

PSYKIATRISEEN ERIKOISSAIRAANHOITON LÄHETETTYJEN POTILAIDEN KOETTUUN TYÖKYKYYN LIITTYVÄT TEKIJÄT

Johdanto

Mielenterveyssyihin perustuvat työkyvyttömyyseläkepäädotukset ovat Suomessa lisääntyneet 1990-luvulta alkaen, vaikka psyykkisen sairastamisen esiintyvyys ei vaikuta nousseen (Gould ym, 2007). Tilanne on samankaltainen myös muissa kehittyneissä maissa (Black, 2008; Karlsson ym, 2008; Üstün, 1999). Mielenterveyden häiriöistä aiheutuvat kustannukset eivät muodostu pääasiallisesti hoidosta, vaan hoitamattomuudesta ja erityisesti pitkäaikaisesta menetetyistä toimintakyvystä (Knapp, 2003; Kiiskinen ym, 2005; Pylkkänen & Lehtonen, 2008; Viinamäki ym, 2003). Suomessa mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt ovat tuki- ja liikuntaelinten sairauksien ohella merkittävin alkaneen työkyvyttömyyseläkkeen sairauseruste (Honkonen, 2010). Asiantuntija-ammateissa toimivien keski-ikäen ylittäneiden naisten (Pensola, Gould & Polvinen, 2010) ja alle 30-vuotiaiden nuorten aikuisten (Raitasalo & Maaniemi, 2011) mielenterveysperustaiset työkyvyttömyyseläkkeet ovat merkittäviä haasteita. Mielenterveyden häiriön vuoksi myönnettystä työkyvyttömyyseläkkeistä yli puolessa tärkein työkyvyn heikkenemisen syy on masennus (Honkonen, 2010; Raitasalo & Maaniemi, 2011). Mielenterveyden häiriöistä kuntoutuminen työkykyiseksi on muihin sairauksiin verrattuna haasteellisempaa (Gould ym., 2007; Tuisku ym, 2013). Kuntoutus on tuloksellista, mutta sitä hyödynnetään liian vähän (Gould ym, 2008). Erityisesti riittävän varhain aloitettu (Saari, 2013) ja verkostoyhteistyössä toteu-

tettu ammatillinen kuntoutus ehkäisee mielenterveyden häiriöistä aiheutuvaa toimintakyvyn laskua ja syrjäytymistä työelämästä tai opinnoista (Heikinheimo & Tuisku, 2014; Tuisku ym, 2013).

Hyvän työkyvyn perustan muodostavat terveys ja toimintakyky (Mäkitalo, 2010). Työkykyyn liitetään laaja-alaisesti fyysisen, sosiaalisen ja psyykkisen toimintakyvyn, ammatillisen osaamisen, arvojen, asenteen ja motivaation sekä työn ominaisuuksien lisäksi myös esimerkiksi perheen ja lähiyhteisöjen vaikutukset (Mäkinen, 2010). Mielenterveyden häiriöt eivät yksin ennustakaan tai selitä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä. Muun muassa ikä, tulotaso, koulutustausta, toimintakyky, somaattiset oheissairaudet, introvertti persoonallisuus, neuroottisuus, koettu sosiaalinen tuki ja sairauspoissaolojen määrä ovat yhteydessä mielenterveyden häiriöihin liittyvään työkyvyttömyyteen ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen (Ahola ym, 2011; Gjesdal ym, 2008; Holma ym, 2012; Karlsson ym, 2008; Rytsälä, 2006 ; Rytsälä ym, 2007; Tuomi, 1995; Viinamäki ym, 1998).

Useimmat mielenterveyden häiriöihin ja työkykyyn liittyvät tutkimukset ovat olleet sosiaalivakuutuksen edellyttämään työkykyisyysarvioon keskittyviä ja merkittävä osa tutkimuksesta on kohdistettu työurallaan pidemmälle ehtineisiin. Työkyvyn tutkimusta tulisi kuitenkin kohdentaa myös koettuun työkykyyn eli itsearvioituun työkykyyn. Koettu työkyky on paitsi hyvä ennustetekijä tulevaisuuden työkyvylle (Holma ym, 2012; Tuomi,

