

KELAN TYÖ- JA OPISKELUKYKYÄ TUKEVA KUNTOUTUSPSYKOTERAPIA TOTEUTUU ERI KESTOISENA

Johdanto

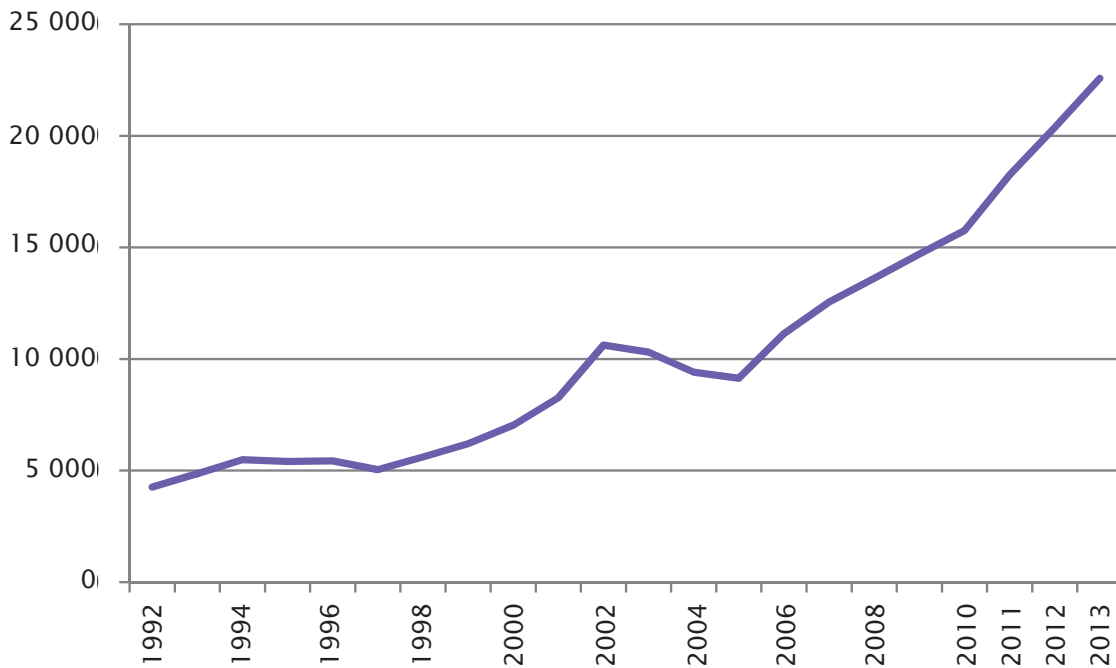
Psykoterapia on terveydenhuollon tavoitteellista ja ammatillista toimintaa, joka tähtää psyykkisen terveyden ja toimintakyvyn lisäämiseen. Psykoterapiassa sovelletaan erilaisiin vakiintuneisiin psykologisiin periaatteisiin perustuvaa vuorovaikutuksellista toimintatapaa potilaan ja psykoterapeutin välillä (Lönnqvist ym. 2011). Psykoterapiaa ohjaavat terveydenhuollon lainsäädäntö sekä ammattikäytännöt ja eettiset periaatteet (Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim ja Suomen Akatemia 2006). Erilaisia koulutussuuntauksia edustavat psykoterapiat ovat yksi keskeisistä mielenterveyden häiriöiden hoitomuodoista. Psykoterapia kuuluu ensisijaisesti kunnallisen järjestämistä vastuun piiriin, ja Kansaneläkelaitoksen (Kela) järjestämä kuntoutuspsykoterapia täydentää julkisen terveydenhuollon psykoterapiapalveluita.

Kela on järjestänyt vuodesta 1992 harkinnanvaraisena kuntoutusmuotona psykoterapiaa 16 - 67-vuotiaille henkilöille, joilla mielen-terveyden häiriö heikentää työ-, opiskelu- tai toimintakykyä. Harkinnanvaraista psykoterapiaa on myönnetty nuorten psykoterapiana 16 - 25-vuotiaille ja aikuisten psykoterapiana 26 - 67-vuotiaille. Psykoterapiaa voi saada myös vaikeavammaisten lääkinnällisenä kuntoutuksena. Kela kustantaa pääosan pitkäkestoisista psykoterapioista (Valkonen ym. 2011).

Aikarajoitteiset potilaan hoitoon kuuluvat lyhytpsykoterapiat eivät kuulu Kelan kuntoutuspsykoterapiana korvattaviin terapioihin. Vuoden 2010 loppuun asti Kela korvasi myös lyhytkestoista, 25 kertaa noin vuoden aikana toteutunutta psykoterapiaa, jota myönnettiin esimerkiksi vuonna 2007 noin 2 %:lle kaikista harkinnanvaraisen psykoterapian saajista.

Vuoden 2011 alusta kuntoutuspsykoterapian järjestämistä vastuun muuttui harkinnanvaraisesta lakisääteiseksi, mikä tarkoittaa sitä, etteivät budjettivuoteen sidotut määrärahat enää rajoita palvelun piiriin otettavien uusien kuntoutujien määrää. Kuntoutuspsykoterapian saamisen kriteerit ovat paljolti aiemman käytännön kaltaiset. Psykoterapian enimmäismäärät ovat 80 kertaa vuodessa ja 200 kertaa kolmen vuoden aikana. Lakimuutoksen jälkeen psykoterapiakuntoutusta on myös voitu hakea uudelleen, kun ensimmäisestä rahoituskaudesta on kulunut vähintään viisi vuotta.

