutkimukseen osallistuneet työterveysasemat jaettiin siten, että eri työterveyshuollon järjestämistavat olivat edustettuina, ryhmistä tuli mahdollisimman samankaltaiset asiakaskunnan suhteen, ja että jokaisessa työterveyshuolto-organisaatioissa oli sekä interventio- että kontrolliryhmä. Jaon avulla pyrittiin varmistamaan, etteivät koulutusintervention kohteena olevat lääkärit ja hoitajat vaikuttaisi kontrolliryhmään. Tutkimukseen osallistui kolme työterveyshuolto-organisaatiota: kunnallinen työterveysliikelaitos, yksityinen lääkäriasema sekä yrityksen oma eli integroitu työterveyshuolto. Kontrolliryhmään yritettiin saada vahvistusta toiselta yksityiseltä palveluntuottajalta, mutta ammattihenkilöillä ei ollut halukkuutta osallistua. Osallistujien määrä organisaatioittain on esitelty taulukossa 1.

Kunkin potilaan seuranta kesti noin vuoden. Työterveyslaitoksen tutkijat seurasivat kontrollipotilaita postikyselyillä, jotka sisälsivät myös eri mittareita (SOFAS, BDI, AUDIT ja PHQ-9). Interventoryhmän potilaiden seurannan hoitivat lääkärit, jotka käyttivät vastaanoilla seurantamittareita ja tarvittaessa ohjasivat psykoterapiaan ja konsultaatioihin. Työterveyslaitoksen kyselyt hoidettiin erillisinä vastaanotolla tapahtuvasta seurannasta.

3.2 Interventio

Interventoryhmä

Hankkeen alussa interventoryhmän lääkäreille ja hoitajille järjestettiin kaksi neljän tunnin pituista koulutusta. Kouluttajina toimivat hankkeen työterveyshuollon ja yleislääketieteen erikoislääkäri, psykiatrian erikoislääkäri sekä työnohjaaja-työterveyshoittaja. Lisäksi jokaisessa interventoryhmän koulutuksessa oli oma osionsa eläkevakuutusyhtiön edustajalla, joka kertoi kuntoutusmahdollisuuksista. Koulutuksiin osallistui myös muutamia työterveyshuollon asiantuntijoita, jotka työskentelivät tiiviisti yhdessä lääkäreiden ja hoitajien kanssa, kaikkiaan yhdeksän työterveyspsykologia/psykoterapeuttia ja kolme työfysioterapeuttia. Koulutuksissa käsiteltiin uusinta tietoa masennuksesta ja opastettiin käyttämään Käypä hoito -suosituksen mukaista mallia. Malli sisälsi masennuksen seulonnan, diagnostiikan, hoidon ja seurannan. Mallin kaikissa eri vaiheissa käytettiin apuna mielialaa ja toimintakykyä arvioivia mittareita. Lisäksi koulutuksessa perehdyttiin masennuspotilaan kohtaamiseen ja psykososiaalisen tuen antoon, unohtamatta yhteistyötä työpaikan ja kuntoutustahojen kanssa. Koulutusmateriaalin sisältö on kuvattu liitteessä 9.1. Malli mahdollisti myös lyhytpsykoterapian käytön

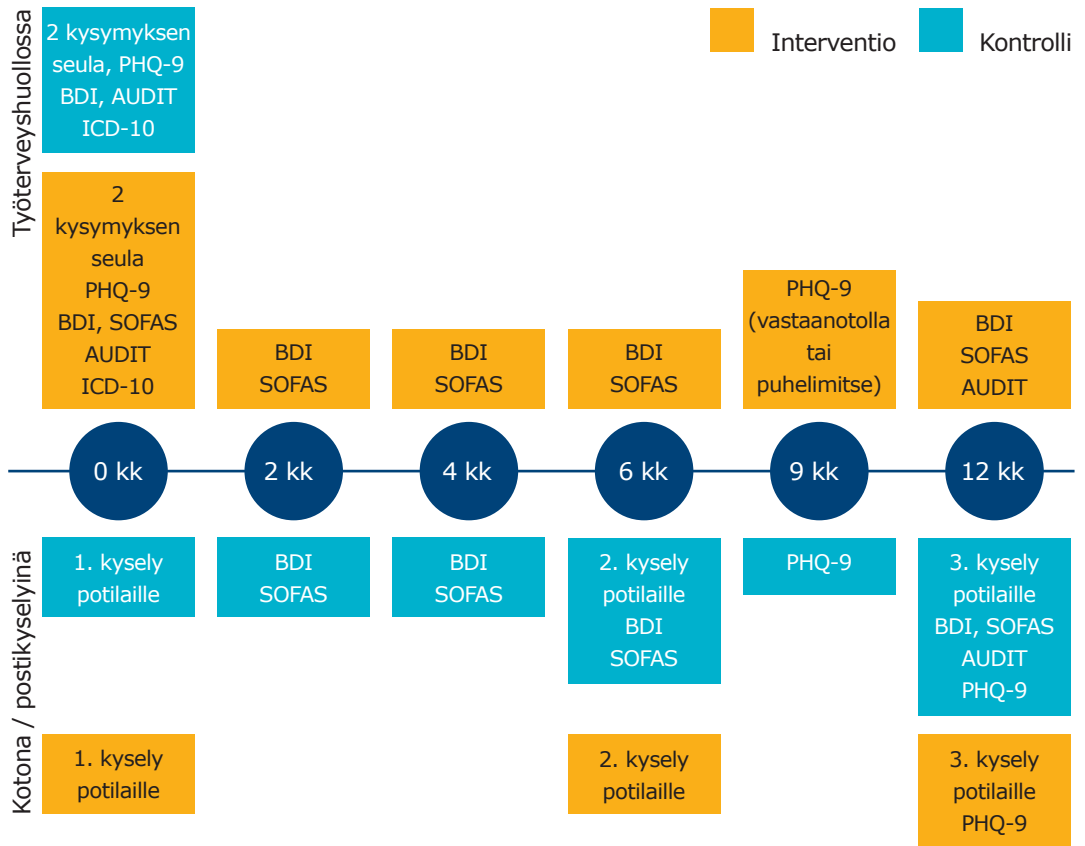
ja nopeat psykiatrin ja työterveyspsykologin konsultaatiot. Työterveyslaitos teki Mehiläinen Oy:n ja Diacor terveysterveystoimintayhtiön kanssa sopimukset konsultaatio- ja lyhytpsykoterapiapalvelujen tuottamisesta ja antoi palvelua antavien asiantuntijoiden yhteystiedot työterveyslääkäreille ja -hoitajille. Konsultoivat psykiatrit olivat psykiatrian erikoislääkäreitä. Psykoterapeutit olivat Valviran laillistamia psykoterapeutteja, paitsi yksi psykoterapeuttikoulutuksessa oleva IPT-terapeutiksi jo pätevätyntynyt. Yksi terapeuteista oli erikoissairaanhoidon hoitaja, muut työterveyspsykologeja.

Interventoryhmää opastettiin täyttämään kustakin tutkimuspotilaasta kansiota, joka ohjasi sovitun menettelytavan noudattamiseen. Kansioon oli kerätty kaikki tiedot ja tutkimusmateriaali, jota yksittäisen potilaan seurannassa tarvittiin (Seurantakansion rakenne, ks. liite 9.2). Interventoryhmän työterveyslääkäreitä ja -hoitajia tuettiin koko hankkeen ajan. Tuki oli etupäässä masennuksen hoitoprosessinohjausta ja se aloitettiin 1–2 kuukauden kuluttua koulutuksesta. Käytännön tukea annettiin tutkimuspotilaiden keräämisen ja potilaan seurannan ajan.

Kontrolliryhmä

Tutkimuspotilaiden samankaltaisuuden varmistamiseksi myös kontrolliryhmän lääkäreille ja hoitajille annettiin kahden tunnin koulutus masennuksen seulonnasta ja diagnostiikasta. Muutoin kontrolliryhmä työskenteli omien käytäntöjensä mukaan. Interventio- ja kontrolliryhmät työskentelivät eri toimipisteissä. Kontrolliryhmän potilaille lähetettiin samat kyselylomakkeet kuin interventoryhmän potilaille vuoden seurannan alussa, keskellä ja lopussa. Seuraavassa kaaviossa on kuvattu tutkimuksen eteneminen potilaan kannalta.

Kaavio 1. Tutkimuksen kulku potilaan kannalta



4 TUTKIMUSAINEISTOT JA -MENETELMÄT

4.1 Potilasaineistot

4.1.1 Masennuksen seulonta ja diagnostiikka

Tutkimuksessa pyrittiin kolmella eri tavalla varmistamaan, että tutkittavat sairastivat masennusta. Masennustilan seulontaan käytettiin niin sanottua kahden kysymyksen seulaa (Arroll ym. 2003; Whooley ym. 1997), jonka työterveyshoitaja tai -lääkäri kysyi potilaalta suullisesti:

Kahden kysymyksen masennusseula

1.

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

2.

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

Jos potilas vastaa vähintään toiseen kysymykseen myöntävästi, seula löytää 97 prosenttia masennustilaa sairastavista. Heillä masennustila on 67 prosentin varmuudella. Perusselvityksenä seulonnan jälkeen potilasta pyydettiin täyttämään perusterveydenhuollon tarpeisiin kehitetty PHQ-9-kyselylomake itsenäisesti ja vastaanotolla kysymykset ja vastaukset läpikäyden tai vastaanotolla yh-

dessä lääkärin tai hoitajan kanssa (Liite 9.3: PHQ-9-kysely). PHQ-9:n kysymykset perustuvat masennustilan DSM-IV-tautiluokituksen mukaisiin oirekriteereihin ja niiden vaikeusasteeseen. Kyselyssä piti saada masennuksen ydinoirekohdista (2 ensimmäistä kohtaa) vähintään toisesta 2 tai 3 pistettä ja kaikista masennusoirekysymyksistä yhteensä vähintään 10 pistettä. Katkaisupistemäärällä 10 kysely löytää 88 prosenttia seulomattomien potilaiden masennustiloista ja merkitsee sitä, että masennustilasta on kyse 88 prosentin varmuudella.

4.1.2 Rekrytointi

Työterveyslääkäri antoi tutkimuksen sisääntokriteerit täyttävälle potilaalleen kyselylomakkeen, informaatiokirjeen sekä suostumuslomakkeen ja pyysi potilasta postittamaan ne täytettyinä Työterveyslaitoksen tutkijalle valmiiksi maksetussa kirjekuoressa. Suostumuskirjeen palauduttua tutkija laittoi potilaan rekrytoineelle lääkärille viestin potilaan hyväksynnästä hankkeeseen. Tällöin lääkäriellä oli mahdollisuus aloittaa hankkeen kustantamien konsultaatio- ja terapiapalvelujen käyttäminen.

Molempien ryhmien työterveyslääkäreitä ja -hoitajia kehoitettiin kutsumaan kaikkia terveystarkastuksissa ja sairausvastaanotoilla kohtaamiaan masennuspotilaita tutkimukseen. Tästä huolimatta lääkärit valikoivat tutkimukseen otettavia potilaita. Sähköisessä kyselyssä hankkeen lopulla vastanneista vain 17 prosenttia interventioyryhmän lääkäreistä ja 13 prosenttia kontrolliryhmän lääkäreistä ilmoitti yrittäneensä rekrytoida kaikki vastaan-

otollensa tulleet masennuspotilaat hankkeeseen. Hoitajista noin puolet yritti rekrytoida kaikki molemmissa ryhmissä.

Interventioryhmän 15 lääkäristä yhdeksän oli valikoinut tutkimukseen potilaita, joiden arvioi hyötyvän lyhytpsykoterapiasta, joka kuului hankkeen maksamiin palveluihin. Vaikeampaa depressiota sairastavia oli painottanut kolme ja yksi masennusta, joka ei ollut jatkunut pitkään. Kahdeksasta hoitajasta kaksi oli tarjonnut tutkimusta ensisijaisesti terapiaa tarvitseville, kaksi vaikeampaa masennusta ja kaksi lievempää masennusta sairastavalle ja yksi sellaisille, joilla ei ollut hoitosuhdetta olemassa.

Kontrolliryhmän lääkärit kertoivat ottaneensa tutkimukseen tuoretta masennustilaa sairastavia, selkeästi kriteerit täyttäviä ja sellaisia potilaita, joilla ei ollut muita ongelmia kuin masennus. He valikoivat myös korkeintaan lieviä tai keskivaikeita masennustiloja sairastavia ja sellaisia, jotka eivät todennäköisesti tulisi konsultaatioita tarvitsemaan. Ajanpuute oli rajoittanut tutkimukseen ottamista, koska 15 minuutin vastaanottoajalla ei alkukartoitusta pystynyt tekemään, jos potilas ei ollut täyttänyt lomakkeita etukäteen.

Lääkärit arvioivat masennuksen vaikeusastetta ICD-10-kriteerein erillisen lomakkeen avulla (Tuisku & Rossi 2010, 21). Lomaketta ei ole validoitu. Lääkäreitä ohjattiin kysymään potilaalta esitiedot siitä, kuinka mielialat ovat elämän aikana vaihdelleet.

4.1.3

Poissulkukriteerit eli osallistumisest

Osallistumisest

Olivat kaksisuuntainen mielialahäiriö, psykoottistasoinen masennus, alkoholismi ja suuri itsemurhavaara. Persoonallisuushäiriöitä ei systemaattisesti seulottu, mutta mikäli ilmeinen persoonallisuushäiriö olisi lääkärin arvion mukaan todennäköisesti vaikeuttanut tutkimukseen osallistumista, ei potilasta otettu tutkimukseen. Mikäli haastattelussa heräsi epäily kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä, lääkäreitä ohjattiin käyttämään MDQ-kyselylomaketta sen seulontaan ja ohjaamaan tarvittaessa psykiatrille diagnostiikkaa varten.

Masennuksen lisäksi esiintynyt ahdistuneisuushäiriö ei ollut este tutkimukseen osallistumiselle. Ahdistuneisuushäiriöt neuvottiin diagnosoimaan ICD-10-kriteerien mukaan, mutta niitä ei järjestelmällisesti tutkittu. Pitkäaikaista masennusta, eli yli kaksi vuotta jatkunutta lievää aiempaa masennusta, sairastavia ei seulottu eikä se ollut osallistumisest

Alkoholinkäyttöä tutkittiin työterveyshuollossa 10-kohtaisella AUDIT-kyselyllä. Riskikultus ei ollut este, mutta jos alkoholin käyttö herätti lääkärin huomiota, aiheutti mahdollisesti poissaoloja ja/tai aiheutti laboratorionkokeissa havaittuja muutoksia, ei potilasta otettu mukaan. Laboratorionkokeiden ottaminen ja päätös tutkimukseen mukaan ottamisesta jäi lääkärin tekemän kokonaisarvion varaan.

Ruumiillinen sairaus ei ollut este tutkimukseen osallistumiselle, mutta jos pääasiallinen syy masennukselle oli elimellinen, kuten aivoinfarkti, ei potilasta otettu tutkimukseen mukaan. Muut oheissairauksina ilmenevät ruumiilliset oireet ja sairaudet eivät olleet este osallistumiselle. Laboratoriokokeiden ottaminen muiden sairauksien selvittämiseksi jäi kunkin lääkärin kokonaisarvion varaan.

4.1.4 Aineistolajit

Tutkimukseen otetut potilaat saivat täytettäväksi kyselylomakkeen seurantajakson alussa (0 kk), puolivälissä (6 kk) ja lopussa (12 kk). Kyselyssä tiedusteltiin potilaiden hoitoa koskevia toiveita ja käsityksiä saadusta hoidosta, terveydentilaa ja terveystottumuksia, kuormittavia kokemuksia työssä ja yksityiselämässä sekä työtä koskevia tietoja ja koettua työkykyä arvioivaa työkykypistemäärää asteikolla 0–10 (Tuomi ym. 1991). Kyselyistä kertyi kvantitatiivista eli määrällistä ja kvalitatiivista eli laadullista aineistoa.

Ensimmäisellä vastaanottokäynnillä täytettiin mielialaa, työ- ja toimintakykyä sekä alkoholinkäyttöä tarkastelevat mittarit (ks. kpl 4.1.4) ja tallennettiin ne seurantakansioon. Kontrolliryhmän potilaiden alkukartoituslomakkeet postitettiin työterveyshuollosta tai potilas postitti ne kotoa alkukyselyn kanssa samassa kuussa suoraan Työterveyslaitokselle.

Kyselyjen lisäksi potilaat täyttivät joko oma-toimisesti tai vastaanotolla tietyin määrävällein masennustilaa, alkoholinkäyttöä ja työ- ja toimintakykyä kuvaavia mittareita:

BDI-21 (Beck's Depression Inventory 1A, Beck ym. 1961): 0, 2, 4, 6 ja 12 kk

PHQ-9 (Patient Health Questionnaire, Kroenke ym. 2001 liite 9.3): 0, 9 ja 12 kk

AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test, Aalto ym. 2006): 0 ja 12 kk

SOFAS (Social and Occupational Functioning Assessment Scale, Facultas 2008): 0, 2, 4, 6 ja 12 kk
interventoryhmässä lääkärin täyttämänä vastaanotolla ja kontrolliryhmässä itsearviointilomakkeella kotona. Interventoryhmänkin potilaita pyydettiin täyttämään kotona itsearviointilomakkeet osana Työterveyslaitokselta tehtyä seurantaa 0, 6 ja 12 kk kohdalla.

MDQ (Mood Disorder Questionnaire, Isometsä ym. 2003): Työterveyslääkärin arvion perusteella.

Potilaskertomuksista kerättiin masennukseen liittyviä tietoja koskien vastaanottokäyntejä, sairauspoissaoloja, laboratoriokokeita, lääkitystä, konsultaatiota ja palautteita, lähetteitä sekä työpaikkayhteistyötä noin vuoden mittaisen seurantajakson ajalta.

4.1.5 Potilasaineiston määrä

Potilasaineiston kertyminen interventio- ja kontrolliryhmissä on kuvattu kaaviossa 2.

Tutkimukseen tulovaiheen katoa ei järjestelmällisesti tutkittu. Kontrolliryhmään oli lääkäreiden arvioiden mukaan vaikeampi saada potilaita ja arviolta joka toinen suostumuslomakkeen saanut jätti sen palauttamatta. Interventio-ryhmän lääkäreille annetuista potilaskuorista useampi palautui täytettynä Työterveyslaitokselle.

Seuranta oli vaarassa keskeytyä 23 potilaalla irtisanomisen, irtisanoutumisen, eläkkeelle jäämisen tai työpaikan vaihtumisen vuoksi. Tämän vuoksi työterveyslääkäreille ja -hoitajille tarjottiin mahdollisuus hoitaa tutkimukseen kuuluvat työterveyshuollon seurantakäynnit hankkeen laskuun. Kontrolliryhmässä maksettiin masennuksen seurantaan liittyvät käynnit vastaavasti, jos työnantaja oli tehnyt sairaanhoidosta sopimuksen työterveyshuollon kanssa. Mahdollisuutta ei kuitenkaan käytetty kontrolliryhmässä.

Seurannasta hävinneiden potilaiden BDI-, SOFAS ja PHQ-9-alkupisteet eivät eronneet keskiarvoltaan niiden potilaiden pisteistä, joilta 12 kuukauden seurantatieto oli käytettävissä.

Kaavio 2.
Potilaiden määrä

| | Interventio-ryhmä | Kontrolliryhmä |
|---|-----------------------|----------------------|
| Vastauksia saapunut | 192 | 48 |
| Ei täytä tutkimuskriteerejä | 1 | 1 |
| Hylätään alkukartoituksen puuttuessa | 4 | - |
| Peruu osallistumisen | 1 | - |
| Hyväksytään aineistoon | 186 | 47 |
| Suljetaan pois kaksisuuntaisen mielialahäiriön vuoksi 0–6 kk välillä | 2 | - |
| 2 kk seurantatieto | 158 (86 %) | 42 (89 %) |
| 4 kk seurantatieto | 156 (85 %) | 39 (83 %) |
| 6 kk vastaukset | 167 (91 %) | 39 (83 %) |
| Suljetaan pois kaksisuuntaisen mielialahäiriön vuoksi 6–12 kk välillä | 2 | - |
| 9 kk PHQ-9 | 134 (74 %) | 33 (70 %) |
| 12 kk vastaukset | 150 (82 %) | 31 (66 %) |

4.2 Työterveyshuollon aineistot

4.2.1 Hankkeen työterveyslääkärit ja -hoitajat

Hankkeessa oli tavoitteena tutkia työterveyshuollon toimintaa. Hankkeen alkukyselyssä työterveyslääkäreille ja -hoitajille esitettiin kysymyksiä koskien heidän perustietojaan (taulukko 2).

Viisi interventioryhmän ja kymmenen kontrolliryhmän lääkäriä ei ottanut tutkimukseen yhtään tutkimuspotilasta. Mukana olevien lääkäreiden ja hoitajien määrä väheni hankkeen aikana. Vajaa neljännes lääkäreistä ja reilu kolmannes hoitajista keskeytti osallistumisen eri syistä. Lääkäreiden ja hoitajien määrän vaihtelu tutkimuksen aikana näkyy kaaviossa 3.

4.2.2 Kysely- ja haastatteluaineisto

Tutkimukseen osallistuneita työterveyslääkäreitä ja -hoitajia pyydettiin ennen hankkeen alkua ja noin 1,5 vuoden kuluttua vastaamaan sähköiseen kyselyyn (taulukko 3). Ensimmäinen aineisto kerättiin elokuun 2009 ja toukokuun 2010 välillä. Kysely lähetettiin 17 eri työterveyshuoltoyksikköön 56 lääkärille ja 71 hoitajalle, jotka olivat lupautuneet osallistumaan hankkeeseen. Kysymyksiä oli 56 ja ne koskivat masennuksen hoitokäytäntöjä, työterveyshuollon sisäistä yhteistyötä sekä yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja työpaikkojen kanssa. Kaikkiin määrällistä tietoa kerääviin kysymyksiin oli vastattava, jotta kyselyssä pääsi eteenpäin. Kyselyssä oli myös avokysymyksiä.

Kyselyllä saatua tietoa syvennettiin kahdeksan masennuksen hoidon osa-alueita käsittelevän ryhmähaastattelun avulla. Yhteensä neljä interventioryhmään kuuluvaa ja neljä kontrolliryhmään kuuluvaa työterveyshuoltoyksikköä osallistui niihin marras-joulukuussa 2009. Ryhmähaastatteluihin osallistui sekä työterveyslääkäreitä (9) että -hoitajia (10). Yksittäisiin haastatteluihin osallistui kahdesta neljään lääkäriä ja hoitajaa. Yhteen haastatteluun osallistui vain kaksi lääkäriä ja yksi lääkäri haastateltiin erikseen. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin sanata tarkasti.

Tutkimukseen osallistuneita konsulttoivia psykiatreja pyydettiin vastaamaan työterveyshuoltoyhteistyötä koskevaan kyselyyn kesällä 2010 (N=10, lähetetty 12:lle) ja hankkeessa toimineita psykoterapeutteja syksyllä 2011 (N=9, lähetetty 11:lle).

Lisäksi työterveyslääkäreiden ja -hoitajien käytännön kokemuksista kerättiin laadullista tietoa tutkimushankkeen aikana keskustelemalla heidän kanssaan tukikäynneillä sekä puhelin- ja sähköpostikontakteissa. Tiedot kirjattiin päiväkirjamuotoon, josta poimittiin oleellimmat asiat tähän raporttiin.

*Taulukko 2.
Työterveyslääkärit ja -hoitajat*

| | Työterveyslääkäri (n=52) | Työterveyshoitaja (n=64) |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Ikävuosien keskiarvo | 49,3 v. | 46,7 v. |
| Työterveyshuollossa työskentelyvuosien keskiarvo | 13,9 v. | 11,5 v. |
| Työterveyshuollon erikoislääkäri (n) | 27 | - |
| 11 opintopisteen pätevöittävä työterveyshuollon koulutus/hoitajien AMK*-erikoistumistutkinto (n) | 22 | 36/29 |
| Lisäkoulutusta psykiatriasta tai terapiakoulutusta (n) | 43 | 53 |
| Työskennellyt psykiatrian erikoisalalla (n) | 24 | 10 |

* = ammattikorkeakoulu

*Kaavio 3.
Työterveyslääkäreiden ja -hoitajien lukumäärien muutokset hankkeen aikana*



4.3 Tutkimusmenetelmät

4.3.1 Laadullinen analyysi

Työterveyshuollon ammattihenkilöiden haastattelut litteroitiin sanatarkasti ja analysoitiin teemoitellen. Haastatteluteksti eriteltiin eri teemojen alle: masennuksen tunnistaminen, hoidon välineet, työnjako, hoitoa estävät tekijät, seuranta ja niin edelleen. Analyysi oli pääosin aineistolähtöistä ja teemat muotou-

tuivat haastattelujen sisällön pohjalta, mutta tutkittavan hoitomallin rakennetta mukaillen. Haastattelujen sisällön totuusarvoa ei analyysissä kiistetty, vaan haastatteluja pidettiin tapana saada informaatiota työterveyshuollon arjesta. (Laadullisesta analyysistä ks. esimerkiksi Cresswell 1998; Silverman 2000.)

*Taulukko 3.
Sähköiset kyselyt työterveyslääkäreille ja -hoitajille*

| | Interventio | | Kontrolli | |
|-------------|----------------|---------------------|----------------|---------------------|
| | Lähetetty N | Vastanneet N (%) | Lähetetty N | Vastanneet N (%) |
| Alkukysely | 73 | 67 (92 %) | 54 | 48 (89 %) |
| Lääkärit | 32 | 28 (88 %) | 24 | 23 (96 %) |
| Hoitajat | 41 | 39 (95 %) | 30 | 25 (83 %) |
| Loppukysely | 50 | 35 (70 %) | 51 | 29 (57 %) |
| Lääkärit | 23 | 17 (74 %) | 23 | 14 (61 %) |
| Hoitajat | 27 | 18 (67 %) | 28 | 15 (54 %) |

4.3.2

Määrällinen analyysi

Kyselyistä saatu laadullinen tieto poikkesein muodoltaan haastatteleamalla saadusta tiedosta. Kyselyjen vapaamuotoiset vastaukset olivat usein lyhyitä ja luettelomaisia. Yksi potilas tai työterveyshuollon ammattihenkilö saattoi tuoda vastauksissaan esille hyvin monen tyyppisiä teemoja. Tämän vuoksi vastaukset luokiteltiin aineistolähtöisesti muotoutuneiden teemojen mukaisesti kysymyksittäin, jolloin yksi vastaus saattoi jakaantua usean teeman alle. Vastausten tyypittely potilaittain vaikutti hedelmättömältä lähestymistavalta, koska vastaukset olivat usein erittäin lyhyitä, avokysymysten kirjo oli laaja ja potilaiden esiin nostamat teemat moninaisia, mutta esitettyjen kysymysten ohjaamia. Tämän vuoksi potilaita ei voinut jakaa esimerkiksi sen mukaan, toivatko he esille ensisijaisesti oman elämän kriisejä vai työhön liittyviä ongelmatekijöitä. Myös vastausten ilmoittaminen lukumääräisinä oli mahdotonta, sillä vastausten teemat olivat limittäisiä ja niiden ilmoittaminen lukuina olisi korkeintaan suuntaa antava. Laadullisessa analyysissä ei hyödynnetty sitä tarkoitusta varten kehitettyjä ohjelmistoja, vaan tekstin käsittelyohjelmaa. Raportissa esiintyvät lainaukset ovat otteita laadullisesta aineistosta, eivätkä kuvaa laadullisen analyysin tuloksia kattavasti. Lainauksen kieliasua on korjattu.

Kyselyitä tehtiin sähköisesti Digium-ohjelmiston avulla ja postitse niille potilaille, jotka eivät olleet ilmoittaneet toimivaa sähköpostiosoitetta tai jotka eivät vastanneet sähköiseen kyselyyn. Potilaista kerätty tieto (kappale 4.1) tallennettiin SPSS-tiedostoksi (SPSS Statistics 17.0 ja 18), jossa kukin rivi vastaa yhtä potilasta (233 riviä). Kultakin potilaalta tiedosto sisältää seuraavat tiedot:

- postikyselyjen vastaukset (0, 6 ja 12 kk kysely)
- mittaustiedot (Kahden kysymyksen seula, PHQ-9, ICD-10, BDI, SOFAS, MDQ)
- terapiatiedot (aiempi terapia, nykyisen terapian kesto)
- tiedot sairausvastaanottokäynneistä, joissa on merkintä masennukseen liittyvien asioiden käsittelystä (päivämäärät ja sisältö)
- tiedot lääkityksestä (lääkenimi, annos ja käyttöaika)
- sairauspoissaolotiedot (Poissaoloista, joissa yhtenä diagnoosina on masennus; aloitus- ja lopetuspäivämäärät.)
- työterveysneuvottelut
- muut sairauskertomuksista poimitut tiedot (esimerkiksi laboratoriotulokset ja oheissairaudet).

Raporttia kirjoitettaessa potilastiedostossa oli muuttujia yhteensä noin 1 500. Kappaleessa 4.2 esiteltyt työterveyshuoltoa koskevat tiedot tallennettiin omiksi tiedostoikseen. Työterveyslääkäreiltä ja -hoitajilta saadut tiedot koottiin yhdeksi SPSS-tiedostoksi. Psykiatreilta ja psykoterapeuteilta saadut tiedot pidettiin omina Excel-tiedostoinaan.

Uudet muuttujat laskettiin pääsääntöisesti SPSS-tilasto-ohjelmalla. Tuloksissa esiintyvät keskiarvot ja lukumäärät sekä keskiarvojen vertailut (t-testit) ja osuuksien vertailut (X^2 -testit) laskettiin SPSS-tilasto-ohjelmalla. Logistisilla regressiomalleilla (SPSS) selvitetiin, mitkä tekijät liittyivät toipumiseen, terapiaan päätymiseen tai pitkään depressiosta johtuvaan sairauslomaan. Malleissa oli mukana selvitettävän tekijän lisäksi ikäluokka ja sukupuoli. Tuloksissa on ilmoitettu odds ratio (OR) ja sen 95 prosenttin luottamusväli (LV).

Toipumisen kriteerinä käytettiin erikseen seuraavia neljää:

- 1) seurannan lopussa BDI välillä 0–8
- 2) seurannan lopussa työkyky pistemäärä välillä 8–10
- 3) seurannan lopussa SOFAS vähintään 80
- 4) seurannan lopussa PHQ-9-yhteispisteet alle 10 sekä kahdessa ensimmäisessä kysymyksessä 0 tai 1 pistettä.

Aineistoa analysoitiin myös hoitovasteen avulla, jolloin osittainen hoitovaste tarkoitti BDI-pisteiden laskua alkutilanteesta 30–49 prosenttia ja täysi hoitovaste pisteiden laskua vähintään 50 prosenttia.

Terapian kriteerinä pidettiin sitä, että potilaalla oli ollut vähintään neljä terapiakäyntiä. Näitä potilaita verrattiin potilaisiin, joilla oli ollut enintään kolme terapiakäyntiä, jotka sisälsivät yleensä vain terapia-arviot.

Pitkään sairauspoissaoloon liittyviä tekijöitä selvitetiin vertaamalla potilaita, joilla oli yli 80 sairauspoissaolopäivää kalenteripäivinä enintään 30 päivää poissaolleisiin. Yli 80 sairauspoissaolopäivää kalenteripäivinä vastaa ajankohtaa, jolloin Kelan on selvitettävä vakuutetun kuntoutustarve. Enintään 30 sairauspoissaolopäivää kalenteripäivinä vastaa yleistä työpaikkojen puheeksi ottamisen rajaa eli 20 työpäivän poissaoloa. Masennustilan piti olla ainakin yhtenä diagnoosina sairauspoissaolotodistuksessa, jotta se luettiin sairauspoissaoloksi.

4.3.3 Taloudellinen analyysi

Tutkimukseen osallistuneiden potilaiden vastaanottokäyntien kustannusten laskennan pohjaksi kerättiin potilaskohtaiset vastaanottokäyntien kestotiedot; interventioryhmässä seurantakansioon sisältyneiltä potilaanseurantalomakkeilta ja kontrolliryhmässä sairauskertomuksista. Kaikkien vastaanottokäyntien ajallista kestoa ei kuitenkaan ollut merkitty potilaanseurantalomakkeille potilaan vastaanottokäynnin yhteydessä, mistä johtuen tutkija kävi läpi kaikkien potilaiden sairauskertomukset puuttuvien vastaanottokestojen selvittämiseksi. Kaikkia potilaskohtaisia vastaanottokäyntien kestoja ei kuitenkaan pystytty selvittämään myöskään sairauskertomusten perusteella. Tästä johtuen laskettiin jokaisen potilaan terveydenhuollon ammattihenkilön tai asiantuntijan vastaanotolla käynnin ajallisten kestojen keskiarvot niiden käyntien ajallisista kestoista, joista tieto oli merkitty.

Näitä potilaskohtaisia keskiarvotietoja käytettiin siis vastaanottokäyntien kustannusten laskennassa silloin, kun vastaanottokäynnin yhteydessä ei ajallista kestoa ollut merkitty muistiin potilaanseurantalomakkeelle. Näin ollen jokaisen potilaan vastaanottokäyntien kustannusten laskenta perustui hänen omiin tietoihinsa eikä koko aineiston keskiarvotietoihin. Niin vastaanotto- kuin terapiakäyntienkin osalta hintoina käytettiin sen työterveyshuollon palveluntuottajaorganisaation terveydenhuollon ammattihenkilö- ja asiantuntijakohtaista hintaa, jossa potilas oli käynyt vastaanotolla.

Masennuslääkehoidon kustannukset laskettiin potilaskohtaisesti määrättyjen lääkkeiden annostuksen ja lääkityksen keston perusteella käyttäen lääkkeiden hintatietojen lähteenä Terveysportti-internetsivuston kautta löytyvää lääkkeiden hintatietojen hakemistoa (www.terveysportti.fi/terveysportti/geneerinen.koti). Potilaskohtaiset sairauspoissaolojen raha-arvot määritettiin käyttäen perusteena potilastiedoista ilmenneitä sairauspoissaolojen kestotietoja (työpäivät) sekä kunkin potilaan ammattinimikkeen ja toimialan mukaan palkkatilastojen pohjalta määritettyä kuukausipalkasta johdettua päiväpalkkaa. Edellä käsitellyllä tavalla selvitettyjä potilaskohtaisten kustannusten keskiarvoja tarkasteltiin erilaisten potilasryhmien välillä ryhmien välisten tilastollisten testien avulla. Ryhmien väliset tilastollisten erojen analyysit on tehty SPSS-ohjelmalla.

5 TULOKSET

5.1 Potilaiden perustiedot

Taulukkoon 4 on koostettu masennuspotilaiden perustiedot postikyselyjen, mittarien ja sairauskertomusten avulla.

Interventio- ja kontrolliryhmä eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi toisistaan sukupuolen, iän, sosioekonomisen aseman, koulutuksen tai työn suhteen. Toistuva masennustila todettiin interventoryhmässä lähes kahdella kolmesta ja kontrolliryhmässä yli puolella ($p=0,274$). Sairauskertomustietojen perusteella 43 prosentilla interventoryhmän potilaista ja 53 prosentilla kontrolliryhmän potilaista oli ollut aiemmin masennuslääkitys. Kaikista potilaista 42 prosentilla oli mainittu aiempi psyykkisen oireilun hoitopaikka. Masennuslääkitys oli seurantaan tullessa 29 prosentilla interventiotilaista ja 13 prosentilla kontrollipotilaista.

Valtaosa potilaista oli vakituisessa päivätyössä ja noin kymmenesosa esimiesasemassa. Reilulla kymmenesosalla ei ollut ammattikoulutusta. Seurannan alussa useampi interventoryhmän kuin kontrolliryhmän potilaista arvioi työnsä vastaavan koulutustaan ($p=0,003$). Potilaiden sosioekonominen asema määriteltiin koostamalla tiedot ammatti- ja esimiesasemasta. Potilasaineisto jakaantui näin tarkastellen kahteen lähes yhtä suureen osaan.

Yli puolet molempien ryhmien potilaista eli parisuhteessa. Lapsia oli interventoryhmässä lähes kahdella kolmasosalla ja kontrolliryhmässä noin puolella. Alle 18-vuotiaita lapsia oli reilulla 40 prosentilla.

5.2 Hoitovaste ja toipuminen

Erkki Isometsä (2011a, 30) määrittelee toipumisen seuraavanlaisesti: *”Oireiden lievittyessä siten, että oirekriteerit eivät enää täyty, alkaa masennuksen toipumis- eli remissiovaihe. Toipuminen on täydellistä, kun kaikki oireet ovat hävinneet. Melko tavallista masennustilan jälkeen kuitenkin on, että potilaalla esiintyy jälkioireita, eli toipuminen on vain osittaista. Osittaiseen toipumiseen liittyy huomattava masennustilan uusiutumisen riski.”*

Maailman terveysjärjestön, WHO:n, vuodelta 1948 peräisin olevan määritelmän mukaan terveys on täydellisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila eikä vain sairauden puuttamista. Määritelmää on arvosteltu enenevästi, koska väestö ikääntyy samalla kun diagnostiikka parantuu ja yhä useamman kroonisen sairauden kanssa eletään pitempään kuin aiemmin. Hollannissa kokoontui vuonna 2011 kansainvälinen 38 asiantuntijan monitieteinen ryhmä pohtimaan nykyaikaan paremmin sopivaa määritelmää terveydestä. Ryhmä päätyi määritelmään ”terveys on kykyä selviytyä ja sopeutua”. (Huber ym. 2011.)

Hankkeen alussa työterveyslääkäreille ja -hoitajille tehdyn kyselyn mukaan suurin osa lääkäreistä kertoi seuraavansa potilaiden toipumista luottaen kliiniseen arvioonsa ja lähes kaikki käyttivät myös kyselylomakkeita. Ero hoitajiin oli merkittävä. Heistä vain vähän yli puolet käytti kyselyjä, kliiniseen arvioonsa luotti noin yksi kuudesta. Hankkeen lopussa tehdyn kyselyn perusteella näyttää siltä, että toipumisen seurannan tavoissa ei ollut tapahtunut suurta muutosta.

*Taulukko 4.
Perustiedot potilaista*

| | Interventioryhmä (N=186) | | Kontrolliryhmä (N=47) | |
|---|--------------------------------|----------|--------------------------------|----------|
| Ikä (keskiarvo) | 41,9 v. (20–63 v, STD 10,6) | | 39,6 v. (22–62 v, STD 10,4) | |
| | n | % | n | % |
| Naisia | 129 | 69 | 31 | 66 |
| Miehiä | 57 | 31 | 16 | 34 |
| F32 (masennustila) | 67 | 36 | 21 | 45 |
| F33 (toistuva masennustila) | 119 | 64 | 26 | 55 |
| Lievä masennustila (ICD-10-lomakkeen avulla arvioituna) | 23 | 12 | 3 | 6 |
| Keskivaikea masennustila (ICD-10) | 116 | 63 | 32 | 68 |
| Vaikea masennustila (ICD-10) | 46 | 25 | 12 | 26 |

*Taulukko 5.
Potilaiden koulutus ja työtilanne*

| | Interventioryhmä (N=186) | | Kontrolliryhmä (N=47) | |
|---|-----------------------------|----------|--------------------------|----------|
| | n | % | n | % |
| Ylempi sosioekonominen asema | 100 | 54 | 22 | 47 |
| Alempi sosioekonominen asema | 86 | 46 | 25 | 53 |
| Ei mitään ammattikoulutusta | 22 | 12 | 5 | 11 |
| Ammatillinen kurssi, työpaikkakoulutus, ammattikoulu tai oppisopimuskoulutus | 53 | 29 | 13 | 28 |
| Ammatillinen koulu, ammattillinen opistotutkinto tai erikoisammattitutkinto | 60 | 33 | 16 | 35 |
| Ammattikorkeakoulu tai korkeakoulututkinto | 49 | 27 | 12 | 26 |
| Vakituisen työsuhde | 170 | 92 | 44 | 94 |
| Säännöllinen päivätyö | 133 | 73 | 37 | 84 |
| Esimiesasemassa | 22 | 12 | 5 | 11 |

Taulukko 6.
*Potilaiden vuoden seurannan
 alku- ja lopputilanteen mittariarvot*

| | Interventoryhmä (N=186) | | Kontrolliryhmä (N=47) | |
|-----------------------------|----------------------------|---------------------|--------------------------|---------------------|
| | n | ka. (min.–maks.) | n | ka. (min.–maks.) |
| BDI alussa | 185 | 26,0 (8–55) | 47 | 25,2 (8–44) |
| BDI lopussa | 152 | 10,6 (0–49) | 33 | 11,5 (0–45) |
| AUDIT alussa | 177 | 6,5 (0–27) | 46 | 7,4 (0–24) |
| AUDIT lopussa | 144 | 5,5 (0–18) | 31 | 6,9 (0–31) |
| PHQ-9 alussa | 182 | 16,3 (8–26) | 47 | 15,8 (9–25) |
| PHQ-9 lopussa | 149 | 7,1 (0–25) | 31 | 5,7 (0–23) |
| SOFAS alussa | 180 | 63,9 (42,5–92,5) | 47 | 65,0 (40–82,5) |
| SOFAS lopussa | 145 | 79,5 (40–100) | 31 | 79,6 (52,5–100) |
| Työkyypistemäärä alussa | 184 | 4,7 (0–9) | 47 | 4,7 (0–9) |
| Työkyypistemäärä lopussa | 146 | 7,0 (0–10) | 31 | 7,1 (0–10) |

Taulukko 7.
*Hoitovaste seurannan eri ajankohtina BDI:llä
 mitattuna koko aineistossa*

| | N | Ei hoitovastetta (BDI laskenut < 30 %) | Osittainen hoitovaste (BDI laskenut 30–49 %) | Hoitovaste (BDI laskenut ≥ 50) |
|-------|-----|---|---|-----------------------------------|
| 2 kk | 200 | 50 % | 18 % | 33 % |
| 4 kk | 195 | 30 % | 21 % | 49 % |
| 6 kk | 188 | 23 % | 19 % | 59 % |
| 12 kk | 184 | 17 % | 15 % | 68 % |

Useat alussa haastatelluista olivat sitä mieltä, että seurantaan kaivattiin järjestelmällisyyttä ja painottivat seurannan tärkeyttä potilaalle. Osa lääkäreistä kehotti potilasta ottamaan tarvittaessa yhteyttä voinnin mukaan. Potilaita jäi pois seurantakäynneiltä, koska he kokivat, etteivät enää tarvitse keskusteluapua, vaan lääkemääräyksen uusinta riitti. Potilaat saattoivat lopettaa myös lääkkeen käytön omatoimisesti.

Interventioryhmässä ohjattiin lääkäreitä ja hoitajia seuraamaan toipumista BDI:tä ja SOFAS:ta hyödyntäen tutkimuksen ohjelmaan kuuluvien 2, 4, 6 ja 12 kuukauden käyntien aikana. PHQ-9-kyselyä ohjattiin täyttämään vastaanotolla tai puhelimitse 9 kuukauden kohdalla. Potilasta tuli tavata alkuvaiheessa kahden viikon välein, kunnes hoitovaste oli saavutettu. Hoitovasteena pidettiin sitä, että potilaan käsitys voinnistaan oli selvästi parempi, kliiniset havainnot tukivat edellistä ja BDI-pisteet olivat laskeneet vähintään 50 prosenttia alkupisteisiin verrattuna. Osittaiseen hoitovasteeseen riitti BDI-pisteiden laskeminen vähintään 30 prosentilla alkutilanteesta. Toipumisen katsottiin tapahtuneen, kun BDI-pisteet olivat laskeneet alle kymmeneen. Työ ja toimintakyvyn osalta toipumista arvioitiin SOFAS-pisteillä ja 9 kuukauden kohdalla PHQ-9:n 10. kysymyksellä. Potilaille lähetettiin Työterveyslaitokselta postitse kyselyt 6 ja 12 kuukauden kohdalla. Kyselyissä selvitettiin työky-

kypistemäärä, SOFAS-pisteet ja 12 kuukauden kohdalla PHQ-9-pisteet. Kontrolliryhmän potilaiden mittariarvoja seurattiin Työterveyslaitokselta lähetettyjen postikyselyjen avulla. Mittarit on kuvattu luvussa 4.1.4 ja niiden käyttökelpoisuutta on tarkasteltu luvussa 6.

Potilaiden voinnin kehittymistä tarkasteltiin muun muassa mittaustulosten keskiarvojen avulla. Potilaiden alku- ja lopputilanne on esitetty taulukossa kuusi.

Keskimääräinen BDI-pistemäärä laski selvästi alle puoleen. Keskiarvo laski interventioryhmässä 59 prosenttia ja kontrolliryhmässä 54 prosenttia. Alle 10 pisteeseen pääsi 55 prosenttia kaikista potilaista seurantajakson loppussa. Täyden hoitovasteen saavutti 68 prosenttia interventiopotilaista ja 67 prosenttia kontrollipotilaista.

Työkykypisteet nousivat selvästi, kuten myös SOFAS-pisteet. Työkykypisteiden keskiarvo nousi yli kahdella pisteellä molemmissa ryhmissä.

Interventioryhmässä harvempi jäi täysin vaille hoitovastetta BDI:llä mitaten (BDI-pisteiden lasku alle 30 %) kuin kontrolliryhmässä (16 % vs. 24 %, ks. kaavio 4). Kontrolliryhmästä useampi jäi pois työterveyshuollon seurannasta ennen vuoden seuranta-ajan täyttymistä. Interventiopotilaat olivat työterveyshuollon seurannassa tutkimuksen aikana keskimäärin 325 päivää, kun kontrollipotilaiden seuranta-ajan keskiarvo oli 206 päivää.