1995) myös tiivistä arvioijan terveydentilaan, toimintakykyyn ja uskomuksiin kytkeytynyt (Koskinen ym, 2006). Mielenterveyden häiriöt ovat väestötasolla sepelvaltimotaudin ohella voimakkaimmin heikentyneeksi koettuun työkykyyn yhteydessä oleva sairausryhmä (Koskinen ym, 2006). Koettua työkykyä on tutkittu muun muassa suomalaisissa väestötutkimuksissa käyttämällä kolmiportaista työkykyarviota, työkykyindeksiä ja työkykypistemäärää (Gould ym, 2006). Tutkimusten mukaan terveys ja sairastaminen ovat koetun työkyvyn kannalta ensisijaisessa asemassa. Työkyvyn kokemukseen mielletään kuuluvaksi yleisemmin muita työkykyyn liitettyjä tekijöitä, kuten perheeseen, työhön tai osaamiseen liittyviä seikkoja, silloin kun arvioijalla ei ole toimintakykyyn vaikuttavia sairauksia (Gould, Ilmarinen, Järvisalo & Koskinen, 2006). Kansainvälisten tutkimusten mukaan mielenterveyden häiriöitä sairastavat toivovat usein voivansa jatkaa työssään sairaudesta huolimatta, sillä työ koetaan merkitykselliseksi elämän osaluueksi (Glozier, 2002; Mechanic, Blider & McAlpine, 2002). Suomessa mielenterveyden häiriöitä sairastavat arvioivat kuitenkin muita yleisemmin työn vaikuttaneen sairastumiseen, tuntevat itsensä pidempään sairaiksi ja ovat vähemmän optimistisia jäädessään työstä pois (Kivistö ym, 2001).

Tässä tutkimuksessa selvitetään psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidon potilaiden koettuun työkykyyn liittyviä tekijöitä suhteessa taustatietoihin, tutkimusajankohdan psyykkiseen oireiluun, lähediagnooseihin sekä sairaushistoriaan.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksen poikkileikkausaineisto on kerätty 1.12.2012–30.6.2013 osana Kuopion psykiatrisen keskuksen (KPK, Saarinen ym, 2007) palvelujen käyttäjiä koskevaa tutkimusta (Flink ym, 2014). Tutkimusaineisto koostuu psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidon potilaiden ensimmäiselle hoitokäynnille täyttämistä tutkimuslomakkeista sekä ensimmäisellä hoitokäynnillä käytettyjen kliinisten arviointimenetelmien tuloksista. Tutkimuslomakkees-

sa on selvitetty tutkittavien perustiedot, kuten ikä, siviilisäätö, asumismuoto, lasten lukumäärä ja lähediagnoosi(t) (ICD-10). Lisäksi lomakkeeseen kuuluvat tiedot työllisyyslanteesta, tupakoinnista, alkoholin käytöstä, käytetystä kotilääkityksestä, tutkittavien itse ilmoittamista edeltäneen vuoden aikana lääkärin toteamista mielenterveyden häiriöistä, somaattisista oheissairauksista ja mielenterveysyistä käytetyistä terveyspalveluista. Tutkittavien sosioekonominen asema selvitettiin vapaalla ammattia tai koulutustaustaa koskevalla kysymyksellä. Tutkittavat ovat myös arvioineet, saavatko he riittävästi sosiaalista tukea ja ymmärrystä elämäntilanteestaan.

Koettua työkykyä selvitettiin tutkimuslomakkeessa kolmiportaisella kysymyksellä ”Missä määrin pidätte itseänne tällä hetkellä työkykyisenä?”, jonka perusteella tutkittavat jaettiin ryhmiin 1) Täysin työkykyinen, 2) Alentunut työkyky ja 3) Työkyvyttö. Tutkimuksessa koetun työkyvyn ryhmiä käsitellään toisistaan erillisinä. Aiemmissä tutkimuksissa (esim. Gould ym, 2006) alentuneeksi koetun työkyvyn ja koetun työkyvyttömyyden ryhmiä on yhdistetty. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon kontekstissa on perusteltua tutkia jokaista ryhmää erillisenä, sillä alentuneeksi koetun työkyvyn ja koetun työkyvyttömyyden ryhmät ovat merkittävästi väestötasoa suurempia. Lisäksi käytetty kolmiluokkainen jako mahdollistaa alentuneeksi koettuun työkykyyn mahdollisesti liittyvien erojen vertaamisen sekä koettuun työkykyisyyteen että työkyvyttömyyteen.