Kuntoutuspsykoterapia on osa potilaan kokonaishoitoa ja kuntoutusta, ja sen tavoitteena on työ- ja opiskelukyvyn palauttaminen tai parantaminen ja tämän seurauksena työssä pysyminen tai työhön paluu tai opintojen edistyminen. Kelan eri lakiperusteilla masentuneille henkilöille järjestämää kuntoutusta koskevan selvityksen mukaan psykoterapian on todettu ylläpitävän työkykyä kolmen vuoden seurannassa paremmin kuin muut kuntoutustoimenpiteet (Lind ym. 2011).



Kuvio 1. Kelan korvaamaa harkinnanvaraista ja vuoden 2011 alusta lakisääteistä kuntoutuspsykoterapiaa vuosina 1992 - 2013 saaneet

Kelan korvaamaa psykoterapiakuntoutusta saaneiden määrä on vuosien kuluessa lisääntynyt voimakkaasti, erityisesti vuoden 2005 alusta alkaen. Kuntoutuspsykoterapian muututtua lakisääteiseksi vuoden 2011 alusta myönnettyjen psykoterapiajaksojen määrä on kasvanut samalla kun hylkäysprosentit ovat pienentyneet. Vuonna 2013 kuntoutuspsykoterapiaa sai 22580 henkilöä (kuviokuva 1).

Psykoterapian pituuteen vaikuttavat monet tekijät. Lähtökohtaisesti hoidon pituus määräytyy potilaan tarpeiden mukaisesti, ja myös psykoterapian eri suuntauksat vaikuttavat sen keston. Helsingin psykoterapiatutkimuksen (Knekt ym. 2008) mukaan lyhyet psykoterapiat vaikuttavat nopeammin esimerkiksi työ- ja toimintakykyyn kuin pitkät, joiden vaikutus puolestaan säilyy lyhyitä psykoterapioita paremmin (Knekt ym. 2013). Vuonna 2006 julkaistussa psykoterapian konsensuslausumassa (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia 2006) esitetään, että psykoterapia tulisi pääsääntöisesti aloittaa lyhyillä hoitomuodoilla. Kela tukee psykoterapian kustannuksia korkeintaan kolmen

vuoden ajan, ja rahoitusta on haettava erikseen kullekin vuodelle. Uudessa hakemuksessa tulee perustella psykoterapian jatkumisen tarve, päätöksessä otetaan huomioon häiriön vaikeusaste ja sen vaikutus hakijan opiskelutai työkykyyn, kuntoutujan oma motivoituneisuus psykoterapiaan sekä kuntoutuksen todennäköinen vaikutus sen tavoitteisiin (www.kela.fi/kuntoutuspsykoterapia).

Kelan kuntoutuspsykoterapian ei tule korvata hoitavia psykoterapioita, vaan niiden tarkoituksena on täydentää hoitoa pitkäaikaisen kuntoutuksen alueella (Pirkola 2012). Tällä perusteella voisi olettaa, että Kelan kuntoutuspsykoterapia toteutuu pääasiassa pitkäkestoisena, kolmen vuoden kuntoutuksena. Aiemmin ei ole julkaistu selvitystä siitä, kuinka paljon Kelan psykoterapiaa on myönnetty yhdelle, kahdelle tai kolmelle vuodelle, ja miten psykoterapian kesto luonnehtii sen saajia. Tässä selvityksessä tarkastelemme vuonna 2007 päättyneen psykoterapiakuntoutuksen keston jakautumista ja kuvaamme eri kestoista psykoterapiaa saaneita kuntoutujia demografisten tekijöiden, ammattialan, diagnoosien,

psykykenlääkkeiden käytön, sairauspäivärahopäivien määrän sekä työvoimaan kuulumisen suhteen. Tarkastelemme lisäksi näiden tekijöiden yhteyttä työvoimaan kuulumiseen, kun kuntoutuksen päättymisestä on kulunut kolme vuotta. Kuvaamme myös psykoterapian toteutumista käyntikertojen määrän suhteen.

Aineisto ja menetelmät

Selvitys perustuu laajaan, eri rekistereistä muodostettuun tutkimusaineistoon (Lind ym. 2013), joka on koottu vuonna 2007 Kelan kuntoutusta hakeneista, siinä olleista tai sen päättäneistä henkilöistä (N=109632). Tähän laajaan rekisteriaineistoon on poimittu tiedot Kelan sairausperusteisten sekä eläke- ja opintotukia koskevien etuuksien rekistereistä, Eläketurvakeskukseen työsuhde- ja työeläketietorekistereistä ja Finanssivalvonnan työttömyysturvatuuden saajarekisteristä. Aineistosta poimittiin tätä selvitystä varten ne henkilöt, joiden kohdalla kuntoutuspsykoterapia oli päättynyt vuonna 2007 (N=3376). Heille on tähän selvitykseen koottu yllä mainituista rekistereistä seuraavat tiedot: psykoterapian pituus (1 - 3 vuotta), ikä, ammattiala ja päädiagnoosi (ICD-10, pääryhmittäin luvusta V) kuntoutushakemuksessa, psykykenlääkekorvaukset, korvattujen sairauspäivärahojen määrä ja työmarkkinatilanne kuntoutushakemuksessa, psykoterapian päättyessä vuonna 2007 ja kolmen vuoden seurannassa vuoden 2010 lopussa sekä psykoterapiakäyntien määrä luokiteltuna (korkeintaan kerran viikossa ja 1 - 2 kertaa viikossa). Tarkastelun ulkopuolelle jätettiin yli 60-vuotiaina kuntoutuksen aloittaneet, joiden oli mahdollista siirtyä iänmukaiselle vanhuuseläkkeelle seuranta-aikana (2 naista) sekä 42 henkilöä (21 naista ja 21 miestä), jotka olivat kuolleet vuoden 2010 loppuun mennessä. Aineistosta poistettiin lisäksi 74 henkilöä (58 naista ja 16 miestä), jotka olivat saaneet Kelan korvaamaa psykoterapiaa vuosina 2009 ja 2010, joten kukaan lopulliseen aineistoon kuuluneista ei ollut saanut Kelan psykoterapiaa vuosina 2008 - 2010. Lopullinen tutkimusaineisto käsittää 3302 16 - 60-vuotiasta henkilöä (2552 naista ja 750 miestä). Kaikilla aineis-

toon kuuluvilla myönnetyn psykoterapian laakerusteena oli harkinnanvarainen kuntoutus.