Kontrolliryhmässä vähintään osittaisen hoitovasteen saaneiden osuus saavutti huippunsa jo neljän kuukauden kohdalla, kun taas interventioryhmässä hoitovasteen saaneiden osuus lisääntyi koko seurannan ajan.

BDI-pisteet olivat 32 potilaalla korkeammat kahden kuukauden kohdalla kuin alussa. Keskimääräinen nousu oli 5,3 pistettä.

Potilaat, joilla ei ollut masennuslääkitystä eikä psykoterapiaa seurantajakson aikana, toipuivat huomommin. Heistä puolet jäi täysin vaille hoitovastetta ($p=0,032$). Niistä potilaista, joilla oli jokin fyysinen oheissairaus, merkittävästi harvempi saavutti täyden hoitovasteen (57 % vs. 75 %) ja useampi jäi täysin vaille hoitovastetta (26 % vs. 12 %, $p=0,032$).

Kun toipuminen määritellään niin, että masennusoireita ei enää ole BDI:llä arvioiden, eli pisteitä on 0–8, interventioryhmästä toipui noin 52 prosenttia ja kontrolliryhmästä 55 prosenttia.

Kun toipuminen määritellään niin, että masennusoireita ei enää ole PHQ-9:llä arvioiden eli kokonaispisteet ovat 0–4, toipuneita oli 12

kuukauden kohdalla interventioryhmässä 48 prosenttia ja kontrolliryhmässä 68 prosenttia.

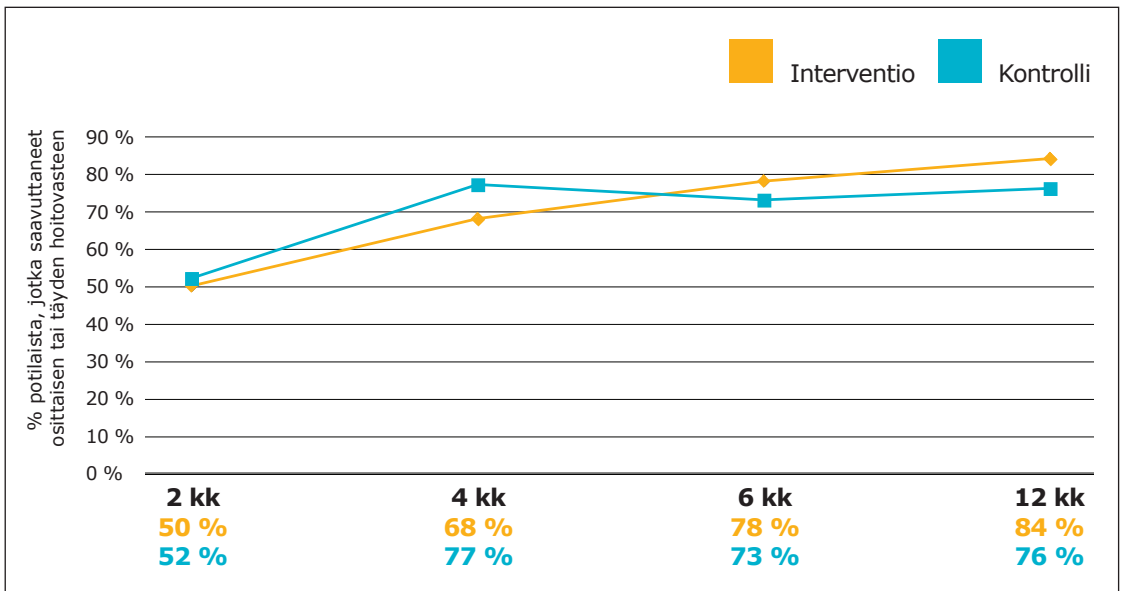
Kun toipuneeksi määritellään potilas, joka sai kummastakin PHQ-9:n ydinoirekysymyksestä 0 tai 1 pistettä ja kokonaispistemäärä jäi alle kymmeneen eli masennustilan kriteerit eivät enää täyttyneet, oli toipuneita interventioryhmässä 77 prosenttia ja kontrolliryhmässä 84 prosenttia. Kun toipuneeksi määritellään potilas, jolla PHQ-9-mittarin kymmenennellä kysymyksellä arvioituna masennusoireet vaikeuttivat korkeintaan vähäisesti työntekoa, kotiasioiden hoitoa tai toimeen tulemistä muiden ihmisten kanssa, oli toipuneita interventioryhmästä ($n=137$) 84 prosenttia ja kontrolliryhmästä ($n=25$) 80 prosenttia.

Johtopäätökset ja suositukset

Monilla potilailla masennusoireet pahenivat seurantajakson aloituksen jälkeen. Tämä viittaa siihen, että masennustila on ollut vasta kehittymässä. Tämä ilmiön mahdollisuus tulee ottaa huomioon masennuspotilaan hoidossa ja seurannan tiheydessä.

Seurannan alkuvaiheessa masennuksen oirepisteet vähenivät nopeammin kontrolliryhmässä kuin interventioryhmässä. Tämä voi selittyä sillä, että tutkimukseen potilaita ottaneet lääkärit kertoivat valikoineensa potilaita. Interventioryhmässä saatettiin luottaa siihen, että hankalissakin tapauksissa kaikki apu oli varmasti tarjolla. Seurannan lopussa hoitovasteen saavuttaneiden osuus interventioryhmässä on kuitenkin suurempi kuin kontrolliryhmässä.

Kaavio 4.
Hoitovasteen kehitys: Vähintään osittaisen hoitovasteen saavuttaneiden potilaiden osuus potilasryhmissä (BDI-pisteiden lasku vähintään 30 prosenttia alkutilanteesta)



Tutkimuksessa tarkasteltiin potilaiden vointia ja sen kehitystä erilaisilla mittareilla. Tutkimukseen osallistuneet lääkärit olivat kiinnostuneita masennuksen hoidon kehittämisestä ja olivat kokeneita työterveyslääkäreitä, joten he ovat todennäköisesti olleet motivoituneita raskaan mittariston käyttöön. Tutkimuskäytössä ollut mittaristo on varsin työläs eikä sellaisenaan sovi arjen kiireiseen vastaanottotyöhön. Tämän vuoksi luvussa 6 on tarkasteltu tässä hankkeessa kertynyttä tutkimustietoa ja sen perusteella annettu suositukset vastaanottotyötä tukeviin helppokäyttöisempiin työkaluihin.

Jos käytetään uuden terveystieteiden mukaista määritelmää ”terveys on kykyä sopeutua ja selviytyä” (Huber ym. 2011), voi työelämän näkökulmasta terveeksi määritellä ne, jotka pystyvät jatkamaan työssä ja elämään ilman masennusoireiden aiheuttamaa selvää haittaa. Noin joka viidennelle jää haittaavia oireita. On mahdollista, että osalla tutkimuspotilaista on ollut kaksoismasennus, jolloin masennustila on parantunut, mutta pitkäaikainen masennus on jäänyt jäljelle. Oireistaan huolimatta suurin osa potilaista kykenee käymään työssä, mutta he voivat olla osatyökykyisiä ja siten heidän pitäisi olla tarvittaessa jatkuvassa työterveyshuollon seurannassa.

5.3 Masennukseen liittyviä ja sen hoitoa vaikuttavia tekijöitä

5.3.1 Elämäntavat

Alkoholin ja muiden pähteiden käyttö

Alkoholiongelmaisen käypä hoito -suositusten mukaan masennuspotilaista 10–30 prosentilla on samanaikainen alkoholiongelma ja alkoholista riippuvaisista 30–60 prosentilla on kliinisesti merkittävä depressio. Alkoholiongelma kietoutuu usein mielenterveyden ongelmiin: potilas voi yrittää lievittää masennustaan alkoholilla, ja juominen saattaa aiheuttaa mielenterveysongelmia. Vaikka masentuneella olisikin alkoholiongelma, tulee molemmat hoitaa huolellisesti. (Suomalaisen Lääkäriseuran... 2005.)

Kohtuukäyttäjien terveys on keskimäärin hieman parempi ja suurkuluttajien huomattavasti heikempi kuin raittiiden (Suomalaisen Lääkäriseuran... 2005). Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan työssä käyvien alkoholin käyttömäärä ei vaikuta koettuun tämänhetkiseen työkykyyn suhteessa parhaimpaan koettuun eli työkykypistemäärään (Gould ym. 2006).

Alkoholiongelman varhainen toteaminen on haasteellista ja lääkäri tarvitsee siihen haastattelun lisäksi muun muassa kyselyitä ja laboratoriokokeita. Kymmenen kysymyksen Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) on tehokas lomake alkoholin riskikäytön havaitsemiseksi. Laboratoriokokeet paljastavat alkoholiriippuvuuden herkästi, mutta riskikäyttöä eivät. (Suomalaisen Lääkäriseuran...2005.)

Alkoholin riskikäyttö

Suomalaisissa aineistoissa riskikäytön raja on miehillä vähintään 8 ja naisilla 6 pistettä. AUDIT-pisteiden riskirajan ylitti vajaa puolet tutkimuksen potilaista: miehet useammin kuin naiset, alemman sosioekonomisen ryhmän potilaat useammin kuin ylemmän ja nuoremmat useammin kuin vanhemmat. Miesten alkupisteiden keskiarvo oli 9,8 pistettä ja naisten 5,2 ($p < 0,001$).

Ruumiillisilla oheissairauksilla ei ollut yhteyttä alkoholin riskikulutukseen. Seurannan alussa riskirajan ylittävillä oli sairauskertomusten pohjalta tarkastellen hieman enemmän yksityiselämän kuormitustekijöitä kuin riskirajan alle jääneillä (72 % vs. 61 %, $p = 0,1$). Työhön liittyviä kuormitustekijöitä he taas raportoivat hieman harvemmin (41 % vs. 52 %, $p = 0,09$).

Seurannan lopussa pisteiden keskiarvot olivat naisilla 4,9 ja miehillä 7,7 ($p < 0,001$). Tulos oli samanlainen, jos tarkastelee vain niitä potilaita, joilta oli sekä alku- että loppumittaus-tulokset. AUDIT-pisteitä tarkastellen näyttäisi siis siltä, että alkoholinkäyttö oli vähentynyt. Määrättyihin lääkityksiin ja terapian käyttöön ei AUDIT-pisteiden riskirajan ylittämällä alkuvaiheessa tai kokonaispisteiden keskiarvoilla ollut yhteyttä. Seurannan lopussa mitattu AUDIT kuvaa alkoholin käyttöä masennuksen hoidon aikana. Riskirajan alittavilla oli merkittävästi alempi PHQ-9-pistekeskiarvo 5,72 verrattuna rajan ylittävien keskiarvoon 7,73 ($p = 0,049$).

Taulukko 8.

Alkoholin riskikäyttäjät AUDIT-pisteillä mitattuna seurantajakson alussa

| | N | Riskirajan alittavat | Riskirajan ylittävät | p-arvo |
|--------------------------------|-----|----------------------|----------------------|-------------|
| Ikä (ka) | | 43 v. | 40 v. | 0,03 |
| BDI-keskiarvo alussa/lopussa | 152 | 25,2/9,7 | 26,08/10,65 | 0,543/0,539 |
| PHQ-9-keskiarvo alussa/lopussa | 152 | 15,59/6,22 | 16,46/6,97 | 0,192/0,456 |
| SOFAS-keskiarvo alussa/lopussa | 152 | 64,85/79,47 | 64,14/79,39 | 0,657/0,969 |
| | | % | % | |
| Kaikki potilaat | 223 | 57 | 43 | |
| Naiset | 152 | 64 | 36 | 0,002 |
| Miehet | 71 | 42 | 58 | |
| Interventioryhmä | 177 | 59 | 41 | 0,161 |
| Kontrolliryhmä | 46 | 48 | 52 | |
| Alempi sosioekonominen ryhmä | 104 | 51 | 49 | 0,091 |
| Ylempi sosioekonominen ryhmä | 119 | 62 | 38 | |

Taulukko 9.

Alkoholin riskikäyttäjät AUDIT-pisteillä mitattuna seurantajakson lopussa

| | N | Riskirajan alittavat | Riskirajan ylittävät | p-arvo |
|------------------------------|-----|----------------------|----------------------|--------|
| BDI-keskiarvo lopussa | 173 | 9,49 | 11,71 | 0,142 |
| PHQ-9-keskiarvo lopussa | 160 | 5,72 | 7,73 | 0,049 |
| | | % | % | |
| Kaikki potilaat | 175 | 62 | 38 | |
| Naiset | 121 | 67 | 33 | 0,057 |
| Miehet | 54 | 52 | 48 | |
| Interventioryhmä | 144 | 65 | 35 | 0,177 |
| Kontrolliryhmä | 31 | 52 | 48 | |
| Alempi sosioekonominen ryhmä | 77 | 57 | 43 | 0,213 |
| Ylempi sosioekonominen ryhmä | 98 | 66 | 34 | |

Alkoholin ongelmakäyttö

Suomalaisissa suosituksissa ongelmakäyttäjiksi, joilla alkoholiriippuvuus on mahdollinen, on määritelty ne, jotka saavat kyselyssä vähintään 15 AUDIT-pistettä. Tässä tutkimuksessa miehistä tähän ryhmään kuului seurannan alussa joka neljäs ja naisista vain 5 prosenttia. Seurannan lopussa miehistä ongelmakäyttäjää oli enää 9 prosenttia ja naisista 3 prosenttia. Ne, jotka jättivät vastaamatta loppuvaiheen AUDIT-kyselyyn, eivät eronneet alkuvaiheen AUDIT-pisteiden osalta niistä, joilta loppumittaus oli.

Ongelmakäyttäjät käyttivät vähemmän työterveyshuollon palveluja kuin ongelmakäytön rajan alle jääneet (14 vs. 11 käyntiä, $p=0,053$). Ongelmakäyttäjät eivät olleet useammin pitkään (yli 80 päivää) sairauden vuoksi poissa työstä kuin vähemmän alkoholia käyttävät, vaan jopa hieman vähemmän.

Tarkasteltaessa niitä potilaita, joilta oli seurannan alku- ja loppumittaus, alussa alkoholin ongelmakäytön rajan ylittäneiden BDI-, PHQ-9- ja SOFAS-pisteet paranivat hieman vähemmän kuin rajan alle jääneiden. Potilailta, jotka seurannan lopussa ylittivät alkoholinkäytön AUDIT- riskirajan, PHQ-9-pisteet ja paranivat vähemmän kuin riskirajan alittavilla ($p=0,04$). BDI-pisteiden keskiarvon lasku ja SOFAS-pisteiden nousu oli yhtä voimakasta molemmissa ryhmissä.

Interventioryhmän ongelmakäyttäjät kokivat toimintakykynsä seurannan alussa hieman paremmaksi kuin vähemmän alkoholia käyttävät. Heidän alkupisteensä olivat SOFAS-asteikolla 67,5 ja muilla 63,7.

Kenelläkään ei ollut sairauskertomusten tietojen perusteella lääkeriippuvuutta. Potilaiden sairauskertomuksista kerättiin myös tietoa laboratoriokokeista, joilla oli voitu selvittää alkoholinkäyttöä (taulukko 12).

Alkoholinkäyttöä selvitteleviä laboratoriotutkimuksia ei koulutuksissa ohjattu ottamaan järjestelmällisesti tutkimuksen aikana eikä niitä otettu järjestelmällisesti. Saattaa olla, että kokeita on otettu joiltakin potilailta ennen tutkimusta, mutta niistä ei saatu kattavaa tietoa. AUDIT-pisteet eivät ylittäneet ongelmakulutuksen rajaa potilailla, joiden CDT tai MCV oli tutkimuksen aikana koholla. Lyhytneuvonta eli mini-interventio oli sairauskertomustietojen mukaan tehty interventioryhmän 11 potilaalle ja kontrolliryhmässä yhdelle.

Muiden päihteiden kuin tupakan ja alkoholin käyttö oli vähäistä. Interventioryhmästä 13 potilasta ja yksi kontrolliryhmästä ilmoitti alkukyselyssä käyttäneensä joskus muita päihteitä, suurimman osan kertoessa kokeilujen sijoittuneen menneisyyteen.

Tupakointi

Myös tupakoinnin ja masennuksen välillä on tutkittu olevan yhteyttä (ks. esimerkiksi Boden ym. 2010). Masennus lisää tupakoinnin todennäköisyyttä ja tupakointi lisää masennuksen todennäköisyyttä. Uuden masennusjakson todennäköisyys on suuri tupakoinnin lopettamista seuraavan puolen vuoden ajan. (Niemelä 2011, 270–271.) Potilaskyselyissä tiedusteltiin potilaiden tupakkatuotteiden käytöstä. Reilu kolmannes potilaista tupakoi tai käytti nuuskaa tutkimuksen alussa, vajaa kolmannes lopussa.

Tupakoivien BDI-pisteet olivat seurannan alussa lähes neljä ja seurannan lopussa yli kolme pistettä korkeammat kuin tupakoimattomilla. Ikä, sukupuoli tai sosioekonominen asema eivät selitä tulosta.

Taulukko 10.

Alkoholin ongelmakäyttäjät AUDIT-pisteillä mitattuna seurannan alussa

| | N | Alle 15 AUDIT-pistettä | Vähintään 15 AUDIT-pistettä | p-arvo |
|-----------------------------------|-----|---------------------------|--------------------------------|-------------|
| Ikä (ka) | | 42 v. | 39 v. | 0,191 |
| BDI-keskiarvo alussa/lopussa | 152 | 25,62/9,96 | 25,53/11,65 | 0,968/0,487 |
| PHQ-9-keskiarvo alussa/lopussa | 152 | 15,87/6,37 | 17,06/8,18 | 0,261/0,256 |
| SOFAS-keskiarvo alussa/lopussa | 152 | 64,1/79,5 | 67,9/78,8 | 0,134/0,819 |
| | | % | % | |
| Kaikki potilaat | 223 | 89 | 11 | |
| Naiset | 152 | 95 | 5 | <0,001 |
| Miehet | 71 | 76 | 24 | |
| Interventoryhmä | 177 | 89 | 11 | 0,658 |
| Kontrolliryhmä | 46 | 87 | 13 | |
| Alempi sosioekonominen ryhmä | 104 | 86 | 14 | 0,155 |
| Ylempi sosioekonominen ryhmä | 119 | 92 | 8 | |

Taulukko 11.

Alkoholin ongelmakäyttäjät AUDIT-pisteillä mitattuna seurannan lopussa

| | N | Alle 15 AUDIT-pistettä | Vähintään 15 AUDIT-pistettä | p-arvo |
|------------------------------|-----|---------------------------|--------------------------------|--------|
| Kaikki potilaat | 175 | 95 % | 5 % | |
| Naiset | 121 | 97 % | 3 % | 0,1 |
| Miehet | 54 | 91 % | 9 % | |
| Interventoryhmä | 144 | 94 % | 6 % | 0,594 |
| Kontrolliryhmä | 31 | 97 % | 3 % | |
| Alempi sosioekonominen ryhmä | 77 | 92 % | 8 % | 0,160 |
| Ylempi sosioekonominen ryhmä | 98 | 97 % | 3 % | |

Taulukko 12.

Päihteiden käyttöä selvittävät laboratoriokeet interventio- ja kontrolliryhmissä

| Laboratorioke | Interventoryhmä | | Kontrolliryhmä | |
|----------------------------|-----------------|-----------|----------------|-----------|
| | 85 | | 21 | |
| N (laboratorioke otettu) | Otettu | Poikkeava | Otettu | Poikkeava |
| MCV | 40 | 3 | 13 | 0 |
| CDT | 9 | 2 | 0 | 0 |
| Asat ja/tai Alat ja/tai GT | 35 | 7 | 11 | 2 |
| Huumeseula | 1 | 0 | 0 | 0 |

Liikunta ja ruokahalu

Liikuntatottumusten ja masennusoireiden välillä on todettu selvä yhteys väestötutkimuksissa. Vähemmän liikkuvat raportoivat enemmän masennusoireita. Löydös voi johtua siitä, että masentuneet liikkuvat vähemmän, koska masennuksen keskeisiä oireita ovat uupumus ja vetäytyminen. Toisaalta tiedetään, että säännöllisesti liikkuvilla on pienempi riski sairastua masennukseen. (Leppämäki 2011, 208.) Masennukseen liittyy tavallisesti myös ruokahalun menettäminen ja selvä painonlasku. Joillakin potilailla ruokahalu voi taas selvästi lisääntyä ja paino nousta. (Isometsä 2011b, 21.)

Noin neljä viidestä potilaasta ilmoitti alkukyselyssä masennuksen vaikuttaneen ruokailu- ja liikuntatottumuksiinsa, loppukyselyssä enää reilu kolmannes. Korkeammat BDI-pisteet loppuvaiheessa saaneet raportoivat myös useammin mielialansa yhä vaikuttavan ruokailu- ja liikuntatottumuksiinsa.

Alkukyselyssä suurin osa vastaajista kuvasi syövänsä joko enemmän tai vähemmän, epäsäännöllisemmin ja epäterveellisemmin sekä liikuntaharrastusten vähentyneen. Jotkut olivat lisänneet liikuntaa.

Pohdinta ja suositukset

Tutkimukseen valittujen potilaiden alkoholin käyttöä oli tutkittu AUDIT-kyselyllä jo tulovaiheessa ja pääasiallisesti päihteiden käytöstä aiheutuvasta masennuksesta kärsivät oli yritetty seuloa pois. Lääkäreillä oli käytössä työterveyshuollon sairauskertomukset, joten mahdollisista päihdeongelmista on voinut olla merkintöjä. Potilaiden, joilla oli poikkeavat veriarvot mahdollisesti alkoholin ongelmakäytön vuoksi, AUDIT-pisteet eivät viitanneet ongelmakäyttöön, riskikulutukseen kyllä. Tämä voi johtua siitä, että he ovat vähätelleet kyselyssä alkoholinkäyttöään tai veriarvot ovat olleet muista syistä poikkeavat.

Potilaat, joilla oli alkoholin ongelmakäyttöön viittaavat yli 14 AUDIT-pistettä, kävivät harvemmin työterveyslääkärin vastaanotolla kuin muut. Tämä voi viitata siihen, että nämä potilaat jäävät mieluummin hoitamaan oireitaan alkoholin avulla ja/tai haluavat välttää ongelmansa paljastumista.

Tutkimuksen mukaan varsinkin masentuneet miehet käyttivät runsaasti alkoholia. Riskirajan ylittäneillä oli hieman enemmän yksityiselämän kuormitustekijöitä, joka voi olla alkoholinkäytön syy tai seuraus. Yllättäen ongelmakäyttäjät raportoivat työperäistä kuormitusta hieman vähemmän kuin muut. Tämä voi viitata siihen, että ongelmakäyttäjät luottavat kuormitustaan alkoholilla tai eivät halua raportoida työperäistä kuormitusta peläten asioiden käsittelyn johtavan alkoholinkäytön paljastumiseen työpaikalla. Masennukseen liittyviä oireita jäi useammin riskirajan ylittäville, minkä vuoksi runsaaseen alkoholin käyttöön tulisi puuttua aktiivisesti varsinkin niiden kohdalla, jotka toipuvat huonosti.

Työterveyshuollossa tulisi käyttää masennuspotilaiden alkuselvittelyssä AUDIT-kyselyä ja mikäli tutkitaan laboratoriokokeita, tulisi käyttää sellaisia monikanavatutkimuksia, jotka mittaavat myös alkoholin käyttöä (ks. luku 6.4). Terveystarkastuksissa käytössä olevat monikanavatutkimukset kannattaisi valita samalla periaatteella. Tämä lisäisi alkoholiongelmaisten seulonnan herkkyyttä ja tarkkuutta ja ongelmaan voitaisiin varhemmin puuttua mini-interventiolla.

Tupakoivilla masennuspisteet olivat koko seurantajakson ajan korkeammat kuin tupakoimattomilla. Tämä voi viitata siihen, että tupakalla on toksinen vaikutus aivoihin tai nikotiinin aktivoivan vaikutuksen avulla potilas on kyennyt selviytymään masennuksen kanssa pidempään kuin tupakoimaton. Tupakoinnin lopettamiseen voi liittyä masennusoireilua. Työterveyshuollossa on hyvät mahdollisuudet puuttua terveydelle haitallisiin elämäntapoihin terveystarkastusten ja sairausvastaanottokäyntien yhteydessä. Masennuspotilaita tulisi kannustaa tupakoinnin lopetukseen, kun masennus on saatu hallintaan ja seurata tupakoinnin lopettaneita pidempään kuin niitä, joilla masennustaipumusta ei ole.

Liikunnan on todettu tasapainottavan keskushermoston toimintaa. Masennuspotilasta tulee kannustaa liikkumaan voimavarojensa mukaan ja nousujohteisesti.

5.3.2 Kuormitustekijät

Masennus on monitekijäinen sairaus. Masennukselle voivat altistaa kuormitustekijät yksityiselämässä ja työssä.

Seurannan alussa suurin osa potilaista kertoi kohdanneensa elämän varrella kuormittavia elämäntapahtumia. Reilu neljännes kaikista potilaista oli kohdannut tällaisia edeltäneen puolen vuoden aikana, puolet tätä aiemmin ja joka seitsemäs molempina ajankohtina.

Neljällä viidestä potilaasta oli ollut edeltävän vuoden aikana kielteisesti mielentilaan vaikuttavia kokemuksia työelämässä ja kolmella neljästä oli niitä edelleen kyselyhetkellä. Työn kielteisiä piirteitä raportoineiden ja ei-raportoineiden BDI- tai SOFAS-pisteissä ei ollut seurannan alussa eroa. Sen sijaan työkykypistemäärä oli kielteisiä asioita raportoineilla merkitsevästi alhaisempi (4,5 vs. 5,5, $p=0,005$). Kielteisten kokemusten osuus laski seurannan edetessä. Puolen vuoden kohdalla edellisen puolivuotiskäytön aikana kielteisiä kokemuksia oli ollut kahdella kolmesta ja vuoden seurantajakson lopulla yli puolella. Joka toisella kuormitusta oli edelleen.

Kyselyiden lisäksi sairauskertomuksista kerättiin niihin kirjatut potilaan raportoimat työ- ja yksityiselämään liittyvät kuormitustekijät. Työperäistä kuormitusta raportoineista potilaista ohjautui työterveyspsykologille noin puolet ja vähän yli puolet kävi terapian tai terapia-arviokäynnillä. Työterveysneuvotteluja pidettiin joka viidennelle työperäistä kuormitusta vastaanotolla raportoineista.

Potilaat kuvasivat avovastauksissaan työssä kokemiaan kielteisiä piirteitä liittyen esimiestoimintaan, työn sisältöön, työnjakoon, kiiressen ja liialliseen työkuormaan, huonoon työilmapiiriin, organisaatiomuutoksiin ja tiedonkulkuun. Lisäksi monet kokivat epäoikeudenmukaista kohtelua. Työperäisten kielteisten kokemusten lisäksi osa potilaista kuvasi yksityiselämänsä työhön vaikuttavia piirteitä ja kuormitustekijöitä sekä masennuksen vaikutusta omaan jaksamiseen.

Myönteisinä piirteinä tuotiin esille tekijöitä liittyen esimiestukeen, työpaikan tai työtehtävien vaihtumiseen, työn sisältöön, työyhteisöön ja ilmapiiriin, työn kevennykseen ja parempaan organisointiin, saatuun hyvään palautteeseen ja onnistumisen kokemuksiin, asiakaskuntaan ja oman suhtautumisen tai osaamisen muutokseen parempaan.

Seurannan lopulla kielteisiä kokemuksia työstä edeltävän puolen vuoden ajalta raportoi edelleen vähän yli puolet sekä sillä hetkellä lähes puolet. Mikäli tarkastellaan vain niitä potilaita, jotka olivat BDI-pisteillä tarkasteltuna toipuneita (pisteitä alle 10), heistä kolmannes ilmoitti edelleen, että työssä on tällä hetkellä kielteisesti mielentilaan vaikuttavia tekijöitä.

Työssään myönteisesti mielentilaan vaikuttaneita asioita raportoi kaksi kolmesta seurannan loppuvaihetta edeltäneen puolen vuoden ajalta. Kysymyksiin vastanneista vajaa puolet raportoi samanaikaisesti työssään olleen sekä kielteisesti että myönteisesti mielentilaan vaikuttaneita tekijöitä.

Johtopäätökset ja suositukset

Kuormitustekijät altistavat masennukselle. Masennus aiheuttaa heikentyneen työ- ja toimintakyvyn vuoksi kuormitusta ja masentunut kokee elämän usein synkkänä ja kuormittavana. Masentuneen voi olla vaikeampi vaikuttaa työn vaatimuksiin kuin yksityiselämän haasteisiin. Työperäiseksi koetussa kuormituksessa voi asiantuntijana käyttää työterveyspsykologia ja toimenpiteenä ja myös kuormitustekijöiden arvioinnin apuvälineenä työterveysneuvottelua.

5.3.3

Oheissairaudet

Ruumiillinen oheissairaus

Ruumiillisen sairauden aiheuttama työ- ja toimintakyvyttömyys usein korostuu masennuksen myötä. Toisaalta ruumiillinen sairaus saattaa aiheuttaa kuormitusta, joka voi aiheuttaa mielialan laskua.

Potilaille tehdyssä alkukyselyssä 44 prosenttia interventiotilaista ja 34 prosenttia kontrollipotilaista ilmoitti pitkäaikaissairaudesta. Näiden joukossa oli myös psyykkisiä sairauksia.

Tutkimuksessa oheissairauksiksi määriteltiin ruumiilliset sairaudet tai sairauden oireet, jotka olivat kestäneet sairauskertomuksista saadun tiedon mukaan vähintään 3 kuukautta ja aiheuttivat toiminnallista haittaa tai kipua ja ilmenivät jossakin vaiheessa 12 kuukauden tutkimusjaksoa. (ks. liite 9.4. Potilaiden ruumiilliset oheissairaudet)

Ruumiillinen oheissairaus oli kirjattu sairauskertomukseen interventoryhmässä 64 potilaalla (34 %) ja kontrolliryhmässä 18 potilaalla (38 %). Oheissairaus oli joka toisella ikäryhmässä 45–54 ja 55–64. Nuoremmista ikäryhmistä oheissairauksia oli merkitsevästi vähemmän. Oheissairauksista vähän yli puolet oli tuki- ja liikuntaelinsairauksia, esimerkiksi nivelkulumaa tai selkäkiputiloja. Aineenvaihduntasairauksia, kuten vaikeaa diabetesta tai vaikeaa ylipainoa, oli noin kolmasosa, uniapneaa joka kymmenes ja muita erityyppisiä ruumiillisia sairauksia noin joka viides.

Masennuksesta toipumiseen oheissairaudella oli selvä vaikutus (ks. luku 5.2 Hoitovaste ja toipuminen). Sairauskertomuksista saatujen tietojen perusteella interventiotilaat, joilla oli ruumiillisen sairauden tai oireen aiheuttama oheissairaus (n=64), kävivät keskimäärin 15 kertaa työterveyshuollossa (pois lukien psykoterapia) sellaisilla käynneillä, jossa myös masennukseen liittyviä asioita käsiteltiin. Muut potilaat kävivät työterveyshuollossa keskimäärin 14 kertaa (p=0,182). Vastaanotokäynnillä käytetyn ajan jakautumista oheissairauksien ja masennusasioiden käsittelyyn ei kyetty erottelemaan.

Psyykinen oheissairaus

Psyykkisiksi oheissairauksiksi kirjattiin sairaudet, joista oli merkintä sairauskertomuksessa työterveyslääkärin tai psykiatrin diagnosoimana. Psyykkisiä oheissairauksia ei tutkimuksessa järjestelmällisesti seulottu eikä tutkimuksessa määritetty niille kriteerejä.

Sairauskertomuksiin oli interventoryhmässä kirjattu ahdistuneisuushäiriöitä 31 potilaalla, syömishäiriöitä 5 potilaalla, persoonallisuushäiriöitä 11 potilaalla, alkoholin haitallinen käyttö yhdellä potilaalla, työuupumus 4 potilaalla ja pitkäaikainen masennus kolmella potilaalla. Kontrollipotilaista ahdistuneisuushäiriö oli kirjattu kuudella, syömishäiriö kahdella, työuupumus yhdellä ja pitkäaikainen masennus yhdellä potilaalla. Potilaista, joilla psyykkisiä oheissairauksia oli kirjattu, psykiatrilla oli käynyt hankkeen aikana interventoryhmässä 32/44 ja kontrolliryhmässä 3/9.

Masennuksen elimellisten syiden selvittely seurantajakson alussa ja aikana

Masennukseen johtavat elimelliset tekijät olivat poissulkukriteeri tutkimukseen tullessa. Sairauskertomustietojen mukaan seurantajakson alussa tai aikana syitä selvitettiin interventioryhmään otetuilta potilailta kilpirauhasarvojen osalta 49 potilaalta. Heistä pelkkä TSH tutkittiin kahdeksalta ja arvot olivat normaalit. Kaksi eri kilpirauhasarvoa, TSH ja T4-v tutkittiin 41 potilaalta, joista kolmen tulokset viittasivat lievään kilpirauhasen vajaatoimintaan. Kahdelle aloitettiin kilpirauhaslääke ja arvot korjaantuivat. Yhdelle ei aloitettu ja hänen seurantansa keskeytyi. Veren kalsiumtaso tutkittiin neljältä ja tulokset olivat normaaleja. B₁₂-vitamiinitaso tutkittiin 12 potilaalta, joista yhdellä arvo oli matalahko. Hänelle aloitettiin vitamiinilisä.

Kontrolliryhmässä tutkittiin kilpirauhaskokeita 12 potilaalta, joista pelkkä TSH seitsemältä sekä TSH ja T4-v viideltä potilaalta. Kaikki arvot olivat normaaleja. Veren kalsiumtaso tai B₁₂-vitamiinitaso ei tutkittu keneltäkään.

Johtopäätökset ja suositukset

Oheissairaudet olivat huomattavasti yleisempiä vanhemmissa ikäryhmissä. Varsinkin ikääntyvien ensimmäisten masennustilojen diagnostiikan osana tulisi käyttää aktiivisesti verikokeita. Kilpirauhasen vajaatoiminnan poissulkemiseen tarvitaan tutkimuksina sekä TSH että T4-v. Masennuksen oireena esiintyvää väsymystä voi lisätä kilpirauhasairauksien lisäksi anemia, diabetes ja B₁₂-vitamiinin puute, joten näidenkin kokeiden ottamista tulee harkita.

Ruumiillisista oheissairauksista oli työterveyshuollossa hyvät tiedot, koska työterveyshuollon terveystarkastuksissa kysytään järjestelmällisesti kroonisista sairauksista, niiden oireista, lääkityksistä ja tehdyistä toimenpiteistä. Tietoa kertyy sairauskertomukseen myös jokaisella sairausvastaanottokäynnillä.

Tutkimuskäytännön pitäminen kevyenä psykisten oheissairauksien seulomisen osalta osoittautui toimivaksi. Mikäli ne hidastivat toimimista, potilaat ohjautuivat psykiatrin konsultaatioon, jossa oheissairauksiin ja niiden aiheuttamaan hoidon tarpeeseen otettiin kantaa.

5.4 Työterveyshuollon toiminta

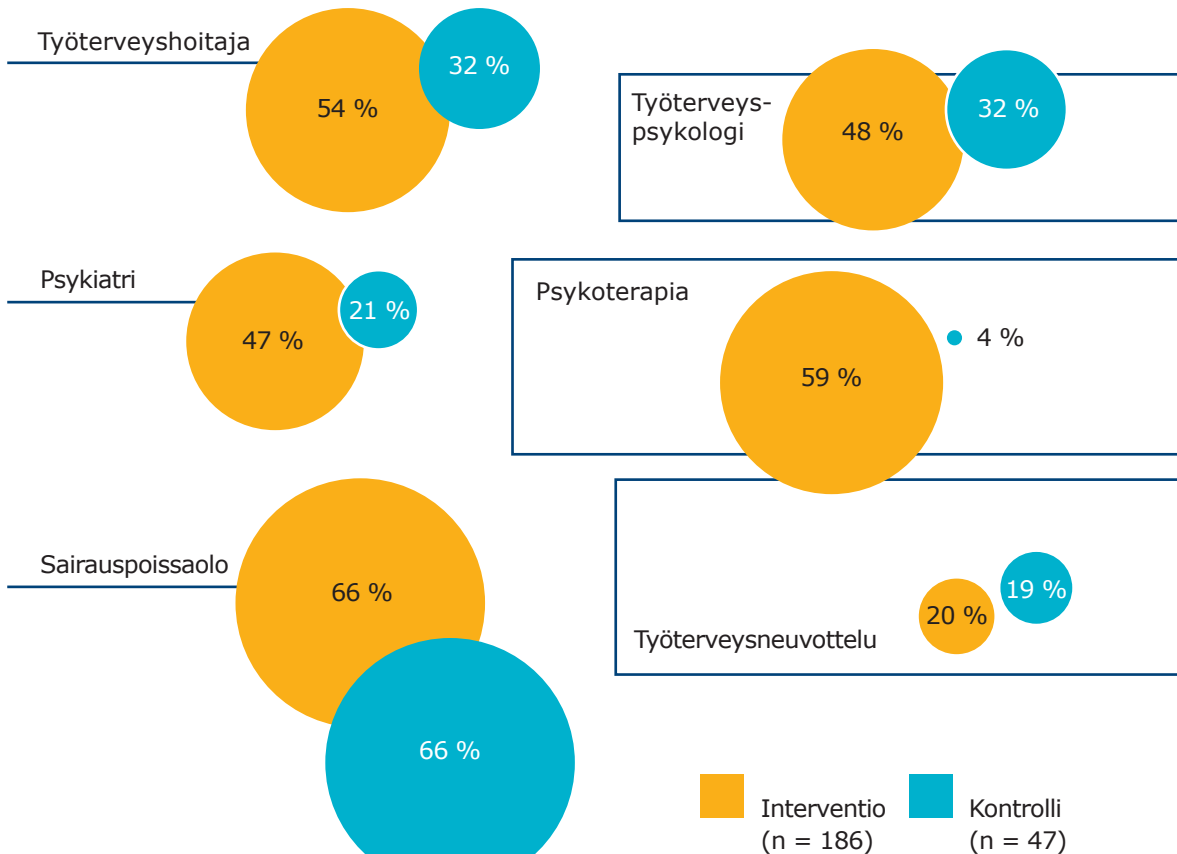
5.4.1 Eri ammattiryhmien osallistuminen masennuksen hoitoon

Kaikki potilaat kävivät työterveyslääkärin vastaanotolla. Hoitajien rooli oli vähäisempi. Interventoryhmässä hanke mahdollisti masennuksen hoidon tehostamisen, kun taas kont-

rolliryhmä toimi olemassa olevilla resursseilla. Käyntimääriä on tarkasteltu taulukossa 13.

Kaikki psykiatri-, psykologi- ja terapiakäynnit eivät olleet hankkeen kustantamia.

Kaavio 5. Eri palveluita käyttäneiden tutkimuspotilaiden prosenttiosuudet interventio- ja kontrolliryhmissä



5.4.2 Seurannan pituus

”Hoitomuodoista riippumatta masennuspotilas tarvitsee säännöllistä seurantaa sekä akuuttivaiheen aikana että vähintään puolen vuoden ajan sen jälkeen. Näillä seuranta-käynneillä kartoitetaan hoitosuunnitelman toteutumista ja hoidon tuloksellisuutta.” (Suomalaisen Lääkäriseuran... 2010.)

Interventioryhmässä seurannan pituutta ohjasivat tutkimukseen kuuluvat seurantakäynnit, kun taas kontrolliryhmässä seurannan tiheyttä ja pituutta ei määrätty. Kontrolliryhmästä useampi jäi pois työterveyshuollon seurannasta ennen vuoden seuranta-ajan täyttymistä kuin interventioryhmästä. Kontrolliryhmän potilaiden, joilla ei ollut hoitovastetta puolen vuoden kohdalla, seuranta loppui samaan aikaan. Vain yhtä neljästä seurattiin hoitosuosituksen mukaan. Interventiopotilaat olivat työterveyshuollon seurannassa tutkimusjakson aikana keskimäärin 325 päivää, kun kontrollipotilaiden seuranta-ajan keskiarvo oli 206 päivää. Täyttä hoitovastetta saavuttamattomien seuranta jäi kontrolliryhmässä useimmalla hoitosuosituksia lyhyemmäksi.

5.4.3 Työterveyslääkäreiden ja -hoitajien valmiudet hoitaa masennusta

”Pubuminen tekee hyvää. Työterveyslääkäri on ihana ihminen! Hän auttaa, neuvoo, selvittää, kuuntelee...”

”Työterveyslääkäri teki diagnoosin ja järjesti hoidon. Hän myös seuraa ja tukee tilannetta jatkuvasti. Ilman terapiaa ja lääkitystä en olisi varmaankaan pystynyt palaamaan töihin.”

”Jostain syystä minulle tuli lääkärin puheista mieleen se, että hänellä oli omasta mielestään liikaa töitä, eikä kyennyt keskittymään enää kunnolla minuun ihmisenä.”

Lääkärit (N=56) arvioivat hoitaneensa keskimäärin 39 masennuspotilasta (vaihteluväli 3–99, SD 26) hanketta edeltäneiden 12 kuukauden aikana. Hoidon kestoksi arviottiin 29 viikkoa (6–192, SD 26). Masennuspotilaita hoitaneilla hoitajilla oli 7 masennuspotilasta (1–20, SD 5) ja hoidon kokonaiskesto 18 viikkoa (0–240, SD 35). Hoitajista 11 (17 %) ei ollut hoitanut yhtään masennuspotilasta. (Kaila ym. 2010.)

Taulukko 13.

Käyntimäärät eri ammattiryhmittäin interventio- ja kontrolliryhmien potilailla, keskiarvo ja vaihteluväli.

| | Interventioryhmä (N=186) | Kontrolliryhmä (N=47) | p-arvo |
|--|-----------------------------|--------------------------|--------|
| Käynnit työterveyshuollossa | 14,5 (3–38) | 9,1 (2–30) | <0,001 |
| Käynnit työterveyslääkärillä | 9,7 (1–27) | 6,4 (2–19) | <0,001 |
| Käynnit työterveyshoitajalla | 1,5 (0–11) | 0,8 (0–5) | 0,012 |
| Käynnit psykologilla (ei terapiaa koskevat käynnit) | 1,3 (0–8) | 0,9 (0–5) | 0,252 |
| Käynnit psykiatrilla | 1,2 (0–8) | 0,5 (0–3) | <0,001 |

Ennen hanketta puolet lääkäreistä ja vain 8 prosenttia hoitajista koki valmiutensa hoitaa masennusta joko hyväksi tai erittäin hyväksi, muut ilmoittivat tarvitsevansa valmiuksiensa kehittämistä. Alle 5 vuotta työterveyshuollossa työskennelleistä lääkäreistä lähes kaikki tunsivat tarvitsevansa työnohjausta masennuspotilaiden hoidon tueksi, kokeneemmistakin kaksi kolmesta. Lääkäreistä vain joka kymmenennelle oli järjestetty työnohjausta. Hoitajista neljä viidestä tunsivat tarvitsevansa työnohjausta, mutta vain yhdelle seitsemästä oli sitä järjestetty. (Kaila ym. 2010.)

Joka toinen vähintään kaksi potilasta tutkimukseen ottaneista lääkäreistä koki valmiutensa hoitaa masennusta hyväksi tai erittäin hyväksi. Suurin osa lääkäreistä ja hoitajista tiesi hankkeen alussa tehdyn kyselyn mukaan Työterveyshuollon hyvät hoitokäytännöt: Depressio-suosituksen (Pirkola 2009) ja masennuksen Käypä hoito -suosituksen (Suomalaisen Lääkäriseuran...2010) olemassaolosta. Lääkäreistä kolmannes käytti työssään työterveyshuollon depressiosuositusta ja kaksi kolmesta Käypä hoito -suositusta ja vain neljännes sosiaali- ja terveysministeriön masennuksen kiireettömän hoidon perusteita. Hoitajat käyttivät selvästi vähemmän hoitosuosituksia työssään kuin lääkärin. (Kaila ym. 2010.)

Alku- ja loppukyselyn mukaan valtaosa työterveyslääkäreistä määräsi lääkitystä, antoi potilaalle tietoa masennuksesta ja sen hoidosta, kävi tukea antavaa ja jäsentävää keskustelua potilaan kanssa ja kirjoitti tarvittaessa sairauspoissaolotodistuksen. Lähes kaikki lääkärin konsultoivat tarvittaessa. Puolet lääkäreistä ohjasi potilaita psykoterapiaan. Kolme neljästä edisti hoitoa yhteistyössä esimiehen tai työpaikan kanssa.

Vähintään kaksi potilasta tutkimukseen otaneista lääkäreistä oli työterveyshuollon erikoislääkäreitä interventoryhmässä (N=21) vähän yli puolet ja kontrolliryhmässä (N=13) vähän alle puolet. Interventoryhmän lääkäreistä oli työskennellyt psykiatrian erikoisalalla neljä viidestä ja kontrolliryhmästä kaksi kolmesta.

Hankkeen loppuvaiheessa kysyttiin uudelleen valmiuksista hoitaa masennusta. Sekä lääkärin että hoitajat ilmoittivat masennuksen hoitovalmiuksiensa parantuneen hieman. Mediaani säilyi kuitenkin molemmissa ryhmissä samana: lääkäreillä se oli ”hyvä” ja hoitajilla ”tarvitsen jonkin verran valmiuksien kehittämistä”. Valmiudet olivat parantuneet yhtä paljon sekä interventio- että kontrolliryhmissä.