Tutkimuksessa käytetyt kliiniset itsearviointimenetelmät ovat masennusoireita mittaava Beck Depression inventory: BDI-21 (Beck ym, 1961), elämäntyytyväisyyskysely Life Satisfaction: LS (Allardt, 1973), ja alkoholin kulutusta arvioiva Alcohol Use Disorders Identification Test: AUDIT (Babor ym, 2001). Lisäksi hoitava työntekijä on arvioinut tutkittavan toimintakyvyn Global Assessment of Functioning: GAF -asteikkoa käyttäen (American Psychiatric Association, 1994). BDI-21 toimii tutkimushetken masennusoireilun kuvaamisen välineenä siten, että korkeammat piste-määrät edustavat vakavampia masennusoi-

reita. Life Satisfaction (LS) sisältää neljä kysymystä, joissa vastaajat arvioivat elämäänsä suhteessa sen mielenkiintoisuuteen, helppouteen, yksinäisyyteen ja onnellisuuteen. Asteikon kokonaispisteet vaihtelevat 4–20 pisteen välillä niin, että suuremmat pisteet kuvaavat suurempaa tyytymättömyyttä. Pisteet välillä 4–11 merkitsevät tyytyväisyyttä ja pisteet välillä 12–20 tyytymättömyyttä elämään. AUDIT on kyselytesti, jonka kokonaispistemäärä 8–19 viittaa alkoholin riskikulutukseen ja 20 pistettä tai enemmän alkoholiriippuvuuteen. GAF on arvio asteikolla 1–100, jossa korkeamat pisteet edustavat parempaa toimintakykyä. Arvio suoritetaan suhteessa tutkittavan psykologiseen, sosiaaliseen ja ammatilliseen toimintakykyyn. Pisteytyksessä ei oteta huomioon fyysisiä tai ympäristöön liittyviä toimintakyvyn rajoituksia (Startup, Jackson & Bendix, 2002).

Koetun työkyvyn perusteella muodostettuja ryhmiä vertailtiin tilastollisin menetelmin suhteessa sosiodemografisiin tietoihin, lähediagnooseihin ja tutkittavien ilmoittamiin lääkärin edeltäneen vuoden aikana toteamiin mielenterveyden häiriöihin sekä ilmoitettuihin somaattisiin oheissairauksiin. Tutkimuksessa masennuksen lähediagnooseja tarkasteltiin suhteessa koettuun työkykyyn sekä kokonaisuutena että jaoteltuna masennustilan ja toistuvan masennuksen diagnooseihin. Jaon tavoitteena oli, selvittää onko toistuva masennus yhteydessä koettuun työkykyyn masennustilasta poiketen. Lisäksi koetun työkyvyn ryhmiä vertailtiin suhteessa kliinisten arviointimenetelmien tuloksiin. Luokkavertailussa käytettiin Pearsonin χ^2 -testiä ja Fischerin eksaktia testiä. Luokkien välistä riippuvuutta tarkasteltiin Cramerin V-kertoimen (ϕ_c) avulla. Jatkuvia muuttujia verrattiin Kruskal-Wallis testillä ja yksittäisten otosten t-testillä. Alentuneen työkyvyn ja työkyvyttömyyden ennustetekijöitä selvitettiin multinomiaalisen logistisen regressioanalyysin avulla. Ennustetekijöitä selvitettiin kahdella mallilla, joista toisessa arvioitiin välittömän tutkimusajankohdan masennusoireilun ja toimintakyvyn vaikutusta koettuun työkykyyn. Toinen logistinen malli sisälsi taustatietoihin, sosioe-

konomiseen asemaan ja psyykkiseen sairastamiseen liittyviä tekijöitä. Malleihin valitut selittävät tekijät perustuvat aikaisemman tutkimuksen mukaan koetulle työkyvyille merkittäviin välittömiin ja pidempiaikaisiin tekijöihin sekä sosiaalivakuutuksen edellyttämisiin työkykyisyysarvioihin pohjautuvissa tutkimuksissa selvitettyihin työkyvyttömyyden riskitekijöihin.

Tutkimukseen osallistui 304 henkilöä, joista yhdeksän suljettiin pois puuttuneen työkykyarvion tai GAF-arvion vuoksi. Lopullisessa aineistossa (n=295) naisia oli 59 % (n=173) ja miehiä 41 % (n=122). Tutkimukseen osallistuneiden ikä vaihteli 20–65 ikävuoden välillä. Tutkittavista 52 % oli 20–33-vuotiaita ja keski-ikä oli 36 vuotta.

Tulokset

Tutkittavista 18 % (n=53) koki itsensä työkykyiseksi. 45 % (n=133) arvioi työkykynsä jonkin verran alentuneeksi ja 37 % (n=109) koki olevansa työkyvytön.