Aineiston tilastollinen käsittely

Kuntoutuksessa olleet jaettiin kolmeen ryhmään sen mukaan, kuinka monta vuotta he olivat saaneet Kelan rahoittamaa psykoterapiaa vuoden 2007 loppuun mennessä. Aineistoa tarkasteltiin psykoterapiarahoituksen keston suhteen kuvailevalla tasolla frekvensseinä ja prosenttiosuuksina. Erojen merkitsevyyttä tutkittiin vain yksittäisten muuttujien kohdalla, ja tilastollisesti merkitsevät p-arvot on merkitty tekstiin.

Multinomiaalisen logistisen regression avulla (eteenpäin suuntautuva menetelmä) mallinnettiin työvoimaan kuulumista vuonna 2010. Selitettävänä muuttujana käytettiin kolmiluokkaista vuoden 2010 työtilannetta: työvoimaan kuuluneet (työssä käyvät, työttömät, opiskelijat ja sairauspäivärahalla olleet), eläkkeellä olleet ja muussa tilanteessa olleet. Vertailuluokkana olivat vuonna 2010 eläkkeellä olleet. Iän puolesta vuonna 2010 eläkkeellä olleet poistettiin mallista (n=18, 14 naista, 4 miestä). Mallissa selittävinä muuttujina olivat sukupuoli, ikä kuntoutuksen päättyessä, kuntoutushakemuksen pääsairausryhmä [mielialahäiriöt (F30 - F39), neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt (F40 - F49), muut psykiatriset häiriöt, muut sairaudet], tieto dikotomisena psykykenlääkekorvauksista kuntoutuksen päättyessä (mikä tahansa masennuslääke, psykoosilääke tai neuroosi- ja unilääke), sairauspäivärahopäivien määrä kuntoutuksen päättyessä (ei sairauspäiviä, 1 - 60 päivää tai yli 60 päivää) ja psykoterapian kesto (yksi, kaksi tai kolme vuotta). Kaikki muuttujat olivat mallissa mukana samanaikaisesti, ja tulokset raportoidaan ristitulosuhteina (Odds Ratio) 95 %:n luottamusvälein.

Aineiston käsittely ja analysointi tehtiin SAS-ohjelmaa (SAS for Windows, Versio 9.2. SAS Institute Inc., 2008) sekä SPSS-ohjelmaa (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0, IBM Corp., 2013) käyttäen.

Tulokset

Kuvailevan tason tulokset

Kelan psykoterapiakuntoutuksen päätti vuoden 2007 lopussa 3302 iältään 16 - 60-vuotiaista kuntoutujaa, joista naisia oli 2552 (77 %), ja miehiä 750 (23 %). Yhteensä 1142 (35 %) henkilöä oli hakenut 16 - 25-vuotiaille myönnettyä nuorten psykoterapiaa. Aikuisien psykoterapiaa hakeneista 2160 kuntoutujasta 51 % oli 26 - 37-vuotiaita ja 49 % 38 - 60-vuotiaita.

Taulukkoon 1 on koottu tietoja psykoterapian vuonna 2007 päättäneistä terapian keston mukaan. Koko aineistosta yhden vuoden ajan psykoterapiaa oli saanut 1060 (32 %), kaksi vuotta 896 (27 %) ja kolme vuotta 1346 (41 %) kuntoutujaa. Naisilla ja miehillä toteutui yhtä usein yhden vuoden kestänyt psykoterapia, mutta naisilla oli miehiä useammin kolmen vuoden psykoterapia ($p=0,0007$). Nuorten psykoterapian kesto jakautui melko tasaisesti naisilla, miehillä kolmen vuoden kesto oli tavallisin. Naisten kohdalla psykoterapian kesto jakautui muissakin ikäryhmissä tasaisesti, mutta miehillä 26 - 37-vuotiaiden ikäryhmässä yhden vuoden kesto oli vähäisintä, vanhimmassa ikäryhmässä taas yhden vuoden kesto oli tavallisin. Alle 5 % oli saanut hylkäävän päätöksen joko toisen tai kolmannen jatkovuoden hakemukseen (tietoa ei esitetä taulukossa).

Psykoterapian kestosta riippumatta naisten tavallisimpia ammattialoja kuntoutushakemuksessa olivat terveydenhuoltoalan ja hallinnonalan tehtävät, miehillä erilaiset tekniset, tieteelliset, taiteelliset tai hallinnonalaan kuuluvat ammatit. Opiskelijat (koululaiset mukaan luettuina) olivat suurin ryhmä, ja he saivat tavallisimmin kolmen vuoden ajan psykoterapiaa, miehistä lähes puolet kuului tähän ryhmään.