5.4.4

Masennuksen hoitoa haittaavat työterveyshuoltoon ja potilaisiin liittyvät tekijät

Hankkeen alussa tehdyn kyselyn mukaan yli puolet työterveyslääkäreistä vastasi ajan ja psykoterapiamahdollisuuden puutteen vaikeuttavan masennuksen hoitoa. Kolmannes lääkäreistä kertoi psykiatrin konsultaatioaikojen huonon saatavuuden ja oman työnohjauksen puuttumisen vaikeuttavan hoitoa. Hoitajista lähes puolet ilmoitti oman työnohjauksen puuttumisen vaikeuttavaksi tekijäksi. Kaksi viidestä hoitajasta koki ajanpuutteen ja potilaan hoidon seurannan puutteet hoitoa vaikeuttaviksi.

Hoitoa vaikeuttivat myös asenteet. Osa potilaista ei kyennyt myöntämään olevansa hoidon tarpeessa. Erityisen haastaviksi ryhmiksi koettiin keski-ikäiset miehet ja matalan koulutustason ammattiryhmät.

”On ihmisiä, jotka edelleenkin sanovat, että eivät halua mitään mielialalääkkeitä, kun se on vain tämä kipuongelma.”

”Unilääkettä voisivat ottaa, mutta kemiallisia aineita ei missään tapauksessa.”

Potilaan motivoimista hoitoon helpotti, jos keskusteluun oli riittävästi aikaa ja lääkäri ja hoitaja olivat samaa mieltä hoidosta. Lääkemyönteisyyden koettiin lisääntyneen, mutta jotkut potilaat eivät lääkeriippuvuuden pelon tai leimautumisen vuoksi halunneet lääkitystä. Osalla läheiset olivat lääkitystä vastaan.

”Tuleehan niitäkin ihmisiä, jotka suoraan sanovat, että nyt olen masentunut ja kirjoita mulle lääkettä.”

”Joku jopa tietää, että tässä on se lääke, jota hän haluaa, kun hän on netistä siitä lukenut tai kaverilta kuullut, että...”

”On hirveän ristiriitainen tilanne, kun työterveyshuolto suosittelee ja perustelee lääkityksen tarpeellisuutta ja sitten omaiset ovatkin lääkahoitoa vastaan. On siinä välillä taiteilemista.”

Haastatellut työterveyslääkärit ja -hoitajat kuvasivat masennuksen hoitoa raskaaksi, haasteelliseksi, yksinäiseksi ja vaikeaksi. Toisaalta hoito ei ollut rasittavaa, jos aikaa oli riittävästi. Haastatellut toivoivat masentuneen kohtaamiselle mietittyä rakennetta ja tavoitteellisuutta. Työnohjaukselta toivottiin apua hankalien potilastapausten käsittelyyn. Hoitoon liittyviä asioita käsiteltiin työyhteisön sisäisissä keskusteluissa tai tiimipalaverissa, joissa saattoi olla läsnä myös psykologi tai psykiatri, mutta ajanpuute koettiin niissäkin ongelmaksi.

Työterveyshuoltosopimusten rajoitusten koettiin hankaloittavan masennuksen hoitoa. Jos sairaanhoitosopimusta ei ollut, jouduttiin masentunut ohjaamaan terveyskeskukseen hoitoon. Vain harvalla potilaalla tai hänen työnantajallaan oli mahdollisuus kustantaa psykoterapiaa. Mitä kattavammin sairaanhoidon palveluista oli sovittu, sitä paremmin masennuksesta johtuvat sairauspoissaolot olivat työterveyshuollon tiedossa. Pienissä yrityksissä potilaat pelkäsivät mennä psykiatrilta tai psykologille, koska asia saattaisi paljastua laskutuksen kautta työpaikalla.

5.4.5

Hoitoon tulotapa ja masennuksen tunnistaminen

”Masennuksen seulonasta on hyötyä, jos siihen liittyy toimiva paikallinen hoitomalli ja mahdollisuus konsultoida erikoislääkärinä ja jos potilaan hoitomyöntyvyyttä ja hoidon tehoa seurataan systemaattisesti. Depression seulonta on suositeltavinta kohdentaa niihin potilasryhmiin, joissa depression esiintyvyys on todennäköisesti suuri.(...) Käyttökelpoinen seulontamenetelmä on kahden kysymyksen seula, jossa kysytään mielialan laskusta ja mielihyvän menetyksestä.” (Suomalaisen Lääkäriseuran...2010.)

”Masennuksen tunnistamisen ja arvioinnin apuvälineenä voidaan käyttää erilaisia oireasteikoita, kuten Beckin depressiokyselyä ja PHQ-9:ää.” (Isometsä 2008).

Molempien tutkimusryhmien työterveyslääkärit ja -hoitajat koulutettiin käyttämään kahden kysymyksen seulaa osana terveystarkastuksia ja riskiryhmien sairausvastaanottoja. Riskiryhmiin kuuluviksi luettiin sosiaalisesti ongelmaiset, päihdeongelmaiset, muista mielenterveyshäiriöistä, unihäiriöistä, työuupumuksesta ja stressioireista kärsivät, pitkäaikaisista kiputiloista ja toimintakykyyn vaikuttavista ruumiillisista pitkäaikaisairauksista kärsivät sekä työyhteisöongelmien kautta esiin tulleet. Kahden kysymyksen seulassa esille tulleet potilaat ohjattiin täyttämään PHQ-9-masennuskysely.

Työterveyslääkäreiltä ja -hoitajilta kysyttiin hankkeen alussa, mitä kautta masennuspotilas oli tullut yleisimmin hoitoon viimeisen 12 kuukauden aikana. Kolme neljästä lääkäristä ja viides hoitajista ilmoitti potilaan varanneen ajan itse psyykkisten oireiden vuoksi. Hoitajista yli puolet ilmoitti hoidon käynnistyneen terveystarkastuksessa havaitusta masennuksesta. Lääkäreistä neljäs ilmoitti masennuksen ilmenneen muun sairausvastaanottokäynnin yhteydessä. Haastateltavat kertoivat masennuspotilaiden tulleen hakemaan apua stressi- ja unihäiriöihin, päihdeongelmiin tai päänsärkyyn. Joissakin tapauksissa potilaan oli työterveyshuoltoon ohjannut esimies.

Lähes kaikki lääkärit ja kaksi kolmesta hoitajasta kertoivat tunnistavansa masennuksen ensisijaisesti potilaan oireiden ja olemuksen perusteella. Toissijaisena tunnistamisen välineenä käytti kaksi kolmesta lääkäristä ja kaksi viidestä hoitajasta masennuskyselylomaketta, joista haastatteluissa mainittiin Beck Depression Inventory (BDI, Beck 1961), Depressioseula (DEPS, Salokangas ym. 1994) ja Patient Health Questionnaire (PHQ-9, Kroenke ym. 2001). Lomakkeiden antamien pisteiden ei aina koettu vastaavan lääkärin käsitystä potilaan mielialasta. Myös toistuvat käynnit ja epämääräiset oireet ja säryt saivat lääkärin selvittämään masennuksen mahdollisuutta.

Masennuksen tunnistamiskäytännöt vaihtelivat henkilöittäin ja työterveyshuoltoyksiköittäin. Työterveyshuollon oma masennuksen hoitomalli ei taannut sen mukaan toimimista. Tunnistaminen koettiin pääsääntöisesti helpoksi, vaikka potilas toi aluksi esille muita oireita. Kahden kysymyksen masennusseula (Whooley ym. 1997, Arroll ym. 2003) oli joillakin jo vakiintuneessa käytössä. Kokeumuksen myötä monet lääkärit olivat oppineet tarkastelemaan potilaan mielialaa luontevana osana työtään.

Hankkeen tutkimuspotilaiden hoitoon hakeutumista selvitettiin sairauskertomustiedoista. Suurin osa potilaista oli hakeutunut lääkäriin sairaanhoitokäynnille psyykkisen oireen vuoksi (45 %). Seuraavaksi yleisimpiä masennuksen hoitoon johtaneita käyntejä olivat sairaanhoitokäynti sekä psyykkisen että ruumiillisen oireen vuoksi (13 %), työterveyshoitajan tekemä terveystarkastus (9 %), sairaanhoitokäynti psyykkisen oireen vuoksi hoitajalla (8 %) ja työterveyslääkärin tekemä terveystarkastus (7 %). Kuudella prosentilla potilaista masennuksen aktiivinen hoito oli jo käynnistetty työterveyshuollossa, kun he tulivat tutkimukseen.

5.4.6

Vaikeusasteen arviointi

Masennuksen vaikeusasteen arviointiin ei ole olemassa kiistatonta kultaista standardia kliiniseen käyttöön. Lääkärit ohjattiin arvioimaan masennustilan vaikeusastetta käyttämällä lomaketta, joka on laadittu Työterveyslaitoksella ICD-10:n kriteerien mukaisesti. Lomakkeessa masennus jaetaan lievään, keskivaikeaan tai vaikeaan huomioimalla oireiden lukumäärä,

vaikeusaste ja kesto. Potilaan työkyky ja sosiaalinen toimintakyky ovat ohjeiden mukaan suuntaa antavia, mutta eivät sellaisenaan diagnostisia kriteerejä. Jakaantuminen lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan masennukseen oli kuitenkin merkittävästi erilainen, mikäli vaikeusastetta arvioi ainoastaan BDI- tai PHQ-9-mittareiden antamien pisteiden perusteella. Eri tavoin tarkastellun vaikeusasteen määrittelyä on tarkasteltu taulukossa 14.

Taulukko 14.

Masennuksen vaikeusaste eri mittareilla arvioituna

| | Lievä masennustila | | Keskivaikea masennustila | | Vaikea masennustila | |
|---|--------------------|-----------|--------------------------|-----------|---------------------|-----------|
| | Interventio | Kontrolli | Interventio | Kontrolli | Interventio | Kontrolli |
| Lääkäriin täyttämän ICD-10-lomakkeen mukaan (n=185/47) | | | | | | |
| p = 0,496* | 23 (12 %) | 3 (6 %) | 116 (63 %) | 32 (68 %) | 46 (25 %) | 12 (26 %) |
| BDI:n mukaan (n=185/47) | | | | | | |
| | <18 pistettä | | 19–29 pistettä | | 30–63 pistettä | |
| p = 0,680* | 36 (20 %) | 8 (17 %) | 93 (50 %) | 26 (55 %) | 56 (30 %) | 13 (28 %) |
| PHQ-9:n mukaan (n=182/47) | | | | | | |
| | <15 pistettä | | 15–19 pistettä | | 20–27 pistettä | |
| p = 0,139* | 73 (40 %) | 17 (36 %) | 59 (32 %) | 22 (47 %) | 50 (28 %) | 8 (17 %) |

*=p-arvo viittaa interventio- ja kontrolliryhmän väliseen eroon



ICD-10-lomakkeella tehty vaikeusasteen arvio on painottanut keskivaikeaa masennustilaa ja lieväästeisten määrä on selvästi pienempi kuin muilla mittaustavoilla. Vaikeasteisten osuus on PHQ-9-kyselyllä arvioiden interventoryhmässä sama kuin muilla tavoilla arvioituna, mutta kontrolliryhmässä on jonkin verran vähemmän vaikea-asteisia kuin muilla tavoilla arvioiden. Lieväasteiseen masennustilaan viittaavat pisteet ovat PHQ-9:llä arvioituna muita mittaustapoja selvästi enemmän edustettuina.

Niistä, joilla oli ICD-10-lomakkeen mukaan arvioitu vaikea masennustila, oli kaksi kolmesta poissa työstä seurannan alkuvaiheessa. Keskivaikeiksi arvioituista oli työstä poissa vähän yli puolet ja lievästä joka viides.

5.4.7 Työterveyshuollon sisäinen yhteistyö ja hoidon koordinaatio

”Valtaosa masennuspotilaista voidaan hoitaa perusterveydenhuollossa. Moniammatillinen yhteistyö tehostaa hoidon tuloksia perusterveydenhuollossa.” (Suomalaisen Lääkäriseuran... 2010.)

Hankkeen alussa haastatelluista työterveyslääkäreistä ja -hoitajista jotkut olivat sitä mieltä, että osalla lääkäreistä ja hoitajista ei ole valmiuksia tai halua hoitaa masennusta, koska hoito koetaan työlääksi ja masentuneen kohtaamiseen tarvitaan osaamista ja paneutumista. Tämän vuoksi masennuspotilaita ohjattiin tietyille lääkäreille ja hoitajille.

”Kaikkihan ei tietyllä tavalla a) halua, b) sovi hoitamaan depressiopotilaita. Kun on olemassa tämä firmajako, niin tavallaan ne ihmiset [potilaat] voi olla vähän eriarvoisessa asemassa sen mukaan.”

Kolmannes lääkäreistä ja hoitajista ilmoitti, että työnjaosta masennuksen hoidossa oli sovittu työyksikössä. Kuitenkin vain 7 lääkäriä (13 prosenttia ja 11 hoitajaa (17 prosenttia) ilmoitti, että työterveyshuollossa oli sovittu vastuuhenkilö, joka seuraa potilaan hoitoa ja pitää häneen yhteyttä. Käsitykset siitä, kuka masennuspotilaan hoitoa koordinoi, erosivat lääkäreiden ja hoitajien välillä. Lääkäreistä 88 prosenttia ja hoitajista 70 prosenttia oli sitä mieltä, että hoitoa koordinoi lääkäri. Hoitajista 17 prosenttia oli sitä mieltä, että koordinoinnista vastaa hoitaja, lääkäreistä tätä mieltä oli ainoastaan 4 prosenttia. Noin kymmenesosa vastaajista ei tiennyt, kuka koordinoinnista vastaa tai ilmoitti vastuun olevan depressiohoitajalla.

Yhteistyötä masennuksen hoidossa lääkärin ja hoitajan välillä haittaaviksi koettiin yhteisen ajan puute sekä epäselvyydet työnjaossa ja hoitosuunnitelmissa. Lisäksi hoitajat kokivat tiedonkulun puutteelliseksi.

Kuten kappaleessa 5.4.1 kävi ilmi, päävastuu hoidon koordinaatiosta oli työterveyslääkäreillä. Lääkärit halusivat yleensä pitää seurannan itsellään hoidon akuuttivaiheessa, koska siihen kuuluu työkyvyn ja lääkitysvasteen arviointia ja potilasta haluttiin säästää useilta käynneiltä. Työterveysshuollossa on tapana toimia työpareina ja jokaiselle asiakasyritykselle nimetään oma työterveyslääkäri ja -hoitaja. Kuuluminen useaan eri tiimiin hankaloitti hoidon koordinaatiota. Muutamat lääkärit kuitenkin jakoivat seurantavastuuta myös hoitajille. Useimmiten yhteistyö perustui sovittujen tapaamisten lisäksi lyhyille epävirallisille kohtaamisille. Yhteisiä tapaamisia rajoitti asiakasyritysten haluttomuus maksaa toiminnasta.

Interventoryhmän potilaista 80 prosenttia ja kontrolliryhmän potilaista 39 prosenttia ilmoitti, että yhteydenpitoa työterveysshuoltoon oli ollut vähintään kerran kuukaudessa ensimmäisen puolen vuoden aikana. Kun seurannan rakenne on selkeä, näyttää seuranta olevan tiiviimpää.

5.4.8 Työterveysshuollon antama tuki, ohjaus ja neuvonta

Käypä hoito -suosituksen mukaan masentuneen potilaan hoitoon kuuluu aina potilaiden neuvonta. Suosituksen mukaan hoidossa tulee kartoittaa potilaan elämäntilannetta, erityisesti masennusta laukaisevia ja sitä ylläpitäviä kuormittavia tekijöitä. Hoidon tulee hyödyntää potilaan omia rakentavia selviytymiskeinoja.

Työterveyslääkäreitä ja -hoitajia koulutettiin interventoryhmässä masennuspotilaan kohtaamiseen. Tavoitteena oli luottamuksellinen, yksilöllinen ja kannustava vuorovaikutus, jossa kuuntelulla on keskeinen sija. Koulutuksessa opastettiin antamaan tietoa masennuksesta sairautena ja sen hoidon mahdollisuuksista kullekin yksilöllisesti.

Kognitiivisten työkalujen avulla potilas voi oppia ymmärtämään itseään paremmin ja löytää ratkaisukeinoja ongelmiin. Interventoryhmän koulutuksessa havainnollistettiin näiden työkalujen käyttömahdollisuuksia esimerkiksi omasta masennuksen hoidon eri vaiheissa; ongelmien ja kuormitustekijöiden jäsentelyssä, ongelmaratkaisukeinojen kartoituksessa, voimavarojen hallinnassa ja selviytymiskeinojen vahvistamisessa. (liite 9.5).

Interventoryhmän potilaiden seurantakansio sisälsi potilaalle annettavaksi tarkoitetut monisteet: Masennusinfo – 10 kysymystä: Mitä potilaan tulee tietää masennuksesta (Tuisku & Rossi 2010, 62–70), Tietoa masennuksesta läheisille ja Masennustiedote esimiehelle (muunneltu teoksesta Tuisku & Rossi 2010). Myös kognitiivisten työkalujen monisteet olivat kunkin potilaan kansiossa. Hankkeen aikana tarjottiin interventoryhmän lääkäreille ja hoitajille lisäkoulutusta, jossa harjoiteltiin kognitiivisten työkalujen käyttöä. Koulutukseen osallistui viisi lääkäriä ja 12 hoitajaa.

Kognitiivisia työkaluja oli sairauskertomustietojen mukaan käytetty 16 interventoryhmän potilaan kohdalla.

Seurantajakson alussa työterveyslääkäriltä toivoi keskusteluapua alle puolet potilaista ja hoitajalta vain joka seitsemäs. Joka viides toivoi saavansa tietoa masennuksesta. Saamansa keskusteluavun sekä masennusta koskevan tiedon koki kuitenkin hyödylliseksi valtaosa. Useat kuitenkin kokivat jääneensä vaille hoitajan antamaa keskusteluapua.

Interventoryhmän potilaat olivat tyytyväisempiä työterveyshuollosta saamaansa apuun kokonaisuutena kuin kontrolliryhmän. Seurantajakson lopussa 87 prosenttia interventoryhmän potilaista ja 58 prosenttia kontrolliryhmän potilaista oli tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä saamaansa apuun.

Johtopäätökset ja pohdinta

Vain viidesosa potilaista toivoi tutkimusjakson alussa avukseen tietoa masennuksesta, mutta lopulta siitä koki hyötyneensä suurin osa potilaista. Lääkäriltä saatu keskusteluapu yllätti potilaat myönteisesti. Tämä voi selittyä sillä, että tutkimukseen on valikoitunut lääkäreitä, jotka ovat masennuksen hoidon osaajia. Osa hyödystä on oletettavasti tullut hankkeeseen liittyneen koulutuksen ja tutkimukseen kuuluneiden seurantakäyntien ansiosta. Potilaan informoimisen masennuksen luonteesta sairautena ja sen hoitomahdollisuuksista tulisi sisältyä jokaisen masennuspotilaan hoitoon.

Tutkimuspotilaat ovat olleet varmistetusti masentuneita, mikä yhdessä tutkimukseen kuuluneiden seurantakäyntien kanssa on voinut ohjata lääkäreitä pitämään potilaiden seurannan itsellään. Työterveyshuoltoyksiköissä voisi sopia seurantavastuun jakamisesta työterveyslääkärin ja -hoitajan välillä, kunhan potilas on riittävästi toipunut.

Interventoryhmän potilaat kävivät selvästi kontrolliryhmän potilaita enemmän lääkärin vastaanotolla. Tämä selittyy suurelta osin sillä, että tutkimukseen kuuluivat 2, 4, 6 ja 12 kuukauden seurantakäynnit. Yhdeksän kuukauden käynnin voi korvata puhelinhaastattelulla.

Lääkärit kokivat ennen hanketta ja sen loppuun, että masennuksen hoitoa vaikeuttavat ajan puute ja psykoterapiamahdollisuuden puute. Kun masennusta jatkossa halutaan hoitaa paremmin, tulee lyhytpsykoterapia mahdollistaa työterveyshuollon palvelukokonaisuuksiin kuuluvana. Pienten yritysten tulee saada tukea kattavien sairaanhoitosopimusten järjestämiseen, kun työntekijöiden työkykyä halutaan tukea työterveyshuollon keinoin.

Kognitiiviset työkalut eivät olleet sairauskertomustietojen mukaan kovinkaan yleisessä käytössä tämän tutkimuksen aikana. Hoitajilla oli jonkin verran kiinnostusta niiden käytön opetteluun, lääkäreillä vähemmän. Niiden käytön koulutusta tulee tarjota järjestelmällisesti, koska psykoterapiamahdollisuutta ei välttämättä ole joka puolella Suomea lähiaikoina.

ICD-10-lomakkeeseen perustunut masennusjakson vaikeusasteen arviointi näyttää johtaneen vaikeusasteen yliarviointiin. ICD-10-lomakkeen käyttöä ei tutkimuksen perusteella voi suositella ilman mittavaa perehdytystä ja sen toimivuuden tutkimista tieteellisesti. PHQ-9-kysely on tutkitusti toimiva ja sitä kannattaa käyttää haastattelun runkona. Se toimii myös osana masennuksen potilasopetusta (ks. luku 6).

5.5 Yhteistyö psykiatrien ja psykologien kanssa

“Mikäli sairauspoissaolo pitkittyy 2–4 kuukauden pituiseksi eikä alkavaakaan hoitovastetta perusterveydenhuollossa ole näkyvissä, on syytä konsultoida psykiatrian erikoislääkärinä.”

“Psykiatrissa konsultaatiotoimintaa tulee kehittää perusterveydenhuollossa.”

“Mahdollisuus konsultaatioon lisää perusterveydenhuollon lääkärin kykyä tunnistaa masennus ja parantaa hoidon tuloksellisuutta. Konsultaatio soveltuu tilanteisiin, joissa yleislääkärin tietämys ei yksin riitä, mutta potilaan siirtäminen erikoissairaanhoidon olisi muuten aiheutonta, kuten erotusdiagnostisissa ongelmatilanteissa ja kun hoito perusterveydenhuollossa ei ole tuottanut tulosta. Yleislääkäreiden on arvioitu lähettävän 5–12 prosenttia depressiopotilaistaan psykiatriseen erikoissairaanhoidon. Se on aiheellista, kun kyseessä on vaikea tai psykoottinen depressio, lääkeresistenssi tai vaikeasti monihäiriöinen tai itsetuhoinen potilas. Myös jos depressio uhkaa potilaan pidempiaikaista työ- ja toimintakykyä huolimatta hoidosta perusterveydenhuollossa, hänet on syytä ohjata erikoissairaanhoidon.” (Suomalaisen Lääkäriseuran... 2010.)

Työkyvyn arviointi- ja hoitovastuu on työterveyslääkärillä. Erikoislääkärin palvelut sekä tutkimukset korvataan työterveyshuoltona vain silloin, kun työterveyslääkäri on pyytänyt erikoislääkärin konsultaatioita arvioidakseen työntekijän työkykyä tai hoitomahdollisuuksia. Työterveyspsykologin käyttö perustuu työterveyslääkärin tai -hoitajan tarveharkintaan. (Kelan... 2012.) Työterveyspsykologi on työterveyshuollon asiantuntija, jonka toiminnan aluetta ovat työn henkiset ja sosiaaliset vaatimukset. Työterveyspsykologi osallistuu työstressin arviointiin ja tekee ehdotuksia sen vähentämiseksi. (Ahola ym. 2006.)

Psykiatri- ja työterveyspsykologipalvelujen tuottamisesta tehtiin sopimukset kahden palveluntuottajan kanssa siten, että palvelun nopea saatavuus varmistettiin. Työterveyshuollon ja työnantajien jo olemassa oleviin sopimuksiin perustuvia psykiatri- ja työterveyspsykologipalveluja oli mahdollisuus käyttää hankkeesta tarjottujen lisäksi.

Työterveyslääkäreiden ja -hoitajien koulutuksessa käytiin läpi hyvän psykiatrikonsultaatiolähetteen sisältö ja mitä konsultaatiovastaukselta voi edellyttää. Työterveyspsykologia ohjattiin konsultoimaan työperäisten kuormitustekijöiden suhteen.

Hankkeen konsultoiviksi psykiatreiksi lupautuneille järjestettiin informaatiotilaisuus hankkeen alussa. Osa työterveyspsykologeista osallistui hankkeen koulutuksiin. Hankkeeseen osallistuneille psykiatreille (N=12) lähetettiin myös sähköinen kysely koskien työterveyshuoltoyhteistyötä.

5.5.1

Yhteistyö psykiatrin kanssa

”Aluksi minulle tarjottiin työterveydessä lääkkeitä, mutten ottanut niitä, sillä en tiennyt miksi masentuneen tulisi niitä syödä. Vasta käytyäni psykiatrin luona, hän selitti minulle masennuksen syitä ja seurauksia.”

”Psykologilla ja psykiatrilla käynnit olivat erittäin hyviä ja tarpeellisia. Minulle sattui myös todella hyvät ja osaavat sekä työhönsä paneutuneet henkilöt.”

”Psykiatrilla oli jotenkin itsellä pallo ja muistiinpanot hukassa. Epäjärjestyksen ja kaaoksen tunne heikensi oloa ja vointia.”

Potilaan seurantajakson alussa tehdyssä kyselyssä psykiatrin antamaa hoitoa tai asiantuntija-apua toivoi interventoryhmästä 47 prosenttia ja kontrolliryhmässä 13 prosenttia. Psykiatrin antaman hoidon tai asiantuntija-apun koki seurantajakson lopulla hyödylliseksi tai erittäin hyödylliseksi kysymykseen vastanneista interventoryhmässä 79 prosenttia ja kontrolliryhmässä 33 prosenttia.

Hankkeen alussa työterveyslääkäreille ja -hoitajille tehdyn sähköisen kyselyn ja haastattelun mukaan työterveyslääkärit kokivat psykiatrin konsultaatioaikojen huonon saataavuuden vaikeuttavan masennuksen hoitoa. Potilas lähetettiin psykiatrille 1–3 kerran konsultaatiokäynnille, mikäli sairaanhoitosopimuksen mahdollisti tai konsultaation tulkittiin kuuluvan työkyvyn arviointina laskutettaviin. Psykiatria tarvittiin, jos diagnostiikassa oli epäselvyyttä, lääkitys ei tehonnut tai lääkäri tarvitsi työkyvyn arviointiin tai terapiaan soveltuvuuden apua. Psykiatrin toivottiin toimivan työterveyshuollon yhteydessä ja tuntevan työterveyshuollon toimintatavat, jotta yhteistyö olisi sujuvaa. Haastateltujen lääkäreiden mukaan konsultoitavien psykiatrien välillä oli kuitenkin

Taulukko 15.

Työterveyshuollon psykiatrin konsultaatiopyyntöjen sisältö lukumäärinä

| | Interventio N=94 | Kontrolli N=11 |
|--|---------------------|-------------------|
| Lääkityksen arvio | 52 | 4 |
| Diagnostiikka/ erotusdiagnostiikka | 10 | 1 |
| Terapia-arvio | 28 | 5 |
| Sairauspoissaolo- tarpeen tai työkyvyn arvio | 27 | 3 |
| Muusta syystä | 23 | 2 |
| Psykiatrilähetteen syy ei selviä | 11 | 3 |

Taulukko 16.

Psykiatrin konsultaatiovastausten sisältö lukumäärinä

| | Interventio | Kontrolli |
|---|-------------|-----------|
| Lääkityksen arvio | 46 | 4 |
| Diagnostiikka/ erotusdiagnostiikka | 5 | 0 |
| Terapia-arvio | 34 | 4 |
| Sairauspoissaolo- suositus tai työkyvyn arvio | 19 | 3 |
| Muu palaute | 10 | 1 |

eroja. Psykiatrien pelättiin kirjoittavan pitkiä sairauslomia, ja siten potilaan jäävän pois työterveyshuollon seurannasta. Työterveyshuollon konsultoiville psykiatreille saattoi olla viikkojen jonot, mutta sähköisellä konsultaatiolla vastauksen voi saada parissa päivässä.

Noin puolet interventiotilasta ja hieman alle neljännes kontrolliryhmän potilaista sai lähetteen psykiatrille. Alla olevissa taulukoissa on kuvattu, miksi potilaat saivat lähetteitä psykiatrille ja mihin psykiatrit ottivat kantaa palautteissaan.

Interventiotilasta puolet ja kontrollipotilasta viidennes kävi psykiatrilla. Näillä interventiotilailta käyntejä psykiatrilla oli keskimäärin 2,6 ja kontrollipotilailta 2,2. Puolella kaikista potilaista ensimmäinen käynti oli kahden ensimmäisen kuukauden aikana seurannan aloituksesta. Interventiotilailta aikaa ensimmäiseen käyntiin kului keskimäärin 90 päivää ja kontrollipotilailta 85 päivää.

Kysely konsultoiville psykiatreille

Hankkeeseen osallistuneille työterveyshuollon konsultoiville psykiatreille tehtiin kysely, jossa tiedusteltiin heidän kokemuksiaan hankkeesta ja yhteistyöstä työterveyshuollon kanssa. Kyselyyn vastasi kymmenen psykiatria. Yksi heistä ei ollut konsultoinut hankkeen potilaiden asioissa, mutta oli kokenut työterveyshuollon psykiatri.

Puolet psykiatreista ei nähnyt ongelmaa siinä, että työelämässä olevien masennuksen hoitovastuuta ollaan siirtämässä yhä enemmän työterveyshuoltoon. Ongelmalliseksi asian kokeneet olivat huolissaan valmiuksien vaihtelusta työterveyshuollossa ja pelkäsivät hoidon jäävän liian kevyeksi. Kolmasosa katsoi, että työterveyslääkäreiden ja työterveyspsykolo-

gien masennuksen hoidon valmiuksia pitäisi kehittää jonkin verran tai paljon. Työterveyshoitajien valmiuksien kehittämistä kaipasi yli puolet.

Kaikkien mielestä konsultointi oli mielekästä työtä ja he näkivät yhteistyön toimivaksi työterveyshuollon kanssa. Sähköpostitse tai puhelimitse oli konsultoitu lähes kaikkia ja heistä valtaosa koki konsultaatiotavan toimivaksi. Hyvän konsultaatiovastauksen laatumiseksi tarvittiin seitsemän psykiatrin mielestä kolme vastaanottokäyntiä, kahden mielestä neljä ja yhdelle riitti kaksi. Potilaan auttamiseksi tarvittaisiin noin neljä psykiatrin vastaanottokäyntiä, vastaukset vaihtelivat kolmesta kuuteen.

Työ- ja toimintakyvyn arvioinnissa kaikki psykiatrit käyttivät haastattelua, masennuksen asteen mittareita yhdeksän, työterveyspsykologia tai neuropsykologia hyödynsi kolme ja kaksi SOFAS-asteikkoa. Työterveysneuvottelua oli hyödyntänyt kaksi psykiatria.

Psykiatrian poliklinikoiden rooli työelämässä olevien masennuspotilaiden hoidossa nähtiin vaihtelevasti. Kolmen mielestä poliklinikoiden resursointi oli riittämätöntä, muun muassa psykiatrian erikoislääkäreitä ei ole riittävästi käytössä. Kolme psykiatria näki vaikeimpien potilaiden hoidon poliklinikoiden tehtävänä ja yksittäiset vastaajat puolestaan monihäiriöiset potilaat, diagnostiset ongelmat ja työkyvyn arvioinnit.

Koulutusta Kelan työterveyshuollon korvauskäytännöistä koki tarvitsevansa kuusi psykiatria, viisi tarvitsi tietoa työterveyshuoltoon ja työkykyarvioita koskevasta lainsäädännöstä, neljä työpaikkojen kanssa tehtävästä yhteistyöstä ja työterveyshuollon hyvistä käytännöistä.

5.5.2 Yhteistyö julkisen erikoissairaanhoidon kanssa

Hankkeen alussa tehdyn kyselyn ja haastattelujen mukaan yhteistyö julkisen psykiatrisen erikoissairaanhoidon kanssa toimi joissakin tutkimuksen kohteena olevissa työterveysyksiköissä; potilas pääsi hoitoon, puhelinkonsultaatioita sai, psykiatri oli osallistunut työterveysneuvotteluun ja työterveyslääkärit olivat päässeet psykiatrian poliklinikan järjestämiin hoitoneuvotteluihin. Toiset kokivat yhteistyön vähäiseksi, koska poliklinikalle ei saanut yhteyttä tai työterveyslääkärillä ei ollut yhteydenpitoon aikaa. Joillekin poliklinikoille potilaita ei saatu hoitoon lainkaan tai niille oli kuu-kausien jono. (Kaila ym. 2011.)

Masennuksen aloitettu hoito saattoi myös olla ehtona hoitoon pääsulle poliklinikalle. Tätä ei kuitenkaan pystytty toteuttamaan työterveyshuollossa, jos työnantaja ei ollut tehnyt sopimusta sairaanhoidosta. Tiedonkulun koettiin jäävän yleensä potilaan kertoman varaan, koska kaikkia tietoja ei annettu poliklinikalta edes pyydettyäessä. Joitakin poliklinikalle hoitoon siirtyneitä potilaita oli pyydetty käymään työterveyshuollon vastaanotolla työhön paluun varmistamiseksi. Enemmistö vastaajista oli sitä mieltä, että yhteistyö ei ole toimivaa.

Sairauskertomusten mukaan interventio-ryhmästä sai julkiseen erikoissairaanhoidon psykiatrian poliklinikalle lähetteen jo ennen tutkimusjakson alkua yksi potilas, tutkimusjakson aikana kuusi potilasta ja 1–2 kuukautta tutkimusjakson jälkeen kolme potilasta. Kontrolliryhmästä ei kukaan saanut lähetettä. Ennen tutkimusjaksoa lähetteen saanut ei halunnut jatkaa työterveyshuollon seurannassa. Tutkimusjakson aikana lähetteen sai itsemurhavaaran vuoksi kolme potilasta, hoitoresistenssin vuoksi kaksi potilasta, joista toinen lähetettiin sähköhoitoa varten, jonka potilas sai. Yhdellä potilaalla lähettämisen syynä oli työstä irtisanomisen vuoksi loppunut seurantamahdollisuus työterveyshuollossa. Muilla seuranta jatkui myös työterveyshuollossa. Lähetteistä teki psykiatri kolme ja työterveyslääkäri kolme. Tutkimusjakson jälkeen tehtyjen lähetteiden syynä olivat yhdellä potilaalla hoitoresistenssi ja diagnostiset lisäselvittelyt, yhdellä hoitoresistenssi ja yhdellä vaikeus löytää siedettyä lääkitystä. Heidän seuranta-tietonsa puuttuvat, koska tutkimusseuranta loppui.

5.5.3 Yhteistyö työterveys- psykologin kanssa

Yhteistyötä psykologin kanssa masennuksen hoidossa oli lääkäreistä ja hoitajista tehnyt ennen hanketta kolme neljästä. Heistä vajaa kolmannes katsoi päävastuun psykososiaalisesta hoidosta olevan psykologilla. Neuvoa masennuksen hoidosta oli psykologeilta kysynyt noin yksi kolmesta lääkäristä ja kaksi kolmesta hoitajasta.

Psykologi nähtiin työyhteisöintervention toteuttajana, jos masennukseen liittyi työyhteisötekijöitä. Terapian tarpeen arviointi, diagnostiikan tarkennus ja työkyvyn arviointi toimintakykyä mittaavien testien avulla kuului myös psykologin tehtäviin. Psykologia käytettiin psykososiaaliseen hoitoon herkästi, jos sen koettiin säästävän lääkärin aikaa. Joissakin työterveysyksiköissä ei ollut saatavana psykologin konsultaatioita, mutta niitä toivottiin avuksi masennuspotilaan hoidossa.

Psykologin antamaa hoitoa toivoi interventio-ryhmän potilaista 63 prosenttia ja kontrolliryhmästä 38 prosenttia. Interventiotilasta 89 (48 %) ja kontrollipotilaista 15 (32 %) kävi työterveyspsykologin vastaanotolla. Näillä potilailla käyntejä psykologilla oli keskimäärin 2,6 interventio-ryhmässä ja 2,9 kontrolliryh-

mässä. Joka toisella potilaalla ensimmäinen käynti psykologilla oli kuukauden kuluessa hoidon aloituksesta. Interventiotilalla aikaa ensimmäiseen käyntiin kului keskimäärin 50 päivää ja kontrollipotilailla 31 päivää.

Työterveyshuollon järjestämistavalla oli selvä vaikutus työterveyspsykologien käyttöön. Integroidussa työterveyshuollossa, jossa psykologia ei ollut ennen hanketta käytössä, ei palvelua käytetty myöskään hankkeen tarjotun palvelun.

Potilaista, joiden sairauskertomuksesta käy ilmi työperäinen kuormitustekijä ($n=111$), kävi työterveyspsykologin konsultaatioissa 58 (52 %). Lähes kaikki hankkeessa psykoterapeutteina toimineet olivat työterveyspsykologeja. Työterveysneuvotteluja pidettiin hankkeen aikana 75, joista kahteentoista osallistui työterveyspsykologi.

Naiset toivoivat miehiä enemmän keskustelua psykologilta (OR=2,1 95 % LV 1,2–3,7). Ikääntyneet eli 55–65-vuotiaat toivoivat psykologin antamaa keskustelua vähemmän kuin nuoremmat (OR=0,26 95 % LV 0,09–0,73). Keskusteluavun psykologilta koki hyödylliseksi tai erittäin hyödylliseksi kysymyksen vastanneista interventio-ryhmässä 82 prosenttia ja kontrolliryhmässä 67 prosenttia.

Johtopäätökset ja suositukset

Työterveyslääkärit tarvitsevat tukea masennuksen hoitamiseen ja hoitosuositusten mukaan psykiatrin konsultaatioiden saatavuus tulee varmistaa, mikäli masennusta hoidetaan. Julkisen erikoissairaanhoidon psykiatrian palveluissa on suurta alueellista vaihtelua. Työterveyshuollossa yhteistyötä ei ole koettu toimivaksi poliklinikoiden kanssa. Erikoissairaanhoidon palvelun tarjoaja määräytyy kotiosoitteen mukaan, mikä on perua kuntien velvollisuudesta järjestää terveydenhuolto. Työterveyshuolto on työnantajan järjestämää toimintaa ja sen toiminta-ajatuksena on, että työterveyshuollon palveluista vastaa pääasiallisesti työolosuhteet tunteva lääkäri ja hoitaja eli työterveyshuolto on työpaikkakohtaista. Pääkaupunkiseudulla saattaa yhden työpaikan työntekijöillä olla toistakymmentä eri psykiatrisen poliklinikkaa vastaamassa erikoissairaanhoidon palveluista. Tämä vaikeuttaa luonnollisesti yhteistyökäytäntöjen kehittämistä ja henkilökohtaista yhteydenpitoa.

Kun masennusta halutaan hoitaa tehokkaasti, tulee työterveyshuollon yhteydessä olla psykiatri konsultoitavissa nopeasti. Mikäli esimerkiksi pienillä paikkakunnilla ei tämä onnistu, tulee toimiva yhteistyö luoda psykiatrian poliklinikan ja työterveyshuollon välille. Yhdellä psykiatrian poliklinikalla voi toimia useita eri lääkäreitä ja kaikki eivät ole psykiatrian eri-

koislääkäreitä. Poliklinikan tulisi varmistaa, että työterveyshuollon kanssa yhteistyöhön on koulutettu psykiatrian erikoislääkäri, joka osaa vastata työelämän tarpeisiin. Yhteistyötä voivat olla puhelin- tai paperikonsultaatiot, jotka tulee saada matalammalla kynnyksellä kuin STM:n laatimien perusterveydenhuoltoa koskevien hoidon perusteiden mukaan: *"Lievä ja keskivaikea depressio voidaan hoitaa ilman psykiatrin konsultaatiota, jos hoito vaikuttaa ja työkyky palautuu kolmessa kuukaudessa."*

Potilaan tulee myös päästä erikoissairaanhoidon vastaanotolle nopeammin kuin hoidon perusteiden mukaisesti: *"Työkyky/toimintakyky ei ole palautunut huolimatta 3–6 kuukauden mittaisesta hoidosta, joka on toteutettu perusterveydenhuollossa psykiatrian erikoislääkärin konsultaation tukemana, tai toimintakyky on huono"*.

Työterveyslääkärit kokevat yhteistyön työterveyshuollon konsultoitavien psykiatrisen kanssa toimivaksi. Myös psykiatrit kokevat yhteistyön työterveyshuollon kanssa toimivaksi, mutta kaipaavat työterveyshuollon muiden ammattiryhmien masennuksen hoidon valmiuksien kehittämistä ja kaipaavat itse työterveyshuollon koulutusta. Koulutusta tulisi järjestää siten, että siihen voivat osallistua työterveyshuollossa yhteistyötä tekevät työterveyslääkärit, -hoitajat, -psykologit ja konsultoitavat psykiatrit yhdessä.

Psykologin perinteinen rooli työterveyshuollossa painottuu ennaltaehkäisyyn, jolla muun muassa pyritään estämään, etteivät stressi- tai uupumusoireet kehity masennusasteisiksi. Tässä tutkimuksessa masennus oli jo kehittynyt, joten hoitoprosessi painottui sairaanhoitoon. Psykologia on käytetty joissakin työterveysyksiköissä ennen hanketta masennuspotilaiden hoidon tukena varmistamassa potilaan saamaa keskusteluapua, mikä on ymmärrettävää lääkäreiden kokeman aikapulan vuoksi. Tässä hankkeessa havaittu työterveyspsykologin käytön vähäisyys selittyy osin psykoterapian hyvällä saatavuudella ja käytön vähäisyys voi olla merkki siitä, että masennuspotilaan hoitoprosessissa potilaan kanssa keskustelevan ammatilla ei ole merkitystä, vaan sillä että hoidon tärkeät osat, kuten kohtaaminen, tapahtuu.

Yrityksen toimintaan integroidussa työterveyshuollossa ei ollut ennen hanketta omaa työterveyspsykologia ja hankkeesta tarjottunakaan palvelun käyttö ei juuri lisääntynyt. Tämä voi olla merkki siitä, että jo omaksuttuihin toimintatapoihin ei helposti tule muutosta varsinkaan, jos palvelun käyttö vaatii erillisen paperilähetteen tekemistä ja potilaan lähettämistä ulkopuoliselle palveluntuottajalle vieraaseen toimipisteeseen.

Miehet toivovat naisia vähemmän keskusteluapua psykologilta. Keskusteluavun toive lääkäreiltä ja hoitajiltakin oli vähäisempää kuin naisilla. Psykoedukaatioon tulisi kuulua varsinkin miespotilaiden kohdalla kannustaminen puhumaan kokemistaan ongelmista ja jäsentämään niitä vuorovaikutuksessa sanallisesti.

Ikääntyneet toivoivat keskusteluapua psykologilta selkeästi nuorempia vähemmän. Tässä tutkimuksessa osoitettiin, että ikääntyvillä masennuspotilailla on merkitsevästi enemmän ruumiillisia oheissairauksia kuin nuoremmilla ja oheissairaudet liittyvät hitaampaan toipumiseen. Ikääntyvillä voi olla enemmän ruumiillisiksi koettuja masennusta ylläpitäviä vaivoja ja voi olla vaikeaa mieltää niiden tulevan hoidetuiksi psykologin vastaanotolla. Saattaa myös olla, että potilaan mielestä hantä nuorempi psykologi ei vähäisemmällä elämäkokemuksella pysty auttamaan. Potilaalta voi asiaa tiedustella ja olla valmis tarjoamaan senioripsykologin apua. Työterveyshuoltoyksiköissä tulisi olla valmiuksia tarjota sopeutumisvalmennusta, kivun hallinnan psykologisia keinoja ja unettomuuden hoitoon tarkoitettuja psykologisia menetelmiä.

Työperäisten kuormitustekijöiden selvittely on työterveyshuollon osaamisaluetta. Työterveyspsykologia tulee voida käyttää työterveyslääkärin tai -hoitajan tarvearvioon perustuen. Psykologin kanssa keskustellen voi masentunut saada uusia näkökulmia kokemukseensa työelämästä.

5.6 Masennuksen lääkehoito

Käypä hoito -suosituksen mukaan masennusta voi tehokkaasti hoitaa lääkkeiden avulla. Masennuslääkettä säännöllisesti käyttävistä kaksi kolmesta saa selvän vasteen. Ellei toipumista tapahdu aloitetulla annoksella tai se on vain osittaista, on yleensä syytä suurentaa annosta, kunnes toipuminen on täydellistä tai maksimiannos on saavutettu. Lääke on syytä vaihtaa toiseen, mikäli mitään hoitovastetta ei ilmene 4 viikon kuluessa. Psykiatria tulee konsultoida, mikäli kaksi lääkehoitoyritystä ei ole johtanut selvään vasteeseen. (Suomalaisen Lääkäriseuran... 2010.)

Interventioryhmän lääkäreille ja hoitajille annettiin koulutusta tärkeimmistä masennuslääkeryhmistä, annostuksista ja lääkkeiden valinnasta masennuksen tyyppin mukaan, lääkityksen tehosta, sivuvaikutuksista ja turvalisista yhdistelmistä. Lääkäreitä ohjattiin tapaamaan potilaita masennuksen akuuttihoitovaiheessa kahden viikon välein hoitovasteen arvioimiseksi ja säätämään lääkitystä, kunnes hoitovaste oli saavutettu (hoitovasteen arviointi ks. luku 5.2). Koulutuksella pyrittiin varmistamaan, että potilaat eivät saa pelkkää lääkehoitoa masennukseensa. Työterveyslääkäreillä oli mahdollisuus konsultoida nopeasti psykiatrian erikoislääkäreitä, mikäli lääkityksen valinnassa oli ongelmia.

”Masennuslääkitys on auttanut minua selviytymään päivistä töissäni, kun on ahdistanut.”

”Masennuslääkityksen avulla on elämäni ja rauhallisuus palannut sekä jännittäminen vähentynyt.”

”Masennuslääkityksessä tuntui, että ei ollut oma itsensä, aluksi se tosin oli hyväksi.”