Sosiodemografisten ja työtilanteeseen liittyvien taustatekijöiden yhteys koettuun työkykyyn

Miehet ja naiset kokivat työkykynsä samankaltaisesti (taulukko 1). Korkeampi ikä oli yhteydessä heikommaksi koettuun työkykyyn. Tutkittavien siviilisäätö tai ilmoitetun ammatin ja koulutusaseman perusteella luokiteltu sosioekonominen asema eivät eronneet koetun työkyvyn ryhmien välillä. 18 % tutkittavista ei kuitenkaan ollut ilmoittanut ammattia tai koulutusta. Puuttuneiden ammattitietojen sisältöä arvioitiin tutkimushetken työtilanteen avulla, jonka oli ilmoittanut 99 % vastaajista. 73 % ilmoittamatta jätetyistä ammattitiedoista selittyy työtilanteen avulla tarkasteltuna opiskelijoiden, työttömien ja eläkeläisten osuuksilla. Kokopäivä- tai osa-aikatyössä olleiden koettu työkyvyttömyys oli vähäisintä ja sairauslomalla ja eläkkeellä olevien runsainta. Huonoksi koettu taloudellinen tilanne oli työkyvyttömyyden ryhmässä merkittävästi yleisempää. Taloustilanne oli yhteydessä työtilanteeseen.

seen. Työttömät ja sairauslomalla olleet kokivat taloudellisen tilanteensa useammin heikoksi ja kokopäivätyössä olleet hyväksi ($\chi^2(15) = 49.29, p < .001$). Tutkittavien saama

sosiaalisen tuen ja ymmärryksen määrä eivät eronneet koetun työkyvyn mukaan muodostettujen ryhmien välillä.

Taulukko 1. Taustatekijät ja koettu työkyky

	Työkykyinen (n=53)	Alentunut työkyky (n=133)	Työkyvytön (n=109)	p
Sukupuoli (%)				n.s.
Nainen	66	60.2	53.2	
Ikä vuosina				p < .05*
Keskiarvo (sd)	32 (11)	35.7 (12.75)	38.17 (sd 13)	
Siviilisäätö (%)				n.s.
Avo- tai avioliitto	41.5	39.8	44.1	
Naimaton	43.4	42.9	42.2	
Eronnut	13.2	16.5	11	
Leski	1.9	0.8	0.9	
Tieto puuttuu	-	-	1.8	
Ilmoitettu sosio-ekonominen asema (%)				n.s.
Ylempi toimihenkilö	15.1	11.3	8.3	
Alempi toimihenkilö	17	17.3	11	
Työntekijä	43.4	27.1	25.7	
Yrittäjä	1.9	3		
Opiskelija	13.2	18.8	10.1	
Eläkeläinen	-	3	11	
Ei työelämässä	3.8	2.3	8.3	
Tieto puuttuu	5.7	17.3	25.7	
Työtilanne (%)				p < .001**
Kokopäivä/osa-aikatyö	49.1	32.3	1.8	
Sairausloma	5.7	18.0	37.6	
Työtön	15.1	18	22.9	
Eläke/kuntoutustuki	1.9	7.5	27.5	
Opiskelija	15.1	18.8	6.4	
Muu	13.2	4.5	1.8	
Tieto puuttuu	-	0.8	1.8	
Tupakointi (%)				n.s.
Kyllä	43.4	39.4	38	
Koettu taloudellinen tilanne (%)				p < .001***
Hyvä	17	6.8	5.5	
Melko hyvä	49.1	40.6	24.8	
Melko huono	5.7	15	32	
Huono	18	45.1	36.9	
Saatu sosiaalinen tuki ja ymmärrys elämäntilanteessa (%)				n.s.
Saan riittävästi	22.6	16.7	23.1	
Saan melko riittävästi	50.9	45.5	41.7	
En saa yleensä riittävästi	22.6	31.1	29.6	
Minulla ei ole ketään läheistä	3.8	6.8	5.6	

* (F(2, 292) = 3,50), ** ($\chi^2(14) = 106.57$), *** ($\chi^2(6) = 29.75$)

Taulukko 2. Kliinisten arviointimenetelmien ja koetun työkyvyn yhteydet*

	Työkykyinen	Alentunut työkyky	Työkyvytön	χ^2 (d.f.)	p
BDI, ka(sd)	12.17 (7.72)	19.40 (9.47)	28.31(11.40)	75.74(2)	<.001
GAF, ka(sd)	58.75 (7.97)	51.94 (8.75)	45.39 (5.90)	90.08(2)	<.001
LS, ka(sd)	11.94 (3.88)	13.47 (3.30)	15.29 (3.54)	32.60(2)	<.001
AUDIT, ka(sd)	6.54 (5.57)	7.66 (7.69)	8.15 (8.04)	.128(2)	.938
*Kruskal-Wallis					