F30 - F39-ryhmän mielialahäiriöt olivat kuntoutuspsykoterapiaa saaneiden suurin ja F40 - F49-ryhmän neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt toiseksi suurin diagnoosiryhmä psykoterapian kestosta riippumatta. Muissa diagnoosiryhmissä kuntoutujien määrät olivat vähäisiä. Mielialahäiri-

ödiagnoosiryhmään kuuluneet sekä miehet että naiset saivat hieman tavallisemmin yhden vuoden kuin kaksi tai kolme vuotta psykoterapiaa. F40 - F49-ryhmään kuuluneet saivat eniten yli vuoden kestoista psykoterapiaa.

Masennuslääkekorvauksia oli Kelan järjestämää psykoterapiaa haettaessa lähes kahdella kolmasosalla kuntoutujista, naisilla suhteellinen osuus oli hiukan pienempi kuin miehillä. Masennuslääkekorvausta saaneiden määrät vähenivät tilastollisesti merkitsevästi ($p<0,0001$) sekä naisten että miesten kohdalla psykoterapian kestosta riippumatta kuntoutuksen päättyessä ja kolmen vuoden seurannassa, jolloin kuitenkin edelleen 46 %:lla oli Kelan korvaamia masennuslääkeostoja. Kolme vuotta psykoterapiaa saaneilla masennuslääkekorvaukset olivat hieman tavallisempia kuin lyhyempikestoisessa psykoterapiassa olleilla kolme vuotta kuntoutuksen jälkeen. Psykoosilääkekorvauksia oli naisista 10 %:lla ja miehistä 17 %:lla. Lähes 90 %:lla psykoosilääkkeistä korvausta saaneista sekä naisista että miehistä oli samanaikaisesti myös masennuslääke- ja ahdistuneisuus- tai unilääkkeiden korvauksia kuntoutukseen hakeutumisen hetkellä (tietoa ei esitetä taulukossa). Ahdistuneisuus- tai unilääkkeistä saatuja korvauksia oli 20 - 30 %:lla sekä naisista että miehistä keston, ajankohdan ja sukupuolen mukaan vaihdellen.

Tarkasteltaessa sairauspäivärahopäiviä aineistosta poistettiin ne psykoterapiaa saaneet, jotka olivat olleet eläkkeellä hakiessaan kuntoutukseen, kuntoutuksen päättyessä tai kolmen vuoden seurannassa, koska eläkkeellä oltaessa sairauspäivärahaa ei voi saada. Suurin osa (71 %) psykoterapiakuntoutuksessa olleista ei ollut saanut sairauspäivärahaa hakieksaan psykoterapiaa eikä kuntoutuksen päättyessä (84 %) tai kolmen vuoden seurannassa (84 %). Pitkien, yli 60 päivää kestäneiden sairauspäivärahakausien suhteellinen osuus väheni kaikissa eripituista psykoterapiaa saaneissa ryhmissä noin yhteen kolmasosaan hakeutumivuoden ajankohdasta kuntoutuksen päättyemisajankohtaan ja kolmen vuoden seurantaajankohtaan verrattuna.

Naisista 95 % kuului kuntoutushakemuksen aikaan työvoimaan, kuntoutuksen päätty-

essä 86 % ja kolmen vuoden seurannassa 82 % psykoterapian kestosta riippumatta. Myös miehistä 95 % kuului työvoimaan kuntoutushakemuksen aikana, mutta psykoterapian päättyessä työvoimaan kuuluneiden määrä oli laskenut 79 %:iin hieman vaihdellen psykoterapian keston mukaan. Työvoimaan kuuluneiden naisten ja miesten väliset erot olivat tilastollisesti merkitseviä psykoterapian päättyessä ($p < 0,0001$). Kolmen vuoden seurannassa työkyvyttömyyseläkkeelle oli siirtynyt naisista 8 % ja miehistä 13 % ($p < 0,0001$).

Taulukossa 2 esitetään psykoterapian käyntikerrat eripituisissa psykoterapioissa. Yli puolet yhden vuoden psykoterapiarahoitusta saaneista sekä miehistä että naisista kävi psykoterapiassa kerran viikossa tai harvemmin. Kaksi vuotta rahoitusta saaneilla ensimmäisen vuoden aikana käyntejä oli yleisemmin enemmän kuin kerran viikossa. Kolmen vuoden psykoterapiassa käyntikertoja oli kahden ensimmäisen vuoden aikana pääasiassa yli kerran viikossa, mutta kolmannen vuoden aikana käyntikerrat harve-

nivat. Niistä kuntoutujista, joilla oli ensimmäisen vuoden aikana käyntikertoja enemmän kuin kerran viikossa, suurin osa jatkoi psykoterapiaa kolme vuotta.

Multinomiaalinen logistinen regressiomalli

Työvoimaan kuulumista kolme vuotta Kelan järjestämän psykoterapian päättymisen jälkeen tarkasteltiin multinomiaalisen regressioanalyysin avulla, jossa vertailuluokkana olivat työvoimasta poissa olleet (taulukko 3). Työtilanne vuonna 2010 jakautui siten, että työvoimaan kuului 2682 henkilöä (595 miestä, 2087 naista), työkyvyttömyyseläkkeellä tai muulla eläkkeellä (ei iän perusteella eläkkeellä) oli 309 henkilöä (100 miestä, 209 naista) ja muu tilanne oli 293 henkilöllä (242 naista, 51 miestä). Psykoterapiakuntoutusta saaneiden työvoimaan kuulumista ennusti naissukupuoli, alle 38 vuoden ikä kuntoutuksen päättyessä sekä se, että kuntoutuksen päättymisvuonna oli ollut korvattuja sairauspäivärahopäiviä korkeintaan 60, ei ollut saanut psyykenlääkeostoista korvauksia ja diagnoosina oli F40 -