”Lääkityksen tuomat sivuvaikutukset olivat epämieluisia, ja vastaava hyöty lääkityksestä ollut mitätön. Lääkäristä vaan työnnetään lääkkeitä potilaille, tarjoamatta muuta hoitoa.”

Noin puolet kaikista potilaista toivoi masennuslääkitystä seurannan alussa tehdyn monivalintakyselyn tulosten perusteella. Ne, jotka toivoivat masennuslääkitystä, eivät eronneet BDI- tai PHQ-9-pisteiden tai työkykyaste-määrän osalta seurantajakson lopussa niistä, jotka eivät toivoneet lääkitystä. Masennuslääkitystä tutkimuksen alussa toivoneet eivät eronneet terapiaan menemisen osalta tai pitkän sairauspoissaolon suhteen niistä, jotka eivät lääkitystä toivoneet.

Masennuksen hoitoa ei työterveyslääkäreille tehtyjen kyselyiden mukaan vaikeuttanut lääkehoidon tuntemuksen puute. Eniten psykiatriin konsultaatioapua tarvittiin työ- ja toimintakyvyn arvioinnissa ja toiseksi eniten lääkityksen valinnassa. Lähes kaikki hankkeen psykoterapeutit olivat sitä mieltä, että masennuslääkityksestä oli hyötyä terapian lisänä. Yhden terapeutin mielestä lääkitys on haitallista, koska se leikkaa tunteita ja estää ihmistä ottamasta itse vastuuta muutoksista. Toisen terapeutin mielestä lääkitys on joskus haitallinen tai turha, ellei kyse ole vaikeasta masennuksesta.

Masennuslääkitys oli lähes jokaisella potilaalla molemmissa ryhmissä. Interventoryhmässä masennuslääkkeen käyttö vaikuttavalla annoksella vähintään puolen vuoden ajan ja lääkkeiden yhdistely oli selvästi yleisempää kuin kontrolliryhmässä. Lääkkeiden annoksen nosto lisätehon toivossa, vähentäminen sivuvaikutusten hallitsemiseksi ja lääkkeen vaihto toiseen heikon hoitovasteen tai sivuvaikutusten vuoksi oli aktiivista. Interventoryhmässä seurantajakson aikana vaikuttava lääkeaine vaihdettiin toiseksi joka kolmannella potilaalla ja kontrolliryhmässä joka neljännellä. Niille, joilla lääke muutettiin toiseksi, tehtiin vaihtoja interventoryhmässä keskimäärin 1,4 kertaa

(vaihteluväli 1–4) ja kontrolliryhmässä enintään kerran. Lääkkeen annoksen nosto tehtiin interventoryhmän potilailla keskimäärin 1,16 kertaa (mediaani 1, vaihteluväli 0–9) ja kontrolliryhmässä 0,87 kertaa (mediaani 1, vaihteluväli 0–4). Serotoniinireyhtymiä tai muita vakavia haittavaikutuksia ei todettu.

Unilääkkeisiin ja rauhoittaviin lääkkeisiin katsottiin kuuluvan pieniannoksiset väsyttävät masennuslääkkeet, jos niitä ei ollut yhdistetty varsinaiseen masennuslääkkeeseen, ja bentsodiatsepiinit ja niiden johdokset. Molemmissa tutkimusryhmissä unilääkitys tai rauhoittava lääkitys oli joka toisella.

Taulukko 17.

Lääkityksen käyttö interventio- ja kontrolliryhmässä

| | Interventoryhmä (N=182) | Kontrolliryhmä (N=47) | p-arvo |
|--|----------------------------|--------------------------|--------|
| Ei masennuslääkitystä seurantajakson aikana | 18 (10 %) | 3 (6 %) | 0,458 |
| Masennuslääkitys on seurantajakson aikana vaikuttavalla annoksella vähintään 6 kuukautta | 135 (74 %) | 26 (55 %) | 0,0191 |
| Masennuslääkitys on vaikuttavalla annoksella seurantajakson lopussa | 125 (69 %) | tieto puuttuu | |
| Masennuslääke on vaikuttavalla annoksella ja lisäksi on väsyttävä masennuslääke yöksi unihäiriön hoitoon | 64 (35 %) | 6 (13 %) | 0,004 |
| Kaksi masennuslääkettä on vaikuttavalla annoksella samanaikaisesti vähintään 2 kuukautta | 13 (7 %) | 0 (0 %) | 0,059 |
| Käytössä on kaksoisvaikutteinen eli SNRI-lääke | 56 (31 %) | 11 (23 %) | 0,4182 |
| Käytössä on ketiapiini, lamotrigiini, sulpiridi, litium tai buspironi | 16 (9 %) | 0 (0 %) | 0,037 |

Käytössä olleet lääkkeet ks. liite 9.6. Taulukosta on poistettu kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien tiedot.

Interventoryhmän potilaista 52 (28 %) ja kontrolliryhmän potilaista 4 (9 %) kävi psykiatrin konsultaatiossa lääkityksen osalta. Kahta masennuslääkettä vaikuttavalla annoksella käyttäneistä potilaista psykiatrin konsultaatiossa kävi kuusi eli noin joka toinen. Lääkitystä käyttäneistä potilaista yli puolet oli psykoterapiassa.

Masennuslääkityksen koki hyväksi tai erittäin hyväksi seurannan lopussa 86 prosenttia potilaista. Kukaan ei kokenut jäävänsä masennuslääkitystä vaille. Haitalliseksi lääkityksen koki kolme potilasta. Unilääkityksen tai rauhoittavan lääkityksen koki hyväksi tai erittäin hyväksi 80 prosenttia. Haitalliseksi sen koki kolme potilasta.

Johtopäätökset ja suositukset

Masennuslääkitys aloitettiin yhtä usein interventio- ja kontrolliryhmissä, mikä viittaa siihen, että työterveyshuollossa lääkitys osataan aloittaa. Interventoryhmässä lääkityksen yksilöllinen säätäminen, käyttö vaikuttavalla annoksella riittävän pitkään ja lääkeaineiden yhdistely oli aktiivisempaa kuin kontrolliryhmässä. Psykiatria oli konsultoitu useammin lääkityksen ongelmien ratkaisemiseksi. Tämä viittaa siihen, että interventoryhmässä oli vaikeahoitoisempia potilaita ja/tai heidän toimustaan seurattiin valppaammin kuin kontrolliryhmässä. Lääkehoidon seuranta jatkui pidempään, mihin on todennäköisesti vaikuttanut hankkeeseen liittynyt koulutus ja tutkimukseen kuuluneet seurantakäynnit. Interventoryhmässäkin oli havaittavissa pyrkimys lopettaa lääkitys seurannan aikana suosituksia aikaisemmin, jos potilaan vointi oli kohentunut. Riittävän pitkää potilaan ja lääkehoidon seuranta on syytä korostaa jatkossakin.

Työterveyslääkäreiden tulee tuntea useita lääkevaihtoehtoja vaikuttavine annoksineen, lääkkeiden sivuvaikutukset ja lääkkeiden turvalliset yhdistämismahdollisuudet sekä unta turvaavien lisälääkkeiden käyttö. Myös työterveyshoitajien tulee tuntea lääkkeiden haittavaikutuksia ja osata haastatellen motivoida potilasta hänelle määrätyn lääkkeen käyttöön.

Työterveyshuollon lääkäreillä on kokemusta veren sokeritasapainoon, verenpaineeseen ja veren hyytymiseen vaikuttavien potentiaalisesti vaarallisten lääkkeiden käytöstä ja yhdistelemisestä, ja sähköiset lääkkeiden yhteisvaikutustietokannat ovat lähes kaikkialla käytössä. Kaikki lääkeyhdistelmiä käyttäneet eivät käyneet psykiatrin konsultaatiossa ja sairauskertomusten mukaan tämä ei johtanut vaaratilanteisiin. Tämän tutkimuksen perusteella suositukset siitä, että vain psykiatri voi yhdistää masennuslääkkeitä, tulisi ottaa uudelleen tarkasteluun.

Työterveyshuollolla tulee olla psykiatri konsultoitavissa nopeasti myös lääkehoidon osalta. Työterveyshuollon eri ammattiryhmille tulee antaa yhteistä koulutusta lääkityksen toteutusta koskevan yhteistyön varmistamiseksi.

5.7 Psykotterapia

”Masennustilojen akuuttihoitossa keskeisimpiä spesifisiä hoitomuotoja ovat masennuslääkkeet ja vaikuttaviksi osoitetut psykoterapiat.”

”Mitä vaikeampi masennustila on, sitä tärkeämpi on masennuslääkitys ja psykoterapian yhdistäminen lääkehoitoon.”

”Lievien ja keskivaikeiden depressioiden akuuttivaiheen hoidossa voidaan käyttää joko yksin tai yhdessä lääkehoidon kanssa jotain tähän mennessä vaikuttavaksi osoitetuista lyhytkestoisten terapioiden muodoista: kognitiivista, interpersoonallista tai psykodynaamista psykoterapiaa.”

”Lievissä ja keskivaikeissa masennustiloissa jo akuuttivaiheen hoito lyhyellä kognitiivisella psykoterapialla auttaa ehkäisemään uusia masennustiloja.” (Suomalaisen Lääkäriseuran... 2010)

”Terapiaistunnot ovat auttaneet habmottamaan omia rajoja ja asettamaan niitä.”

”Merkittävimmäksi avuksi sairauteni kannalta olen kokenut nimenomaan terapiaan pääsyn.”

”Hain Kelan avustusta pitkäkestoiseen terapiaan, mutta tuli kieltävä vastaus. Nyt tuntuu siltä, että olen palaamassa lähtökuoppiin ilman psykoterapeutin tukea. Työterveyshuolto on ollut mahtava!”

Interventioryhmän työterveyslääkärit koulutettiin ohjaamaan potilaita lyhytpsykoterapiaan oman arvionsa perusteella tai he voivat käyttää terapia-arviossa apuna psykiatria, työterveyspsykologia tai psykoterapeuttia. Koulutuksessa opetettiin, että terapia voidaan aloittaa, kun potilas on terapiakykyinen ja -myönteinen. Potilaille, jotka eivät halunneet käyttää masennuslääkitystä, suositeltiin pikaista terapian aloitusta ja muille viimeistään 6–8 viikon akuuttihoitovaiheen jälkeen, mikäli hoitovaste ei ollut muutoin riittävä. Kontrolliryhmän potilaille terapiaa ei maksettu hankkeen varoista, eikä kontrolliyksiköiden koulutuksessa käsitelty terapiaa.

Hankkeessa tehtiin sopimus kahden palveluntuottajan kanssa yksilö- tai ryhmälyhytpsykoterapioiden tuottamisesta. Mukaan lupautuneiden 13 terapeutin yhteystiedot koottiin työterveysyksiköille ja potilaille. Kaikki hankkeessa mukana olevat terapeutit olivat masennuksen Käypä hoito -suosituksen mukaisen koulutuksen saaneita terapeutteja. Interventioryhmän potilaille maksettiin enintään 12 terapiakäyntiä ja terapeutit saivat korvauksen terapian loppulausunnon tekemisestä ja lähettämisestä työterveyshuoltoon.

Hankkeen alussa tehdyn kyselyn mukaan 60 prosenttia työterveyslääkäreistä katsoi psykoterapiamahdollisuuden puuttumisen vaikeuttavan masennuksen hoitoa (Kaila ym. 2010). Vuoden seurannan aikana lääkärit ohjasivat potilaitaan terapiaan varsin vaihtelevasti. Yksi lääkäreistä ohjasi yhdeksän kymmenestä potilaastaan terapiaan ja toinen vain kaksi seitsemästä.

Psykoterapiaa toivoi avuksi masennukseensa seurannan alkuvaiheessa interventiotilaista 55 prosenttia ja kontrollipotilaista 21 prosenttia ($p=0,0001$). Naiset toivoivat miehiä enemmän terapiaa (OR=2,2 95 % LV 1,2–4,0). Ylemmän sosioekonomisen ryhmän potilaat toivoivat useammin avukseen psykoterapiaa kuin alemman sosioekonomisen ryhmän potilaat (55 % vs. 41 %, $p=0,03$). Potilaat, jotka toivoivat masennuksensa hoitoon avuksi sairauslomaa, päätyivät terapiaan harvemmin kuin ne, jotka eivät ilmoittaneet sitä toivovansa (OR=0,58 95 % LV 0,34–0,99). Terapiaa toivoneista potilaista selvästi useampi toivoi muutakin asiantuntija-apua, kuten psykiatrin antamaa hoitoa (55 % vs. 27 %, $p=0,0001$). Terapiaa toivoneet toivoivat vähemmän sairauslomaa (33 % vs. 48 %, $p=0,02$) ja enemmän työkykyä ylläpitävää kuntoutusta, kuten TYK tai ASLAK (20 % vs. 10 %, $p=0,04$).

Potilaat, joilla oli ruumiillinen oheissairaus, menivät harvemmin terapiaan kuin ne, joilla sitä ei ollut (OR=0,55 95 % LV 0,31–0,97).

Vaikeaa masennusta sairastavista harvemmat menivät terapiaan kuin keskivaikeaa tai lievää masennusta sairastavista. Puolet terapiaan menneistä ilmoitti kyselyssä haluavansa masennuslääkitystä.

Interventioryhmän potilaista (N=186) 110 oli psykoterapiassa (vähintään 4 käyntiä) seurantajakson aikana ja kontrolliryhmän potilaita kaksi (N=47). Yksi interventiotilaista oli terapiassa jo tutkimukseen tullessa. Interventioryhmässä lähes puolet naisista ja kolmannes miehistä kävi täyden lyhytpsykoterapian, joksi katsottiin vähintään kymmenen käyntiä. Seitsemän naista ja kaksi miestä jatkoi tämän jälkeen pitkään terapiaan. Miehistä viidennes ja joka kymmenes nainen kävi vajaan terapian (4–9 käyntiä). Terapiassa olleista potilaista lääkitys oli interventio-ryhmässä 87 prosentilla potilaista ja molemmilla terapiaan menneistä kontrolliryhmässä.

Terapiaan menneet olivat keskimäärin 41-vuotiaita ja muut 43-vuotiaita interventio-ryhmässä. Ero ei ole tilastollisesti merkitsevä. Ylemmässä sosioekonomisessa asemassa olleet potilaat ohjautuivat muita useammin terapiaan (OR=1,92 95 % LV 1,13–3,25). Potilaat, jotka toivoivat masennuksen hoitoon avukseen terapiaa, saivat sen useammin kuin ne, jotka eivät toivoneet (OR=3,44 95 % LV 1,98–5,99). Terapiaan hakeutumista ennusti terapian haluaminen avuksi masennuksen hoidossa. Terapiaan hakeutuivat harvemmin

ne, jotka uskoivat, että tuskin pystyvät terveytensä puolesta työskentelemään nykyisessä työssä kahden vuoden kuluttua kuin ne, jotka uskoivat melko varmasti pystyvänsä.

Interventiopotilailla terapia alkoi keskimäärin 12,5 viikon kuluessa seurannan aloituksesta. Kahden ensimmäisen kuukauden aikana lähes puolet oli aloittanut terapian ja kolmen ensimmäisen kuukauden aikana kaksi kolmesta terapiaan menneestä potilaasta. Lyhytterapia kesti keskimäärin 23 viikkoa (8–48). Kontrollipotilailla terapian alku oli keskimäärin 20 viikkoa seurannan aloituksesta (n=2). Noin

kolmannes terapiapotilaista sai terapeutilta kehotuksen hakea jatkossakin keskustelutukea eri tahoilta.

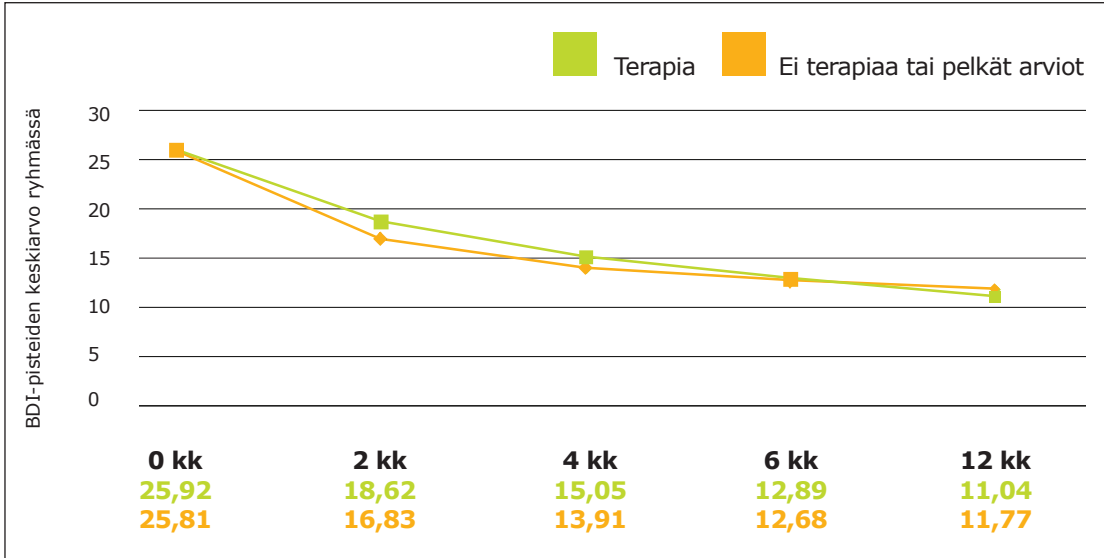
Terapiassa käyminen ei vähentänyt käyntejä työterveyshuollossa, vaan terapiapotilaat kävivät muita useammin myös muilla vastaanotoilla työterveyshuollossa. Heidän käyntiensä määrä oli keskimäärin 16 käyntiä, kun muut kävivät työterveyshuollossa keskimäärin 11 kertaa.

Taulukko 18.

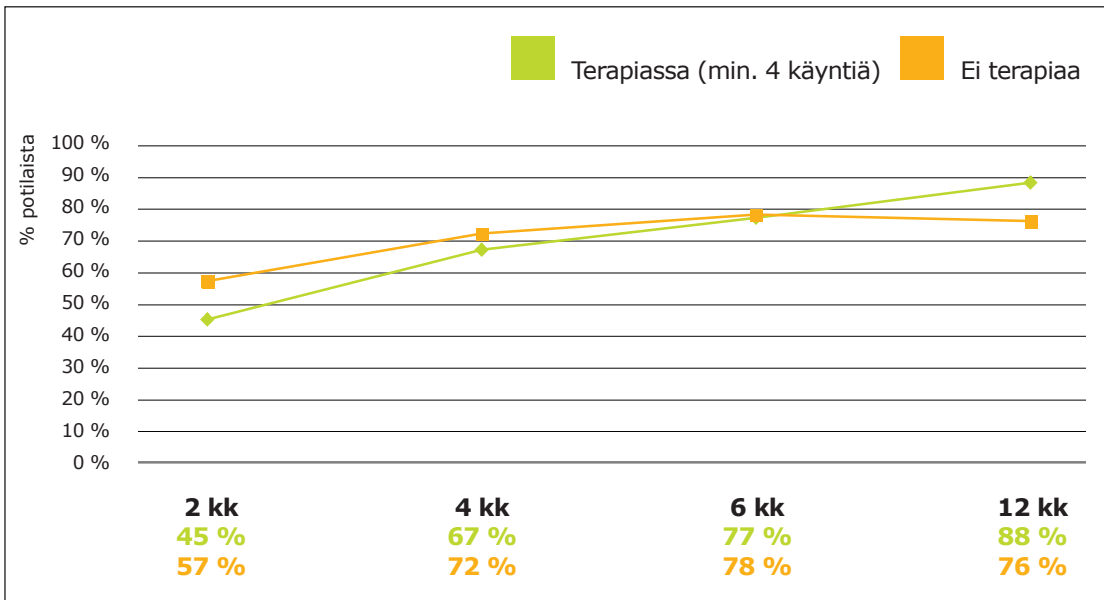
Terapiakäyntien määrä interventio- ja kontrolliryhmissä

| | | Tutkimusryhmä | | Yhteensä n (%) |
|---------------------------|---|-------------------------|----------------------|-------------------|
| | | Interventio-ryhmä n (%) | Kontrolliryhmä n (%) | |
| Terapiakäyntien lukumäärä | Ei terapiaa | 70 (38 %) | 45 (96 %) | 115 (49 %) |
| | Pelkät arviokäynnit | 6 (3 %) | 0 (0 %) | 6 (3 %) |
| | Vajaa terapia, 4–9 käyntiä | 25 (13 %) | 0 (0 %) | 25 (11 %) |
| | Lyhytpsykoterapia, vähintään 10 käyntiä | 76 (41 %) | 1 (2 %) | 77 (33 %) |
| | Pitkä terapia | 9 (5 %) | 1 (2 %) | 10 (4 %) |
| Yhteensä | | 186 (100 %) | 47 (100 %) | 233 (100 %) |

Kaavio 6.
*BDI-pisteiden keskiarvot eri ajankohtina
 interventiopotilailla terapian mukaan jaettuna*

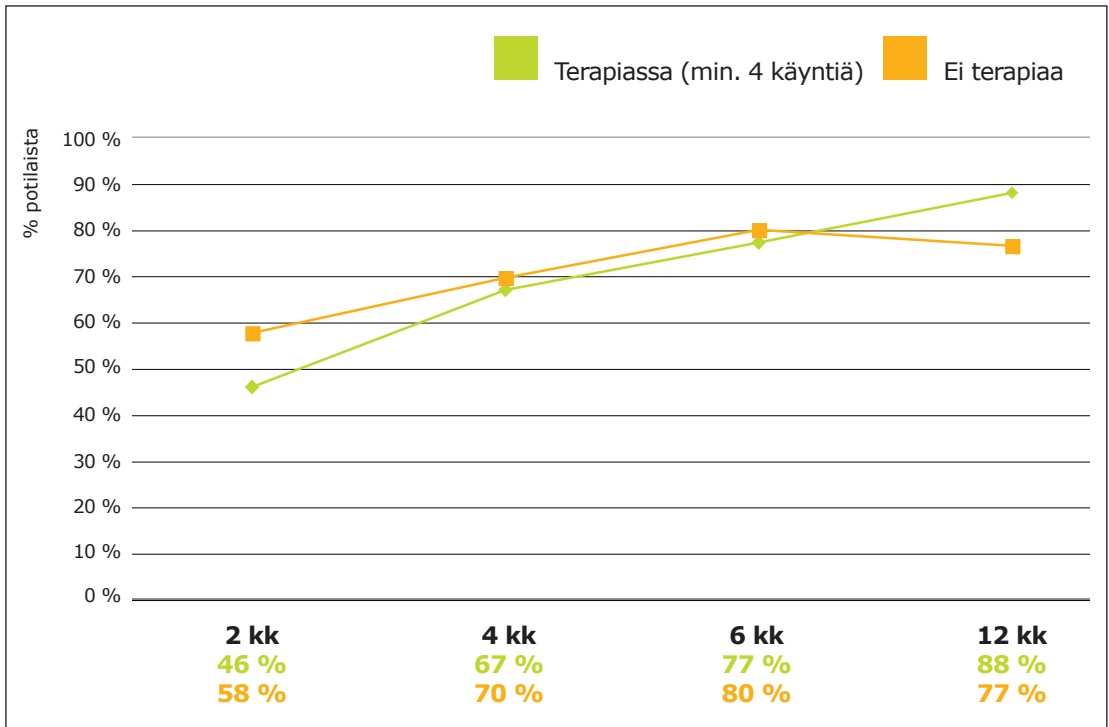


Kaavio 7.
*Vähintään osittaisen hoitovasteen saavuttaneiden potilaiden
 osuus koko aineistossa terapian mukaan jaettuna*

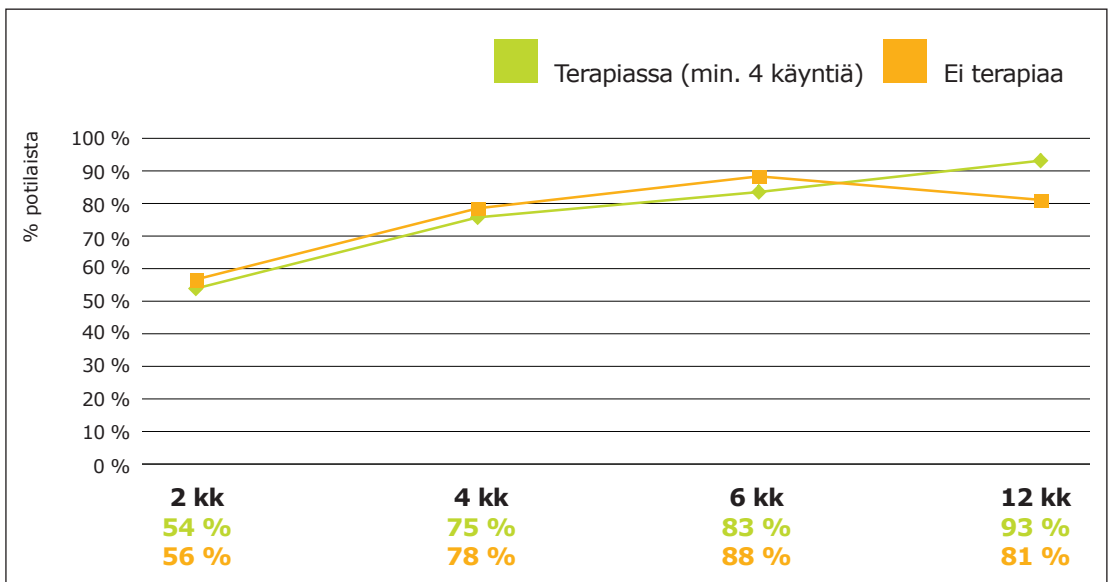


Osittainen hoitovaste tarkoittaa BDI-pisteiden laskua vähintään 30 prosenttia lähtötilanteesta.

Kaavio 8.
Vähintään osittaisen hoitovasteen saavuttaneiden potilaiden osuus interventioryhmässä terapian mukaan jaettuna

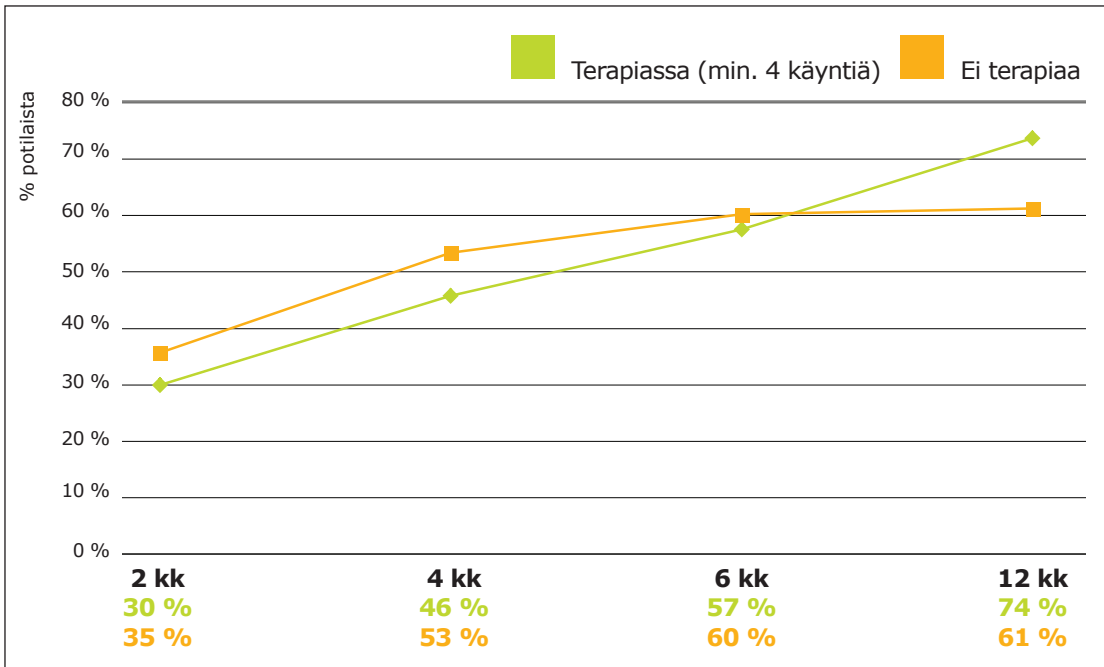


Kaavio 9.
Vähintään osittaisen hoitovasteen saavuttaneiden potilaiden osuus terapian mukaan jaettuna niiden interventiopotilaiden joukossa, joilla ei ole ruumiillista oheissairautta



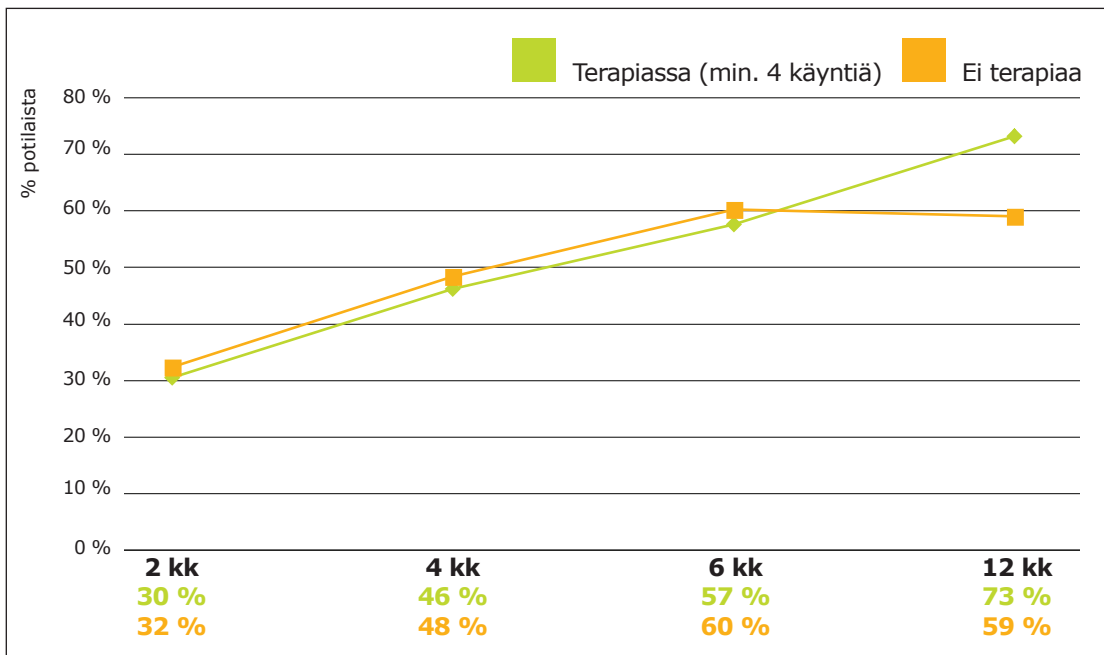
Kaavio 10.

Täyden hoitovasteen saavuttaneiden potilaiden osuus koko aineistossa terapian mukaan jaettuna



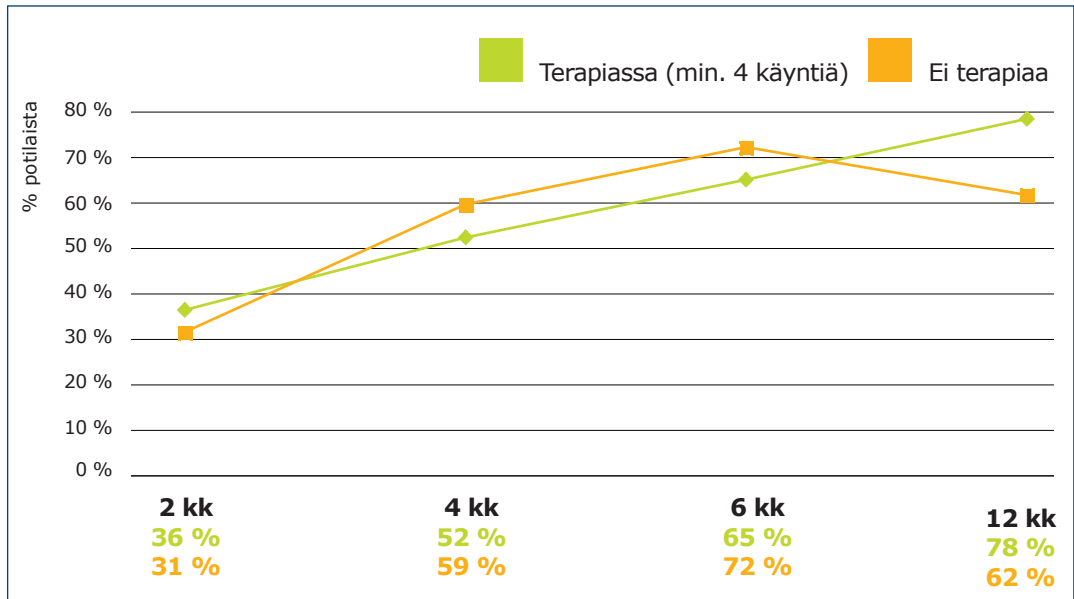
Kaavio 11.

Täyden hoitovasteen saavuttaneiden potilaiden osuus interventiorhymässä terapian mukaan jaettuna



Kaavio 12.

Täyden hoitovasteen saavuttaneiden potilaiden osuus terapian mukaan jaettuna niiden interventiotilaiden joukossa, joilla ei ole ruumiillista oheissairautta.


Taulukko 19.

Työkyky pistemäärä seurantajakson lopulla (12 kk) terapiassa käynnin mukaan

| | | Terapiakertojen määrä | | Yhteensä |
|------------------------|-------------------------------|-----------------------|-------------|-------------|
| | | 0-3 | Vähintään 4 | |
| | | n (%) | n (%) | n (%) |
| Työkyky- pistemäärä | 0-5 pistettä (huono) | 15 (29 %) | 13 (14 %) | 28 (19 %) |
| | 6-7 pistettä (tyyydyttävä) | 11 (21 %) | 30 (32 %) | 41 (28 %) |
| | 8-10 pistettä (hyvä) | 26 (50 %) | 51 (54 %) | 77 (53 %) |
| Yhteensä | | 52 (100 %) | 94 (100 %) | 146 (100 %) |

Täysi hoitovaste tarkoittaa BDI-pisteiden laskua vähintään 50 prosenttia lähtötilanteesta.

Kun ryhmä jaettiin kahtia niin, että terapia-ryhmän muodostavat ne, joilla on vähintään 4 käyntiä, niin BDI-keskiarvon mukaan toipuminen on yhtä hyvää molemmissa ryhmissä. Hoitovasteen saaneiden osuus seurantajakson aikana lisääntyi tasaisesti terapiaryhmässä verrattuna niihin, jotka eivät olleet terapiassa. Vähintään osittaisen hoitovasteen sai terapiaryhmässä 12 kuukauden kohdalla tilastollisesti merkitsevästi useampi kuin ei terapian käyneistä ($p=0,03$).

Terapiaan ohjautuneilla potilailla BDI-pistemäärät olivat jonkin verran korkeammat kahden kuukauden kohdalla (ks. kaavio 6) ja suurempi osa oli ollut masennuksen vuoksi pois työstä toisen kuukauden aikana (48 % vs. 34 %, $p=0,05$). Terapiaan ohjautuneista suurempi osa oli vailla hoitovastetta kahden kuukauden kohdalla (55 % vs. 43 %, $p=0,09$).

Potilaista, joilla oli ruumiillinen oheissairaus, puolet kävi terapiassa. Muista interventioryhmän potilaista terapiaan meni 64 prosenttia. Ruumiillinen oheissairaus vaikeutti masennuksesta paranemista myös terapiapotilailla.

Työkykypistemäärä nousi tutkimusjakson lopussa terapian käyneillä jonkin verran paremmaksi ja selvästi pienemmällä osalla pistemäärä jäi huonoksi eli alle viiden (14 % vs. 29 %, $p=0,07$). Interventiotilasta, joilla ei ollut ruumiillista oheissairautta, jäi huonon työkykypistemäärän luokkaan (0–5 pistettä) vain joka kymmenes terapian käyneistä potilaista ja niistä, jotka eivät käyneet terapiassa, joka neljäs ($p=0,097$). Työkykypistemäärä (taulukko 19) nousi seurannan aikana terapiassa käyneillä interventiotilailta 2,5 pistettä ja muilla interventiotilailta 1,8 pistettä.

”Terapiakäynnit oli positiivinen yllätys, josta oli suuri apu. Käsitys siitä, että masennus ei voi kadota pubumalla oli väärä.”

”Psyko-terapeutti on auttanut ymmärtämään, että minun pitää huolehtia omasta hyvinvoinnistani. Olen oivaltanut mihin asioihin voin itse vaikuttaa ja mitkä asiat ovat muiden vastuulla. Olen myös mielestäni ymmärtänyt, mikä minulle on aiheuttanut masennusta ja alakuloa.”

Masennuslääkitys oli vaikuttavalla annoksella vähintään puolen vuoden ajan neljällä viidestä potilaasta sekä terapiaan menneiden että niiden joukossa, jotka eivät terapiaan menneet. Terapiassa olleista ja loppukyselyn lääkityskohtaan vastanneista 65 potilaasta masennuslääkityksen koki hyödylliseksi tai erittäin hyödylliseksi 88 prosenttia; unilääkityksen tai rauhoittavan lääkitymisen 72 prosenttia 46 vastaajasta. Haitalliseksi masennuslääkityksen koki 5 prosenttia ja uni- tai rauhoittavan lääkitymisen 4 prosenttia, eli kaksi potilasta. Seurantajakson loppukyselyn terapiakohtaan vastanneista interventioryhmän 60 potilaasta 70 prosenttia ilmoitti terapian olleen hyödyllinen tai erittäin hyödyllinen. Kolme potilasta ei huomannut vaikutusta ja haitalliseksi terapiaa ei kokenut kukaan. Interventioryhmän potilaista 15 koki kuitenkin jääneensä vaille terapiaa.

Kysely psykoterapeuteille

Hankkeeseen osallistuneille psykoterapeuteille tehtiin kysely, jossa tiedusteltiin heidän kokemuksiaan hankkeesta ja yhteistyöstä työterveyshuollon kanssa. Kyselyyn vastasi yhdeksän terapeuttia. Lähes kaikki kertoivat tehneensä yhteistyötä asioimalla postitse tai puhelimitse työterveyshuollon edustajan kanssa. Loput olisivat halunneet tehdä yhteistyötä, mutta heillä ei ollut kontaktia työterveyshuoltoon. Hoito- tai työterveysneuvotteluun ei osallistunut kukaan terapeuteista.

”Terapeutin tulee tehdä yhteistyötä työterveyshuollon kanssa yksittäisen potilaan asioita koskien.” Väitteen kanssa täysin samaa mieltä oli kaksi ja loput seitsemän jokseenkin samaa mieltä. Kaikki olivat sitä mieltä, että lyhytterapia auttaa työn ja työntekijän yhteensovittamisessa. Kolmasosa oli tyytyväisiä nykyiseen yhteistyöhön työterveyshuollon kanssa, mutta kaksi kolmesta toivoi sitä kehitettävän. Kaikki olivat sitä mieltä, että heidän saamansa lähteet psykoterapiaan olivat sisältäneet riittävästi tietoa. Työterveyshuollon toivottiin pitävän yhteyttä potilaaseen aktiivisemmin myös terapian aikana.

Seitsemän terapeuttia näki masennuslääkityksestä olevan hyötyä terapian lisänä. Kaksi näki sen haitalliseksi, koska se leikkaa tunteita ja estää ottamasta itse vastuuta muutoksista tai että se on turha, ellei potilaalla ole vaikea masennus.

Seitsemän terapeutin mielestä potilaat tulivat terapiaan sopivassa vaiheessa masennuksen hoidon kannalta, kahden mielestä liian myöhään. Enemmistö piti terapiakertojen määrää yleensä riittävänä, muiden mielestä rahoitus loppui kesken. Kenenkään mielestä terapiakerrat eivät yleensä jääneet kesken potilaan motivaation puutteesta. Optimaaliseksi lyhytterapian kestoksi arvioitiin keskimäärin 19 kertaa (15–25). Lyhyenkin intervention nähtiin usein riittävän. Jatkoterapian hakuun ohjaamisessa oli suurta hajontaa. Toiset eivät ohjanneet ketään, ja toiset noin joka toisen potilaistaan. Alle puolet terapeuteista oli kohdannut hankkeessa sellaisia potilaita, joita he eivät kokeneet voivansa auttaa. Tällaisia olivat heikosti motivoituneet, kroonisesta masennuksesta tai psykoottistasoisesta häiriöistä tai vaikeasta päihdeongelmasta kärsineet.

Terapeutteja pyydettiin arvioimaan, kuinka paljon terapiassa esiin tulleista kuormitustekijöistä ja ajankäytöstä näiden käsittelyyn oli työhön tai yksityiselämään liittyviä. Hajonta oli suurta, esille tulleista kuormitustekijöistä arvioitiin olevan työperäisiä vähän alle puolet (20–80 %). Sama koski ajan käytön jakautumista terapiassa kuormitustekijöiden osalta.

”Kuinka terapiassa esille nousseita asioita voitaisiin parhaiten tuoda työterveyshuollon ja työpaikan tietoon?” Kysymykseen suurin osa vastasi kannattavansa yhteisneuvottelua työterveyshuollon kanssa tai työterveysneuvottelua potilaan ehdoilla, osa kannusti potilasta viemään terapiassa esiin nousseita tarpeitaan eteenpäin työpaikalla.

Johtopäätökset ja suositukset

Lyhytpsykoterapiaan ohjautui yllättävän moni eli vähän enemmän kuin joka toinen interventioryhmässä. Terapian saamisen käytännön helpous hankkeessa, eli valmis rahoitus, valmiit terapeuttitilat, viiveetön hoito ja lyhyet etäisyydet, ovat voineet vaikuttaa terapiaan hakeutumiseen. Terapiat alkoivat suhteellisen nopeasti, koska työterveyslääkärit oli koulutettu käyttämään terapiaa osana masennuksen akuuttihoitoa. Lisäksi lääkärit olivat ottaneet tutkimukseen mukaan potilaita, jotka heidän mielestään tarvitsivat muun hoidon lisäksi psykoterapiaa. Terapiaan ohjautumisessa oli myös lääkärikohtaisia eroja, mikä viittaa siihen, että masennuksen hoitokäytäntö on eri lääkäreillä erilainen. Interventioryhmässä, jossa potilaat tiesivät saavansa tarvittaessa terapian, sitä toivottiin avuksi enemmän kuin kontrolliryhmässä. Ero toivomuksissa voi selittyä myös sillä, että yli puolet interventioryhmän lääkäreistä kertoi ottaneensa herkemmin tutkimukseen potilaita, joiden ajatteli hyötyvän terapiasta. Hankkeen alussa tehdyn kyselyn mukaan psykoterapiamahdollisuuden puuttuminen häytti useamman kuin joka toisen lääkärin mielestä masennuksen hoitoa, joten terapiamahdollisuus tuli työterveyshuollon tarpeeseen.

Lyhytterapian käyttö ei näyttänyt vähentävän työterveyslääkärin tai -hoitajan luona käyneitä, vaan terapiassa käyneillä oli enemmän käyntejä kuin niillä, jotka eivät terapiaan ohjautuneet. Tämä viittaa siihen, että terapian käyttö on kohdentunut oikein, eli ei ole vain korvannut muuta keskusteluapua vaan on tullut potilaiden tarpeeseen. Suurimmalle osalle näytti riittävän lyhytterapia, koska jatkoteraapiaan ohjauksen sai harva. Nopeasti toipuneille riitti lyhyempikin terapia kuin hoitosuosituksen ohjeellinen määrä, joten psykoterapian käyttö näyttää olleen terapeuttien ja potilaiden tarvearvion perustuvaa eikä jäykkää ohjelman toteuttamista.

Ruumiillinen oheissairaus liittyi vähäisempään terapiaan ohjautumiseen selvästi. Tämä voi tarkoittaa sitä, että oheissairaus aiheuttaa masennusoireita tai sellaisiksi tulkittuja oireita ja potilaat ja/tai lääkärit kokevat, ettei niitä voi henkisenä prosessina hoitaa. Työterveyshuollossa tulisi olla tarkkana, ettei esimerkiksi kipuoireita tai unihäiriötä tulkita suoraan masennusoireiksi, vaan hoidetaan ruumiillisia oireita tai pitkittynyttä unihäiriötä mahdollisuuksien mukaan tehokkaasti.

Toivotun avun jakaumien perusteella on nähtävissä, että toiset potilaat ratkaisevat itse ongelmiaan aktiivisesti muun muassa terapian avulla ja toiset toivovat passiivisempaa apua, kuten lääkehoitoa ja sairauslomaa. Psykoterapian kuuluminen masennuksen hoitovalikoimaan saattaisi vaikuttaa vähentävästi halun hakeutua sairauslomalle, jos potilas tietää saavansa tehokasta apua oireisiinsa. Terapiaan hakeutumattomuutta voi selittää toivotuus ja luovuttaminen. Masennuksen hoito tulisi aloittaa ennen toivon menettämistä. Työkyvyn tukemiseen tarkoitettu ongelmien varhainen puheeksi ottaminen työpaikoilla ja masennusoireiden seulominen terveystarkastuksissa ja sairausvastaanotoilla tulee toteuttaa tehokkaasti.