Psyykkisen voinnin ja toimintakyvyn yhteys koettuun työkykyyn

Kliinisten arviointimenetelmien tulokset erosivat koetun työkyvyn mukaan masennuksen vaikeusastetta, arvioitua toimintakykyä ja elämäntyytyväisyyttä arvioitaessa (taulukko 2). Alkoholinkulutusta arvioivalla AUDIT-asteikolla ryhmät eivät eronneet toisistaan. Masennusoireiden vakavuudessa ryhmien väliset erot olivat suuria. Työkyvyttömiksi itsensä kokeneiden masennusoireet olivat vakavimmat ja työkykyisten lievimmät. Työkyvyttömiksi itsensä kokeneiden toimintakyky oli arvioitu GAF-asteikolla keskimäärin vakavasti huonontuneeksi (GAF < 50). Koetun työkyvyn ryhmässä toimintakyvyn rajoitteet olivat keskivaikeita (GAF > 50). Kaikki tutkittavat olivat LS-asteikon mukaan keskimäärin tyytymättömiä elämäänsä, mutta työkykyisten ryhmässä elämäntyytyväisyys oli parempi suhteessa muihin. Alentuneeksi työkykynsä arvioineet sijoittuivat keskimäärin kaikilla kliinisillä arviointimenetelmillä työkykyisten ja työkyvyttömien väliin.

Koettu työkyky ei ollut elämäntyytyväisyyttä arvioivan LS-asteikon yksittäisten kysymysten mukaan tarkasteltuna yhteydessä yksinäisyyteen (χ^2 (8) = 9.87, p=.130). Noin 60 % tutkittavista arvioi elämänsä melko tai hyvin yksinäiseksi. Itsensä työkyvyttömäksi arvioineet sen sijaan kokivat elämänsä ikävämmäksi (χ^2 (6) = 46.91, p < .001, ϕ_c = .282), onnettomammaksi (χ^2 (8) = 50.40, p < .001, ϕ_c = .293) ja vaikeammaksi tai kovemmaksi (χ^2 (8) = 35.08, p < .001, ϕ_c = .244).

Psyykkisen ja somaattisen sairastamisen yhteys koettuun työkykyyn

Tutkittavien yleisin lähetesyy oli masennus (taulukko 3.). Miesten ja naisten lähetediagnoosit eivät eronneet toisistaan. Kaksi lähetediagnoosia oli merkitty 14 % tutkittavista ja kolme lähetediagnoosia 3 % tutkittavista. Lähetediagnoosien lukumäärä ei eronnut sukupuolten välillä (χ^2 (4) = 0.42, p=.858), mutta sisällöllisesti toinen tai kolmas lähetediagnoosi oli miehillä useammin alkoholin haitalliseen käyttöön liittyvä käyttäytymisen tai persoonallisuuden häiriö (42 % kaikista miesten toisista ja kolmansista lähetediagnooseista) ja naisilla masennus (27 %) tai ahdistuneisuushäiriö (44 %).

Verrattaessa kaikkia ensimmäisen lähetediagnoosin pohjalta muodostettuja diagnosiryhmiä koettuun työkykyyn lähetediagnoosi ja koettu työkyky eivät olleet yhteydessä toisiinsa (χ^2 (8)= 14.57, p = .068). Tämä selittyy diagnoosijaon laajuudella ja osin myös työkykyiseksi itsensä kokeneiden pienellä kokonaismäärällä. Masennusdiagnoosien välillä toistuva masennus lähetediagnoosina oli yhteydessä alentuneeksi koettuun työkykyyn masennustilan diagnooseihin ja muihin lähetediagnooseihin verrattaessa (χ^2 (4) = 14.39, p = .006). Toistuvan masennuksen osuus masennusdiagnooseista oli 39 %. GAF-asteikolla arvioidun toimintakyvyn suhteen masennustilan, toistuvan masennuksen tai muiden diagnoosien läheteellä hoitoon tulleet eivät kuitenkaan eronneet toisistaan (χ^2 (2) = 0.09, p = .581). Stressi- ja ahdistuneisuushäiriöiden diagnooseissa koettu työkykyisyys oli muihin lähetediagnoosiryhmiin verrattuna yleisempää (χ^2 (2) = 8.39, p = .015). Muissa lähete-