Taulukko 2. Käyntikertojen määrä psykoterapian keston mukaan

Käyntikertojen määrä	Naiset			Miehet		
	Alle tai korkeintaan kerran viikossa (<40 kertaa vuodessa)	Yksi tai kaksi kertaa viikossa (40 kertaa tai yli vuodessa)	Mediaani	Alle tai korkeintaan kerran viikossa (<40 kertaa vuodessa)	Yksi tai kaksi kertaa viikossa (40 kertaa tai yli vuodessa)	Mediaani
Psykoterapian kesto						
Yksi vuosi psykoterapiaa	439 (56,1)	343 (43,9)	39	170 (61,1)	108 (38,9)	39
Kaksi vuotta psykoterapiaa						
Käyntikerrat 1. vuonna	215 (31,2)	474 (68,8)	56	76 (36,7)	131 (63,3)	46
Käyntikerrat 2. vuonna	328 (47,6)	361 (52,4)	41	113 (46,6)	94 (45,4)	40
Kolme vuotta psykoterapiaa						
Käyntikerrat 1. vuonna	204 (18,9)	877 (81,1)	74	64 (24,2)	201 (75,8)	71
Käyntikerrat 2. vuonna	171 (15,8)	910 (84,2)	75	65 (24,5)	200 (75,5)	69
Käyntikerrat 3. vuonna	749 (69,3)	332 (30,7)	40	199 (75,1)	66 (24,9)	40

Taulukko 3. Kolme vuotta kuntoutuksen päättymisestä työvoimaan kuulumista ennustavia tekijöitä multinomiaalisen logistisen regressioanalyysin päävaikutusmallissa, jossa vertailuluokkana eläkkeellä olleet, ristitulosuhteet (OR) ja 95 % luottamusväli (95 % LV)

	Työvoimassa (n=2682)	
	OR	95 % LV
Sukupuoli		
Mies	1	
Nainen	1,59	1,21–2,08
Ikä kuntoutuksen päättyessä		
Yli 37 vuotta	1	
26-37 vuotta	2,55	1,88–3,45
16-25 vuotta	2,03	1,41–2,91
Psykykenlääkkeiden ostoja vuonna 2007		
Kyllä	1	
Ei	3,42	2,45–4,77
Sairauspäivärahopäivät vuonna 2007		
Yli 60 päivää	1	
1-60 päivää	8,26	4,71–14,50
Ei yhtään päivää	3,42	2,45–4,77
Diagnoosiryhmä		
Mielialahäiriö	1	
Ahdistuneisuushäiriö	1,73	1,23–2,44
Muu häiriö	0,95	0,58–1,56
Muu sairaus	0,56	0,29–1,07

F49-ryhmään kuuluva mielenterveyden häiriö. Psykoterapian kesto ei jäänyt malliin tilastollisesti merkitseväksi selittäväksi tekijäksi.

Pohdinta

Tämän selvityksen perusteella Kela rahoitti yhden, kahden ja kolmen vuoden pituista kuntoutuspsykoterapiaa lähes yhtä paljon, joten eri kestoiset kuntoutusjaksot toteutuivat Kelan palvelutarjonnassa. Tarkastelumme vuosina 2004 - 2007, jolloin kuntoutuspsykoterapia oli harkinnanvaraista eikä rahoitusta riittänyt kaikille, oli kuitenkin harvinaista, että lisävuosia ei myönnetty niitä haettaessa. Vaikka yleinen käsitys on, että Kelan kuntoutuspsykoterapia täydentää julkisen terveydenhuollon vastuulla olevaa psykoterapeuttista hoitoa

pitkäaikaisena kuntoutuksena (Pirkola 2011), kolmen vuoden kestoisen kuntoutuspsykoterapia toteutui tässä aineistossa vain 41 %:lla kuntoutujista. Kuntoutuspsykoterapiaa toteutettiin myös harvajaksoisemmin kuin kerran viikossa, ja erityisesti silloin, kun psykoterapia kesti korkeintaan vuoden. Tätä selittää pieneltä osin Kelan tutkimuksen ajankohtana korvaama lyhytkestoinen psykoterapia, johon kuului 25 psykoterapiakäyntiä yhden vuoden aikana. Tiiviisti aloitettu psykoterapia näytti liittyvän erityisesti kolmen vuoden psykoterapiaan. Tämän ilmiön syistä ei ollut tietoa käytettävissä, mutta todennäköisesti psykoterapian tiivis alku ja sen jatkuminen kolmen vuoden ajan viittaavat kuntoutuspsykoterapian intensiivisempään ja pitkäkestoiseen tarpeeseen näiden kuntoutujien kohdalla. Tiedossamme ei ole, oliko kolme vuotta jatkunut

psykoterapia suunniteltu jo alun perinkin jatkumaan maksimiajan.

Riippumatta saadun psykoterapian kestosta Kelan opiskelu- tai työkyvyn tueksi tarkoitettua kuntoutuspsykoterapiaa haettiin ensisijaisesti F30 - F39-ryhmän mielialahäiriödiagnooseilla, joita oli 63 % kaikista diagnooseista sekä naisilla että miehillä. Tähän diagnosooryhmään kuuluvat masennustilat ja kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. Toiseksi suurin päädiagnoosiryhmä olivat F40 - F49-ryhmään kuuluvat erilaiset ahdistuneisuushäiriöt, sekamuotoiset masennustilat, stressireaktiot, sopeutumishäiriöt ja somatoformiset häiriöt. Diagnostinen jakauma on psykoterapeuttista hoitoa koskevien suositusten mukainen ja ymmärrettävä myös siltä kannalta, että Kelan rahoittaman psykoterapian työelämätaavoitteen voidaan todennäköisesti odottaa toteutuvan näistä häiriöistä kärsivillä potilailla.