Lyhytterapiaan näyttävät ohjautuneen koulutuksessa annettujen ohjeiden mukaisesti ne potilaat, jotka eivät ala toipua ensimmäisinä viikkoina. Kuitenkin vähintään osittaisen hoitovasteen saavutti seurannan loppuun mennessä suurempi osa terapiaan menneistä kuin muista potilaista. Matala työkykypistemäärä ennustaa pitkää sairauspoissaoloa. Tässä tutkimuksessa nähtiin, että terapian käyneiden potilaiden työkykypistemäärä jäi harvoin huonoksi seurantajakson lopulla. Terapian vaikutavuuden tutkimisessa on käytetty yleisesti seuranta-aikana viittä vuotta ja jopa kymmentä on suositeltu. Tämän tutkimuksen keskimäärin noin puolen vuoden seuranta-aika terapian päättymisestä on liian lyhyt terapian

kokonaishyödyn arvioimiseen ja lähes kaikilla terapiaan menneillä oli myös aktiivinen työterveyshuollon tuki ja lääkitys, jotka ovat todennäköisesti tasoittaneet ryhmien välisiä eroja.

Lyhytterapian kustannus vastaa 1–2 viikon sairauspoissaolon kustannusta. Polvinivelen tähytysleikkauksen hinnalla saisi 1–2 lyhytterapiaa. Kela ei pidä terapiaa tällä hetkellä työterveyshuollon sairaanhoitoon kuuluvana työterveyspsykologin antamana eikä ennaltaehkäisevänä toimintana, joten sen koko kustannus tulee potilaalle itselleen tai kokonaan työnantajalle, jos tämä haluaa hoitoa tarjota.

Hoitosuosituksen mukaan akuuttivaiheen lyhytterapia on vaikuttavaa hoitoa. Lyhytkin kognitiivinen psykoterapia estää myös masennuksen uusiutumista. Masennus vaikuttaa työkykyyn ja sairauspoissaoloihin. Näin ollen työnantajien kannattaisi lisätä työterveyshuollon toimintasuunnitelmiin keinot, joilla psyykkisesti sairastuneiden työntekijöiden työkyvyyn tuki varmistetaan vaikuttaviksi osoituin keinoin, kuten masennuksen lyhytterapian avulla. Lyhytterapian kustannukset jäivät murto-osaan sairauspoissaolojen kustannuksista (ks. luku 5.14). Epidemiologisten tietojen mukaan arvioiden sadan työntekijän yrityksessä masennustila ilmaantuu noin viidelle työntekijälle vuosittain. Jos joka toinen tulee hoidon piiriin ja heistä joka toinen menisi lyhytterapiaan, maksettavaksi tulisi vuosittain noin yksi lyhytterapia. Monissa yrityksissä maksetaan tällä hetkellä vuosittainen fysioterapiasarja. Sen kustannukset tulevat helposti ajan mittaan huomattavasti korkeammiksi kuin kertaluonteinen harvoille tarjottava lyhytterapia.

Lyhytterapioita on arvosteltu siitä, että ei voi etukäteen tietää, kuka olisi pitemmän terapian tarpeessa. Tutkimuksen mukaan pitemmän terapian tarve ilmeni lyhytterapioissa ja vain pieni osa potilaista sai suosituksen jat-

kaa. Mikäli masentuneen seuranta toteutuu, kuten tässä tutkimuksessa, tulee riittämätön toipuminen ilmi seurannan aikana. Työterveyslääkäri voi ohjata potilaan tarvittaessa työterveyshuollon psykiatrille kuntoutusterapia-arviota ja -lausuntoa varten. Kelan psykoterapiaohjeen mukaan tulee ennen kuntoutuspsykoterapiaa, joka korvataan osin julkisista varoista, selvittää lyhytterapian mahdollisuudet. Näin ollen tulisi harkita myös masennuksen akuuttivaiheen lyhytpsykoterapian korvaamista.

Tutkimuksen perusteella masennuksen hoidon valmiudet vaihtelevat työterveyshuollossa. Terapiasta aiheutuvat välittömät kustannukset ovat tosiasia, vaikka ne ovatkin masennukseen liittyvistä kustannuksista vain murto-osa. Tämä edellyttää asianmukaista diagnostiikkaa siltä, joka terapian tarvetta arvioi. Muuten on riskinä se, että lyhytterapiaa käytetään muuhun kuin siihen, mihin sillä on tutkimusten mukaan vaikutusta. Tämä heikentäisi terapian kustannusvaikuttavuutta. Tulisi luoda lyhytterapian käytön laatujärjestelmä, kuten Kelalla on kuntoutusterapioiden suhteen, mutta kevyempänä kuin psykiatrin B-lausunto ja kolmen kuukauden seuranta-aika edellyttävät. Työterveyshuollon palvelun tuottajan tulisi laatia masennuksen hoitokäytäntö, jossa kuvataan, millä edellytyksillä lyhytterapiaa voi käyttää, miten diagnostiikka tehdään ennen terapiaa ja kuka voi ohjata terapiaan. Ratkaistavia asioita ovat muun muassa onko terapiaan tai terapiatarvearvioon ohjaamiseen oikeutettu vain asiakasyritykselle nimetty työterveyslääkäri ja tuleeko hänen olla työterveyshuollon erikoislääkäri. Terapiatarvearvioita voivat tehdä asiaan koulutetut työterveyspsykologit, psykoterapeutit ja psykiatrit.

Julkisuudessa on usein asetettu terapia ja lääkitys vastakkain. Tutkimuksen tulosten mukaan tällaiselle asetelmalle ei ole perusteita.

5.8 Sairauspoissaolot

”Sairauspoissaolon tarvetta arvioitaessa on punnittava työstä poissaolon mahdollisia hyötyjä ja haittoja. Vaikeassa depressiossa jäljellä oleva toimintakyky ei yleensä riitä minkään työn vaatimuksiin. Keskivaikeassa depressiossa jäljellä olevan toimintakyvyn riittävyys riippuu sairauden luonteesta ja työn vaatimuksista. Lievässä depressiossa sairauslomaa ei yleensä tarvita.” (Suomalaisen Lääkäriseuran... 2010).

”Jälkioireet alentavat yleensä toimintakykyä ja saattavat hidastaa paluuta sairauslomalta työelämään masennusjakson jälkeen” (Iso-metsä 2011a, 30).

”Työpaikanvaihto oli välttämätön. Masennuslääke ja sairausloma antoivat riittävästi voimaa toteuttaa se.”

”En pitänyt sairauslomaa, vaikka se olisikin varmasti ollut tarpeellista. Työpaikan sisäinen paine oli liian kova, että olisin uskaltanut ottaa lomaa.”

”Seuranta sairasloma-aikana puuttui, esimerkiksi 6 viikkoa olin ilman yhteyksiä työterveyteen – kukaan ei kysynyt kuulumisia, vaan asiaa jatkettiin vasta sairausloman ollessa loppumassa.”

Sairauspoissaolon aikana on luotava suunnitelma työhön paluusta ja huolehdittava asianmukaisesta hoidosta. Työterveyshuollon tehtävänä on työntekijän suostumuksella sopia yhteisneuvottelusta esimiehen/työpaikan edustajien kanssa työhön paluusuunnitelman laatimiseksi. Työterveysneuvottelussa sovietaan, tarvitaanko työjärjestelyjä, kuten työn muokkausta tai korvaavaa työtä, työkyvyn ja työn vaatimusten sovittamiseksi. Vuodesta 2007 on ollut käytössä osapäiväisen työskentelyn mahdollistava osasairauspäiväraha, jota on vuoden 2010 alusta voitu myöntää sairausvakuutuslain omavastuuajan päätyttyä 72 päivän ajan. (Työterveyshuollon hyvä sairaanhoitokäytäntö 2010.)

Suomessa tehdyssä tutkimuksessa psykiatriassa avohoidossa olleista potilaista, joilla oli ensimmäinen masennustila, 61 prosenttia sai sairauspoissaolotodistuksen ja poissaolojen keskipituus oli 17 viikkoa. Seuranta-aika oli 30 kuukautta. (Sorvaniemi ym. 2003.)

Kelan tilastojen mukaan vuonna 2008 ensimmäinen masennustilan vuoksi alkaneita sairauspoissaolojaksoja oli Suomessa 26 400 jaksoa ja toistuneen masennustilan vuoksi 4 800 jaksoa. Ensimmäisen masennustilan vuoksi kirjoitettujen sairauspoissaolojen keskipituus kalenteriviikkoina oli noin 13 viikkoa ja toistuneen 17 viikkoa.

Interventoryhmän lääkärit ja hoitajat koulutettiin arvioimaan potilaan työ- ja toimintakykyä käyttämällä apuna SOFAS-asteikkoa ja masennuksesta toipumista masennusmittareiden avulla (BDI, PHQ-9) säännöllisesti seurannan aikana. Koulutuksessa muistutettiin, että työkyky ei riipu ainoastaan masennuksen asteesta, vaan siihen vaikuttavat myös asenteet, motivaatio, ammatillinen osaaminen, työyhteisö ja esimiestyö. Työterveyslääkäreitä ja -hoitajia kannustettiin yhteistyöhön työpaikkojen kanssa sekä järjestämään työterveysneuvotteluja.

Seurannan alussa 41 prosenttia kaikista potilaisista halusi sairauslomaa¹ masennuksen vuoksi. Interventoryhmässä sairauslomaa haluavien osuus oli pienempi kuin kontrolliryhmässä (37 % vs. 55 %, $p=0,023$). Osasairauslomaa toivoi interventoryhmässä 8 prosenttia ja kontrolliryhmässä 5 prosenttia potilaista. Sairauslomaa toivoivat todennäköisimmin 30–44-vuotiaat (OR 2,9 95 % LV 1,2–6,7). Sairauslomaa

toivovat halusivat unilääkitystä tai rauhoittavaa lääkitystä, työtehtävien uudelleen järjestelyä, työn keventämistä tai työajan lyhentämistä, työkokeilua tai uudelleen sijoitusta, työpaikan ilmapiiriin vaikuttamista ja työhön paluun tukemista ja seurantaa työterveyshuollon toimintana merkitsevästi enemmän kuin ne, jotka eivät toivoneet sairauslomaa masennuksen hoitona. Psykoterapiaa haluavien osuus oli pienempi sairauslomaa toivovissa kuin sitä haluamattomien joukossa.

Potilaista kaksi kolmesta oli ollut poissa masennuksen vuoksi vuoden seurantajakson aikana. Noin viidennes oli poissa työstä masennuksen vuoksi enintään neljä viikkoa, viidennes 4–11 viikkoa ja viidennes yli 11 viikkoa. Sairauspoissaolojen keskimääräinen kesto oli 12 viikkoa (mediaani 7 viikkoa). Interventoryhmässä sairauspoissaolojen kesto oli merkittävästi pidempi, 90 päivää, kuin kontrolliryhmässä, jossa sairauspoissaolo kesti keskimäärin 51 päivää. Kahdella kolmesta oli vain yksi sairauspoissaolojakso seurannan aikana. Viidesosalla jaksoja oli kaksi ja joka kymmenennellä kolmesta viiteen jaksoa.

Taulukko 20.

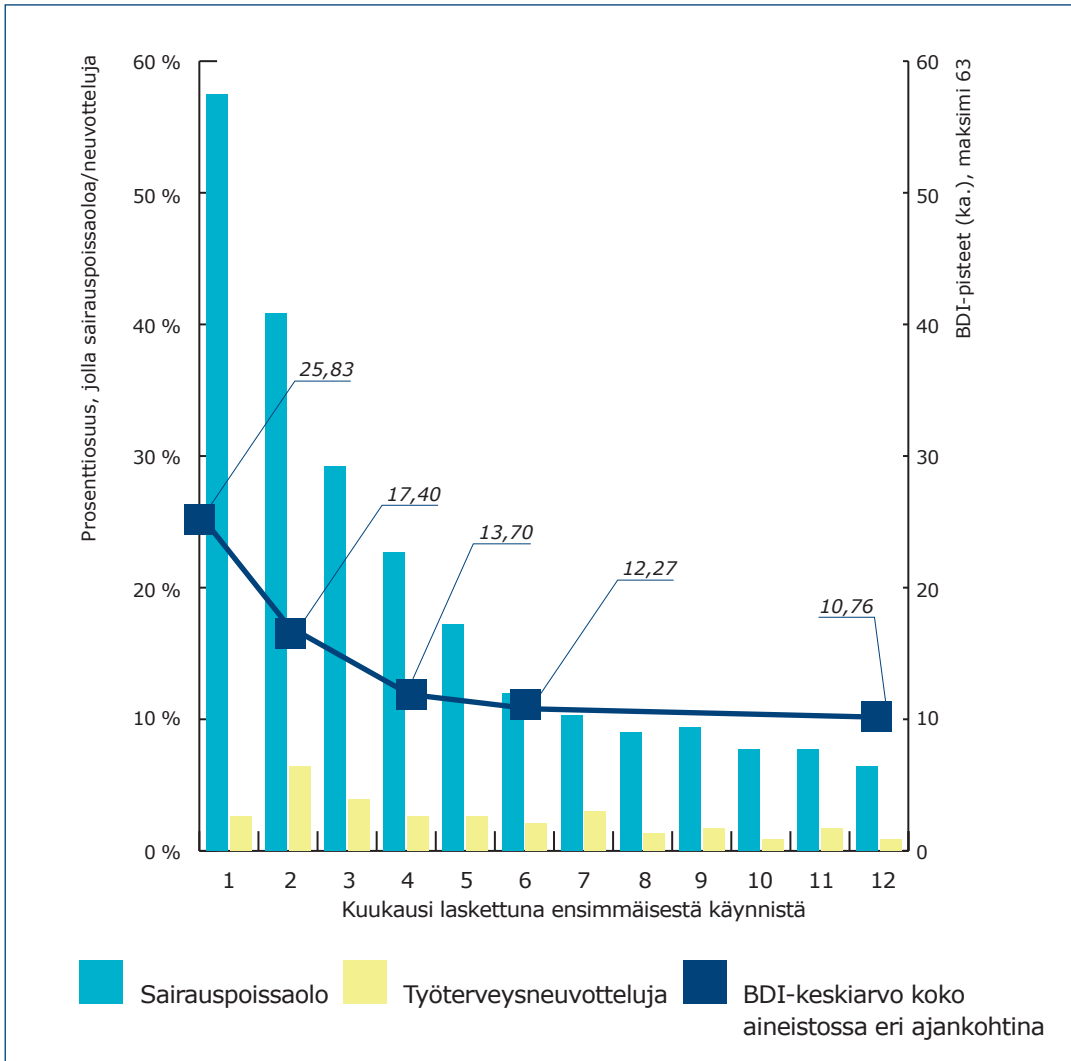
Sairauspoissaolot kalenteripäivien mukaan

| Sairauspoissaolopäivät | n | % |
|------------------------|-----|------|
| 0 | 80 | 34,3 |
| 1–30 | 49 | 21,0 |
| 31–80 | 52 | 22,3 |
| yli 80 | 52 | 22,3 |
| Kaikki | 233 | 100 |

¹ Raportissa käytetään yleisimmin termiä sairauspoissaolo. Kohdissa, joissa viitataan potilaskyselyjen tuloksiin, käytetään myös kyselylomakkeissa ollutta termiä sairauslooma.

Kaavio 13.

Osuus potilaista, joilla on ollut yksikin masennuksesta johtuva sairauspoissaolopäivä ja/tai työterveysneuvottelu kuukauden aikana sekä BDI-keskiarvon kehitys koko aineistossa.



Yli puolet potilaista oli sairauden vuoksi poissa työstä ensimmäisen hoitokuukauden aikana, jonka jälkeen työstä poissaoloiden määrä laski tasaisesti. Kolmannes potilaista ei ollut lainkaan masennuksen vuoksi poissa työstä. Heidän BDI-pisteensä olivat alkuvaiheessa keskimäärin 23,6 pistettä, kun sairauden vuoksi pois olleilla pisteet olivat 27,0 ($p=0,004$). PHQ-9-pisteet olivat vastaavasti 15,3 ja 16,7 ($p=0,02$). Työkykypistemäärät olivat vastaavasti 6,2 ja 4,0 ($p<0,001$).

Yli 300 kalenteripäivää poissaolleita oli kahdeksan, joista viisi oli naisia. Näiden potilaiden keski-ikä oli hieman tutkimusjoukon keski-ikää korkeampi, 46 vuotta. Yhdellä oli psykiatrin tekemä persoonallisuushäiriödiagnosi, yhdellä ahdistuneisuushäiriödiagnosi ja viidellä jokin ruumiillinen oheissairaus. Yhtä lukuun ottamatta kaikki olivat poissa työstä tutkimusjakson lopussa. Kaikille oli aloitettu tai kokeiltu kaksoisvaikutteista masennuslääkettä ja kaikki olivat käyneet psykiatrin konsultaatiossa. Neljällä oli lyhyt-, perhe- tai kuntoutusterapiaa. Neljältä oli otettu tutkimusjakson aikana masennuksen elimellisten syiden selvittämiseksi verikokeet. Kolmelle oli järjestetty työterveysneuvottelu. Ammatillisena kuntoutuksena haettiin uudelleenkoulutusta yhdelle potilaalle. Kahdelle tehtiin työkyvyttömyyseläkelausunto, joista toinen sai työkokeilupäätöksen. Yhdellä potilaalla oli niin vaikeat tuki- ja liikuntaelinsairaudet, että hän ei olisi pystynyt entiseen työhönsä ilman masennustakaan. Yksi potilaista odotti merkittävää leikkausta eikä ollut motivoitunut työhön. Hän ei halunnut masennukseensa hoitoa eikä osallistua työterveysneuvotteluun.

Ikä ja sukupuoli eivät vaikuttaneet siihen, oliko potilas sairauden vuoksi poissa vai ei. Alemman sosioekonomisen ryhmän potilaat olivat masennuksen vuoksi useammin poissa työstä kuin ylemmässä sosioekonomisessa asemassa olevat. Alkoholin käyttöä mittaava AUDIT-pistemäärä ei vaikuttanut sairaus-

poissaolon määrään. Potilaan toive sairauslomasta masennuksen hoidon avuksi, korkea BDI- ja PHQ-9 pistemäärä, matala työkykypistemäärä ja SOFAS-pistemäärä ennustivat selvimmin sairauspoissaoloa. Potilailla, jotka eivät halunneet terapiaa tai vaikuttamista työpaikan ilmapiiriin, olivat useammin sairauden vuoksi poissa työstä. Kuormitustekijä työssä tai henkilökohtaisessa elämässä lisäsi sairauspoissaolon todennäköisyyttä.

Pitkää eli yli 80 päivän sairauspoissaoloa ennustivat 30–44 vuoden ikä, alempi sosioekonominen asema, tupakointi, potilaan toive sairauslomasta, matala työkykypistemäärä (1–5), PHQ-9:n viittaaminen vaikeaan asteeseen masennustilaan (≥ 20) ja se, uskoiko pystyvänsä terveytensä puolesta työskentelemään nykyisessä työssään kahden vuoden kuluttua. Pitkä sairauspoissaolo oli epätodennäköisempää niillä, jotka eivät mielestään olleet koskaan kokeneet kuormittavia elämäntapahtumia tai joilla työkykypistemäärä oli vähintään kuusi, toimintakyky SOFAS-asteikolla arvioituna vähintään 80 ja jotka olivat saaneet tukea esimieheltään. Pitkä sairauspoissaolo oli muita epätodennäköisempi niillä potilailla, jotka työterveyshuoltoon erikoistunut lääkäri oli ottanut tutkimukseen.

Seurannan alussa vakavasti työkyvyttömyyseläkettä harkinneita oli 16 (7 %) eikä heidän osuutensa muuttunut seurannan aikana. Työkyvyttömyyseläkettä ilmoitti hakeneensa seurannan alussa kolme, puolivälissä 11 ja lopussa 13 potilasta. Niiden osuus, joilla työkyvyttömyyseläke oli käväissyt mielessä, laski alun 17 prosentista seurannan lopun 9 prosenttiin.

Hyödylliseksi tai erittäin hyödylliseksi sairauslomaa koki yhdeksän kymmenestä kysymykseen vastanneesta potilaista. Osa-aikaiseen sairauslomakysymykseen vastanneista kaksi kolmesta ilmoitti sen olleen hyödyllinen tai erittäin hyödyllinen.

Johtopäätökset ja suositukset

Tässä tutkimuksessa havaittua sairauspoissaolon pituutta ei voi verrata luotettavasti muihin tutkimuksiin, koska työterveyshuollon potilaat olivat valikoituneita. On selvää, että psykoottistasoisesti masentuneet, vaikeasti persoonallisuushäiriöiset ja vaikeista päihdeongelmista kärsivät eivät kykene täyttämään työelämän kaikkia vaatimuksia ja koska heidät pyrittiin karsimaan pois tutkimusjoukosta, sairauspoissaolojen pituus oletettavasti pienenee. Kelan vuoden 2008 tilastoihin verrattuna sairauspoissaolojaksot olivatkin tässä tutkimuksessa lyhyempiä ja toistuneen masennustilan diagnoosi oli selvästi yleisempi kuin Suomessa vuonna 2008 kirjoitetuissa todistuksissa. Tulokseen on saattanut vaikuttaa diagnostiikkaan panostaminen. Lääkäreiden koulutuksessa masennusjakson uusiutumistaipumus on tuotava entistä selvemmin esille.

Kolmasosa potilaista ei ollut koko seuranta-aikana poissa työstä masennuksen vuoksi. Myös heillä työkyky oli ainakin osan aikaa alentunut. Heidänkin kohdallaan olisi syytä miettiä mahdollisuutta keventää työtä, kunnes he ovat toipuneet riittävästi.

Sairauspoissaolo pitkittyi helpommin alemman sosioekonomisen aseman potilailla. Tämä voi viitata siihen, että heidän on vaikeampi vaikuttaa työn tekemisen tahtiin tai sisältöön kuin ylemmän sosioekonomisen aseman potilailla. Tämä vaatisikin aktiivista otetta työterveyshuollolta ja työnantajilta, jotta työtehtäviä muokattaisiin vastaamaan paremmin masennuksen aiheuttamaa työkyvyn väliaikaista laskua.

Tutkimuksen mukaan interventoryhmässä toivottiin sairauslomaa merkittävästi vähemmän, vaikka ryhmien työkykypistemäärät ja masennusoireipisteet olivat seurannan alus-

sa samankaltaiset. Tämä voi johtua siitä, että potilaat luottivat saavansa hoitoa masennukseensa, koska heitä oli informoitu tutkimukseen liittyvästä mahdollisuudesta saada tavanomaista tehokkaampaa hoitoa. Lyhytpsykoterapia ja psykiatrien konsultatiomahdollisuus tulisi ottaa mukaan kaikkiin työterveyshuoltosopimuksiin, koska niillä voi olla sairauspoissaolotoivetta vähentävää vaikutusta.

Seurannan lopussa oli vain muutama potilas poissa työstä pitkittyneen sairauspoissaolon vuoksi. Heidästä oli yritetty hoitaa kattavasti työterveyshuollon keinoin.

Runsaisiin sairauspoissaoloihin näyttää liittyvän alkuvaiheen alhainen työkykypistemäärä. Työterveyshuollossa tulisi tätä pitää mahdollisen sairauspoissaolon pitkittymisen merkinä ja hoitaa erityisen aktiivisesti masennusta, mahdollisia fyysisiä sairauksia ja yrittää sovittaa työtä työkykyyn yhteistyössä työnantajan kanssa. Tärkeää on myös selvittää työn ja yksityiselämän kuormitustekijät ja pohtia ratkaisukeinoja, koska ne lisäsivät sairauslomalle joutumisen todennäköisyyttä. Työkykypistemäärä on nopea apuväline potilaan työkyvyn subjektiivisen kokemisen kartoitukseen. Se ei erottele masennusta muista työkykyä rajoittavista sairauksista tai oireista, mutta näyttää korreloivan hyvin sairauspoissaolojen pituuteen. Jos masennusoireita ei enää ole ja kuitenkin työkykypistemäärä jää huonoksi, ohjaa se jatkamaan selvityksiä muiden oireiden, työpaikan ilmapiirin, esimiestyön tai motivaation osalta.

Vaikka interventoryhmän potilaiden sairauspoissaolojen keskimääräinen kesto oli pidempi, ei tieto ole välttämättä luotettava, sillä kontrolliryhmästä on yli puolen vuoden seurantatiedot sairauskertomuksissa vain joka toiselta potilaalta.

5.9 Työ- ja toimintakyvyn arviointi

Masennus heikentää monia toimintakykyyn liittyviä toimintoja kuten vireyttä, keskittymiskykyä, aloitekykyä ja muistia, joilla on merkittävä vaikutus työkykyyn ja sairauspoissaoloihin nykypäivän tietotyössä ja tehokkuutta korostavassa työelämässä. Työkyky ja siihen liittyvä lääketieteellinen tila ovat kaksi eri asiaa. Siksi työkyvyn heikentyminen tulee aina arvioida diagnoosin yhteydessä. Työkyky rakentuu Juhani Ilmarisen (2005) kehittämän työkykymallin mukaan terveydentilasta, ammatillisesta osaamisesta, arvoista ja asenteista sekä työhön liittyvistä tekijöistä, joita ovat työyhteisö, esimiestyö ja työn vaatimukset. Myös työntekijän henkilökohtaiset verkostot vaikuttavat työkykyyn.

Käytännössä työterveyshuollossa työkykyä arvioidaan jokaisen terveystarkastuksen ja sairauskäynnin yhteydessä. Jos työkyky on pitempään uhattuna tai työnantaja pyytää työkyvyn arviointia ja siitä lausuntoa, on syytä käyttää kokemuksen ja koulutuksen mukaan tuoman näkemyksen lisäksi järjestelmällisiä menetelmiä.

Toimintakyvyn ja sen vaihtelun kuvaamiseen on käytettävissä useita arviointiasteikkoja (www.toimia.fi). DSM-IV:ään sisältyvää SOFAS-asteikkoa (Social and Occupational Functioning Scale) käytettäessä ajankohtaista toimintakykyä koskeva kokonaisarvio ja toimintakyky elämän eri osa-alueilla ilmaistaan pistemäärinä. Asteikon käytön avulla voidaan tarkentaa toimintakyvyn arviointia ja kuvaamista hoidossa, kuntoutuksessa ja potilasta koskevissa asiakirjoissa.

Työkykypistemäärä soveltuu työterveyshuollon apuvälineeksi työntekijöiden työkyvyn arviointiin, muutosten havaitsemiseen ja työkykyä ylläpitävien toimien käynnistämiseen. Ruotsalaisessa tutkimuksessa verrattiin työkykypistemäärän ja koko työkykyindek-

sin käyttökelpoisuutta, ja tuloksena oli, että työkykypistemäärä on käyttökelpoinen vaihtoehto koko työkykyindeksille. (Ahlström ym. 2010.)

PHQ-9-kyselyssä tarkastellaan potilaan kokemien masennukseen liittyvien oireiden lukumäärää ja vallitsevuutta. Näiden lisäksi on mittariin lisätty kymmenes kysymys, jolla selvitetään kyselyssä ilmitulleiden oireiden vaikutusta toimintakykyyn työssä, arjessa ja sosiaalisesti (liite 9.3).

Vaativa työkyvyn arviointi saattaa edellyttää moniammatillista lähestymistapaa, jossa voidaan hyödyntää psykologin tekemiä kognitiivisia tutkimuksia tai toimintaterapeutin arviota. Tarvittaessa potilaan arviointi voidaan tehdä myös työkyvyn arviointiin erikoistuneessa yksikössä.

Tähän tutkimukseen kuului SOFAS-mittarin käyttö työ- ja toimintakyvyn arvioinnissa interventiorhymässä. Kontrolliryhmän lääkäreille annettuun koulutukseen ei työ- ja toimintakyvyn arviointi sisältynyt, eikä sairauskertomustietojen mukaan SOFAS:ta käytetty. Kontrolliryhmän potilaat täyttivät kotona kyselylomakkeen, joka oli muokattu SOFAS-asteikon pohjalta. Interventiotilaiden SOFAS-pisteiden keskiarvo oli seurannan alussa 64 pistettä. Itsearviointilomakkeella arvioituna kontrollipotilaiden SOFAS-pisteiden keskiarvo oli samana ajankohtana 65 pistettä. Molempien ryhmien potilaiden SOFAS-pisteiden keskiarvot olivat seurannan lopussa 80 pistettä. Erot eivät ole tilastollisesti merkitseviä.

Työkykypistemäärä sisältyi potilaskyselyihin. Interventio- ja kontrolliryhmät eivät eronneet alku- tai lopputilanteessa toisistaan työkykypistemäärän keskiarvojen perusteella. Molempien ryhmien alkutilanteen työkykypisteiden keskiarvo oli 4,7 ja lopputilanteen noin 7.

Työkykypistemäärällä arvioituna hyvän työkyvyn pisteisiin 8–10 seurannan lopulla pääsivät merkittävästi harvemmin ne, jotka seurannan alussa kokivat, että tuskin pystyvät terveytensä puolesta nykyiseen työhönsä kahden vuoden kuluttua (OR 0,28 95 % LV 0,10–0,81). Seurannan alussa terapiaa avukseen halunneet pääsivät harvemmin hyvään työkykypistemäärään (OR 0,52 95 % LV 0,28–0,97). Samoin oli sairauslomaa toivoneiden kohdalla (OR 0,53 95 % LV 0,28–0,99). Seurannan lopulla raportoitu saatu esimiehen tuki (OR 3,09 95 % LV 1,63–5,87, työyhteisön tuki (OR 5,41 95 % LV 2,39–12,3) ja keskusteluavun haluaminen hoidon alussa (OR 2,28 95 % LV 1,08–4,80) sen sijaan liittyivät hyvään työkykypistemäärään. Huono työkykypistemäärä 1–5 seurannan alussa ennusti sairauspoissaolon pitkittymistä (ks. luku 5.8 Sairauspoissaolot).

Lähes kaikki niistä, joilla seurannan lopussa oli SOFAS-asteikolla mitattuna hyvä työ- ja toimintakyky, ilmoittivat PHQ-9-kyselyn kymmenennessä kysymyksessä, että masennusoireista ei ole kuin korkeintaan vähäistä haittaa ($p < 0,001$). Neljä viidestä, joilla seurantajakson alussa SOFAS-pisteet olivat matalat (< 70), ilmoitti kymmenennessä kysymyksessä selvää tai huomattavaa haittaa.

Työterveysneuvottelua käytti hankkeen alussa tehdyn kyselyn mukaan noin puolet lääkäreistä työ- ja toimintakyvyn arviointiin ja loppukyselyyn vastanneista noin kaksi kolmesta. SOFAS-asteikkoa käytti alussa vain muutama lääkäri, mutta loppuvaiheessa lähes kaikki interventoryhmän lääkärit. Kontrolliryhmässä sen käyttö ei lisääntynyt hankkeen aikana. Psykiatrin konsultaatiota käytettiin työkyvyn arviointiin interventoryhmässä 15 prosentilla potilaista ja kontrolliryhmässä 6 prosentilla. Neuropsykologin tutkimuksissa kävi tutkimuksen aikana vain yksi potilas.

Johtopäätökset ja suositukset

Työ- ja toimintakyvyn arvioinnissa tulisi käyttää suosituksiin perustuvia menetelmiä. Toimintakykyä arvioidaan pitkittäisnäkökulmista selvittämällä elämän varrella esiintyneet merkittävät psyykkiset oireet ja niiden vaikeusaste. Poikittaisnäkökulmassa ajankohtaisten psyykkisten oireiden lisäksi voi hyödyntää potilaan kuvausta hänen päivittäisestä toiminnastaan. SOFAS on hyvä toimintakyvyn eri osa-alueiden kartoittamiseen, mutta se on raskas käytettäväksi järjestelmällisesti. Sitä kannattaa käyttää työkyvyn ollessa uhattuna, pyydetyissä työkykyarvioissa ja etuuslausunnoissa potilaan toimintakyvyn kuvaamisen apuna. Työterveyshuollon arkityöhön sopivampia ovat työkykypistemäärä ja PHQ-9:n kymmenes kysymys. Kymmenes kysymys näyttää mittaavan masennuspotilaan toimintakykyä varsin samansuuntaisesti kuin SOFAS-asteikko.

Masentunut voi kokea suoriutumisensa huonommaksi kuin mitä se on. Työterveysneuvottelun avulla saadaan esimiehen näkemys työkyvystä täydentämään kokonaiskuvaa (ks. luku 5.11 Työpaikkayhteistyö). Työterveyshuollon erikoislääkärillä on hyvät edellytykset koulutuksensa ja työpaikkatuntemuksensa kautta arvioida masennuspotilaan toimintakyvyn alentuman vaikutusta työkykyyn.

Työterveyslääkärit eivät olleet käyttäneet ennen hanketta järjestelmällisesti työterveysneuvotteluja tai SOFAS-asteikkoa työkyvyn arvioinnin apuna. Työterveysneuvottelutekniikan koulutukseen ja asteikkojen ja kyseilyiden käytön koulutukseen tulee panostaa. Psykiatreja konsultoitii ongelmallisissa työkykyarvioissa. Konsultaatiot eivät johtaneet yhteenkään yhteispalaveriin työterveyslääkärin kanssa, vaikka näin olisi olettanut käyvän. Ilmeisesti kirjallisen palautteen koettiin riittävän. Psykiatrin konsultaatiomahdollisuus tulisi olla jokaisella työterveyslääkärillä.

5.10 Kuntoutus

”[Ammatillisen] kuntoutuksen aikana oli helpompaa, kun oli lyhyempi työaika.”

Kuntoutuksen tavoitteena on, että työntekijä jatkaa työelämässä terveydellisistä rajoitteista huolimatta. Kuntoutus voi tukea työhön paluuta henkilöillä, joilla on sairauden, vian tai vamman aiheuttama työkyvyn alentuma ja työkyvyttömyyden uhka lähivuosina. Tukimuotona voi olla työkokeilu ammatillisena kuntoutuksena omassa työssä, jolloin potilas voi palata työhönsä muutaman kuukauden aikana työmääräänsä asteittain lisäten. Tulona on kuntoutusraha tai kuntoutustuki ja kuntoutuskorotus. Mahdollinen sijainen voi jatkaa työkokeilun ajan. Työkokeilun järjestämisen hoitaa yleensä työterveyshuolto yhteistyössä työntekijän ja työnantajan kanssa. Ellei potilas voi palata entisen työnantajansa palvelukseen, työeläkevakuuttaja voi kustantaa kuntoutussuunnitelman laadinnan kuntoutuksen palveluntuottajalla. Myös uudelleen koulutus tai täydennyskoulutus on mahdollista.

Ammatillinen kuntoutus on ensisijaista työkyvyttömyyseläkkeeseen nähden. Kuntoutusta toteuttavat Kela, työeläkevakuuttajat ja työhallinto, jotka kaikki tarjoavat asiantuntijatukea ja kustantavat lainsäädännön ja toimivaltansa puitteissa ammatillista kuntoutusta.

Masennuspotilaan ammatillisen kuntoutuksen suunnittelu tulisi aloittaa nykyistä varhemmin. Koska masennuspotilaan oma aktiivisuus kuntoutuksen käynnistämiseksi ei aina ole hyvä, on työterveyshuollon tuki ja yhteydenpito työpaikkaan, erikoissairaanhoidon, psyykkistä kuntoutusta toteuttaviin tahoihin ja sosiaalivakuutusjärjestelmään tärkeää. (Kivekäs ym. 2006; Kivekäs ym. 2008.)

Kelan osasairauspäiväraha mahdollistaa työhön paluun osa-aikaisesti aina 72 päivään asti. Osasairauspäiväraha maksetaan joko työnantajalle tai työntekijälle. Kela korvaa myös kuntoutuspsykoterapiaa työikäisille psykiatrin kuntoutustarvearvioon perustuen. Psykoterapian saaminen edellyttää, että työ- tai opiskelukyky on mielenterveyden häiriön vuoksi uhattuna ja lääkärin tekemän diagnoosin jälkeen hoitosuhde on jatkunut vähintään kolme kuukautta. Ennen kuntoutusterapian saamista on selvitettävä lyhytterapian mahdollisuus.

Työterveyslääkäreiden ja -hoitajien koulutuksissa kerrottiin Kelan kuntoutuspsykoterapian edellytyksistä. Työeläkeyhtiön kuntoutusneuvojalla oli luento-osuus ammatillisen kuntoutuksen mahdollisuuksista.

Seurannan alussa interventoryhmän potilaita 16 prosenttia ja kontrolliryhmän potilaita 11 prosenttia toivoi työkykyä ylläpitävää kuntoutusta (TYK tai ASLAK). Työkokeilua tai uudelleensijoitusta toiseen työhön toivoi 11 prosenttia interventoryhmän potilaista ja 6 prosenttia kontrollipotilaista.

Kahdeksan interventiotilaa ja yhden kontrollipotilaan työterveysneuvottelussa sovittiin ammatillisesta kuntoutuksesta. Sairauskertomuksista arvioiden joka kuudennesta potilaasta oli tehty työterveyshuollossa B-lausunto kuntoutusta tai toimeentuloon liittyvää etuutta varten. Useimmiten lausunto oli laadittu Kelan tukemaa kuntoutuspsykoterapiaa varten. Osasairauspäiväraha- ja osatyökyvyttömyyseläkelausuntoja oli tehty muutamalle potilaalle, kokotyökyvyttömyyseläkelausunto kahdelle. Psykiatri otti 38 konsultaatiopalautteessa kantaa psykoterapiaan, kuntoutustehapiasuosituksia oli 13.



Johtopäätökset ja suositukset

Hoidon ja kuntoutuksen koordinaatiosta vastasi tässä tutkimuksessa työterveyslääkäri. Psykiatrin ja työterveyslääkärin välinen yhteistyö on keskeistä ja yhteistyön välineenä käytetään konsultaatioita. Yhteispalavereja heidän ja potilaan kesken ei järjestetty.

Työkykyä ylläpitävään kuntoutukseen ei juurikaan potilaita ohjattu. Masennustilaa sairastava ei ainakaan sairauden akuuttivaiheessa ole TYK- tai ASLAK-kuntoutukseen sopiva. Potilaiden toive kuntoutuksesta voi olla myös merkki toiveesta saada hoitoa masennukseen.

Osasairauspäivärahan ja lyhytterapian käyttö on ollut perinteisesti vähäistä Kelan rahoituksen kautta. Masennuksen hoidon ja työhön paluun tukena näiden molempien edelleen lisääminen on perusteltua.

Työterveyshuollon, potilaan, työnantajan ja vakuutusjärjestelmän yhteistyötapoja on syytä hioa. Kelan kuntoutusterapian saamista tulee Kelan ohjeiden mukaan edeltää lyhytterapian mahdollisuuden selvitys. Kuntoutusterapia ei ole nimensä mukaisesti akuuttihoitoa ja sen alkamista voi joutua odottamaan työterveyshuoltoon hakeutumisen jälkeen 4–6 kuukauden ajan. Akuutisti masentuneiden potilaiden ei tulisi joutua odottamaan kuukausien ajan psykoterapeuttisen hoidon saamista. Akuuttivaiheen hoito tulee varmistaa psykoterapian osalta lyhytterapiana, joka voi riittää terapeuttiseksi hoidoksi ja osin korvata kuntoutusterapian tarvetta.

5.11 Työpaikkayhteistyö

”Työmäärän keventäminen oli välttämätöntä, lääkärin toimesta järjestettiin kolmikantakeskustelu esimiehen kanssa.”

”Neuvottelussa sovittiin työtoimenkuvaani selkeyttämisestä ja työtaakkani keventämisestä. Esimieheni lupasi myös olla aktiivisesti työelämän arjessa mukana.”

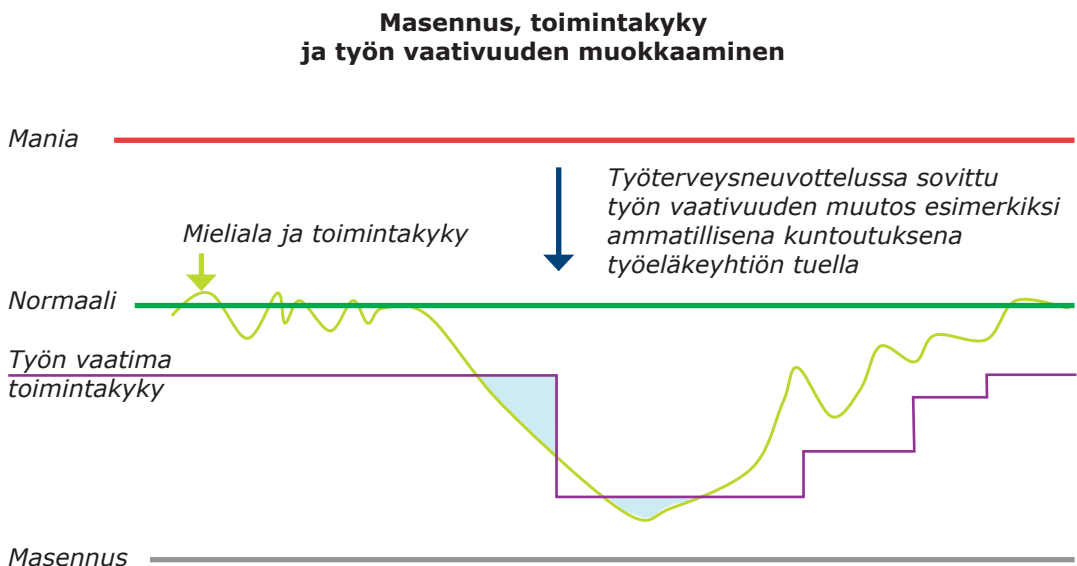
Työterveyshuoltolain mukaan työterveyshuolto on työnantajan järjestämää toimintaa ja sen painopiste on ennalta ehkäisevässä toiminnassa. Lisäksi työnantaja voi järjestää työntekijöille sairaanhoitopalveluja (Työter-

veyshuoltolaki 1383/2001 §12 ja §14). Työterveyshuollon hyvään sairaanhoitokäytäntöön kuuluu, että asiakkaat ohjataan pääsääntöisesti työpaikan nimetyille työterveyslääkärille. Oleellista kokonaisvaltaisen toiminnan onnistumiselle on työntekijän työn, työpaikan ja työyhteisön hyvä ja pitkäaikainen tuntemus.

Työterveysneuvottelu on työntekijän, esimiehen ja työterveyshuollon edustajan tapaaminen, jossa on tarkoitus saavuttaa yhteinen näkemys työntekijän työkyvyn ja työn vaatimusten suhteesta ja tarvittaessa pyrkiä muokkaamaan työtä sopivammaksi väliaikaisesti tai pysyvästi. Työajan joustomahdollisuudet voivat nopeuttaa työhön paluuta sairauspoissaolon jälkeen (Johansson ym. 2006).

Kaavio 14.

Masennus, toimintakyky ja työn vaativuuden muokkaaminen



Interventoryhmän lääkäreiden ja -hoitajien koulutuksessa tähdennettiin, että osana potilaan työkyvyn arviota on tärkeää tavata myös työnantajan edustajaa yhdessä potilaan kanssa, koska yleensä vain tämä voi vaikuttaa työn vaatimuksiin työn määrän ja laadun suhteen. Pidemmän sairauspoissaolon yhteydessä työterveysneuvottelu kehoitettiin pitämään jo sairauspoissaolon aikana. Esimiestä varten laadittiin tiedote: ”Tietoa masennuksesta esimiehelle”. Lääkäri saattoi antaa tiedotteen potilaalle, jotta hän voi antaa sen esimiehelleen.

Hanketta edeltänyttä aikaa koskeneessa kyselyssä työterveyslääkäreistä vajaa puolet ilmoitti käyttävänsä työterveysneuvottelua apuna masennuspotilaan työ- ja toimintakyvyn arvioinnissa. Yhteistyötä masennuspotilaan työnantajan tai esimiehen kanssa oli tehnyt kolme neljästä lääkäristä ja vajaa puolet hoitajista. Masennuksen hoidon onnistumista työterveyshuollossa vaikeutti yhteistyön ongelmat esimiehen kanssa vain joka kahdeksannen lääkärin ja hoitajan mielestä.

Hankkeen aikana oli havaittavissa eroja yhteydenpidossa yrityksiin. Kunnallisessa liikelaitostyyppisessä työterveyshuollossa yrityksiin yhteyttä pitivät niille nimetyt hoitajat ja masennuspotilaiden hoitoon perehtyneet lääkärit. Yrityksen integroidussa työterveyshuollossa lähtökohtaisesti kaikki lääkärit ja hoitajat huolehtivat yhteydenpidosta työntekijän esimieheen. Yksityisessä työterveyshuollossa yhteyttä pitivät pääsääntöisesti yritysten nimetyt työterveyslääkärit. Nimetty työterveyslääkäri saattoi järjestää työterveysneuvottelun, vaikka masennusta hoiti toinen työterveyslääkäri.

Työterveysneuvotteluja pidettiin yhdestä viiteen kertaan noin joka viidennelle potilaalle molemmissa ryhmissä. Neuvotteluihin osallistui 46 potilasta. Kaikissa neuvotteluissa oli mukana esimies ja lähes jokaisessa työterveyslääkäri. Yleisimmin aloitteen neuvotteluun teki työterveyslääkäri, joka myös pääsääntöisesti hoiti neuvottelun työntekijän ja esimiehen kanssa. Psykiatri ei osallistunut neuvotteluun kertaakaan.

Taulukko 21.

Työterveysneuvotteluissa (n=75) mukana olleet henkilöt

| | |
|--|----|
| Työterveyslääkäri | 71 |
| Työterveyshoitaja | 15 |
| Työterveyspsykologi | 12 |
| Psykoterapeutti | 1 |
| Työpaikan henkilöstöhallinnon edustaja | 7 |
| Työsuojeluvaltuutettu | 4 |
| Työtoveri | 2 |
| Työsuojelupäällikkö | 2 |

Työterveysneuvotteluissa sovituista toimenpiteistä yleisimpiä olivat työtehtävien uudelleen järjestelyt ja kevennys (17), työajan lyhennys (12) ja työvuorojen muutos tai muu työn organisointi (7). Osasairauspäivärahan käytöstä sovittiin 12 tapauksessa, ammatillisesta kuntoutuksesta 9 tapauksessa ja osatyökyvyttömyyseläkkeestä yhdessä tapauksessa. Vain yhdessä tapauksessa oli työhön paluun yhteydessä nimetty tukihenkilö työpaikalle.