Taulukko 3. Ensimmäisen lähediagnoosin jakaantuminen sukupuolen ja koetun työkyvyn välillä (%)

	Miehet	Naiset	Yhteensä
Masennustila tai toistuva masennus	57.4	62.4	60.3
Stressi- ja ahdistuneisuushäiriöt	16.4	19.7	18.3
Psykoosit ja skitsofrenia	9.8	8.1	8.8
Kaksisuuntainen mielialahäiriö	9.8	5.2	7.1
Muut diagnoosit	6.6	4.6	5.4
	Työkykyinen	Alentunut työkyky	Työkyvytön
Masennustila tai toistuva masennus	49.1	67.7	56.9
Stressi- ja ahdistuneisuushäiriöt	32.1	14.3	16.5
Psykoosit ja skitsofrenia	5.7	9	10.1
Kaksisuuntainen mielialahäiriö	5.7	4.5	11
Muut diagnoosit	7.5	4.5	5.5

Taulukko 4. Lääkärin edeltäneen vuoden aikana toteamat mielenterveyden häiriöt ja koettu työkyky (%)

	Työkykyinen	Alentunut työkyky	Työkyvytön	
Masennus	52.8	66.8	78	p = .005*
Ahdistuneisuushäiriö	15.1	20.3	45	p < .001**
Kaksisuuntainen mielialahäiriö	5.7	6	12.8	n.s
Skitsofrenia tai harhaluuloisuushäiriö	1.9	3.8	5.5	n.s
Alkoholiriippuvaisuus	9.4	7.5	11	n.s
Humeriippuvaisuus	-	-	0.9	n.s
Syömishäiriö	-	0.8	2.8	n.s
Persoonallisuushäiriö	1.9	4.5	1.8	n.s
*(χ^2 (2) = 10.72), **(χ^2 (2) = 23.56)				

diagnoosiryhmissä ei ollut merkittäviä eroja työkyvyn kokemukseen. Tämä selittynee lähediagnoosien pienillä osuuksilla.

Kaikista tutkittavista edeltäneen vuoden aikana lääkärin toteaman masennuksen oli ilmoittanut 68 % ja ahdistuneisuushäiriön 28 %. Edeltäneen vuoden aikana sairastettu masennus ja ahdistuneisuushäiriö olivat yleisempiä työkyvyttömäksi itsensä kokeneiden ryhmässä (taulukko 4). Muiden mielenterveyden häiriöiden sairastaminen edeltäneen vuoden aikana ei ollut tilastollisesti merkitsevällä tavalla yhteydessä koettuun työkykyyn. Tämä selittynee pienten esiintymislukujen ohella sairauksien yhteisesiintyvyydellä. Useilla itsensä työkyvyttömiksi arvioineilla oli ollut

useita lääkärin toteamia psyykkisiä sairauksia edeltäneen vuoden aikana.

Somaattisia oheissairauksia tutkittavat olivat ilmoittaneet melko vähän. Tämä selittyy ainakin osin tutkittavien alhaisella keski-ikäällä. Yleisimmät mainitut sairaudet olivat erilaiset allergiat (18 % tutkittavista) sekä sydän- ja verisuonisairaudet (12 % tutkittavista). Sairautstyypeittäin tiivistettynä ainoastaan sydän- ja verisuonisairaudet olivat yhteydessä työkykyyn. Sydän- ja verisuonisairaudet olivat yleisempiä työkyvyttömien ryhmässä (χ^2 (2) = 6.78, p=.034). Somaattisten sairauksien lukumäärä ei ollut yhteydessä työkykyyn (χ^2 (6) = 5.62, p=.467). Somaattisten oheissairauksien lukumäärän vertailu suoritettiin ryhmillä: ei

sairauksia, yksi oheissairaus, kaksi oheissairautta ja kolme tai useampi oheissairaus. Mahdollisten puutteellisesti ilmoitettujen somaattisten sairauksien merkitystä arvioitiin lisäksi käytetyn kotilääkityksen ja koetun työkyvyn yhteyksiä tutkimalla. Vain diabeteslääkitys oli yleisempää ($\chi^2(2) = 6.05, p = .040$) koetun työkyvyttömyyden ryhmässä, mutta yhteys oli melko heikko ($\phi_c = .142$).