Eripituisia psykoterapiajaksoja saaneet edustivat useita ammattiryhmiä, mutta naisten kohdalla terveydenhuoltoalan ja hallinnon alan työt korostuivat, miehillä taas erilaiset tekniset, tieteelliset, taiteelliset tai hallinnon alan tehtävät. Opiskelijoita oli kaikissa ryhmissä eniten, ja he saivat eniten kolme vuotta kestänyttä psykoterapiaa, mikä osaltaan näkyi myös siinä, että kolme vuotta psykoterapiassa olleet olivat kuntoutushakemuksessa muita nuorempia. Opiskelijoiden suuri osuus tässä ryhmässä selittyy osittain sillä, että opiskelijat olivat usein etusijalla silloin, kun Kelassa tehtiin päätöksiä harkinnanvaraisen psykoterapian rahojen käytöstä.

Kuntoutushakemusvuonna lähes 15 % sekä naisista että miehistä oli psykoterapian kestosta riippumatta ollut sairauspäivärahalla yli 60 päivää. Kuntoutuksen päättyessä korvattujen sairauspäivärahopäivien määrät olivat vähentyneet niin, että niitä oli enää neljällä prosentilla kuntoutuksessa olleista. Tilanne säilyi lähes samana myös kolmen vuoden seurannassa. Kuntoutuspsykoterapia näyttää tällä perusteella toteutuvan työkykyä tukevana ja työkyvyttömyyttä ehkäisevänä kuntoutuksena. Kuntoutushakemuksen ajankohtana työvoimaan kuuluvien määrä oli 95 %, ja kolmen vuoden kuluttua kuntoutuksen päättymisestä

työvoimassa oli edelleen 81 % kuntoutujista psykoterapian kestosta riippumatta. Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden miesten suhteellinen osuus oli naisten osuutta suurempi.

Psykoterapian pituus ei erotellut kuntoutujien työvoimaan kuulumista kolme vuotta kuntoutuksen päättymisen jälkeen. Riippumatta saadun psykoterapian kestosta ne nuorempiin ikäryhmiin kuuluvat, erityisesti naispuoliset, kuntoutujat, joiden psykiatrisen häiriön ei edellyttänyt ainakaan jatkuvaa psykyenlääkkeiden käyttöä tai joilla oli vähän korvattuja sairauspäivärahopäiviä, olivat muita todennäköisemmin työvoimassa kolmen vuoden kuluttua psykoterapian päättymisestä. Tämä tulos tukee aiemmissa tutkimuksissa saatua tulosta ja yleistä kliinistä havaintoa, joiden mukaan sairauslomien pitkityminen vaikeuttaa työhön paluuta (Cornelius ym. 2011), mutta viittaa myös miesten kasvaneeseen työkyvyttömyyseläkeriskiin näissä tilanteissa. Vuosittainen tilannearvio psykoterapian jatkumisen tarpeesta näyttää toimivan, kun systemaattisia eroja työvoimassa pysymisen suhteen ei eripituisissa psykoterapioissa havaittu. Toisaalta työvoimaan kuuluneiden osuudet vähenivät kuntoutuspsykoterapian kestosta riippumatta sekä naisilla että miehillä. Työvoimaan kuuluneiden väheneminen voi viitata siihen, että osalla kuntoutujista mielenterveyden ongelmat olivat vakavia ja vaikeuttivat kuntoutuspsykoterapiasta riippumatta työvoimassa pysymistä.

Korvattuja masennuslääkeostoja oli lähes kahdella kolmasosalla psykoterapiakuntoutukseen hakeneista, ja niitä oli eniten kuntoutukseseen hakemisen vuonna. Korvaukset vähenivät psykoterapian päättyessä ja pysyivät hakemusvuotta matalammalla tasolla myös kolmen vuoden seurannassa. Vaikka masennuslääkkeiden tarve selvästi väheni, lähes puolella oli psykoterapian kestosta riippumatta masennuslääkekorvauksia vielä kolmen vuoden kuluttua psykoterapiakuntoutuksen päättymisestä. Aineistomme ei mahdollista syiden selvittämistä tähän, mutta tulos viittaa siihen, että psykoterapian päättäneistä lähes joka toisella masennuksen hoidon tarve jatkuu ja hoitokontakti toteutuu ainakin

lääkemääräysten uusimisen muodossa vuosia psykoterapian päättymisestä. Huomiota herättää myös psykoosilääkkeiden suuri osuus. Eri-tyisesti miehillä jopa lähes joka viidennellä oli psykoosilääkeryhmään kuuluneita lääkekorvauksia. Suurin osa psykoosilääkkeistä kuului lääkeryhmään, johon kuuluu myös depression käypä hoito -suosituksessa (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2013) vaikeahoitoisen depression hoitoon suositeltu ketiapiini. Psykoosilääkkeiden käyttö jopa lisääntyi hiukan kolmen vuoden seurannassa, mikä voi viitata näiden lääkkeiden lisääntyneeseen käyttöön myös mielialaa tasaavana hoitona sekä ahdistuneisuuden ja unettomuuden hoidossa (Virta ym. 2012). Ahdistuneisuuden ja unettomuuden hoidossa käytettäviä lääkkeitä oli noin 25 %:lla sekä naisista että miehistä psykoterapian kestosta riippumatta, ja niiden käyttö pysyi ennallaan kolmen vuoden seurannassa. Lääkkeiden käytön syitä ei ole mahdollista selvittää rekisteriaineiston avulla, mutta tuloksemme antavat aiheita erityisesti psykoterapian jälkeisen lääkehoidon tarvetta selvittäville kliinisille tai potilasasiakirjoihin perustuville jatkotutkimuksille.