Potilaista, jotka olivat vähintään 80 päivää poissa masennuksen tai masennuksen ja muun sairauden vuoksi, oli ollut työterveysneuvottelussa vain hieman yli puolet (57,7 %). Potilaskyselyn mukaan ensimmäisen puolen vuoden seurantajaksoilla 40 prosentille yli kuusi viikkoa poissaolleista potilaista oli tehty työhönpaluusuunnitelma työnantajan kanssa. Jälkimmäisellä puolen vuoden jaksolla työhönpaluusuunnitelma oli tehty 30 prosentille potilaista.

Seurantajakson lopussa tiedusteltiin potilaiden kokemuksia masennuksen hoidosta. Työtehtävien uudelleen järjestelyä ja kevennystä koskevaan kysymykseen vastasi 40 potilasta, joista vajaa puolet koki sen hyödylliseksi tai erittäin hyödylliseksi. Neljännes ei ollut saanut kyseistä apua, vaikka olisi tarvinnut. Työajan lyhennystä koskevaan kysymykseen vastasi 34 potilasta, joista alle puolet koki työajan lyhennyksen hyödylliseksi tai erittäin hyödylliseksi ja kolmannes jäi kyseistä apua kaipaamaan. Työkokeilukysymykseen vastasi 22 potilasta, joista neljännes koki hyötyneensä ja kolmannes jääneensä vaille.

Koettu esimiehen tuki liittyi merkitsevästi toipumiseen BDI:llä, työkykypistemäärällä, Sofaksella ja PHQ-9:llä mitaten. Lisäksi pitkän sairauspoissaolon todennäköisyys oli pienempi niillä, jotka kokivat saavansa tukea esimieheltään. Koettu työyhteisön tuki taas liittyi toipumiseen BDI:llä, työkykypistemäärällä ja PHQ-9:llä mitaten (ks. liitetaulukot).

Työterveysneuvottelua työ- ja toimintakyvyn arvioinnissa apuna käytävien osuus kasvoi vain vähän interventioryhmässä hankkeen aikana. Kontrolliryhmässä ei tullut muutosta. Yhteistyöhön masennuspotilaan työnantajan tai esimiehen kanssa ei tullut muutosta kummassakaan ryhmässä. Harva työterveyslääkäri piti yhteistyön ongelmia esimiehen kanssa hoitoa vaikeuttavana tekijänä.

Johtopäätökset ja suositukset

Tutkimuksen mukaan alemman sosioekonomisen ryhmän potilailla on heikommaksi koetun työkyvyn lisäksi enemmän pitkittyviä sairauspoissaoloja masennuksen vuoksi (ks. luku 5.9 Työ- ja toimintakyvyn arviointi). Tämän vuoksi tulisi aina selvittää, kuinka paljon työntekijä voi vaikuttaa itse työmääräänsä ja ehdottaa työterveysneuvottelua, mikäli poissaolo uhkaa pitkittyä.

Tutkimuksen mukaan työterveysneuvotteluja käytiin sitä useammin, mitä pitempi sairauspoissaolo oli ollut, joten ne kohdentuivat oikein. Pitkään työstä poissaolleista kuitenkin vain vähän yli puolet oli ollut työterveysneuvottelussa. Kesäkuun 2012 alussa voimaan tuleva laki sairauspäivärahan maksamisen edellytyksistä 90 päivärahopäivän jälkeen tulee lisäämään työterveysneuvotteluja työterveyshuollossa.

Tämä hanke ei juuri lisännyt työterveysneuvotteluyhteistyötä. Kontrolliryhmässä aktiivisuus on yhtä suurta kuin interventiorhmässä. Tämä viittaa siihen, että neuvottelujen järjestäminen osattiin.

Työterveyshuollossa on asiantuntijan roolissa tehtävänä antaa neuvontaa ja ohjausta työnantajalle työntekijöiden työkyvyn tukemiseksi. Työhönpaluusuunnitelmia oli tehty vähemmistölle yli kuusi viikkoa työstä poissaolleista. Esimiehiä tulee neuvoa pitämään yhteyttä sairauden vuoksi poissaoleviin työntekijöihin ja valmistelemaan työhön palaamista.

Työkyvyn tukemisessa on työnantajalla ja tämän järjestämällä työterveyshuollossa päävastuu. Työnantajien tulee luoda työpaikalle käytäntö, jossa varhaisesti otetaan puheeksi työkykyongelmat ja käytetään työterveyshuoltoa asiantuntijana, mikäli ongelmat liittyvät terveydentilaan. Näin voidaan puuttua varhemmin kuormitustekijöihin, jotka usein liittyvät masentumiseen. Työterveysneuvotteluin tulee yhdessä tutkia mahdollisuudet tehdä työtä ilman kuukausien sairauspoissaoloa, koska pitkittyviin poissaoloihin liittyy työkyvyttömyyden riski. Työterveysneuvottelusta tulee tehdä muistio, johon kirjataan tehdyt sopimukset työn suhteen ja kenelle kuuluu ammatillinen seurantavastuu ja kenelle lääketieteellinen. Lopuksi muistio kierrätetään ja hyväksytetään neuvotteluun osallistuneilla, mikä varmistaa yhteisen sitoutumisen sovittuun.

Työterveysneuvottelujen pitäminen ei välttämättä ole ryhmädynaamisena tapahtumana yksityisyyden suojaa hipovine ja usein työelämän juridiikkaa sisältävine aiheineen itsensänselvyys kaikille lääkäreille. Neuvottelun vetämiseen tulee järjestää koulutusta.

5.12 Työterveysyksiköiden tuki hankkeen aikana

Interventoryhmän työterveyslääkäreitä ja -hoitajia tuettiin heidän työskentelyssään hankkeen aikana. Työterveyslaitoksen tutkijaryhmä, etupäässä psykiatrian erikoislääkäri ja työterveyshoitaja, kävivät ohjaus- ja tukikäynneillä työterveyshuollon toimipisteissä. Näitä käyntejä tehtiin interventoryhmässä 2–6 kuhunkin toimipisteeseen. Kunkin toimipisteen tapaamisissa oli vähintään kerran mukana myös hankkeen projektipäällikkö, joka on työterveyshuollon erikoislääkäri. Lisäksi erityisasiantuntijana toiminut työterveyshoitaja, jolla on myös työnohjaajan koulutus, opasti kognitiivisten työkalujen käyttöön neljässä toimipisteessä. Työterveyshoitaja opasti ja tuki lääkäreitä ja hoitajia myös yksittäisillä käynneillään tarkistaessaan ja noutaessaan potilasseurantakansioita. Näitä käyntejä oli useita jokaista lääkäriä kohti enimmillään pari kertaa kuukaudessa. Kontrolliryhmässä vastaavia käyntejä oli 0–3 toimipistettä kohti koko hankkeen aikana. Käynneillä varmistettiin, että potilaiden diagnosointi ja hankkeeseen mukaanotto tapahtui koulutusten mukaisesti. Vuoden seurannan päätyttyä yksiköistä noudettiin sairauskertomuksista kerättävät tiedot.

Haastatteluissa ja tukikäyntien aikana käydyissä keskusteluissa kävi ilmi, että työterveyslääkärit ja -hoitajat kaipaivat rakennetta masennuksen hoitoon. Kaikki aktiivisesti mukana olleet interventoryhmän lääkärit ja hoitajat kertoivat saaneensa rakenteen hankkeen myötä ja olivat erityisen tyytyväisiä saamiinsa työkaluihin. Osallistuneet työterveyshoitajat olivat kokeneita ja valmiita psyykkisten ongelmien käsittelyyn. Yhdellä työterveyshoitajista oli psykiatrisen erikoissairaanhoitajan koulutus ja usea oli saanut psyykkisen hoidon täydennyskoulutusta. Lääkärit, jotka ottivat tutkimukseen useita potilaita, olivat kiinnostuneita psyykkisten sairauksien hoidosta ja monella oli lisäksi pitkäaikoinen kokemus potilastyöstä. Aluksi he kokivat mittariston työlääksi ja tämä vaikeutti potilaiden ottamista tutkimukseen. Hankkeen alkuvaiheessa myös potilaat kieltäytyivät mukaantulosta. Hankkeen edetessä potilaiden tutkimukseen mukaanottamisen ongelmista ei enää viestitetty.

Tutkimuksesta jäi pois muutamia potilaita heidän työpaikkansa tai työpaikan työterveyshuollon palveluntuottajan vaihtuessa. Keskeytyksistä suurin osa tapahtui siksi, että potilaat peruuttivat tilatun ajan eivätkä varanneet tilalle uutta aikaa. Seurannan varmistamiseksi jotkut lääkärit ja hoitajat sopivat keskenään yhteydenotoista potilaaseen. Joitakin lääkäreitä jouduttiin muistuttamaan seurannan tärkeydestä enemmän kuin toisia. Varmistelusta huolimatta osa potilaista keskeytti, useimmat tutkimuksen alkupuolella, mutta joitakin myös vuoden seurannan loppupuolella. Työterveyslaitoksen tutkijat eivät olleet potilaisiin suoraan yhteydessä kyselyitä lukuun ottamatta.

Masentuneen potilaan hoidossa lääkäreiden ja hoitajien yhteistyö jäi vähäiseksi. Syyksi kerrottiin, että oltiin tottumattomia hoitamaan sairauksia yhdessä ja muun muassa potilaita koskevat palaverit olivat harvinaisia. Vain yhdessä yksikössä pidettiin säännöllisiä hoitopalavereja moniammatillisissa tiimeissä. Työterveyshuollon sovittujen käytäntöjen, totuttujen työtapojen ja kiireisen työtahdin kerrottiin vaikuttavan siihen, ettei koettu tarpeelliseksi kehittää tiettyjä toimintatapoja yhden sairauden osalta. Hankkeen lopussa kahdessa yksikössä ilmaistiin selvästi, että haluttiin jatkaa masennuksen hoidon kehittämistä muun muassa yhteistyötä parantamalla. Toinen oli pieni yksikkö, jossa hoitajat olivat mukana potilaan seurannassa ja toisessa yksikössä oli käytössä moniammatilliset hoitopalaverit jo ennen hanketta. Hoitajat olivat melko vähän mukana tutkimuspotilaiden hoidossa ja seurannassa. Seitsemän interventioyksikön hoitajista kolmessa hoitajat olivat jossain hoidon vaiheessa mukana ja lisäksi kahdessa hoitajat tavoittelivat kadonneita potilaita lääkärin apuna.

Case manager, eli potilaan seurannasta ja hoidon koordinoinnista vastaava, oli työterveyslääkäri lähes koko seurannan ajan yhtä työterveyshuollon toimipistettä lukuun ottamatta. Tässä toimipisteessä yksi lääkäri vaihtoi työpaikkaa ja jäi pois hankkeesta, minkä jälkeen työterveyshoitajat toimivat case managereina akuuttihoiton jälkeen joidenkin potilaiden osalta. Yksi työterveyshoitajista oli myös psykiatrinen erikoissairaanhoitaja. Kolmessa toimipisteessä toipumisen jälkeiset tutkimukseen kuuluvat seurannat hoitajat järjestivät itsenäisesti, mutta silloinkin koordinaativastuu säilyi lääkärillä. Kun hoitaja oli mukana seurannassa, hän usein järjesti työterveysneuvottelun ja osallistui siihen. Koska hoitajat osallistuivat vähäisesti seurantaan ja hoitoon, he osallistuivat harvoin työterveysneuvotteluun.

Tutkimushankkeen yhtenä keskeisenä päämääränä oli potilaan riittävän pitkä yksilöllinen seuranta. Ennako-oletuksena oli, että seuranta sopisi työterveyshoitajan tehtäväkenttään potilaan toipumisen jälkeen ja lääkärit halusivat jakaa hoidon taakkaa. Koulutuksessa tähän rohkaistiin. Seurannan jäämiseen lääkärin harteille on saattanut vaikuttaa tieto siitä, että hoitoa tutkittiin ja siitä raportoitiin. Tukikäynneillä saadun tiedon perusteella suurin osa työterveyshoitajista jäi kaipaamaan enemmän yhteistyötä lääkärin kanssa masennuspotilaan hoidossa. Myös useat lääkärit kertoivat yhteistyön tarpeesta.

5.13 Työnohjaus

Työnohjauksessa voidaan käsitellä hoitosuhteisiin, työyhteisöön tai omaan työrooliin liittyviä kysymyksiä, kokemuksia ja tunteita. Hoidollisen vuorovaikutuksen analysoiminen voi avata uusia näkökulmia hoidettavaan, jolloin työnohjauksella on hoidollinen merkitys. Työperäisten kuormittavien tunteiden purkamisella on myös työsuojelullinen merkitys hoitotyötä tekeväille. Terveystuotoalalla ammatillisen työnohjauksen (Koivu ym. 2008) ja Balint-ryhmien antaman tuen on todettu ehkäisevän työuupumusta perusterveydenhuollon lääkäreillä (Kjeldmand & Holmström 2008).

Hankkeen yksi osa oli tuki interventiotyöterveysyksiköille. Tuki koostui muun muassa työterveyslääkäreiden ja -hoitajien tapaamisista, hoidon ongelmien kartoittamisesta ja ratkaisujen luomisesta. Tämä tuki on toiminut osaltaan työnohjauksellisena, vaikka sitä ei varsinaisena työnohjauksena voi pitääkään. Työterveyshuoltoyksiköitä tukivat Työterveyslaitoksen palveluksessa oleva psykiatri, työterveyshoitaja ja -lääkäri, joilla oli työnohjaajan pätevyys.

Kaikista hankkeesta mukana olleista lääkäreistä oli työnohjauksesta kokemus hanketta edeltävältä ajalta 29 prosentilla ja hoitajista 25 prosentilla. Lääkäreistä 44 prosenttia ja hoitajista 63 prosenttia tunsivat tarvitsevänsä työnohjausta. Työnohjausta tunsivat tarvitsevänsä useammat niistä lääkäreistä, joilla oli alle viiden vuoden työkokemus työterveyshuollosta kuin niistä, joilla oli enemmän työkokemusta. Hoitajilla työkokemuksen määrä ei juuri vaikuttanut koettuun työnohjauksen tarpeeseen. Kokemus työnohjauksesta ei vaikuttanut siihen, kuinka paljon masennuspotilaita lääkärit arvioivat hoitavansa tai kuinka paljon he arvioivat käyttävänsä aikaa masennuspotilaan vastaanotokäyntiin. Masennuspotilaiden hoitoa oli keskitetty työnohjausta käyttäneille lääkäreille enemmän kuin muille. Masennuspotilaat kokivat työterveyslääkärin keskusteluavun ja työterveyshuollosta saamansa avun yhtä hyödylliseksi riippumatta lääkärin työnohjauskokemuksesta.

Lääkäreille ja hoitajille tarjottiin viisi kertaa 1,5 tunnin työnohjausta hankkeen loppuvaiheessa. Lääkäreille tiedotettiin lisäksi mahdollisuudesta osallistua lääkäreiden ryhmätyönohjausta järjestävän Balint-yhdistyksen kahden päivän seminaariin, jossa osallistutaan työnohjausryhmiin.

Hankkeeseen potilaita ottaneille lääkäreille tarjottiin työterveyshuollon konsultoivan psykiatrin antamaa työnohjausta; työterveyshoitajille työnohjausta antoi työterveyshoitaja. Tilaisuuteen tarttui kolme lääkärinä ja neljä hoitajana. Kukaan lääkäreistä ei osallistunut työnohjausseminaariin. Joissakin työterveyshuoltoyksiköissä oli depressiohoitajana toimivia työterveyshoitajia, joille oli järjestetty työnohjaus työnantajan toimesta.

Ennen hankkeen alkua valmiutensa hoitaa masennuspotilaita koki hyväksi tai erittäin hyväksi 60 prosenttia työnohjausta käyttäneistä lääkäreistä ja 13 prosenttia hoitajista. Muista vastaavasti kokivat 49 prosenttia ja 6 prosenttia (kolme hoitajaa).

Hankkeen alussa vain muutamat lääkärit ja hoitajat kokivat hoidon henkisen kuormittavuuden masennuksen hoitoa vaikeuttavaksi tekijäksi. Niistä lääkäreistä, jotka vastasivat myös loppukyselyyn, kuormituksen tunne oli edelleen vähentynyt molemmissa tutkimusryhmissä. Työnohjausta ennen hanketta käyttäneiden lääkäreiden hoitamien potilaiden BDI-pisteissä ei ollut seurantajakson aikana eroa työnohjausta käyttämättömien lääkäreiden potilaiden pisteisiin.

Työterveyshuollon tukikäynneillä keskusteluissa ilmeni, etteivät aktiivisesti tutkimuksessa mukana olleet lääkärit ja hoitajat kokeneet masennuksen hoitoa raskaaksi. Hankkeen aikana toteutuneesta työnohjauksesta hoitajat kokivat saavansa apua varsinkin masentuneen potilaan kohtaamiseen ja omien voimavarojen ymmärtämiseen. Myös uusien näkökulmien löytäminen työssä esiintyville ongelmille koettiin hyväksi.

Johtopäätökset ja suositukset

Tutkimuksen perusteella näyttää siltä, että työnohjauksen koettu tarve liittyy vähäisempään työkokemukseen lääkäreillä, mutta ei työterveyshoitajilla. Hoitajat eivät perinteisesti ole juuri saaneet osallistua masennuksen hoitoon työterveyshuollossa, joten kokemustakaan ei ole voinut kertyä. Työnohjausta tulisi tarjota varsinkin nuorille lääkäreille ja kaikille työterveyshoitajille, jos heidän halutaan osallistuvan masennuksen hoitoon. Lääkärit, joille oli keskitetty masennuspotilaiden hoitoa, olivat olleet vähän useammin työnohjauksessa kuin muut. Tämä yhteys voi selittyä sillä, että toisilla lääkäreillä on kiinnostus psyykkisten asioiden hoitamiseen ja se herättää kiinnostuksen myös työnohjaukseen ja hoidossa ilmenevät mahdolliset ongelmat edelleen ruokkivat tarvetta.

Keskusteluissa osallistuvien lääkäreiden ja hoitajien kanssa tuli ilmi, ettei heillä ollut selvää kuvaa siitä, mitä työnohjaus on. Vain pieni osa lääkäreistä ja hoitajista oli valmis keväällä 2011 tarjottuun työnohjaukseen, vaikka noin joka toinen ilmoitti tarvetta työnohjaukseen olevan. Lääkäreille ja hoitajille tulisi tarjota mahdollisuutta osallistua pätevyityneiden työnohjaajien erityyppisiin työnohjaustilaisuuksiin, joissa he saisivat käsityksen siitä, mitä erityyppiset työnohjaukset ovat ja voisivat valita itselleen sopivimman.

Hankkeen tarjoaman kaltaisen ohjauksellisen tuen tarvetta mitä ilmeisimmin työterveyshuollossa on, joten työntekijöille tulisi tällaista tarjota. Tukea voisi antaa masennuksen hoidossa kokemusta saanut työterveyslääkäri lääkäreille ja työterveyshoitaja hoitajille. Psykiatrian erikoislääkäri voisi tukea työterveyshuoltoa diagnostiikan ja hoidon osalta vaikkapa hoitopalaverissa.

5.14 Kustannukset ja niiden muodostuminen

5.14.1 Vastaanottokäyntien kustannukset

Tutkimuksessa hoidon kustannukset pyrittiin määrittämään mahdollisimman tarkasti potilaskohtaisesti. Hoidon kustannukset muodostuivat potilaiden käyntikustannuksista eri terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden vastaanotoilla (työterveyslääkärit, -hoitajat, -psykologit ja psykiatrit), potilaille määrättyjen masennuslääkehoitojen kustannuksista sekä lyhytpsykoterapiakustannuksista. Lisäksi hoitoon liittyvien kustannusten ohella tarkasteltiin potilaiden sairauspoissaoloista muodostuneita kustannuksia lähtökohtana henkilön ammattinimikkeen ja toimialan mukainen keskimääräinen kuukausipalkka. Palkkatietojen lähteenä käytettiin palkkatilastoja vuosilta 2009 ja 2010¹.

Vastaanottokäyntien kustannukset pyrittiin laskemaan mahdollisimman tarkasti potilaskohtaisesti käyttäen perusteena toteutuneita hoitoaikoja ja kolmen palveluntuottajaorganisaation eri ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden palveluhintoja. Potilaskohtaiset vastaanotto-, lääke- ja terapiakustannukset sekä sairauspoissaolojen kustannukset (sairauspoissalopäivät kertaa poissaolon hinta henkilön palkkakustannuksesta laskettuna) esitetään kokonaissummina. Tässä yhteydessä ei kiinnitetä erityistä huomiota siihen, mikä taho ne maksaa (työnantaja, potilas vai Kansaneläkelaitos) Suomen terveydenhuoltojärjestelmässä tai työterveyshuoltopalveluita tehtyihin työnantajan ja palveluntuottajan välisiin sopimuksiin perustuen. Tämä valinta

on tehty ajatellen sitä, että kustannustiedot olisivat vertailukelpoisia myös kansainvälisesti, mikä tarkoittaa riippumattomuutta siitä terveydenhuoltojärjestelmästä, jonka piirissä tutkittu hoito on tuotettu.

Vastaanottokäynnin hinta saatiin kertomalla vastaanottoon käytetty aika (hoidon tuotaneen ammattihenkilön tai asiantuntijan muistiin merkitsemä) vastaanottokäynnin yksikköhinnalla. Vastaanottokäynnin ammattihenkilö- ja asiantuntijakohtaiset yksikköhinnat (euroa tunnissa) luonnollisestikin olivat eri suuruisia tutkimuksessa mukana olleissa eri työterveyshuollon tuottajaorganisaatioissa. Kaikkien potilaiden kohdalla heitä hoitaneet lääkärit tai muut terveydenhuollon ammattihenkilöt ja asiantuntijat eivät olleet jokaisella vastaanottokäynnillä merkinneet vastaanoton ajallista kestoa. Näissä tapauksissa laskettiin jokaisen potilaan kohdalla keskimääräinen vastaanottokäyntiin käytetty aika niistä käynneistä, joista tieto vastaanoton ajallisista kestoista oli olemassa.

Vastaanottokäyntien kokonaiskustannukset potilasta kohden olivat keskimäärin hieman alle 1 100 euroa koko tutkimuksen seurantaajalla. Tutkimusaineistossa potilas oli käynyt keskimäärin 13 kertaa vastaanotolla. Keskimääräinen vastaanottokäynnin hinta tutkimusaineistossa oli noin 80 euroa. Potilaskohtaiseen vastaanottokäyntien kokonaishintaan vaikutti erityisesti se, minkä hintaisen palveluntuottajan vastaanotolla potilas oli käynyt ja montako hoitokertoja oli. Psykiatrian erikoislääkäripainotteinen hoito tuli näin ollen kokonaishinnaltaan muulla tavoin painottunutta hoitoa kalliimmaksi. Rahamääräisesti suurin potilaskohtainen vastaanottopalveluiden käyttö oli arvoltaan lähes 3 500 euroa tutkimuksen seuranta-aikana. Aineistossa oli myös potilaita, jotka käyttivät vastaanottopalveluita vain muutamia kertoja.

¹ Kuukausipalkkatilasto lokakuulta 2010.

Elinkeinoelämän keskusliitto 2010. Kuntasektorin kuukausipalkat ammateittain 2009.

Tilastokeskus: www.stat.fi

Vastaanottokäyntien kustannukset eri palveluntuottajaorganisaatioissa

Työterveyshuollon eri palveluntuottajaorganisaatioissa keskimääräiset potilaskohtaiset vastaanottokustannukset koko tutkimusaineistossa tutkimuksen seuranta-ajalta laskettuina erosivat tilastollisesti merkitsevästi toisistaan. Yksityisellä lääkäriasemalla tuotettu hoito maksoi potilasta kohti keskimäärin 1 160 euroa tutkimuksen seuranta-aikana. Kunnallisessa liikelaitoksessa annettu hoito maksoi keskimäärin 1 123 euroa ja edullisin potilaskohtainen hoitokustannus vastaanottojen osalta havaittiin yrityksen omassa työterveyshuollossa, eli keskimäärin 701 euroa per potilas. Nämä ryhmien väliset erot eri palveluntuottajaorganisaatioiden välillä olivat siis tilastollisesti merkitseviä (p -arvo $<0,001$).

Tarkasteltaessa edellä käsiteltyä kustannuserää interventio- ja kontrolliryhmien välillä eri palveluntuottajaorganisaatioissa havaittiin, että yrityksen omassa työterveyshuollossa interventioryhmän potilaiden keskimääräinen vastaanottokustannus oli pienin ja muilla palveluntuottajilla euromääräisesti yhtä suuri, mutta nämä erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Yrityksen oman työterveyshuollon tunti-laskutuksen hinta ei ole vertailukelpoinen yksityisen työterveyshuollon tai kunnallisen työterveysliikelaitoksen hintojen kanssa. Hinnan määrittäminen olisi vaatinut yrityksen kulujen tarkan jyvityksen työterveyshuollon osalle ja sellaista ei pystytty tekemään, vaan jouduttiin käyttämään arviona annettua hintaa. Yksityinen työterveyshuolto ja kunnallinen liikelaitos sen sijaan laskuttavat tarkan tuntihinnan mukaan.

Taulukko 22.

Vastaanottokäyntien, masennuslääkehoidon ja lyhytpsykoterapian keskimääräiset potilaskohtaiset kustannukset (euroa)

| | Vastaanotto- käyntien kokonaishinta per potilas | Masennus- lääke- kustannukset yhteensä | Lyhytpsykoterapian kokonaishinta (sisältäen myös terapian loppulausunnon) | Euroa per vastaanottokerta keskimäärin | Vastaanotto- kertojen lukumäärä |
|-----------|--|---|---|--|---------------------------------------|
| Keskiarvo | 1 090,79 | 188,58 | 1 048,21 | 80,25 | 13 |
| Mediaani | 914,10 | 124,24 | 1 150,00 | 79,74 | 12 |
| Minimi | | | | 27,97 | 2 |
| Maksimi | | | | 160,30 | 38 |

5.14.2 Masennuslääkehoidon ja lyhytpsykoterapian kustannukset

Potilaskohtaiset lääkehoidon kustannukset laskettiin käyttäen potilaalle määrättyjen lääkkeiden hintatietojen lähteenä Terveysportti-internetsivuston kautta löytyviä lääkkeiden hintatietoja (www.terveysportti.fi/terveysportti/geneerinen.koti). Keskimääräinen lääkekustannus tutkimusaineistossa oli potilasta kohden hieman alle 190 euroa tutkimuksen seuranta-aikana. Tämän tutkimuksen aineistossa potilaiden saaman terapian hinta oli keskimäärin noin 1 050 euroa potilasta kohden tutkimuksen seuranta-aikana.

5.14.3 Sairauspoissaolojen kustannukset

Sairauspoissaolojen kokonaiskustannusten määrittelyn lähtökohtana oli selvittää kokonaiskustannukset jokaisen potilaan kohdalla käyttäen lähtötietoina potilaan ammattinimikkeen ja toimialan mukaisesti määritettyä kuukausittaista keskipalkkaa palkkatilastoihin perustuen. Tässä yhteydessä ei kiinnitetä erityistä huomiota yleisesti tunnettuun työntekijän sairauspoissaolon kustannusten jakautumiseen työnantajan ja Kansaneläkelaitoksen välillä Suomen terveydenhuoltojärjestelmässä. Syynä on se, että tavoitteena on esittää myös kansainvälisesti vertailukelpoisia hintoja ja työntekijän sairauspoissaololle riippumatta siitä terveydenhuoltojärjestelmästä, jonka piirissä tutkimus on tehty.

Minkälaisia työntekijöitä palkkatasonsa puolesta interventio- ja kontrolliryhmien potilaat sitten olivat? Interventioryhmässä potilaan keskimääräinen palkka oli 2 660 euroa kuukaudessa ja kontrolliryhmässä puolestaan 2 550 euroa kuukaudessa. Tutkimuksen interventio- ja kontrolliryhmien välillä potilaiden keskimääräiset palkat eivät eronneet tilastollisesti merkittävästi toisistaan. Tarkasteltaessa tutkimusaineiston potilaiden ammattinimikkeen ja palkkatilastojen mukaan määritettyjä palkkatasoja havaittiin, että korkein keskimääräinen palkkataso oli yksityisen lääkäreiden työterveyshuollon piirissä asioineilla potilailla ja keskimääräinen palkkataso oli puolestaan matalin kunnallisen liikelaitoksen piirissä asioineilla. Yrityksen omassa työterveyshuollossa asioineiden potilaiden keskimääräinen palkkataso sijoittui näiden edellä mainittujen välille (tulos tilastollisesti merkitsevä, p-arvo 0,020).

Koko tutkimusaineistossa sairauspoissaolopäiviä määrättiin keskimäärin 52 päivää tutkimuksen seuranta-aikana. Jotkut potilaat eivät olleet poissa masennuksen vuoksi lainkaan ja hyvin harvalukuinen joukko potilaita oli poissa masennuksen vuoksi koko seuranta-ajan, eli vuoden laskettuna ensimmäisestä käynnistä lääkärin vastaanotolla. Yksityisen lääkäri-aseman palveluja käyttäneet potilaat olivat poissa masennuksen vuoksi keskimäärin 59 päivää. Kunnallisen liikelaitoksen työterveyshuollon palveluja käyttäneet potilaat olivat poissa masennuksen vuoksi keskimäärin 47 päivää. Vähiten poissa olivat yrityksen oman työterveyshuollon palveluja käyttäneet potilaat, joiden sairauspoissaolon kesto oli vain 27 päivää.

Myös tutkimusaineistossa havaittujen sairauspoissaolojen enimmäispituuksien keskinäinen järjestys eri palveluntuottajien välillä oli samanlainen. Kiinnostavuudestaan huolimatta nämä tulokset eivät osoittautuneet tilastollisesti merkitseviksi (p-arvo 0,207). Tilastollisesti merkitseviksi eivät osoittautuneet myöskään erot sairauspoissaolopäivien määrissä interventio- ja kontrolliryhmien välillä. Näin ollen voidaan olettaa, että tässä aineistossa sairauspoissaolojen määräämiskäytännöt eivät juuri eronneet toisistaan eri palveluntuottajaorganisaatioissa eivätkä interventio- ja kontrolliryhmissä. Erityyppisten palveluntuottajien välisiä työterveyshuollon eroja olisi tärkeää tutkia laajemmilla aineistoilla, sillä tutkimustietoa tarvitaan lisää siitä, tuottaako ulkoistettu työterveyshuolto työnantajalle tai työntekijälle parempaa tai kustannustehokkaampaa palvelua verrattuna yrityksen omaan työterveyshuoltoon.

Keskimäärin tutkimuksen seuranta-aikana (vuosi laskettuna ensimmäisestä vastaanotokäynnistä) sairauspoissaolojen kustannukset olivat koko aineistossa 6 167 euroa (ilman palkan sivukuluja) sekä 7 646 euroa (työntantajan palkan lisäksi maksamat 24 prosentin sivukulut sisältäen).

Tarkasteltaessa sairauspoissaolopäivistä muodostuneita kokonaispalkkakustannuksia (ilman palkan sivukuluja) interventio- ja kontrolliryhmissä havaittiin, että interventiorryhmän potilailla sairauspoissaolokustannusten keskiarvo oli koko aineiston keskiarvoa suurempi eli 6 760 euroa ja kontrolliryhmässä puolestaan koko aineiston keskiarvoa pienempi (3 820 euroa). Keskiarvojen erot interventio- ja kontrolliryhmien välillä eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä. Myöskään tarkasteltaessa sairauspoissaolojen kustannuksia eri työterveyshuollon palveluntuottajaorganisaatioiden välillä ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja.

Interventiorryhmässä pyrittiin takaamaan työterveyshuollon paras mahdollinen masennuksen hoito. Interventiotilaiden käynnit työterveyshuollossa maksoivat keskimäärin 1 219 euroa, lyhytpsykoterapia 1 050 euroa ja lääkitys 221 euroa. Hoidon kokonaiskustannus oli vain kolmannes sairauspoissaolokustannuksista.

5.14.4 Hoitovaste ja hoitokustannukset

Tutkimuksessa tarkasteltiin BDI-hoitovastetta kolmijakoisena: ei hoitovastetta, vajaa hoitovaste ja täysi hoitovaste. Ilman hoitovastetta jäi 32 potilasta. Vajaan hoitovasteen ryhmään (BDI laskenut 30–49 prosenttia) kuului 27 potilasta ja ryhmään, jossa BDI oli laskenut vähintään 50 prosenttia, kuului 125 potilasta. BDI-tieto puuttui 49 potilaan seurantajakson lopusta, mistä johtuen nämä potilaat eivät ole tässä luokittelussa mukana.

Tarkasteltaessa BDI-hoitovastetta seurantajakson lopulla hoitokustannuksiin verrattuna havaittiin, että vastaanottokäyntien kustannusten sekä sairauspoissaolojen kustannusten kohdalla eri BDI-muutosluokkien väliset erot olivat tilastollisesti merkitseviä siten, että täyden ja vajaan hoitovasteen luokissa potilaiden keskimääräinen vastaanottojen kokonaiskustannus oli pienempi kuin ilman hoitovastetta jääneillä. Vastaanottokustannusten kohdalla p-arvo oli 0,016 (taulukko 23). Myös sairauspoissaolojen keskimääräinen kustannus käyttäytyi samoin kuin edellä, eli eniten sairauspoissaalokustannuksia potilasta kohden syntyi silloin, kun hoitovastetta ei saatu aikaan lainkaan ja täyden hoitovasteen luokassa sairauspoissaolon kustannuksia syntyi vähiten (p-arvo 0,006). Lääkekustannusten tai terapian kustannusten suhteen ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja eri luokkien välillä.

*Taulukko 23.
Keskimääräiset hoitokustannukset (euroa) eri hoitovasteluokissa potilasta kohti laskettuina*

| BDI-hoitovaste-seurannan lopussa luokiteltuna | BDI-pisteiden keskiarvo alussa | Työkyky-pisteiden keskiarvo alussa | Vastaanotto-käyntien kokonais-hinta | Sairauspoissa-olojen kustannukset ilman sivukuluja | Masennuslääke-kustannukset | Lyhytpyskoterapian kokonaishinta euroa (sisältäen myös terapian loppulausunnon) |
|---|--------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--|----------------------------|---|
| Ei hoitovastetta (N=32) | 23,34 | 4,10 | 1 511,36 | 13 593,56 | 263,42 | 501,56 |
| Vajaa hoitovaste (N=27) | 24,74 | 4,15 | 1 310,31 | 6 582,46 | 169,79 | 731,61 |
| Täysi hoitovaste (N=125) | 26,72 | 4,97 | 1 071,06 | 5 006,12 | 189,97 | 872,76 |
| p-arvo | ns | ns | 0,02 | 0,006 | ns | ns |

Taulukko 24.

Nelikenttälukittelu hoitopanostusten ja hoidon vaikuttavuuden mukaisesti henkilömäärinä ja ryhmien alkupisteiden BDI-keskiarvot

| | | VAIKUTUKSET: BDI-pisteet seurannan lopussa | |
|--|----------------------|---|------------------------------------|
| | | 0–14 pistettä | 15–63 pistettä |
| PANOKSET: Käyntien määrä työterveyshuollossa (ilman terapia- käyntejä) | Alle 12 käyntiä | Ryhmä B (n=54) (Alku-BDI 23,76) | Ryhmä A (n=14) (Alku-BDI 28,62) |
| | Vähintään 12 käyntiä | Ryhmä C (n=83) (Alku-BDI 25,76) | Ryhmä D (n=37) (Alku-BDI 28,70) |

Taulukko 25.

Hoidon kustannukset ryhmiteltynä hoitopanostusten ja hoidon vaikuttavuuden mukaisesti potilasta kohden

| Potilasryhmä | Vastaanotto- käyntien kokonaishinta | Masennuslääke- kustannukset yhteensä | Lyhytpsykoterapian kokonaishinta euroa (sisältäen myös terapian loppulausunnon) | Sairauspoissaolon kustannukset ilman sivukuluja |
|---|---|--|---|---|
| A vähän panoksia, vähän vaikutusta (N=14) | 576,19 | 63,36 | 371,42 | 3 222,06 |
| B vähän panoksia, paljon vaikutusta (N=54) | 581,55 | 119,90 | 704,93 | 1 668,56 |
| C paljon panoksia, paljon vaikutusta (N=83) | 1 357,56 | 231,30 | 935,55 | 6 969,76 |
| D paljon panoksia, vähän vaikutusta (N=37) | 1 846,52 | 275,69 | 797,21 | 14 466,96 |

Ryhmässä A oli potilaita, jotka eivät kenties suhtautuneet hoitoonsa itse kovin aktiivisesti: hoitopanostuksia käytettiin suhteellisen vähän eikä vaikutuksiakaan saatu kovin paljon aikaan. Mahdollisesti tämän ryhmän potilaat eivät myöskään vaatineet aktiivisesti hoitopalveluita. Toisaalta tutkimusryhmällä ei ole tarkkaa tietoa siitä, miten aktiivisesti näille potilaille hoitoa tarjottiin. Ryhmässä B puolestaan oli potilaita, joiden hoito vaati kokonaisuudessaan suhteellisen vähän panoksia ja vaikutuksia saatiin aikaan paljon. Ryhmässä C sitä vastoin saatiin paljon vaikutuksia käyttämällä suhteellisen suuri määrä panoksia. Ryhmässä D oli potilaita, joiden hoidossa ei onnistuttu saamaan kovin paljon vaikutuksia, vaikka mitä ilmeisimmin yritettiin kovasti ja käytettiin suhteellisen paljon hoitopanostuksia. Luokitusta ei ollut mahdollista tehdä 45 potilaan osalta.

Edellä kuvattu ryhmittely osoittautui onnistuneeksi hoitokustannusten kannalta, sillä edellä esiteltyjen neljän ryhmän väliset erot keskimääräisissä hoitokustannuksissa osoittautuivat tilastollisesti merkitseviksi sekä vastaanottokäyntien kustannusten että lääkekustannusten osalta (p-arvot molemmilla <0,001). Hoitokustannukset koko seuranta-ajalta keskimäärin euroina potilasta kohden laskettuina on esitetty taulukossa 25.

Vastaanottokäyntien keskimääräiset kustannukset olivat suurimmat ryhmässä D (paljon panoksia, vähän vaikutusta) ja pienimmät ryhmässä A (vähän panoksia, vähän vaikutusta). Nämä molemmat ryhmät edustavat sekä hoitovasteen tuloksellisuuden että kustannusten osalta ääripäitä, joissa vaikutukset jäivät vähäisiksi joko pienimmällä tai suurimmalla hoitopanosten käytöllä verrattuna muihin ryhmiin. Lääkekustannuksissa ryhmän B (vähän panoksia, paljon vaikutusta) potilaiden keskimääräinen kustannus oli toiseksi pienin.

Sairauspoissaolojen keskimääräiset kustannukset käyttäytyivät melko samoin kuin vastaanottokäyntien kustannukset. Kuitenkin se eroavuus havaittiin, että pienimmät sairauspoissaolojen kustannukset havaittiin ryhmässä B (vähän panoksia, paljon vaikutusta). Tässä luokittelussa on huomionarvoista se, että sairauspoissaolon kustannus ryhmässä B (vähän panoksia, paljon vaikutusta) oli erittäin paljon pienempi kuin ryhmässä D (paljon panoksia, vähän vaikutusta). Varsinaisten hoitokustannusten kohdalla ero ei ollut läheskään näin suuri. Lisäksi on syytä korostaa sitä, että myös sairauspoissaolojen keskimääräiset potilaskohtaiset kustannukset koko seuranta-ajalta eri luokkien välillä erosivat toisistaan tilastollisesti merkitsevästi (p-arvo <0,001).

6 TUTKIMUKSESSA KÄYTETTYJEN MITTAREIDEN TARKASTELU

6.1 Vaikeusasteen arviointi

Hankkeessa käytettiin ja vertailtiin kolmea käytössä olevaa tapaa arvioida masennustilan vaikeusastetta. BDI on edelleen laajassa käytössä ja sitä käytetään myös arkityössä vaikeusasteen määrittelyyn, vaikka sitä ei ole siihen suunniteltu. Suositukset siitä, mikä on lievän, keskivaikean ja vaikean masennustilan raja, vaihtelevat suosittelijan mukaan. Tämän vuoksi sen käytöstä ainoana apuvälineenä tulisi luopua.

ICD-10 on Suomessa käytössä oleva diagnoosijärjestelmä. Hankkeessa oli käytössä lomake, joka oli suunniteltu ICD-10-kriteerien mukaisesti. Näytti kuitenkin siltä, että se on ohjannut arvioimaan masennustilat vaikeamaksi kuin muista potilaita koskevista tiedoista voisi päätellä. Kolmasosa potilaista, joiden masennustila oli määriteltä vaikeaksi, jatkoivat työssään ilman sairauspoissaoloa, vaikka määritelmän mukaan potilas on useimmiten työkyvytön, jos hänellä on vaikea masennustila. Lievien masennustilojen diagnoosit olivat harvinaisia.

Työterveyshuollossa joudutaan ottamaan kantaa sairauksiin usein lyhyen vastaanottoajan puitteissa ja mikäli käytetään lomaketta, jossa on rastitettavia kohtia, ohjaa se täyttämään niitä, mikäli vähänkin oireeseen viittaa-vaa on. ICD-10-ohjeen mukaan oireiden lukumäärän ja voimakkuuden sekä toimintakyvyn perusteella arvioidaan vaikeusastetta. Tämän tutkimuksen perusteella näyttää siltä, että vaikeusastetta on arvioitu pääasiassa oireiden lukumäärän perusteella.

PHQ-9 perustuu DSM-IV-diagnoosijärjestelmään. Se on psykiatriassa tieteellisempänä pidetty diagnoosijärjestelmä kuin ICD-10. PHQ-9-kyselylomake on validoitu ja siinä jokainen oirekohta pakottaa arvioimaan kunkin oireen vaikeusastetta. Sillä on selkeät katkaisurajat masennustilan diagnoosin ja vaikeusasteiden suhteen. Lisäksi lomakkeen kymmenes työ- ja toimintakykyä mittaava kysymys tukee vaikeusasteen arviointia.

6.2 Hoitovasteen ja toipumisen arviointi

BDI IA on jo yli puoli vuosisataa vanha, mutta sen käyttö on edelleen yleistä. Se on ilmainen ja siitä on tehty internetiin laskureita, joita potilaatkin voivat käyttää. Sitä päätettiin käyttää tässä tutkimuksessa hoitovasteen seurannassa, jotta voitaisiin tehdä vertailuja muihin Suomessa tehtyihin tutkimuksiin. Uudemmassa BDI II -versiossa on korjattu vanhemman version puutteita, mutta se on maksullinen. BDI:n ongelma on se, että se ei edellytä masennustilan diagnostiikalle välttämättömiä ydinoireiden esiintymistä ja kyselyn loppuosasta pisteitä voi kertyä ilman masennustakin ikääntymisen, ruumiillisten sairauksien ja unihäiriöiden aiheuttamien oireiden vuoksi. Kyselyssä ei ole vaihtoehtona lihomista eikä liiallista nukkumista masennuksen vuoksi. Kyselyssä kysytään, onko potilas laihtunut ja masennukseen liittymätön laihtuttaminen aiheuttaa sekaannusta pisteiden laskussa.

PHQ-9 on tarkemmin masennusoireisiin keskittyvä kysely ja sillä on mahdollista arvioida, milloin masennustilan kriteerit täyttyvät ja kyselylle on määritelty vaikeusasteita vastaavat pisterajat. Siinä on masennustilan diagnoosin ehtona joko mielenkiinnon tai mielialan merkittävä huonontuminen. Sillä on myös mahdollista määritellä vaihe, jolloin masennustilan oirekriteerit eivät enää täyty. Sillä arvioiden neljä potilasta viidestä ei täyttänyt seuran-

nan lopussa enää masennustilan kriteereitä. PHQ-9:ään liittyy kymmenes kysymys: ”Jos tunnistit itselläsi edellä mainittuja ongelmia, miten paljon ne vaikeuttivat työntekoasi, koti-asioiden hoitoa tai toimeen tulemistä muiden ihmisten kanssa?” Kysymys arvioi masennusoireiden aiheuttamaa haittaa työ- ja toimintakyvylle arjessa ja sosiaalisesti. PHQ-9-kyselyyn vastaaminen vie 2–4 minuuttia. Työterveyshuollossa PHQ-9-kyselypohja tulisi luoda sairauskertomusjärjestelmiin täytettäväksi ja tehdä laskuri. Kyselyn voi myös täyttää Terveysportissa ja kopioida sairauskertomukseen valmiine raporteineen.

Potilaan vointia ja työkykyä ei voi määritellä yhden mittarin antamien tulosten perusteella. PHQ-9 kertoo masennusoireiden lukumäärästä ja asteesta sekä oireiden vaikutuksesta työ- ja toimintakykyyn, mutta kyvystä sopeutua ja selviytyä voi saada selvyyden vain haastattelemalla potilasta myös muiden kuin masennusoireiden osalta. Vaikka masennustilan kriteerit eivät täytyisikään, on mahdollista saada esimerkiksi unihäiriön ja siihen liittyvän päiväväsämyksen tai päihdeongelman mukanaan tuomien oireiden vuoksi lähes 10 pistettä. Ydinoireiden puuttuessa ei kyse ole enää masennustilasta, mutta se ei merkitse sitä, ettei potilas olisi hoidon tarpeessa.