Alentuneen työkyvyn ja työkyvyttömyyden ennustetekijät

Terveys ja toimintakyky muodostavat tutkimusten mukaan hyväksi koetun työkyvyn perustan. Näiden tekijöiden merkitystä selvitettiin logistisella mallilla, johon valittiin selittäviksi tekijöiksi masennusoireiden vakavuus BDI-21-asteikolla, arvioitu toimintakyky GAF-asteikolla sekä ikä ja sukupuoli. Iällä ei ollut mallissa yhteyttä työkykyyn. Lopullisessa mallissa (taulukko 5, malli 1) ikä poistettiin, jolloin mallin muodostivat masennusoireet, toimintakyky ja sukupuoli. Vakavammat masennusoireet ja heikommaksi arvioitu toimintakyky selittivät sekä alentuneeksi koetun työkyvyn, että työkyvyttömäksi itsensä kokevien arvioita työkykyysiin verrattuna. Tutkimusajankohdan masennusoireilun ja toimintakyvyn mallissa miesten riski heikommaksi koetulle työkyvyille oli naisia suurempi.

Välittömän tutkimusajankohdan oireilun ja toimintakyvyn merkitystä arvioivan mallin lisäksi laadittiin toinen taustatekijöihin keskittyvä malli (taulukko 5, malli 2), johon valittiin aikaisemman tutkimuksen perusteella koetulle työkyvyille ja sosiaalivakuutuksen edellyttämän työkykyarvioon pohjautuvien tutkimusten mukaan oleellisia seikkoja. Sukupuoli ei ollut merkitsevä tekijä, joten se jätettiin pois lopullisesta analyysistä. Myöskään somaattiset oheissairaudet, niiden lukumäärä, työttömyys, tai terveyskäyttäytymiseen, lääkitykseen ja sosiaaliseen tukeen liittyvät muuttujat eivät olleet selittäviä tekijöitä. Lopullisessa mallissa oli mukana ikään, sosioekonomiseen asemaan, taloustilanteeseen, lähediagnooseihin, ja edeltäneen vuoden aikana todettuihin psyykkisiin sairauksiin liittyviä tekijöitä.

Taustatekijöihin keskittyvässä mallissa jo yli 30 vuoden ikä oli riskitekijä sekä heikentyneeksi koetulle työkyvyille että työkyvyttömyydelle. Yksikään edeltäneen vuoden aikana lääkärin toteama mielenterveyden häiriö ei itsessään ollut alentuneeksi koetun työkyvyn tai työkyvyttömyyden riskitekijä, mutta kahden tai useamman mielenterveyden häiriön sairastaminen edeltäneen vuoden aikana lisäsi työkyvyttömyyden kokemuksen riskin yli kuusinkertaiseksi. Lähediagnooseista toistuva masennus lisäsi riskiä alentuneeksi koetulle työkyvyille. Mikään lähediagnoosiryhmä ei ollut selkeässä yhteydessä koettuun työkyvyttömyyteen. Myöskään lähediagnoosien lukumäärä ei ollut merkittävä selittävä tekijä. Ammatti oli koulutustasosta riippumatta alentuneeksi koetulta työkyvyiltä ja työkyvyttömyydeltä suojaava tekijä.

Pohdinta

Psykkisen sairastamisen aiheuttama terveyden ja toimintakyvyn muutos vaikuttaa selkeästi koettuun työkykyyn. Suomessa kaikista 30–64-vuotiaista noin 80 % (Gould & Polvinen, 2006) ja alle 30-vuotiaista työssäkäyvistä peräti 99 % arvioi työkykynsä hyväksi (Seitsamo, Tuomi & Ilmarinen, 2006). Tässä tutkimuksessa itseään työkykyisenä piti vain vajaa viidennes tutkittavista. Väestötasolla erityisesti psykoosisairauksilla (Baksheev ym, 2012), mutta myös lähes kaikilla muilla mielenterveyden häiriöillä on työkykyä heikentävä vaikutus (Hensing ym, 1996; Kessler ym, 2006). Masennuksen vaikutus työkykyyn on yhteiskunnallisesti merkittävin (Gould ym, 2007), sillä masennuksen esiintyvyys on väestötasolla mielenterveyden häiriöistä korkeimpia (Kessler ym, 2005; Suvisaari 2010). Masennus oli myös tässä tutkimuksessa yleisin läheisyys sekä yleisin edeltäneen vuoden aikana sairastettu mielenterveyden häiriö.