Rekisteritietojä käyttäen ei voida vetää johtopäätöksiä niistä monista eri syistä, joiden perusteella kuntoutujat valikoituvat eripituisiin Kelan psykoterapioihin. Eri pituisia psykoterapioita saaneet eivät eronneet diagnoosiryhmien suhteen, mutta rekisteriaineisto ei sisällä luotettavaa tietoa häiriöiden vakavuudesta esimerkiksi mielialahäiriö- tai ahdistuneisuushäiriöryhmän sisällä. Lisäksi tietomme kuntoutujien lisädiagnooseista olivat siinä määrin puutteellisia, että niitä ei voitu luotettavasti käyttää analyyseissä. Samanaikaissairastavuus on yleistä erityisesti masennus- ja ahdistuneisuushäiriöiden kohdalla, ja on mahdollista, että lisäsairaudet ovat vaikuttaneet esimerkiksi työvoimassa pysymiseen, lääkkeiden käyttöön tai sairauspäivärahaajaksoihin. Käytössämme ei myöskään ollut tietoa siitä, millaisia ja kuinka pitkiä psykoterapiajaksoja Kelan kuntoutuspsykoterapiaa hakeneilla oli ollut ennen Kelan rahoituksen alkamista tai niiden jälkeen joko julkisen terveydenhuollon toteuttamina tai yksityisesti rahoitettuina.

Tulosten voidaan kuitenkin ajatella kertovan siitä, että Kelan työ- ja toimintakykyä tukevan kuntoutuspsykoterapian pituus tai intensiteetti ei yksiselitteisesti ratkaise työelämässä pysymistä.

Rekisteritiedot eivät myöskään mahdollistaneet eri psykoterapiasuuntausten tarkastelua kuntoutusvuosien määrän tai muiden kuntoutujia tai terapeutteja koskevien tekijöiden suhteen. Näiden näkökulmien arviointi edellyttää kliinistä psykoterapiatutkimusta, joista kansainvälisestäkin tärkeimpiä on Helsingin psykoterapiaprojekti (ks. esim. Heinonen 2014, Lindfors 2014). Psykoterapian tuloksellisuuden keskeisenä tekijänä pidetään sitä, miten ns. yhteiset eli ihmisen auttamista yleisesti edistävät tekijät psykoterapeutin ja asiakkaan välisessä vuorovaikutussuhteessa toimivat psykoterapian aikana (Bergin & Garfield 2004, Leiman 2012). Tämän Kelan psykoterapiakuntoutusta koskevan rekisteripohjaisen selvityksen tulokset voidaan tulkita vain eri psykoterapiamuotoja edustavien yleisten ja yhteisten tekijöiden näkökulmasta.

Psykoterapian pituus tulee valita potilaan tarpeiden mukaisesti. Selvityksemme perusteella Kela rahoittaa 1 - 3 vuotta kestäneitä kuntoutuspsykoterapioita lähes yhtä paljon, ja eri kestojen yhteys työvoimataavoitteen saavuttamiseen ja säilymiseen kolmen vuoden seurannassa näyttää olevan lähes samanlainen. Psykykenlääkkeiden ostomäärät kolme vuotta psykoterapian päättymisen jälkeen kuvastavat kuitenkin sitä, että kuntoutuspsykoterapia ei poista mielenterveyden häiriön hoidon tarvetta, vaan hoitosuhteen tulee usein jatkua myös psykoterapian aikana ja sen päättymisen jälkeen.

Tiivistelmä

Lähtökohdat: Kela myöntää rahoitusta kuntoutuspsykoterapiaan, jonka tavoitteena on työ- ja opiskelukyvyyn palauttaminen tai parantaminen ja työssä pysymisen tai opintojen edistymisen tukeminen. Rahoitusta voi saada enintään kolmelle vuodelle, mutta sitä on haettava

erikseen jokaiselle vuodelle. Tässä selvityksessä tarkastellaan 1 - 3 vuotta kestäneen psykoterapiakuntoutuksen toteutumista Kelan palvelutarjonnassa ja kuvataan eri kestoista psykoterapiaa saaneita kuntoutujia. Menetelmät: Aineisto perustuu tietoihin Kelan sairausperusteisista sekä eläke- ja opintotukietuuksia koskevista rekistereistä, Eläketurvakeskuksen työsuhte- ja työeläketietorekistereistä ja Finanssivalvonnan työttömyysturvetuudensaaja-rekisteristä. Tähän osatutkimukseen valittiin Kelan psykoterapiakuntoutuksen vuonna 2007 päättäneet 16 - 60-vuotiaat kuntoutujat (N = 3 302). Aineistoa tarkasteltiin kuvailevalla tasolla. Lisäksi työvoimaan kuulumista kolmen vuoden kuluttua psykoterapian päättymisestä mallinnettiin multinominaalisen logistisen regressioanalyysin avulla. Tulokset: Kelan kuntoutuspsykoterapia toteutui sekä yhden, kahden että kolmen vuoden pituisena melko tasaisesti. Psykoterapiaa saaneista naisia oli miehiä enemmän kestoista riippumatta. Mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöt olivat suurimmat diagnoosiryhmät kuntoutuksen kestoista riippumatta. Masennuslääkkeiden käyttö väheni hiukan kuntoutushakemukseen verrattuna, mutta yli puolella kuntoutujista oli niitä vielä psykoterapian päättyessä ja kolmen vuoden seurannassa. Työvoimaan kuulumista kolmen vuoden seurannassa ennustivat sukupuoli, ikä, diagnoosiryhmä, psyykenlääkkeet ja sairauspäivien määrä. Psykoterapian kesto ei ollut yhteydessä työvoimaan kuulumiseen. Päätelmät: Eri kestoista psykoterapiaa käytetään Kelan rahoittamana, mutta kesto ei näytä vaikuttavan siihen, miten kuntoutuja on työvoimassa psykoterapian päätyttyä tai kolmen vuoden seurannassa. Rekistritietojen perusteella ei kuitenkaan voida tehdä johtopäätöksiä eripituisten psykoterapioiden taustalla olevista syistä eikä selvittää, miksi eri kestoisiin psykoterapioihin päädytään.