6.3 Työ- ja toimintakyvyn arviointi

Toimintakyvyn arviointiin on suositeltu SOFAS-asteikkoa, jossa toimintakyky on jaettu neljään osa-alueeseen. SOFAS-asteikon antamien pisteiden on todettu korreloivan BDI-pisteiden kanssa. Se toimii hyvänä rakenteena potilaan haastattelussa. Tässä tutkimuksessa se oli interventioryhmässä aktiivisessa käytössä, koska se kuului mittaristoon. Seurannan alkuvaiheen hyvä pistemäärä (80 tai yli) ennusti sitä, ettei potilas ollut pitkään poissa työstä sairauden vuoksi. SOFAS-asteikko on käytettävissä Facultas-hankkeen verkkosivuilla ja julkaisussa Toimintakyvyn arviointi – Mielialahäiriöt.

Työkykypistemäärä on yksinkertaisuudessaan hyvä väline arvioimaan potilaan omaa käsitystä työkyvystään. Pistemäärän arvioiminen vie puoli minuuttia. Tämän tutkimuksen mukaan alhainen työkykypistemäärä seurannan alussa ennusti pitkittyvää sairauspoissaoloa. Työkykypistemäärä ei erottele masennuksesta tai muista tekijöistä johtuvaa koetun työkyvyn laskua. Myös PHQ-9-kyselyn kymmenes kysymys on hyvä ja nopea työväline toimintakyvyn arviointiin. Se tarkastelee nimenomaan masennusoireiden aiheuttamaa haittaa toimintakyvylle.

6.4 Alkoholin käyttö

AUDIT-kysely on vakiintunut työterveyshuollon käyttöön. Sen voi potilas täyttää itse tai se voidaan tehdä vastaanotolla kysellen. Alkoholiongelmaisen Käypä hoito -suosituksen mukaan tutkittavat ilmoittavat usein todellista pienemmän käyttömäärän.

Mittaustulokset, joihin potilas ei itse voi vaikuttaa, voi saada tutkimalla verikokeita. Niiden herkkyys ei ole kovin hyvä, ellei kyse ole ongelmakäytöstä. Käypä hoito -suosituksen mukaan alkoholin käytöstä kertovia kokeita ovat seerumin glutamyyli transferaasi (GT), punasolujen keskitilavuus (MCV) ja seerumin niukkahiilihydraattinen transferrini (CDT). Anemiaan liittymätön suuri MCV-arvo johtuu miehillä ilmeisesti lähes aina ja naisista noin kolmasosalla alkoholin ongelmakäytöstä. Yleisin syy MCV:n, CDT:n ja GT:n poikkeavuuteen on alkoholin ongelmakäyttö.

Verikokeista tutkittavien maksaentsyymien ALAT-, ASAT- ja GT-nousu voi johtua myös muista syistä kuin alkoholin käytöstä, kuten maksan rasvoittumisesta keskivartalolihavuuden vuoksi tai joidenkin lääkkeiden käytön vuoksi. CDT ja MCV eivät ole yksinään käytettyinä riittävän herkkiä kertomaan alkoholin ongelmakäytöstä.

MCV:tä ei tutkita yksittäisenä arvona, vaan se sisältyy osatutkimuksena perusverenkuvaan, joka on perusterveydenhuollossa käytetyimpiä verikokeita, koska sitä käytetään anemian mahdollisuuden selvitykseen osana terveystarkastuksia ja sairauksien selvittelyä ja se tutkitaan usein infektio-oireiselta potilaalta.

Työterveyshuollossa tehdään osana terveystarkastuksia verikokeita, joihin sisältyvät muun muassa verenkuva ja maksakokeita. On suositeltavaa käyttää sellaisia monikanavatutkimuksia, joihin sisältyy myös mahdollisesta alkoholin ongelmakäytöstä kertovia kokeita, kuten MCV, ASAT, ALAT, GT ja CDT.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA SUOSITUKSET

7.1 Johtopäätökset

”Onneksi olin työterveyshuollon piirissä sairastuessani ja sain hoitoa.”

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on edistää työterveyshuollossa masennuksen hoitokäytäntöä, joka perustuu hoitosuositukseen, ajantasaiseen tieteelliseen näyttöön ja tässä tutkimuksessa saataviin tuloksiin. Tavoitteena on ollut tutkia hoitokäytäntöjä arjessa ilman tiukkaa interventiotutkimuksen asetelmaa. Tutkimuksessa yritettiin kuitenkin pitää erillään interventioryhmä, jolle annettiin mahdollisuus käyttää hankkeen varoja hoitosuositusten mukaiseen lyhytpsykoterapiaan ja psykiatrikonsultaatioihin ja kontrolliryhmä, joka toimi vakiintuneiden tapojen mukaan.

Parhaimmillaan myös kontrolliryhmässä toimitettiin hoitosuositusten mukaan, vaikka suurimmalta osalta jäikin psykoterapia puuttumaan. Kahden kysymyksen seula oli käytössä ja PHQ-9:ää käytettiin seurantaan joissakin toimipisteissä. Kontrolliryhmän tarkoituksena oli edustaa ryhmää, jonka hoitoon ei puututa ulkopuolelta mitenkään. Työterveysyksiköiden toimintatapoihin on todennäköisesti vaikuttanut se, että molempien tutkimusryhmien työterveyslääkärit ja -hoitajat ja heidän potilaansa tiesivät olevansa seurannassa.

Kaikilta potilailta kysyttiin postitse, mitä he toivoisivat avukseen masennuksen hoidossa eli samalla kerrottiin, mitä mahdollisuuksia on olemassa. Samoin heiltä tiedusteltiin kuormitustekijöistä yksityiselämässä ja työelämässä ja pyydettiin kirjoittamaan niistä, mikä on osaltaan toiminut interventiona ja mitä kuvaa kontrolliryhmän potilaan palaute: *”Olen täytässäni kaavakkeita saanut ajatuksiani järjestykseen ja on joutunut pohtimaan omaa olotilaa ja tuntemuksia. Myös tästä koen saaneeni apua.”*

Kontrolliryhmäkään ei siten edusta välttämättä todellista työterveyshuollon arkea masennuksen hoidon osalta. Kyselyt ovat osaltaan toimineet tutkimusryhmien välisiä eroja taustoittavana tekijänä. Joka kolmas kontrolliryhmän potilaista ei vastannut loppukyselyyn, mikä heikentää ryhmien vertailtavuutta vuoden seurantajakson lopulla. Täyttä hoitovastetta saavuttamattomien seuranta oli kontrolliryhmässä merkittävästi lyhyempää kuin interventioryhmässä. Riittävän pitkää masennuspotilaan seuranta on painotettava työterveyshuollon koulutuksissa.

Interventioryhmässä potilaita seurattiin aktiivisesti, lääkitys oli lähes jokaisella ja annokset olivat riittävällä tasolla melkein kaikilla. Lääkitysmuutoksia tehtiin aktiivisesti hoitovastetta seuraten. Lyhytpsykoterapian käyttö oli aktiivista ja potilaat hyötyivät siitä. Psykiatrian erikoislääkäreitä konsultoitettiin ja konsultaatioihin saatiin vastaukset. Työterveysneuvotteluja järjestettiin lähes riittävästi pitkittyvien sairauspoissaolojen yhteydessä. Seurantajakson lopulla vain muutama potilas oli sairauden vuoksi ollut pitkään poissa työstä ja heistäkin osa merkittävän oheissairauden vuoksi. Työ-

terveyshuollon palvelutarjoajien tulee ottaa käyttöön suosituksiin perustuvat hoitokäytännöt työkykyyn vaikuttavien sairauksien osalta. Käytäntöjen toteutumista tulee seurata yhdessä palvelua ostavien kanssa.

Psyko terapian vaikuttavuuden arviota vaikeutti se, että seurannan alussa huomattavasti toipuneet potilaat ohjautuivat psyko terapiaan ja että lähes kaikilla oli masennuslääkitys. Terapiaan menijöitä ei arvottu, vaan sitä oli mahdollisuus tarjota kaikille sitä tarvitseville interventoryhmässä, jossa paras mahdollinen hoito haluttiin taata jokaiselle kustannustehokkaasti. Tutkimusryhmien välisiä eroja lisäävänä ovat toimineet interventoryhmän ajallisesti ennalta suunnitellut vastaanottokäynnit, jotka ovat pakottaneet seurantaan.

Työterveyshuolto toimii perusterveydenhuollon tasolla ja se vastaa jo suurimmasta osasta työssä olevien sairaanhoitokäynneistä. Lisäksi se järjestää vuosittain miljoona terveystarkastusta. Terveystarkastuksissa pitäisi pystyä seulomaan rajallisessa ajassa muun muassa verenpainetauti, diabetesta, työuupumusta, unihäiriöitä, päihdeongelmia, kiputiloja ja työperäisiä sairauksia ja oireita. Vastaavasti työterveyshuollon pitäisi olla valmis vastaamaan seulonnassa esille tulleisiin ongelmiin sille annettujen resurssien puitteissa.

Työkykyyn vaikuttavien sairauksien, kuten masennuksen, seulonnan, diagnostiikan, hoidon ja seurannan tulee olla toteutettavissa kaikkien muiden haasteiden ohella, mikäli työuria halutaan pidentää keskeltä ja lopusta. Tämä vaatimus edellyttää perusterveydenhuollon tasolla yksinkertaisia ja jo toimiviksi todistettuja työkaluja ja hoitomalleja, jotka

sopivat työterveyslääkäreiden ja -hoitajien taitoihin ja asiakasyritysten tarpeisiin. Psykiatristen sairauksien diagnostiikka ja hoito perustuvat vuorovaikutukseen potilaan ja häntä hoitavan välillä. Psykiatreilla on koulutuksensa ja kokemuksensa kautta valmiina mielessään diagnostiset kriteerit ja taito arvioida vaikeusastetta. Perusterveydenhuollon tasolla toimivalta työterveyslääkäriltä ei tätä voi edellyttää ennen kuin hoitokokemusta on kertynyt tästä sairaudesta. Tarvitaan haastattelurunko, jossa diagnostiset kriteerit ja apu vaikeusasteen arviointiin ovat valmiina. Tällaisena toimii perusterveydenhuollossa aiemmin tehtyjen tutkimusten ja tämän tutkimuksen mukaan PHQ-9-kysely. Olennaista masennuspotilaan työ- ja toimintakyvyn arvioinnille on masennusoireiden vaikutus työkykyyn, sosiaaliseen toimintakykyyn ja arjesta selviytymiseen. Tämän arvioimiseksi PHQ-9:ään on lisätty kymmenes kysymys. Mikäli potilas vastaa masennukseen liittyvien ongelmien vaikeuttavan paljon työntekoa, kotiasioiden hoitoa tai muiden ihmisten kanssa toimeen tulemisesta, on syytä perehtyä toimintakykyyn vaikkapa SOFAS-asteikkoa käyttäen. Masennusoireisen potilaan työkykyarvioinneissa ja etuushakemuksissa on aina syytä käyttää SOFAS-asteikkoa ja kuvata tulokset osittain.

Masennuksen vaikeusasteen arvioinnista tulisi siirtyä vaikeahoitoisuuden arviointiin. Työterveyshuollossa on syytä selvittää masennuksen muiden sairauksien ja oireiden vaikutus työn tekemisen edellytyksiin. Tämän lisäksi on syytä arvioida potilaan oma kokemus työkyvystä, jota kuvaa hyvin työkykypistemäärä. Masennuspotilaan oheissairaudet tulee hoitaa tavanomaistakin tehokkaammin, koska kiputilat ja muut toimintakykyä rajoittavat oireet kuormitustekijöinä vaikeuttavat masennuksesta toipumista. Unen riittävästä saannista tulee huolehtia tarvittaessa lääkkeillä, joilla ei ole unen laatua heikentäviä ominaisuuksia.

Työkykyyn vaikuttavien sairauksien tunnistamisen ja hoidon tulisi olla ensisijaisia työterveyshuollon toimintoja. Sairauksien hoidon kohteena on potilas, hänen työkykynsä ja välillisesti koko potilaan työyhteisö, joka joutuu vastaamaan poissaolevan työntekijän töistä. Jos hänelle palkataan sijainen, joutuu työnantaja kantamaan myös sijaisen palkkakustannukset. Työterveyshuollon tulee varmistaa, että työnantajilla on edellytyksiä tukea potilasta palaamaan työhön, koska esimiehen tuen puute näyttää liittyvän pitkiin poissaoloihin. Esimiehille tulee antaa tietoa masennustilan kulusta, hoidon mahdollisuuksista ja masennustilan vaikutuksesta työ- ja toimintakykyyn.

Työterveyshuollossa ei voi rajata toimintaa koskemaan vain oman erikoisalan hoitoa kuten erikoissairaanhoidossa, vaan kaikkiin oireisiin ja sairauksiin tulee ottaa kantaa. Mikä on niiden aiheuttama haitta, mikä on sairauksien ja oireiden selvittelyn tärkeysjärjestys, kuka niitä hoitaa ja tarvitseeko niitä hoitaa? Tätä kutsutaan koordinaatiovastuuksi. Tämä tutkimus on osoittanut, että ruumiilliset oheissairaudet vaikeuttavat masennustilan hoitoa. Ikääntyvistä potilaista merkittäväällä osalla on oheissairauksia. Masennuksen hoito helpottaa myös kivun, unihäiriön ja ylipainon hoi-

toa. Masennuksen hoito lisää potilaan kykyä sopeutua muiden sairauksien aiheuttamaan toiminnanvajaukseen. Oheissairauksien esiintyvyyden lisääntyminen iän myötä tarkoittaa myös niiden merkityksen kasvua työurien pidentyessä. Oheissairauksien merkittävä määrä puolustaa työterveyshuollon asemaa masennuksen hoidon koordinaattorina ja hoitopaikkana.

Työterveyshuolto on ottanut vastuulleen suurimman osan työllisten perusterveydenhuollon sairaanhoidosta ilman, että sille olisi siirretty rahoitusta kuntien järjestämältä terveydenhuollolta, joiden lakisääteiseksi tehtäväksi perusterveydenhuollon järjestäminen on annettu. Työterveyshuolto saa rahoituksen työnantajilta ja vajaa puolet kustannuksista korvataan työtulovakuutuksesta, joka on veronluonteinen maksu työnantajille, työntekijöille ja yrittäjille. Kelan tilastojen mukaan työnantajat maksoivat vuonna 2009 työterveyshuollon kokonaiskustannuksista noin 87 prosenttia ja työntekijät noin 13 prosenttia. Valtion osuus rahoituksesta on kolme promillea. Suuret yritykset kykenevät useimmiten maksamaan työterveyshuoltopalveluista ja pystyvät näkemään niiden tuoman lisäarvon työntekijöiden työkyvyn varmistajana ja toisaalta työeläkejärjestelmän maksuluokat ohjaavat työnantajia varmistamaan, ettei työntekijä menetä työkykyään. Pienten työnantajien ja yrittäjien kohdalla työterveyshuollon kattavuus on selvästi huonompi kuin suurten työnantajien. Toimivan työterveyshuollon järjestäminen heille tulisi nähdä yhteiskunnallisena tehtävänä.

Masennuksen hoidossa on elementtejä, jotka ovat vain tietyn ammattiryhmän tehtäviä, mutta suuri osa sellaista, jonka tekijä on soveltavissa työterveyshuollon toimintatapojen ja resurssien mukaan. Tämän tutkimuksen mukaan moniammatillista työnjakoa masennuspotilaiden hoidossa on tarpeen kehittää

työterveyshuollossa. Seulontaa voivat tehdä työterveyshoitajat, -psykologit ja -lääkärit sekä työterveyshuollossa toimivat yleislääkärit. Diagnostiikkaa voi tehdä vain lääkärin koulutuksen saanut. Tietoa masennuksesta ja sen hoidon mahdollisuuksista voivat antaa ja tukea antavaa keskustelua voivat käydä kaikki ammattiryhmät. Lääkitystä saavat määrätä vain lääkärit, mutta lääkityksen toteutumista voivat seurata kaikki. Psykoterapiaa voivat antaa vain laillistetut terapeutit, mutta kognitiivisia työkaluja voivat käyttää kaikki lyhyenkin koulutuksen jälkeen. Tukea ja ohjausta masennuksen hoidossa työterveyshuollon sisäisenä palveluna sekä diagnostiikan ja hoidon ongelmien ratkaisuja konsultaatioina voivat antaa psykiatrit.

Työterveyshuollon on työterveyshuoltolain mukaan oltava tasa-arvoista ja siten sen pyrkimyksenä on terveyserojen kaventaminen. Työterveyshuoltopalveluiden on yritystasolla oltava kaikille samat, juoksupojasta johtajaan. Tässä tutkimuksessa osoittautui, että alemman sosioekonomisen ryhmän potilaat olivat harvemmin psykoterapiassa kuin ylemmän sosioekonomisen ryhmän. Tämä selittyy osittain sillä, että he myös toivoivat sitä vähemmän. Potilas saa päättää hoidostaan, mutta kaikille tulisi tarjota yhdenveroisesti palveluja ja tiedon antamiseen kuuluu hoitomahdollisuuksista kertominen.

Masennuksen hoitoa vaikeuttaa lääkäreiden ja hoitajien mielestä ajanpuute. Masentuneen kohtaamista ja asioiden selvittelyä ei voi tehdä kiireessä. Psykoterapiassa asioiden ääreen on mahdollista hetkeksi pysähtyä.

Lyhytpsykoterapian kustannukset jäivät murto-osaan sairauden aiheuttamista poissaolokustannuksista. Näin siitä huolimatta, että tässä tutkimuksessa käytettiin vain potilaan päiväpalkkakustannusta eikä julkisuudessa esitettyjä kaksin- tai kolminkertaisia kustannuksia, eli 200–350 euroa menetettyä työpäivää kohti.

Masennuksen akuuttivaiheen lyhytpsykoterapiasta saatiin tässä tutkimuksessa näyttöä, että terapiassa olleilla potilailla hoitovasteet ovat parempia ja työkykypistemäärät paranevat jonkin verran enemmän kuin niillä, jotka eivät olleet terapiassa. Masennuspisteiden vähenemisen muuntaminen rahaksi ei ole mahdollista, mutta on selvää, että vähäisempi masentuneisuus ja paremmaksi koettu työkyky aiheuttavat vähemmän masennusperusteista sairauspoissaoloa.

Masennuksen sairastamiseen tiedetään voivan liittyä pysyviä aivojen rakenteellisia muutoksia ja tiedollisten toimintojen heikkenemistä. Tämä yhdessä nykyajan tietotyön ja työelämän aikavaatimusten kanssa edellyttää masennuksen tehokasta hoitoa lääkitystä ja psykoterapeuttisia menetelmiä käyttämällä ja potilaan seurantaan tarvittaessa koko työuran ajan. Masennuksen Käypä hoito -suosituksen mukaan masennustilan akuuttivaiheen lyhytpsykoterapia on tehokasta hoitoa, joten sen tulisi kuulua työterveyshuollon masennuksen hoidon keinovalikoimaan. Kustannusten jakamisesta tulisi pystyä sopimaan yhteiskunnassa.

Hoidon laadun ja yhteistyön varmistamiseksi voidaan laatia sairauskohtaisesti hoitoketjuja, joissa on määritelty esimerkiksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tehtävät. Työterveyshuollossa on yhteistyö järjestettävä niin, että masennuspotilaiden hoitoketju alkaa työpaikalta ja myös päättyy sinne tehden lenkin työterveyshuollon eri toimintojen kautta. Tämä korostaa työnantajan osuutta: riskitekijöiden tunnistamista, ongelman esille ottamista varhaisessa vaiheessa ja työjärjestelyjen tärkeyttä työhön palattaessa ja mieluiten jo ennen sairauspoissaoloa.

Kesäkuussa 2012 voimaan tulevan lain mukaan työntekijän on toimitettava Kelaan työkyvyn arviointia koskeva lausunto ennen kuin 90 sairauspäivärahopäivää tulee täyteen. Lausunnossa työterveyshuollon on arvioitava työntekijän jäljellä oleva työkyky, ja työnantajan on selvitettävä yhdessä työntekijän ja työterveyshuollon kanssa työntekijän mahdollisuudet jatkaa työssä. Uusi toimintatapa tulee korostamaan työterveyshuollon lääkärin ja muun terveydenhuollon yhteistyötä. Yhteistyötapoja on mietittävä sairaanhoitopiireittäin ja ruohonjuuritasolla työterveyshuoltoyksiköissä.

Terveys on kykyä selviytyä ja sopeutua. Masennus on usein uusiutuva sairaus ja usealle jää oireita, vaikka masennustila olisikin pääosin korjaantunut. Masennusta tulee hoitaa tehokkaammin ja paremmin toipumista arvioiden kuin tähän saakka. Jos hoidon onnistumisen eteen on tehty kaikki voitava, täytyy voida hyväksyä jonkin asteinen oiretaso, jos potilas kuitenkin selviytyy työelämän ja arjen haasteista.

Seuraaviin kappaleisiin on koottu tämän tutkimuksen suositukset masennuksen hoidon onnistumiseksi työterveyshuollossa. Suositusta tai sen osia voivat käyttää työterveyshuoltoyksiköt oman toimintansa ja työterveyshuoltopalveluja ostavat yritykset hankkimansa palvelun laadun arviointiin.

7.2 Masennuksen hoidon työkalusuositus työterveyshuoltoon

Seulonta: Kahden kysymyksen seula.

Diagnostiikka: Mieliala-anamneesi, PHQ-9.

Vaikeusasteen arvio ja toipumisen seuranta: PHQ-9.

Erotusdiagnostiikka: Kaksisuuntaisen mielialahäiriön epäily: MDQ. Ikääntyville ja kaikille, joilla väsymysoire on korostunut: laboratoriotestit, joista tärkeimmät ovat PVK, glukoosi ja TSH. Harkinnan mukaan B₁₂-vitamiini ja S-Ca.

Työ- ja toimintakyvyn arviointi: Työkykykypistemäärä ja PHQ-9:n kymmenes kysymys. Tarkempaan selvitykseen SOFAS. Työterveysneuvottelu.

Alkoholin ongelmakäytön selvittely: AUDIT-kysely. Verikokeina GT, ALAT, ASAT, CDT ja PVK.

7.3 Työterveyshuollon masennuksen hoidon tuki -suositus

- Työterveyshuollon psykiatrin nopea konsultaatio. Mahdollisuuksia sähköisiin konsultaatioihin sekä puhelin- ja hoitopalaverikonsultaatioihin tulee lisätä.
- Lyhytterapiamahdollisuus lääkärin tekemän diagnostiikan jälkeen työterveyslääkärin tai työterveyspsykologin läheteellä.
- Työnohjauksen tarjoaminen niille lääkäreille ja hoitajille, jotka sitä tuntevat tarvitsevansa.
- Kognitiivisten työkalujen käytön opetuksen tarjoaminen työterveyshoitajan ja -lääkärin käyttöön varsinkin niissä työterveyshuoltopisteissä, joissa työterveyspsykologin käyttö- ja lyhytterapiamahdollisuudet ovat rajalliset.

7.4 Koulutussuositus

Työterveyslääkärit ja -hoitajat tuntevat tarvitsevansa valmiuksien kehittämistä ja toivovat tukea masennuksen hoitoon, työnohjausta ja konsultaatioita. Psykiatrit toivoivat koulutusta työterveyshuoltoon liittyvästä toiminnasta ja lisäkoulutusta psykiatriasta työterveyslääkäreille, -hoitajille ja -psykologeille. Psykoterapeutit toivoivat yhteistyötä työterveyshuollon kanssa kehitettävän. Sen sijaan, että koulutetaan vain ammattiryhmäkohtaisesti luennoiden, tulisi järjestää asiantuntijoiden tukemana koulutuksia, joihin osallistuu koko työterveyshuolto tiimimäisesti siten, että kaikkia eri ammattiryhmiä edustavat alkavat toimia yhdessä, tarjoten toisilleen tietonsa ja näin masennuksen hoidon laadun varmistuen toimivat yhteistyössä potilaan parhaaksi.

8 LÄHDEKIRJALLISUUS

- Aalto, M & Tuunanen, M & Sillanaukee, P & Seppä, K (2006) Effectiveness of structured questionnaires for screening heavy drinking in middle-aged women. *Alcohol Clin Exp Res* 30(11), s. 1884–1888.
- Ahlström, L & Grimby-Ekman, A & Hagberg, M & Dellve, L (2010) The work ability index and single-item question: associations with sick leave, symptoms and health – a prospective study of women on long-term sick leave. *Scand J Work Environ Health* 36(5), s. 404–412.
- Ahola, K & Kivistö, S & Vartia, M (toim.) (2006) Työterveyspsykologia. Työterveyslaitos. Helsinki.
- Aromaa, A & Koskinen, S (toim.) (2002) Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3. Helsinki.
- Arroll, B & Khin, N & Kerse, N (2003) Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. *British Medical Journal* 327, s. 1144–1146.
- Beck, AT & Ward, C & Mendelson, M (1961) Beck Depression Inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry* 4, s. 561–571.
- Boden, JM & Fergusson, DM & Horwood, LJ (2010) Cigarette smoking and depression: test of causal linkages using a longitudinal birth cohort. *Br J Psych* 196, s. 440–446.
- Creswell, JW (1998) *Qualitative Inquiry and Research Design - Choosing Among Five Traditions*. Sage. Thousand Oaks, CA.
- FACULTAS Toimintakyvyn arviointi, Mielialahäiriöt (2008) Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Työeläkevakuuttajat TELA ry.
- Gilbody, S & Bower, P & Fletcher, J & Richards, D & Sutton, AJ (2006) Collaborative Care for Depression. A Cumulative Meta-analysis and Review of Longer-term Outcomes. *Arch Intern Med* 166 (21), s. 2314–2321.
- Gould, R & Ilmarinen, J & Järvisalo, J & Koskinen, S (2006) Työkyvyn ulottuvuudet – Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. ETK, Kela, KTL, TTL. Helsinki.
- Honkonen, T & Virtanen, M & Ahola, K & Kivimäki, M & Pirkola, S & Isometsä, E & Aromaa, A & Lönnqvist, J (2007a) Employment status, mental disorders and service use in the working age population. *Scand J Work Environ Health* 33 (1), s. 29–36.
- Honkonen, T & Aro, T & Isometsä, E & Virtanen, M & Katila, H (2007b) Quality of Treatment and Disability Compensation in Depression: Comparison of 2 Nationally Representative Samples With a 10-Year Interval in Finland. *J Clin Psychiatry* 68 (12), s. 1886–1893.
- Huber, M ym. (2011) Health: How should we define it? *British Medical Journal* 343, s. 235–237.
- Hämäläinen, J & Isometsä, E & Sihvo, S & Kiviruusu, O & Pirkola, S & Lönnqvist, J (2009) Treatment of major depressive disorder in the Finnish general population. *Depress Anxiety* 26(11), s. 1049–1059.
- Ilmarinen, Juhani (2005) Pitkää työuraa! Ikääntyminen ja työelämän laatu Euroopan unionissa. Työterveyslaitos, sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

- Isometsä, E & Suominen, K & Mantere, O & Valtonen, H & Leppämäki, S & Pippingsköld, M & Arvilommi, P (2003) The mood disorder questionnaire improves recognition of bipolar disorder in psychiatric care. *BMC Psychiatry* 3, s. 8.
- Isometsä, E (2008) Depression tunnistaminen ja diagnostiikka. Teoksessa Kunnamo, I & Alenius, H & Hermanson, E & Jousimaa, J & Teikari, M & Varonen, H (toim.) Lääkäriin käsikirja. Duodecim. Jyväskylä. s. 1229 – 1231.
- Isometsä, E (2011a) Masennustilan kulku ja sairaudesta toipuminen. Teoksessa Heiskanen, T & Huttunen MO & Tuulari, J (toim.) Masennus. Duodecim. Hämeenlinna. s. 29–30.
- Isometsä, E (2011b) Masennustilan oireet ja diagnoosi. Teoksessa Heiskanen, T & Huttunen MO & Tuulari, J (toim.) Masennus. Duodecim. Hämeenlinna. s. 20–21.
- Johansson, G & Lundberg, O & Lundberg, I (2006) Return to work and adjustment latitude among employees on long-term sickness absence. *J Occup Rehabil.* 16(2), s.185-195.
- Kaila, E & Väisänen, A & Varjonen, J & Laamanen, A & Leino, T (2011) Onko masennus hoidettavissa työterveyshuollossa? *Suomen Lääkärilehti* 66 (10), s. 835–840.
- Kelan www-sivut (2012) Työterveyshuollon korvattavat kustannukset. Osoitteesta <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/210708141942KP?OpenDocument> (haettu 22.3.2012)
- Kivekäs, J & Kinnunen, E & Ahlblad, Y (2006) Mielenterveyskuntoutujan palveluketju takkuilee. *Suomen Lääkärilehti* 61(18), s. 2011–2014.
- Kivekäs, J & Gould, R & Pellinen, M (2008) Mielialahäiriöisenkin henkilön kuntoutus kannattaa. *Suomen Lääkärilehti* 63(35), s. 2815–2819.
- Kivistö, S & Kallio, E & Turunen, G (2008) Työ, henkinen hyvinvointi ja mielenterveys. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. STM ja Työterveyslaitos. Helsinki.
- Kjeldmand, D & Holmström, I (2008) Balint groups as a means to increase job satisfaction and prevent burnout among general practitioners. *Ann Fam Med* 6, s. 138–145.
- Koivu, A & Honkalampi, K & Saarinen, P (2008) Työnohjauksen tarve yliopistosairaalan somaattisilla erikoisaloilla – työnohjaus voi ehkäistä uhkaavan työuupumuksen. *Suomen Lääkärilehti* 63(3), s. 185–189.
- Kroenke, K & Spitzer, RL & Williams, JB (2001) The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 16(9), s. 606–613.
- Leppämäki, S (2011) Liikunta ja mieliala. Teoksessa Heiskanen, T & Huttunen, MO & Tuulari, J (toim.) Masennus. Duodecim. Hämeenlinna. s. 208.
- Niemelä, S (2011) Masennus ja tupakointi. Teoksessa Heiskanen, T & Huttunen, MO & Tuulari, J (toim.) Masennus. Duodecim. Hämeenlinna. s. 270–271.
- Pensola, T & Gould, R & Polvinen, A (2010) Ammatit ja työkyvyttömyyseläkkeet. Masennukseen, muihin mielenterveyden häiriöihin sekä tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin perustuvat eläkkeet. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 16. Sosiaali- ja terveysministeriö. Yliopistopaino. Helsinki.

Pirkola, S & Honkonen, T & Pasternack, I ym. (2009) Työterveyshuollon hyvät käytännöt: Depressio. Näyttöön perustuva suositus. Duodecim/Terveysportti, työterveyden käsikirja. Työterveyslaitos. Helsinki.

Salokangas, RKR & Stengård, E & Poutanen, O (1994) DEPS – uusi väline depression seurantaan. Duodecim 110, s. 1141–1148

Silverman, D (2000) Doing Qualitative Research. A Practical Handbook. Sage. Wiltshire.

Sorvaniemi, M & Helenius, H & Salokangas, RK (2003) Sick-leave certificates granted to psychiatric outpatients with major depression. *Depress Anxiety* 17(4), s. 220-223.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä (2009). Depressio. Käypä hoito -suositus. www.kaypahoito.fi. (päivitetty viimeksi 21.10.2010).

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä (2005). Alkoholiongelmaisen hoito. Käypä hoito -suositus. www.kaypahoito.fi (päivitetty viimeksi 7.2.2011)

Tuisku, K & Rossi, H (2010) Masennuksen ehkäisy ja hoito – työkaluja ja toimintamalleja työterveyshuoltoon. Työterveyslaitos. Sastamala.

Tuomi, K & Ilmarinen, J & Eskelinen, L & Järvinen, E & Toikkanen, J & Klockars, M (1991) Prevalence and incidence rates of diseases and work ability in different work categories of municipal occupations. *Scand J Work Environ Health* 17(1), s. 67–74.

Työterveyshuollon hyvä sairaanhoitokäytäntö (2010) STM:n asettama työryhmä. Työterveyslaitos 1.4.2010. Helsinki.

Whooley, MA & Avins, AL & Miranda, J & Browner, WS (1997) Case finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *Gen Intern Med.* 12(7), s. 439–45.

9 LIITTEET

Liite 9.1 Koulutusmateriaalin sisältö

Interventioryhmäläisten koulutus sisälsi alla olevan kokonaisuuden. Kontrolliryhmäläisten koulutukset sisälsivät yleisen osuuden, masennuksen seulonnan ja diagnoosin teon (kohdat I–III).

Koulutuksen sisältö

- I Toimiva masennuksen hoitomalli työterveyshuollossa; tutkimuksen kulku ja yleistä masennuksesta
- II Masennuksen seulonta kahden kysymyksen seulalla. Riskiryhmät.
- III Diagnoosin teko PHQ-9:llä ja ICD-10-kriteerien mukaan. Poissulkukriteerit.

- IV Masennuksen hoito
 1. Vuorovaikutuksen rakentaminen
 2. Psykoedukaatio ja tukea antava keskustelu
 3. Lääkehoito ja muut biologiset hoidot
 4. Hoitovasteen seuranta (BDI, PHQ-9 ja SOFAS)
 5. Case management työtapana: työnjaosta sopiminen, seurantamenetelmät (mittarit ja yhteydenpitotavat)
 6. Psykiatrin ja työterveyspsykologin konsultaatiot; mitä, missä ja milloin? Läheteiden ja palautteiden laatukriteerit.
 7. Lyhytpsykoterapian käyttö; kuka lähettää sekä kenelle ja milloin terapia sopii?
 8. Työ- ja toimintakyvyn arviointi; SOFAS-asteikko, milloin sairauspoissaolo?
- V Yhteistyökäytännöt työpaikkojen kanssa; varhainen tunnistaminen, työterveysneuvottelut, työhön paluun tuki, työjärjestelyistä sopiminen ja osasairauspäiväraha
- VI Työeläkekuntoutus

Liite 9.2 Seurantakansion sisältö

Interventoryhmän työterveyshuoltoyksiköiden käyttöön suunniteltiin seurantakansio. Sen kannessa oli kuvattu potilaan seuranta hankkeessa käytettävien mittareiden avulla. Kansiossa olivat valmiina kuhunkin käyntikertaan liittyvät seurantalomakkeet. Kansion lopussa oli potilaalle jaettavaa masennustietoa, konsultaatiotahojen yhteystiedot sekä muita hoitoa helpottavia ohjeita ja lomakkeita.

Kansion sisältö:

Potilaanseurantalomake, johon työterveyslääkäri tai -hoitaja kirjasi vastaanottokäynnin keston, lääkityksen, läheteet ja muut käyntikertaan liittyvät yleiset tiedot.

Mittarit seuranta-ajankohdittain

Seurannan alku: Kahden kysymyksen seula, PHQ-9, ICD-10, BDI-21, SOFAS ja AUDIT

Kahden, neljän ja kuuden kuukauden käynnit: BDI-21 ja SOFAS

Yhdeksän kuukauden käynti tai puhelinhaastattelu: PHQ-9

Seurannan loppu: BDI-21, SOFAS ja AUDIT

Tarvittaessa käytettävät: MDQ

Muut tarvittaessa käytettävät materiaalit

Masennustiedote potilaalle

Masennustiedote esimiehelle

Masennustiedote omaisille

Mittarien tulkintaohje

Kognitiiviset työkalut

Hoitovasteen seurantakaavio (BDI ja SOFAS)

Konsultoitvien psykiatrien ja

työterveyspsykologien sekä

lyhytpsykoterapeuttien yhteystiedot

Liite 9.3 PHQ-9-kysely

(Kroenke ym. 2001, julkaistu luvalla)

Kuinka usein viimeisen kahden viikon aikana ovat seuraavanlaiset ongelmat vaivanneet sinua? Valitse vaihtoehdoista se, joka parhaiten kuvaa vointiasi. Kysymykset ja vastauksesi käydään vastaanotolla läpi tarkentaen.

1. Vain vähän mielenkiintoa tai mielihyvää erilaisten asioiden tekemisestä

- (0) Ei ollenkaan
- (1) Useana päivänä
- (2) Enemmän kuin puolet ajasta
- (3) Lähes joka päivä

2. Alakuloisuutta, masentuneisuutta tai toivottomuutta

- (0) Ei ollenkaan
- (1) Useana päivänä
- (2) Enemmän kuin puolet ajasta
- (3) Lähes joka päivä

3. Vaikeuksia nukahtaa, pysyä unessa tai liiallista nukkumista

- (0) Ei ollenkaan
- (1) Useana päivänä
- (2) Enemmän kuin puolet ajasta
- (3) Lähes joka päivä

4. Väsymystä tai voimattomuutta

- (0) Ei ollenkaan
- (1) Useana päivänä
- (2) Enemmän kuin puolet ajasta
- (3) Lähes joka päivä

5. Ruokahaluttomuutta tai liiallista syömistä

- (0) Ei ollenkaan
- (1) Useana päivänä
- (2) Enemmän kuin puolet ajasta
- (3) Lähes joka päivä

6. Huonommuuden tai epäonnistumisen tunteita tai tunne siitä, että olet tuottanut pettymyksen itsellesi tai perheellesi

- (0) Ei ollenkaan
- (1) Useana päivänä
- (2) Enemmän kuin puolet ajasta
- (3) Lähes joka päivä

7. Vaikeutta keskittyä asioihin, kuten sanomalehden lukemiseen tai television katseluun

- (0) Ei ollenkaan
- (1) Useana päivänä
- (2) Enemmän kuin puolet ajasta
- (3) Lähes joka päivä

8. Puhumisen tai liikkumisen hitautta, jonka muutkin voisivat huomata tai vastakohtaisesti rauhattomuutta tai liikehtimistä paljon tavallista enemmän

- (0) Ei ollenkaan
- (1) Useana päivänä
- (2) Enemmän kuin puolet ajasta
- (3) Lähes joka päivä

9. Ajatuksia, että olisi parempi, jos olisit kuollut tai että haluaisit vahingoittaa itseäsi jotenkin

- (0) Ei ollenkaan
- (1) Useana päivänä
- (2) Enemmän kuin puolet ajasta
- (3) Lähes joka päivä

10. Jos tunnistit itselläsi edellä mainittuja ongelmia, miten paljon ne vaikeuttivat työntekoasi, kotiasioiden hoitoa tai toimeen tulemistä muiden ihmisten kanssa?

- () Eivät vaikeuttaneet
- () Jossain määrin vaikeuttivat
- () Vaikeuttivat paljon
- () Vaikeuttivat huomattavan paljon

PHQ-9:n tulkintaohje

PHQ-9 on masennuksen diagnosointiin, vaikeusasteen arviointiin ja seurantaan tarkoitettu kysely, jonka kohdat 1–9 perustuvat DSM-IV-luokituksen mukaisiin masennuksen oireisiin. Yhtäläisyys ICD-10:n kanssa on vahva. Kysely on suunniteltu siten, että potilas voi täyttää sen omatoimisesti. Kaikki vastaukset käydään vastaanotolla läpi tarkentaen.

Kysymykset 1 ja 2 ovat tärkeimmät, koska ne koskevat masennuksen ydinoireita. Masennustiladiagnoosiin (F32 tai F33) vaaditaan 1. ja/tai 2. kysymyksistä kaksi tai kolme pistettä eli ydinoireen tulee olla vallitseva. Lisäksi muita oireita tulee olla siten, että kokonaispistemäärä on vähintään 10 (ks. ohje alla).

1. Vain vähän mielenkiintoa tai mielihyvää erilaisten asioiden tekemisestä

(0) Ei ollenkaan

(1) Useana päivänä

(2) Enemmän kuin puolet ajasta

(3) Lähes joka päivä

2. Alakuloisuutta, masentuneisuutta tai toivottomuutta

(0) Ei ollenkaan

(1) Useana päivänä

(2) Enemmän kuin puolet ajasta

(3) Lähes joka päivä

Kyselyyn on lisätty kysymys 10, joka mittaa masennuksen oireiden vaikutusta työ- ja toimintakykyyn ja siten myös masennuksen vaikeusastetta.

Ennen masennustiladiagnoosin tekemistä on suljettava pois:

1. Kaksisuuntainen mielialahäiriö mieliala-anamneesin ja tarvittaessa MDQ:n avulla.
2. Päihteiden käytöstä pääasiallisesti johtuva masennus AUDIT-lomakkeella ja tarvittaessa laboratorionkokein (CDT, MCV, GT, ALAT, ASAT).
3. Elimellisistä syistä johtuva masennus anamneesin avulla ja tarvittaessa laboratorionkokein (esimerkiksi TSH).

Tulkinta PHQ-9:n kokonaispisteille kysymyksistä 1–9:

0–4 on normaali

5–9 viittaa masennusoireisiin tai pitkäaikaiseen masennukseen F34.1, jos masennus on jatkunut yli 2 vuotta

10–14 viittaa lieväasteiseen masennustilaan F32.0 tai F33.0

15–19 viittaa keskivaikeaan masennustilaan F32.1 tai F33.1

20–27 viittaa vaikea-asteiseen masennustilaan F32.2 tai F33.2. Psykoottinen masennustila on mahdollinen, jos potilaalla on harhoja tai harhaluuloja.

Tulkinta kysymyksestä 10:

Eivät vaikeuttaneet – ei viittaa masennustilaan tai korkeintaan lieväasteiseen

Jossain määrin vaikeuttivat

– viittaa lieväasteiseen tai keskivaikeaan masennustilaan

Vaikeuttivat paljon – viittaa keskivaikeaan tai vaikea-asteiseen masennustilaan

Vaikeuttivat huomattavan paljon

– viittaa vaikea-asteiseen masennustilaan

Liite 9.4

Potilaiden ruumiilliset ja psyykkiset oheissairaudet

Tuki- ja liikuntaelinsairaudet

M07.6, M15, M16.0, M17, M17.0, M17.1, M17.3, M17.5, M17.9, M19, M23, M23.2, M25.5, M32.9, M43.1, M43.5, M45, M50.0, M50.3, M51.3, M54, M54.2, M54.5, M65.4, M65.8, M75.1, M75.8, M79, M79.0, M79.1, M79.7, G99.2, G56.0, S46.0, S63.5, S83.2, S83.5, S84, L40.5, Q79.6

Aineenvaihdunta- ja sydänsairaudet sekä vaihdevuodet

E03, E03.9, E05, E10, E11, E66, E66.0, E66.00, E66.01, E66.8, E66.9, E89.5, I25.0, I25.1, N95, N95.1

Uniapnea

G47.3

Muut somaattiset sairaudet

C32, F06, G25.8, G40, G43.9, G47, G58.9, G81.9, G93.1, H18.6, H91, H93.1, J32.9, J44.8, J45, K51, K50, K85, L20.0, N80

Persoonallisuushäiriöt

F60, F60.3, F60.5, F60.6, F60.7, F60.8, F61

Ahdistuneisuushäiriöt

F40, F40.0, F40.1, F41, F41.0, F41.00, F41.1, F41.8, F41.9, F43.0, F44.9, F45.4,

Syömishäiriöt

F50.0, F50.3, F50.9, F51, F51.0, F50.2

Alkoholin haitallinen käyttö

F10.1

Työuupumus

Z73.0

Muut mielialahäiriöt

F34.1

Liite 9.5 Kognitiivisten työkalujen luettelo

Vieressä on lueteltu interventoryhmän työterveyslääkäreiden ja -hoitajien käyttöön tarjotut kognitiiviset työkalut. Suurin osa työkaluista on kirjasta "Masennuksen ehkäisy ja hoito – työkaluja ja toimintamalleja työterveyshuoltoon" (Tuisku & Rossi 2010). Lisäksi käytössä oli joitakin ratkaisukeskeisen toimintatavan keskeisempiä työkaluja.

Kognitiiviset työkalut olivat:

- **Ongelmakentän jäsenyskaavio**
(Tuisku & Rossi 2010, 50, tehtävä 1)
- **Yksittäisen ongelman ratkaisuharjoitus**
(Tuisku & Rossi 2010, 50, tehtävä 2)
- **Elämänhallinta: ydintehtävät**
– työssä tai yksityiselämässä
(Tuisku & Rossi 2010, 54, tehtävä 5B)
- **Elämänkaarijana** – omat elämäntapahtumat ja vaiheet sekä niihin liittyvät mielialat
(Tuisku & Rossi 2010, 55, tehtävä 6)
- **Päiväkirjan pitäminen -harjoitus**
"Miellyttävät asiat" – päivitetään ja kuvataan itselle miellyttäviä asioita, niin sanottu narratiivinen harjoitus.
- **Työhyvinvointi:** Havainnoiva tilanneanalyysi "Millaista työni on henkisen hyvinvoinnin kannalta?" -kirjoitusharjoitus
(Tuisku & Rossi 2010, 56, tehtävä 7A)
- **Itsetunto** – omien vahvuuksien ja myönteisten ominaisuuksien kartoitus omasta ja ulkopuolisen näkökulmasta (mukailtu Tuisku & Rossi 2010, 59, tehtävä 9)
- **Tulevaisuuden kartoitus ja tilannearvio** asteikkokysymyksen avulla
- **Työhön paluun arvio** asteikkokysymyksen avulla
(Kivistö ym. 2008, 89)

Liite 9.6

Tutkimuksessa käytettyjen lääkkeiden luokittelu

Potilaiden masennuslääkitystä analysoitiin lääkkeen vaikutustavan ja annostuksen riittävyyden mukaan. Mikäli annos oli Käypä hoidon mukainen, lääke luokiteltiin masennuslääkkeeksi vaikuttavalla annoksella. Luettelossa on ilmoitettu alin ja ylin suositusannos. Lisäksi monien potilaiden hoidossa käytettiin jotakin näistä lääkkeistä pienemmällä annoksella unihäiriön hoitoon joko yksin tai yhdistettynä varsinaiseen masennuslääkkeeseen (merkitty tähdellä *).

SSRI-lääkkeet:

essitalopraami 10–20 mg,
sertraliini 50–200 mg,
sitalopraami 20–60 mg, fluoksetiini
20–80 mg, paroksetiini 20–50 mg.

SNRI-lääkkeet:

duloksetiini 60–120 mg,
venlafaksiini 75–375 mg.

Trisykliset lääkkeet:

amitriptyliini 75–300 mg*,
doksepiini 75–300 mg*, trimipramiini
75–300 mg*, nortriptyliini 50–200 mg*.

Muut masennuslääkkeet:

mirtatsapiini 30–60 mg*, mianseriini
60–90 mg*, tratsodoni 150–500 mg,
bupropioni 150–300 mg, reboksetiini
8–12 mg, agomelatiini 25–50 mg.

Selektiiviset MAO:n estäjät:

moklobemidi 300–900 mg.

Epätyypilliset psykoosilääkkeet:

ketiapiini 50–300 mg*.

**Muut masennuslääkitykseen
yhdistettynä käytetyt:**

litium, buspironi 20–60 mg.

Liite 9.7 Liitetaulukot

Liitetaulukko 1.

Toipuminen BDI:n mukaan
toipunut: 12 kk:n BDI välillä 0–8
ei-toipunut: 12 kk:n BDI vähintään 9

| Muuttuja | | N | n (toipunut) | odds ratio | 95 % LV |
|--|----------------------------------|-----|--------------|--------------|-------------|
| Tutkimusasetelma | | | | | |
| Interventio/kontrolli | interventio | 152 | 79 | 1 | |
| | kontrolli | 33 | 18 | 1,173 | 0,543–2,536 |
| Sosiodemograafiset tekijät | | | | | |
| Sukupuoli | Naiset | 130 | 66 | 1 | |
| | Miehet | 55 | 31 | 1,236 | 0,651–2,346 |
| Ikä | 18–29 | 28 | 13 | 1 | |
| | 30–44 | 75 | 39 | 1,213 | 0,505–2,910 |
| | 45–54 | 59 | 34 | 1,546 | 0,625–3,828 |
| | 55–65 | 23 | 11 | 1,057 | 0,350–3,195 |
| Parisuhde | parisuhteessa | 103 | 57 | 1 | |
| | yksineläjä | 82 | 40 | 0,787 | 0,432–1,433 |
| Sosioekonominen asema | | | | | |
| | ylempi | 101 | 56 | 1 | |
| | alempi | 84 | 41 | 0,775 | 0,430–1,398 |
| Elämäntavat, sairaudet jne. | | | | | |
| Alkoholin käyttö | normaalikäyttäjät | 98 | 53 | 1 | |
| | riskikäyttäjät | 61 | 32 | 0,922 | 0,477–1,785 |
| | ongelmakäyttäjät | 18 | 9 | 0,731 | 0,247–2,163 |
| Tupakointi 0 kk | ei | 120 | 67 | 1 | |
| | kyllä | 64 | 29 | 0,643 | 0,342–1,209 |
| Ruumiillinen oheissairaus | ei | 115 | 68 | 1 | |
| | kyllä | 70 | 29 | 0,417 | 0,219–0,795 |
| Kuormittavat elämäntapahtumat | ei koskaan | 9 | 7 | 1 | |
| | viimeisen 6 kk aikana | 44 | 23 | 0,320 | 0,058–1,750 |
| | aikaisemmin | 101 | 49 | 0,272 | 0,052–1,413 |
| | sekä viim. 6 kk aikana että aik. | 30 | 17 | 0,380 | 0,066–2,188 |
| Työ | | | | | |
| Vastaako nykyinen työ koulutustasi | vastaa | 121 | 64 | 1 | |
| | ei vastaa | 51 | 29 | 1,182 | 0,596–2,347 |
| | vastaa osittain | 5 | 1 | 0,192 | 0,021–1,820 |
| Työssä kielteisiä mielentilaan vaikuttavia asioita tällä hetkellä 0 kk | ei | 50 | 32 | 1 | |
| | kyllä | 135 | 65 | 0,488 | 0,247–0,966 |
| Uskotko, että terveytesi puolesta... | melko varmasti | 103 | 66 | 1 | |
| | en ole varma | 63 | 27 | 0,365 | 0,184–0,727 |
| | tuskin | 19 | 4 | 0,128 | 0,039–0,425 |

| Muuttuja | | N | n (toipunut) | odds ratio | 95 % LV |
|--|-------------------------------|-----|--------------|---------------|--------------|
| Esimiestuki 12 kk | ei | 60 | 20 | 1 | |
| | kyllä | 100 | 68 | 4,254 | 2,146–8,436 |
| Työyhteisön tuki 12 kk | ei | 37 | 13 | 1 | |
| | kyllä | 124 | 75 | 3,137 | 1,418–6,938 |
| Lääkäri | | | | | |
| TTH:n erikoislääkäri rekrytoinut | ei | 94 | 43 | 1 | |
| | kyllä | 91 | 54 | 1,715 | 0,942–3,124 |
| Haluaa | | | | | |
| keskusteluapua (lääkäriltä, jne.) | ei | 40 | 16 | 1 | |
| | kyllä | 145 | 81 | 2,154 | 1,023–4,534 |
| terapiaa | ei | 94 | 56 | 1 | |
| | kyllä | 91 | 41 | 0,550 | 0,299–1,011 |
| masennuslääkitystä | ei | 88 | 46 | 1 | |
| | kyllä | 97 | 51 | 1,007 | 0,559–1,812 |
| sairauslomaa | ei | 111 | 64 | 1 | |
| | kyllä | 74 | 33 | 0,570 | 0,311–1,045 |
| osasairauslomaa | ei | 172 | 92 | 1 | |
| | kyllä | 13 | 5 | 0,538 | 0,167–1,731 |
| vaikuttamista työpaikan ilmapiiriin | ei | 159 | 83 | 1 | |
| | kyllä | 26 | 14 | 1,073 | 0,457–2,523 |
| Masennuksen vaikeusaste 0 kk | | | | | |
| BDI 0 kk | 0–12 | 8 | 6 | 1 | |
| | 13–18 | 29 | 19 | 0,624 | 0,103–3,775 |
| | 19–29 | 90 | 48 | 0,363 | 0,068–1,944 |
| | 30–63 | 57 | 24 | 0,233 | 0,042–1,278 |
| SOFAS 0 kk | alle 80 | 168 | 84 | 1 | |
| | vähintään 80 | 12 | 11 | 12,496 | 1,547–100,95 |
| PHQ-9 0kk | 0–14 | 72 | 46 | 1 | |
| | 15–19 | 64 | 30 | 0,491 | 0,242–0,995 |
| | 20–27 | 47 | 21 | 0,414 | 0,190–0,903 |
| Työkyky-pistemäärä 0 kk | 0–5 | 107 | 48 | 1 | |
| | 6–7 | 54 | 33 | 2,032 | 1,031–4,007 |
| | 8–10 | 22 | 15 | 2,986 | 1,102–8,094 |
| Terapia | | | | | |
| Terapiakerrat | ei terapiaa tai pelkät arviot | 83 | 40 | 1 | |
| | 4–9 terapiakertaa | 22 | 16 | 2,922 | 1,030–8,289 |
| | vähintään 10 terapiakertaa | 80 | 41 | 1,149 | 0,618–2,136 |
| Sairauspoissaolo depression takia | | | | | |
| Sairauspoissaolopäivät | 0–30 | 95 | 58 | 1 | |
| | 31–80 | 45 | 25 | 0,710 | 0,338–1,492 |
| | yli 80 | 45 | 14 | 0,258 | 0,119–0,562 |

Liitetaulukko 2. Toipuminen työkykykypistemäärän (TKPM) mukaan

toipunut: 12 kk:n TKPM välillä 8–10

ei-toipunut: 12 kk:n TKPM enintään 7

| Muuttuja | | N | n (toipunut) | odds ratio | 95 % LV |
|--|----------------------------------|-----|--------------|--------------|-------------|
| Tutkimusasetelma | | | | | |
| Interventio/kontrolli | interventio | 146 | 77 | 1 | |
| | kontrolli | 31 | 18 | 1,233 | 0,558–2,728 |
| Sosiodemograafiset tekijät | | | | | |
| Sukupuoli | Naiset | 122 | 67 | 1 | |
| | Miehet | 55 | 28 | 0,852 | 0,449–1,619 |
| Ikä | 18–29 | 26 | 14 | 1 | |
| | 30–44 | 73 | 38 | 0,949 | 0,385–2,339 |
| | 45–54 | 57 | 32 | 1,112 | 0,437–2,831 |
| | 55–65 | 21 | 11 | 0,944 | 0,298–2,990 |
| Parisuhte | parisuhteessa | 105 | 53 | 1 | |
| | yksineläjä | 72 | 42 | 1,362 | 0,735–2,523 |
| Sosioekonominen asema | ylempi | 102 | 60 | 1 | |
| | alempi | 75 | 35 | 0,625 | 0,340–1,148 |
| Elämäntavat, sairaudet jne. | | | | | |
| Alkoholin käyttö | normaalikäyttäjät | 95 | 51 | 1 | |
| | riskikäyttäjät | 55 | 30 | 1,054 | 0,532–2,089 |
| | ongelmakäyttäjät | 20 | 10 | 0,945 | 0,336–2,657 |
| Tupakointi 0 kk | ei | 117 | 63 | 1 | |
| | kyllä | 60 | 32 | 1,011 | 0,535–1,913 |
| Ruumillinen oheissairaus | ei | 110 | 65 | 1 | |
| | kyllä | 67 | 30 | 0,527 | 0,277–1,002 |
| Kuormittavat elämäntapahtumat | ei koskaan | 10 | 5 | 1 | |
| | viimeisen 6 kk aikana | 44 | 24 | 1,136 | 0,283–4,560 |
| | aikaisemmin | 93 | 53 | 1,247 | 0,328–4,731 |
| | sekä viim. 6 kk aikana että aik. | 29 | 12 | 0,664 | 0,154–2,865 |
| Työ | | | | | |
| Vastaako nykyinen työ koulutustasi | vastaa | 115 | 63 | 1 | |
| | ei vastaa | 51 | 27 | 1,008 | 0,507–2,002 |
| | vastaa osittain | 5 | 1 | 0,182 | 0,019–1,715 |
| Työssä kielteisiä mielentilaan vaikuttavia asioita tällä hetkellä 0 kk | ei | 44 | 27 | 1 | |
| | kyllä | 133 | 68 | 0,641 | 0,315–1,301 |
| Uskotko, että terveytesi puolesta pystyt työskentelemään nykyisessä työssä kahden vuoden kuluttua? | melko varmasti | 102 | 62 | 1 | |
| | en ole varma | 56 | 27 | 0,575 | 0,289–1,144 |
| | tuskin | 19 | 6 | 0,277 | 0,096–0,805 |

| Muuttuja | | N | n (toipunut) | odds ratio | 95 % LV |
|--|-------------------------------|-----|--------------|--------------|--------------|
| Esimiestuki 12 kk | ei | 65 | 24 | 1 | |
| | kyllä | 109 | 70 | 3,090 | 1,627–5,867 |
| Työyhteisön tuki 12 kk | ei | 40 | 10 | 1 | |
| | kyllä | 135 | 85 | 5,411 | 2,385–12,274 |
| Lääkäri | | | | | |
| TTH:n erikoislääkäri rekrytoinut | ei | 87 | 42 | 1 | |
| | kyllä | 90 | 53 | 1,583 | 0,861–2,914 |
| Haluaa | | | | | |
| keskusteluapua (lääkäriltä, jne.) | ei | 39 | 15 | 1 | |
| | kyllä | 138 | 80 | 2,278 | 1,081–4,797 |
| terapiaa | ei | 92 | 56 | 1 | |
| | kyllä | 85 | 39 | 0,522 | 0,281–0,968 |
| masennuslääkitystä | ei | 82 | 44 | 1 | |
| | kyllä | 95 | 51 | 1,021 | 0,562–1,854 |
| sairauslomaa | ei | 109 | 65 | 1 | |
| | kyllä | 68 | 30 | 0,530 | 0,284–0,988 |
| osasairauslomaa | ei | 161 | 90 | 1 | |
| | kyllä | 16 | 5 | 0,356 | 0,117–1,079 |
| vaikuttamista työpaikan ilmapiiriin | ei | 155 | 81 | 1 | |
| | kyllä | 22 | 14 | 1,667 | 0,646–4,303 |
| Masennuksen vaikeusaste 0 kk | | | | | |
| BDI 0 kk | 0–12 | 7 | 4 | 1 | |
| | 13–18 | 28 | 13 | 0,602 | 0,109–3,314 |
| | 19–29 | 88 | 47 | 0,774 | 0,159–3,772 |
| | 30–63 | 53 | 31 | 1,037 | 0,208–5,165 |
| SOFAS 0 kk | alle 80 | 159 | 83 | 1 | |
| | vähintään 80 | 12 | 10 | 4,926 | 1,024–23,688 |
| PHQ-9 0 kk | 0–14 | 72 | 39 | 1 | |
| | 15–19 | 60 | 29 | 0,801 | 0,396–1,618 |
| | 20–27 | 42 | 26 | 1,490 | 0,668–3,321 |
| Työkyypistemäärä 0 kk | 0–5 | 92 | 43 | 1 | |
| | 6–7 | 62 | 37 | 1,681 | 0,871–3,245 |
| | 8–10 | 21 | 14 | 2,323 | 0,846–6,383 |
| Terapia | | | | | |
| Terapiakerrat | ei terapiaa tai pelkät arviot | 81 | 42 | 1 | |
| | 4–9 terapiakertaa | 18 | 10 | 1,234 | 0,434–3,512 |
| | vähintään 10 terapiakertaa | 78 | 43 | 1,147 | 0,612–2,149 |
| Sairauspoissaolo depression takia | | | | | |
| Sairauspoissaolopäivät | 0–30 | 99 | 60 | 1 | |
| | 31–80 | 40 | 23 | 0,845 | 0,394–1,812 |
| | yli 80 | 38 | 12 | 0,286 | 0,128–0,643 |

Liitetaulukko 3. Toipuminen SOFAS-asteikon mukaan

toipunut: 12 kk:n SOFAS vähintään 80

ei-toipunut: 12 kk:n SOFAS enintään 79

| Muuttuja | | N | n (toipunut) | odds ratio | 95 % LV |
|--|----------------------------------|-----|--------------|--------------|-------------|
| Tutkimusasetelma | | | | | |
| Interventio/kontrolli | interventio | 145 | 95 | 1 | |
| | kontrolli | 31 | 21 | 1,128 | 0,487–2,613 |
| Sosiodemograafiset tekijät | | | | | |
| Sukupuoli | Naiset | 123 | 80 | 1 | |
| | Miehet | 53 | 36 | 1,118 | 0,559–2,235 |
| Ikä | 18–29 | 25 | 16 | 1 | |
| | 30–44 | 70 | 48 | 1,210 | 0,461–3,173 |
| | 45–54 | 60 | 38 | 0,967 | 0,366–2,555 |
| | 55–65 | 21 | 14 | 1,131 | 0,559–2,235 |
| Parisuhde | parisuhteessa | 96 | 66 | 1 | |
| | yksineläjä | 80 | 50 | 0,759 | 0,398–1,450 |
| Sosioekonominen asema | ylempi | 98 | 65 | 1 | |
| | alempi | 78 | 51 | 0,920 | 0,487–1,740 |
| Elämäntavat, sairaudet jne. | | | | | |
| Alkoholin käyttö | normaalikäyttäjät | 96 | 63 | 1 | |
| | riskikäyttäjät | 56 | 37 | 0,984 | 0,481–2,012 |
| | ongelmakäyttäjät | 18 | 12 | 0,970 | 0,307–3,062 |
| Tupakointi 0 kk | ei | 114 | 74 | 1 | |
| | kyllä | 61 | 41 | 1,046 | 0,528–2,071 |
| Ruumiillinen oheissairaus | ei | 108 | 77 | 1 | |
| | kyllä | 68 | 39 | 0,517 | 0,265–1,008 |
| Kuormittavat elämäntapahtumat | ei koskaan | 10 | 8 | 1 | |
| | viimeisen 6 kk aikana | 41 | 25 | 0,410 | 0,076–2,226 |
| | aikaisemmin | 95 | 61 | 0,474 | 0,093–2,422 |
| | sekä viim. 6 kk aikana että aik. | 29 | 21 | 0,681 | 0,117–3,983 |
| Työ | | | | | |
| Vastaako nykyinen työ koulutustasi | vastaa | 116 | 73 | 1 | |
| | ei vastaa | 49 | 39 | 2,396 | 1,059–5,424 |
| | vastaa osittain | 5 | 1 | 0,138 | 0,015–1,302 |
| Työssä kielteisiä mielentilaan vaikuttavia asioita tällä hetkellä 0 kk | ei | 44 | 28 | 1 | |
| | kyllä | 132 | 88 | 1,144 | 0,557–2,348 |
| Uskotko, että terveytesi puolesta pystyt työskentelemään nykyisessä työssä kahden vuoden kuluttua? | melko varmasti | 100 | 70 | 1 | |
| | en ole varma | 59 | 36 | 0,641 | 0,315–1,303 |
| | tuskin | 17 | 10 | 0,583 | 0,197–1,720 |
| Esimiestuki 12 kk | ei | 57 | 32 | 1 | |
| | kyllä | 99 | 73 | 2,213 | 1,106–4,426 |

| Muuttuja | | N | n (toipunut) | odds ratio | 95 % LV |
|--|-------------------------------|-----|--------------|--------------|-------------|
| Työyhteisön tuki 12 kk | ei | 35 | 20 | 1 | |
| | kyllä | 122 | 85 | 1,758 | 0,798–3,874 |
| Lääkäri | | | | | |
| TTH:n erikoislääkäri rekrytoinut | ei | 89 | 53 | 1 | |
| | kyllä | 87 | 63 | 1,822 | 0,954–3,480 |
| Haluaa | | | | | |
| keskusteluapua (lääkäriltä, jne.) | ei | 39 | 26 | 1 | |
| | kyllä | 137 | 90 | 0,947 | 0,435–2,062 |
| terapiaa | ei | 88 | 62 | 1 | |
| | kyllä | 88 | 54 | 0,650 | 0,338–1,248 |
| masennuslääkitystä | ei | 84 | 55 | 1 | |
| | kyllä | 92 | 61 | 0,998 | 0,529–1,882 |
| sairauslomaa | ei | 111 | 75 | 1 | |
| | kyllä | 65 | 41 | 0,794 | 0,413–1,524 |
| osasairauslomaa | ei | 163 | 111 | 1 | |
| | kyllä | 13 | 5 | 0,270 | 0,082–0,885 |
| vaikuttamista työpaikan ilmapiiriin | ei | 151 | 97 | 1 | |
| | kyllä | 25 | 19 | 1,728 | 0,639–4,676 |
| Masennuksen vaikeusaste 0 kk | | | | | |
| BDI 0 kk | 0–12 | 8 | 5 | 1 | |
| | 13–18 | 27 | 17 | 1,067 | 0,203–5,601 |
| | 19–29 | 88 | 60 | 1,395 | 0,304–6,411 |
| | 30–63 | 53 | 34 | 1,069 | 0,227–5,045 |
| SOFAS 0 kk | alle 80 | 162 | 102 | 1 | |
| | vähintään 80 | 11 | 11 | a) | |
| PHQ-9 0 kk | 0–14 | 70 | 47 | 1 | |
| | 15–19 | 59 | 38 | 0,855 | 0,406–1,799 |
| | 20–27 | 45 | 30 | 0,932 | 0,410–2,117 |
| Työkykypistemäärä 0 kk | 0–5 | 98 | 62 | 1 | |
| | 6–7 | 55 | 38 | 1,322 | 0,648–2,698 |
| | 8–10 | 21 | 16 | 1,839 | 0,612–5,531 |
| Terapia | | | | | |
| Terapiakerrat | ei terapiaa tai pelkät arviot | 77 | 49 | 1 | |
| | 4–9 terapiakertaa | 21 | 15 | 1,377 | 0,475–3,996 |
| | vähintään 10 terapiakertaa | 78 | 52 | 1,160 | 0,595–2,261 |
| Sairauspoissaolo depression takia | | | | | |
| Sairauspoissaolopäivät | 0–30 | 92 | 67 | 1 | |
| | 31–80 | 43 | 28 | 0,662 | 0,297–1,476 |
| | yli 80 | 41 | 21 | 0,369 | 0,167–0,818 |

a) Kaikki toipuivat.

Liitetaulukko 4. Toipuminen PHQ-9:n mukaan

toipunut: 12 kk:n PHQ-9, masennustilan kriteerit eivät täyty
 ei-toipunut: 12 kk:n PHQ-9, masennustilan kriteerit täyttyvät

| Muuttuja | | N | n (toipunut) | odds ratio | 95 % LV |
|--|----------------------------------|-----|--------------|--------------|-------------|
| Tutkimusasetelma | | | | | |
| Interventio/kontrolli | interventio | 149 | 115 | 1 | |
| | kontrolli | 31 | 26 | 1,617 | 0,566–4,617 |
| Sosiodemograafiset tekijät | | | | | |
| Sukupuoli | Naiset | 128 | 99 | 1 | |
| | Miehet | 52 | 42 | 1,187 | 0,525–2,679 |
| Ikä | 18–29 | 25 | 19 | 1 | |
| | 30–44 | 75 | 62 | 1,470 | 0,489–4,423 |
| | 45–54 | 58 | 43 | 0,891 | 0,299–2,658 |
| | 55–65 | 22 | 17 | 1,077 | 0,278–4,179 |
| Parisuhde | parisuhteessa | 105 | 80 | 1 | |
| | yksineläjä | 75 | 61 | 1,409 | 0,663–2,992 |
| Sosioekonominen asema | ylempi | 105 | 83 | 1 | |
| | alempi | 75 | 58 | 0,844 | 0,407–1,752 |
| Elämäntavat, sairaudet jne. | | | | | |
| Alkoholin käyttö | normaalikäyttäjät | 98 | 77 | 1 | |
| | riskikäyttäjät | 56 | 44 | 0,884 | 0,385–2,028 |
| | ongelmakäyttäjät | 19 | 16 | 1,323 | 0,323–5,411 |
| Tupakointi 0 kk | ei | 119 | 91 | 1 | |
| | kyllä | 61 | 50 | 1,283 | 0,577–2,850 |
| Ruumiillinen oheissairaus | ei | 112 | 92 | 1 | |
| | kyllä | 68 | 49 | 0,550 | 0,258–1,172 |
| Kuormittavat elämäntapahtumat | ei koskaan | 10 | 9 | 1 | |
| | viimeisen 6 kk aikana | 45 | 35 | 0,430 | 0,047–3,921 |
| | aikaisemmin | 94 | 75 | 0,521 | 0,060–4,514 |
| | sekä viim. 6 kk aikana että aik. | 30 | 21 | 0,273 | 0,029–2,556 |
| Työ | | | | | |
| Vastaako nykyinen työ koulutustasi | vastaa | 120 | 95 | 1 | |
| | ei vastaa | 49 | 39 | 0,969 | 0,414–2,267 |
| | vastaa osittain | 5 | 2 | 0,179 | 0,027–1,172 |
| Työssä kielteisiä mielentilaan vaikuttavia asioita tällä hetkellä 0 kk | ei | 46 | 39 | 1 | |
| | kyllä | 134 | 102 | 0,583 | 0,235–1,449 |
| Uskotko, että terveytesi puolesta pystyt työskentelemään nykyisessä työssä kahden vuoden kuluttua? | melko varmasti | 105 | 86 | 1 | |
| | en ole varma | 57 | 45 | 0,809 | 0,348–1,880 |
| | tuskin | 18 | 10 | 0,273 | 0,093–0,803 |
| Esimiestuki 12 kk | ei | 63 | 42 | 1 | |
| | kyllä | 108 | 93 | 3,176 | 1,479–6,822 |

| Muuttuja | | N | n (toipunut) | odds ratio | 95 % LV |
|--|-------------------------------|-----|--------------|--------------|-------------|
| Työyhteisön tuki 12 kk | ei | 39 | 22 | 1 | |
| | kyllä | 133 | 114 | 5,516 | 2,365–12,87 |
| Lääkäri | | | | | |
| TTH:n erikoislääkäri rekrytoinut | ei | 89 | 65 | 1 | |
| | kyllä | 91 | 76 | 1,981 | 0,939–4,177 |
| Haluaa | | | | | |
| keskusteluapua (lääkäriltä, jne.) | ei | 38 | 27 | 1 | |
| | kyllä | 142 | 114 | 1,670 | 0,721–3,870 |
| terapiaa | ei | 91 | 72 | 1 | |
| | kyllä | 89 | 69 | 0,868 | 0,417–1,808 |
| masennuslääkitystä | ei | 85 | 67 | 1 | |
| | kyllä | 95 | 74 | 0,895 | 0,436–1,837 |
| sairauslomaa | ei | 113 | 92 | 1 | |
| | kyllä | 67 | 49 | 0,569 | 0,272–1,192 |
| osasairauslomaa | ei | 164 | 134 | 1 | |
| | kyllä | 16 | 7 | 0,165 | 0,056–0,491 |
| vaikuttamista työpaikan ilmapiiriin | ei | 158 | 122 | 1 | |
| | kyllä | 22 | 19 | 1,686 | 0,456–6,231 |
| Masennuksen vaikeusaste 0 kk | | | | | |
| BDI 0 kk | 0–12 | 8 | 6 | 1 | |
| | 13–18 | 28 | 23 | 1,680 | 0,248–11,39 |
| | 19–29 | 87 | 68 | 1,284 | 0,231–7,125 |
| | 30–63 | 56 | 44 | 1,142 | 0,200–6,533 |
| SOFAS 0 kk | alle 80 | 163 | 125 | 1 | |
| | vähintään 80 | 12 | 12 | b) | |
| PHQ 0 kk | 0–14 | 74 | 61 | 1 | |
| | 15–19 | 62 | 44 | 0,463 | 0,199–1,074 |
| | 20–27 | 41 | 35 | 1,138 | 0,389–3,330 |
| Työkyypistemäärä 0 kk | 0–5 | 93 | 70 | 1 | |
| | 6–7 | 64 | 51 | 1,376 | 0,628–3,015 |
| | 8–10 | 21 | 18 | 1,972 | 0,521–7,469 |
| Terapia | | | | | |
| Terapiakerrat | ei terapiaa tai pelkät arviot | 82 | 60 | 1 | |
| | 4–9 terapiakertaa | 20 | 17 | 1,945 | 0,511–7,398 |
| | vähintään 10 terapiakertaa | 78 | 64 | 1,654 | 0,770–3,557 |
| Sairauspoissaolo depression takia | | | | | |
| Sairauspoissaolopäivät | 0–30 | 101 | 83 | 1 | |
| | 31–80 | 42 | 35 | 1,070 | 0,402–2,843 |
| | yli 80 | 37 | 23 | 0,325 | 0,136–0,775 |

b) Kaikki toipuivat.

Liitetaulukko 5. Terapiaan päätyminen

päätenyt terapiaan: terapiakertoja vähintään neljä
ei päätenyt terapiaan: terapiakertoja 0–3

| Muuttuja | | N | n (terapia) | OR | 95 % LV |
|--|----------------------------------|-----|-------------|--------------|--------------|
| Tutkimusasetelma | | | | | |
| Interventio/kontrolli | interventio | 186 | 110 | 1 | |
| | kontrolli | 47 | 2 | 0,029 | 0,007–0,126 |
| Sosiodemograafiset tekijät | | | | | |
| Suku­puoli | Naiset | 160 | 79 | 1 | |
| | Miehet | 73 | 33 | 0,842 | 0,481–1,472 |
| Ikä | 18–29 | 38 | 19 | 1 | |
| | 30–44 | 98 | 47 | 0,941 | 0,443–1,997 |
| | 45–54 | 69 | 34 | 0,985 | 0,445–2,179 |
| | 55–65 | 28 | 12 | 0,751 | 0,281–2,008 |
| Parisuhde | parisuhteessa | 137 | 66 | 1 | |
| | yksineläjä | 95 | 46 | 0,968 | 0,567–1,654 |
| Sosioekonominen asema | ylempi | 122 | 68 | 1 | |
| | alempi | 111 | 44 | 0,521 | 0,308–0,883 |
| Elämäntavat, sairaudet jne. | | | | | |
| Alkoholin käyttö | normaalikäyttäjät | 127 | 60 | 1 | |
| | riskikäyttäjät | 71 | 36 | 1,131 | 0,624–2,052 |
| | ongelmakäyttäjät | 25 | 11 | 0,908 | 0,365–2,258 |
| Tupakointi 0 kk | ei | 150 | 69 | 1 | |
| | kyllä | 82 | 42 | 1,258 | 0,725–2,185 |
| Ruumiillinen oheissairaus | ei | 151 | 80 | 1 | |
| | kyllä | 82 | 32 | 0,547 | 0,307–0,973 |
| Kuormittavat elämäntapahtumat | ei koskaan | 13 | 6 | 1 | |
| | viimeisen 6 kk aikana | 64 | 30 | 0,998 | 0,299–3,329 |
| | aikaisemmin | 120 | 60 | 1,145 | 0,356–3,683 |
| | sekä viim. 6 kk aikana että aik. | 35 | 16 | 0,936 | 0,257–3,416 |
| Työ | | | | | |
| Vastaako nykyinen työ koulutustasi | vastaa | 149 | 79 | 1 | |
| | ei vastaa | 70 | 25 | 0,483 | 0,263–0,888 |
| | vastaa osittain | 5 | 4 | 3,364 | 0,361–31,333 |
| Työssä kielteisiä mielentilaan vaikuttavia asioita tällä hetkellä 0 kk | ei | 62 | 24 | 1 | |
| | kyllä | 171 | 88 | 1,722 | 0,946–3,134 |
| Uskotko, että terveytesi puolesta pystyt työskentelemään nykyisessä työssä kahden vuoden kuluttua? | melko varmasti | 127 | 62 | 1 | |
| | en ole varma | 80 | 45 | 1,445 | 0,802–2,603 |
| | tuskin | 26 | 5 | 0,254 | 0,090–0,722 |
| Esimiestuki 12 kk | ei | 65 | 33 | 1 | |
| | kyllä | 109 | 62 | 1,264 | 0,679–2,352 |

| Muuttuja | | N | n (terapia) | OR | 95 % LV |
|--|-------------------------------|-----|-------------|--------------|-------------|
| Työyhteisön tuki 12 kk | ei | 40 | 22 | 1 | |
| | kyllä | 135 | 73 | 0,965 | 0,467-1,996 |
| Lääkäri | | | | | |
| TTH:n erikoislääkäri rekrytoinut | ei | 119 | 62 | 1 | |
| | kyllä | 114 | 50 | 0,738 | 0,435-1,250 |
| Haluaa | | | | | |
| keskusteluapua (lääkäriltä, jne.) | ei | 55 | 21 | 1 | |
| | kyllä | 178 | 91 | 1,660 | 0,883-3,119 |
| terapiaa | ei | 121 | 41 | 1 | |
| | kyllä | 112 | 71 | 3,443 | 1,979-5,992 |
| masennuslääkitystä | ei | 113 | 56 | 1 | |
| | kyllä | 120 | 56 | 0,899 | 0,536-1,509 |
| sairauslomaa | ei | 138 | 74 | 1 | |
| | kyllä | 95 | 38 | 0,579 | 0,338-0,992 |
| osasairauslomaa | ei | 217 | 104 | 1 | |
| | kyllä | 16 | 8 | 1,122 | 0,403-3,121 |
| vaikuttamista työpaikan ilmapiiriin | ei | 197 | 96 | 1 | |
| | kyllä | 36 | 16 | 0,827 | 0,400-1,710 |
| Masennuksen vaikeusaste 0 kk | | | | | |
| BDI 0 kk | 0-12 | 10 | 5 | 1 | |
| | 13-18 | 34 | 16 | 0,908 | 0,217-3,796 |
| | 19-29 | 119 | 53 | 0,748 | 0,203-2,755 |
| | 30-63 | 69 | 38 | 1,194 | 0,315-4,530 |
| SOFAS 0 kk | alle 80 | 214 | 101 | 1 | |
| | vähintään 80 | 13 | 8 | 1,950 | 0,605-6,289 |
| PHQ 0 kk | 0-14 | 90 | 44 | 1 | |
| | 15-19 | 81 | 34 | 0,729 | 0,392-1,354 |
| | 20-27 | 58 | 33 | 1,406 | 0,713-2,776 |
| Työkyypistemäärä 0 kk | 0-5 | 131 | 63 | 1 | |
| | 6-7 | 74 | 39 | 1,198 | 0,674-2,129 |
| | 8-10 | 26 | 9 | 0,557 | 0,229-1,359 |
| Terapia | | | | | |
| Terapiakerrat | ei terapiaa tai pelkät arviot | 121 | 0 | | |
| | 4-9 terapiakertaa | 25 | 25 | | |
| | vähintään 10 terapiakertaa | 87 | 87 | | |
| Sairauspoissaolo depression takia | | | | | |
| Sairauspoissaolopäivät | 0-30 | 129 | 57 | 1 | |
| | 31-80 | 52 | 26 | 1,237 | 0,642-2,381 |
| | yli 80 | 52 | 29 | 1,596 | 0,828-3,079 |

Liitetaulukko 6. Pitkä sairauspoissaolo depression takia määrätty pitkälle sairauspoissaololle (vähintään 80 päivää) vs. määrätty lyhyelle sairauspoissaololle (0–30 päivää)

| | Muuttuja | N (kaikki) | n (sairaus- lomapäiviä yli 80) | n (sairaus- lomapäiviä 0–30) | odds ratio | 95 % LV |
|--|----------------------------------|------------|--------------------------------------|------------------------------------|--------------|-------------|
| Tutkimusasetelma | | | | | | |
| Interventio/kontrolli | interventio | 186 | 44 | 96 | 1 | |
| | kontrolli | 47 | 8 | 33 | 0,585 | 0,246–1,389 |
| Sosiodemograafiset tekijät | | | | | | |
| Sukupuoli | Naiset | 160 | 38 | 87 | 1 | |
| | Miehet | 73 | 14 | 42 | 0,736 | 0,356–1,523 |
| Ikä | 18–29 | 38 | 4 | 25 | 1 | |
| | 30–44 | 98 | 23 | 54 | 1,730 | 1,100–12,29 |
| | 45–54 | 69 | 18 | 31 | 3,677 | 0,580–8,939 |
| | 55–65 | 28 | 7 | 19 | 2,277 | 0,356–1,523 |
| Parisuhte | parisuhteessa | 137 | 33 | 74 | 1 | |
| | yksineläjä | 95 | 19 | 54 | 0,826 | 0,413–1,655 |
| Sosioekonominen asema | ylempi | 122 | 22 | 75 | 1 | |
| | alempi | 111 | 30 | 54 | 2,069 | 1,056–4,052 |
| Elämäntavat, sairaudet jne. | | | | | | |
| Alkoholin käyttö | normaalikäyttäjät | 127 | 30 | 68 | 1 | |
| | riskikäyttäjät | 71 | 16 | 39 | 0,999 | 0,472–2,114 |
| | ongelmakäyttäjät | 25 | 3 | 17 | 0,415 | 0,106–1,623 |
| Tupakointi 0 kk | ei | 150 | 28 | 91 | 1 | |
| | kyllä | 82 | 23 | 38 | 2,144 | 1,064–4,319 |
| Ruumillinen oheissairaus | ei | 151 | 28 | 89 | 1 | |
| | kyllä | 82 | 24 | 40 | 1,692 | 0,843–3,396 |
| Kuormittavat elämäntapahtumat | ei koskaan | 13 | 0 | 10 | c) | |
| | viimeisen 6 kk aikana | 64 | 14 | 37 | 0,584 | 0,214–1,589 |
| | aikaisemmin | 120 | 27 | 66 | 0,599 | 0,239–1,501 |
| | sekä viim. 6 kk aikana että aik. | 35 | 11 | 16 | 1 | |
| Työ | | | | | | |
| Vastaako nykyinen työ koulutustasi | vastaa | 149 | 28 | 83 | 1 | |
| | ei vastaa | 70 | 19 | 41 | 1,607 | 0,764–3,382 |
| | vastaa osittain | 5 | 3 | 1 | 6,245 | 0,604–64,52 |
| Työssä kielteisiä mielentilaan vaikuttavia asioita tällä hetkellä 0 kk | ei | 62 | 10 | 39 | 1 | |
| | kyllä | 171 | 42 | 90 | 1,781 | 0,801–3,962 |
| Uskotko, että terveytesi puolesta pystyt työskentelemään nykyisessä työssä kahden vuoden kuluttua? | melko varmasti | 127 | 15 | 81 | 1 | |
| | en ole varma | 80 | 26 | 38 | 3,918 | 1,791–8,572 |
| | tuskin | 26 | 11 | 10 | 5,954 | 2,101–16,88 |

| | Muuttuja | N (kaikki) | n (sairaus- lomapäiviä yli 80) | n (sairaus- lomapäiviä 0–30) | odds ratio | 95 % LV |
|--|----------------------------------|------------|--------------------------------------|------------------------------------|--------------|-------------|
| Esimiestuki 12 kk | ei | 65 | 20 | 29 | 1 | |
| | kyllä | 109 | 18 | 68 | 0,347 | 0,156–0,774 |
| Työyhteisön tuki 12 kk | ei | 40 | 11 | 16 | 1 | |
| | kyllä | 135 | 27 | 82 | 0,395 | 0,153–1,016 |
| Lääkäri | | | | | | |
| TTH:n erikoislääkäri rekrytoinut | ei | 119 | 34 | 61 | 1 | |
| | kyllä | 114 | 18 | 68 | 0,451 | 0,222–0,917 |
| Haluaa | | | | | | |
| keskusteluapua (lääkäriltä, jne.) | ei | 55 | 15 | 27 | 1 | |
| | kyllä | 178 | 37 | 102 | 0,626 | 0,292–1,342 |
| terapiaa | ei | 121 | 25 | 62 | 1 | |
| | kyllä | 112 | 27 | 67 | 0,941 | 0,481–1,842 |
| masennuslääkitystä | ei | 113 | 25 | 63 | 1 | |
| | kyllä | 120 | 27 | 66 | 1,088 | 0,562–2,107 |
| sairauslomaa | ei | 138 | 15 | 98 | 1 | |
| | kyllä | 95 | 37 | 31 | 9,372 | 4,296–20,45 |
| osasairauslomaa | ei | 217 | 49 | 118 | 1 | |
| | kyllä | 16 | 3 | 11 | 0,580 | 0,151–2,229 |
| vaikuttamista työpaikan ilmapiiriin | ei | 197 | 42 | 111 | 1 | |
| | kyllä | 36 | 10 | 18 | 1,407 | 0,586–3,375 |
| Masennuksen vaikeusaste 0 kk | | | | | | |
| BDI 0 kk | 0–12 | 10 | 1 | 7 | 0,171 | 0,019–1,521 |
| | 13–18 | 34 | 5 | 19 | 0,347 | 0,103–1,165 |
| | 19–29 | 119 | 23 | 68 | 0,449 | 0,213–0,947 |
| | 30–63 | 69 | 23 | 34 | 1 | |
| SOFAS 0 kk | alle 80 | 214 | 51 | 116 | 1 | |
| | vähintään 80 | 13 | 0 | 10 | c) | |
| PHQ 0 kk | 0–14 | 90 | 16 | 54 | 1 | |
| | 15–19 | 81 | 18 | 44 | 1,375 | 0,603–3,133 |
| | 20–27 | 58 | 17 | 28 | 2,405 | 1,007–5,747 |
| Työkyky pistemäärä 0 kk | 0–5 | 131 | 48 | 50 | 1 | |
| | 6–7 | 74 | 4 | 55 | 0,069 | 0,023–0,212 |
| | 8–10 | 26 | 0 | 22 | c) | |
| Terapia | | | | | | |
| Terapiakerrat | ei terapiaa tai pelkät arviot | 121 | 23 | 72 | 1 | |
| | 4–9 terapiakertaa | 25 | 4 | 9 | 1,374 | 0,377–5,011 |
| | vähintään 10 terapiakertaa | 87 | 25 | 48 | 1,650 | 0,828–3,287 |
| Sairauspoissaolo depression takia | | | | | | |
| Sairauspoissaolopäivät | 0–30 | 129 | 0 | 129 | | |
| | yli 80 | 52 | 52 | 0 | | |

c) Ketään ei määrätty pitkälle sairauslomalle

Liitetaulukko 7.
BDI-hoitovaste suhteessa taustatekijöihin koko potilasaineistossa

| | | BDI hoitovaste | | | |
|--|----------------------|----------------|--|--|-------|
| | | N | Ei hoitovastetta (BDI-lasku alle 30 %) | Täysi t. osittai- nen hoitovaste (BDI-lasku yli 30 %) | p |
| | | | 32 (17,4 %) | 152 (82,6 %) | |
| Ikä vuosina | ka. | | 41,1 | 42,1 | 0,61 |
| Sukupuoli | naiset | 129 | 17,80 % | 82,20 % | 0,81 |
| | miehet | 55 | 16,40 % | 83,60 % | |
| Sosioekonominen asema | ylempi | 101 | 15,80 % | 84,20 % | 0,54 |
| | alempi | 83 | 19,30 % | 80,70 % | |
| Lääkitys | on | 166 | 16,90 % | 83,10 % | 0,57 |
| | ei | 18 | 22,20 % | 77,80 % | |
| Lääkitys vaikuttavalla annoksella kuuden kuukauden ajan | on | 140 | 17,10 % | 82,90 % | 0,18 |
| | ei | 15 | 6,70 % | 93,30 % | |
| Lyhytpsykoterapia | 0–3 käyntiä | 82 | 24,40 % | 75,60 % | 0,02 |
| | 4–9 käyntiä | 22 | 0,00 % | 100,00 % | |
| | vähintään 10 käyntiä | 80 | 15,00 % | 85,00 % | |
| Sairauspoissaolo | 0–30 päivää | 94 | 9,60 % | 90,40 % | 0,004 |
| | 31–365 päivää | 90 | 25,60 % | 74,40 % | |
| Käynnit työterveyshuollossa | ka. | 184 | 17,94 | 13,73 | 0,002 |
| TTH + terapiakäynnit yht. | ka. | 184 | 21,84 | 20,27 | 0,47 |
| Lääkärikäynnit | ka. | 184 | 11,81 | 9,40 | 0,01 |
| Psykiatrikäynnit | ka. | 184 | 1,81 | 1,00 | 0,01 |
| Psykologikäynnit | ka. | 184 | 1,75 | 1,20 | 0,12 |
| Esimiestuki 12 kk | kyllä | 99 | 9,10 % | 90,90 % | 0,002 |
| | ei | 59 | 30,50 % | 69,50 % | |
| Työyhteisön tuki 12 kk | kyllä | 123 | 13,80 % | 86,20 % | 0,02 |
| | ei | 36 | 25,00 % | 75,00 % | |
| Oheissairaus | Ei | 114 | 12,30 % | 87,70 % | 0,02 |
| | Ruumiillinen | 70 | 25,70 % | 74,30 % | |
| Audit 12 kk | riskiraja ei ylity | 108 | 17,60 % | 82,40 % | 0,54 |
| | riskiraja ylittyy | 64 | 14,10 % | 85,90 % | |
| Audit 0 kk ongelmakäyttö | Pisteet alle 15 | 159 | 17,00 % | 83,00 % | 0,58 |
| | Pisteet 15 tai yli | 14 | 22,20 % | 77,80 % | |
| Työterveysneuvottelu pidetty | kyllä | 39 | 25,60 % | 74,40 % | 0,13 |
| | ei | 145 | 15,20 % | 84,80 % | |
| Kuormitustekijät | ei ollenkaan | 27 | 11,10 % | 88,90 % | 0,73 |
| | työperäinen kt | 30 | 16,70 % | 83,30 % | |
| | yksityiselämän kt | 65 | 16,90 % | 83,10 % | |
| | molemmat kt | 62 | 21,00 % | 79,00 % | |
| Uskotko, että terveytesi puolesta pystyt työskentelemään nykyisessä työssä kahden vuoden kuluttua? | melko varmasti | 103 | 13,60 % | 86,40 % | 0,11 |
| | en ole varma | 63 | 19,00 % | 81,00 % | |
| | tuskin | 18 | 33,30 % | 66,70 % | |

Masennusperusteisten työkyvyttömyyseläkkeiden kasvu Suomessa herätti miettimään, olisiko mitään tehtävissä asian korjaamiseksi. Jotta masennukseen sairastunut ei jäisi työelämän ulkopuolelle, nähtiin tärkeäksi tehostaa masennuksen hoitoa työterveyshuollossa. Tämän vuoksi Työeläkevakuuttajat TELA ry rahoitti Työterveyslaitoksen toteuttaman hankkeen masennuksen hoitomallin kehittämiseksi työterveyshuoltoon.

Tutkimus- ja kehittämishankkeessa *Toimiva masennuksen hoitokäytäntö työterveyshuollossa (ToMaHoK)* tutkittiin vuosina 2009–2012, millä edellytyksillä saadaan masennuksen hoidon ongelmakohtia korjattua. Hankkeessa kiinnitettiin huomiota masennuksen yksinkertaiseen tunnistamiseen, tarkkaan diagnostiikkaan, tehokkaaseen hoitoon, riittävän pitkään seurantaan ja hedelmälliseen työpaikkayhteistyöhön. Masennuksen hoitoa tutkittiin seuraamalla vuoden ajan 233 työterveyshuollon masennuspotilaan hoitoa.

Tässä raportissa kerrotaan, millä keinoilla suositusten mukainen masennuksen hoito on mahdollista toteuttaa työterveyshuollossa ja esitetään ehdotus tehokkaasta masennuksen hoitomallista.

TYÖTERVEYSLAITOS

Työterveyshuollon tutkimus ja kehittäminen -tiimi
Terveys ja työkyky -osaamiskeskus
Topeliuksenkatu 41 a A, 00250 Helsinki

www.ttl.fi

ISBN 978-952-261-189-5 (nid.)
ISBN 978-952-261-190-1 (pdf)