Abstract

Background: The Social Insurance Institution (Kela) provides funding for psychotherapy that aims to maintain or enhance the capacity to work or study. Kela reimburses costs of rehabilitative psychotherapy for up to three years, but a new application has to be submitted separately for each year. In this report, we describe the distribution of the 1-3 years of psychotherapy and show how the difference in the length of psychotherapy characterizes those who receive this benefit.

Methods: We used register data from the Kela health related benefits, retirement security benefits and allowances concerning financial aid for students, the data from earnings-related pensions from the Finnish Centre for Pensions, and the registers of unemployment insurance from the Financial Supervisory Authority of those persons aged 16-60 years who had finished their Kela reimbursed psychotherapy by the end of 2007. The data were analyzed on a descriptive level. In addition, a multinomial logistic regression model was used to analyze which characteristics predict remaining in the labor force in a follow-up three years after the psychotherapy had ended.

Results: The Kela reimbursement for one, two or three years was distributed quite evenly. In all lengths, the proportion of women was higher than men. Mood disorders and anxiety disorders were the most common diagnoses in all lengths of psychotherapy. The proportion of subjects on antidepressants decreased slightly during psychotherapy and in the follow-up. Remaining in the labor force was predicted by gender, age, diagnostic group, psychotropic medication, and amount of days of sickness absence but not by the length of psychotherapy.

Conclusion: Psychotherapy organized by Kela is carried out in one, two, and three years of length, suggesting that this benefit is evidently needed in different lengths.

Annamari Tuulio-Henriksson, FT, tutkimusprofessori, Kansaneläkelaitos, tutkimusosasto

Pekka Heino, FM, tutkija, Kansaneläkelaitos, tutkimusosasto

Tuula Toikka, LuK, tutkija, Kansaneläkelaitos, tutkimusosasto

Ilona Autti-Rämö, LKT, tutkimusprofessori, Kansaneläkelaitos, tutkimusosasto

Viitteet

- Bergin AE, Garfield SL (2004) Handbook of psychotherapy and behaviour change. New York: Wiley.
- Cornelius LR, van der Klink JJJ, Groothoff JW, Brouwer S (2011) Prognostic factors of long term disability due to mental disorders: a systematic review. *J Occup Rehabil* 21, 259 - 274.
- Depressio (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2013 (viitattu 6.5.2014). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi.
- Heinonen E (2014) Therapists' professional and personal characteristics as predictors of working alliance and outcome in psychotherapy. National Institute for Health and Welfare, Research 123. Dissertation. Tampere: Juvenes Print.
- Knekt P, Lindfors O, Laaksonen MA, Raitasalo R, Haaramo P, Järvikoski A (2008) Effectiveness of short-term and long-term psychotherapy on work ability and functional capacity - a randomized clinical trial on depressive and anxiety disorders. *J Affect Disord* 107, 95 - 106.
- Knekt P, Lindfors O, Sares-Jäske L, Virtala E, Härkänen T (2013) Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms and working ability during a 5-years follow-up. *Nord J Psychiatry* 67, 59 - 68.
- Leiman M (2012) Vaikuttavuustutkimuksen pulmallisuus psykoterapiassa. Teoksessa Huttunen MO, Kalska H (toim.) Psykoterapiat. Helsinki: Duodecim.
- Lind J, Toikka T, Heino P, Autti-Rämö I (2013) Aslak- ja TYK-kuntoutujien työurien jatkuminen rekisteritietojen perusteella. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. Kela. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita.
- Lind J, Tuulio-Henriksson A, Autti-Rämö I (2011) Kuntoutus parantaa työikäisten masennuspotilaiden työkykyä. *Suomen Lääkärilehti* 43, 3213 - 19.
- Lindfors O (2014) Personality functioning and therapy outcome. National Institute for Health and Welfare, Research 127. Dissertation. Tampere: Juvenes Print.
- Lönnqvist J, Marttunen M, Pyökkänen K (2011) Psykiatristen häiriöiden psykoterapeuttinen hoito. Teoksessa Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T. *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim.
- Pirkola S (2012) Psykoterapiaa kaikille, mutta miten? Teoksessa Huttunen MO, Kalska H (toim.) *Psykoterapiat*. Helsinki: Duodecim.
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia (2006) Konsensuslausuma. Psykoterapia. 18.10.2006. Helsinki: Duodecim. Saatavilla: <http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f1474374480/lausuma06.pdf>.
- Valkonen J, Henriksson M, Tuulio-Henriksson A, Autti-Rämö I (2011) Psykoterapeutit Suomessa. Psykoterapiapalvelut ja niiden järjestäminen. Helsinki, Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 74.
- Virta L, Markkula J, Kronholm E (2012) Ovatko perinteiset unilääkkeet korvautumassa muilla väsyttävillä lääkkeillä? *Suomen Lääkärilehti* 40, 2844 - 284.