Tutkimuksen tulosten perusteella psykiatristen potilaiden kokemus työkyvystä kytkeytyy hyvin voimakkaasti mielenterveyteen. Tutkimusajankohdan masennusoireilun vakavuus ja GAF-asteikolla arvioitu toimintakyky olivat merkittävässä yhteydessä alentuneeksi

Taulukko 5. Alentuneeksi koetun työkyvyn ja koetun työkyvyttömyyden ennustetekijät *

	Alentunut työkyky		Työkyvytön	
Malli 1.¹	OR (95 % CI)	p	OR (95 % CI)	p
Mies	1.99 (.917–4.30)	.082	4.28 (1.7–10.7)	< .005
BDI	1.1 (1.05–1.15)	< .001	1.18 (1.12–1.24)	< .001
GAF	.93 (.89–.96)	< .001	.82 (.78–.87)	< .001
Malli 2.²	OR (95 % CI)	p	OR (95 % CI)	p
Ikä ≥ 30v.	2.15 (.99–4.64)	.052	4.80 (2.07–11.14)	< .001
Toistuva masennus lähediagnoosina	3.81 (1.47–9.89)	.006	1.70 (.58–4.94)	.333
2 ≥ psyykinen häiriö ed. 12kk aikana	1.76 (.69–4.48)	.233	6.64 (2.60–17.00)	< .001
Huono tai melko huono taloustilanne	1.80 (.89–3.64)	.101	2.96 (1.36–6.42)	.006
Ylempi toimihenkilö	.27 (.08–.86)	.027	.13 (.03–.43)	.001
Alempi toimihenkilö	.385 (.13–1.15)	.087	.22 (.07–.74)	.014
Työntekijä	.322 (.14–.76)	.009	.29 (.12–.72)	.008
* Referenssikategoria: Työkykyinen (¹ Nagelkerke = .475, McFadden = .259 ² Nagelkerke = .302, McFadden = .148)				

koettuun työkykyyn ja koettuun työkyvyttömyyteen. Tulos tukee aikaisempia tuloksia terveyden ja toimintakyvyn roolista koetun työkyvyn perustana (Ilmarinen ym, 2006). Välittömän oireilun ja toimintakyvyn lisäksi aiemmat ja kasautuvat mielenterveyden häiriöt sekä toistuvat masennusjaksot vaikuttavat voimakkaasti koettuun työkykyyn. Miesten ja naisten kokemalla työkyvyllä ei ollut eroja taustatekijöitä tarkasteltaessa. Korkeampi ikä sen sijaan oli yhteydessä sekä alentuneeseen työkykyyn että työkyvyttömyyteen. Ikä on myös väestötasolla sukupuolta voimakkaammin yhteydessä heikoksi koettuun työkykyyn (Gould & Polvinen, 2006) ja yhteydessä myös mielenterveyden häiriöiden vuoksi myönnettyihin työkyvyttömyyseläkkeisiin (Holma ym, 2012). Tutkimusajankohdan masennusoireilua ja toimintakykyä arvioitaessa miesten riski heikoksi koettuun työkykyyn oli kuitenkin naisia suurempi. Miesten kynnys hakeutua hoitoon mielenterveyden häiriöiden vuoksi on usein naisia korkeampi (Möller-Leimkühler, 2000). Tutkimukseen osallistuneet miehet ovatkin voineet tulla hoidon piiriin vasta työ- ja toimintakyvyn merkittävästi heikennyttyä tai heidän sairastamisensa on voinut olla pitkäkestoisempaa.

Työkykyyn katsotaan kuuluvaksi tervey-

den lisäksi myös työn, perheen ja lähiyhteisöjen vaikutukset (Mäkinen, 2010). Mielenterveyden häiriöiden yhteydessä näiden tekijöiden merkitys vaikuttaisi olevan väestötasoa vähäisempi. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon potilaiden siviilisäätö, kokemaa yksinäisyyttä tai saama sosiaalinen tuki eivät olleet yhteydessä työkykyyn. Väestötasolla avo- ja avioliitossa olevien koettu työkyky on keskimäärin naimattomia tai eronneita parempi (Pensola & Järvikoski, 2006a) ja sosiaalinen tuki edistää koettua työkykyä (Pensola & Järvikoski, 2006b). Työtilanteen vaikutus koettuun työkykyyn oli monin osin selkeä. Töissä käyneet pitivät työkykyään sairaalomalla olleita parempana. Väestötasosta (Martelin, Sainio, Koskinen & Gould, 2006) poiketen työttömyys ei kuitenkaan ollut yhteydessä heikommaksi koettuun työkykyyn. Ammatti oli koulutustasosta riippumatta koettua työkykyä suojaava tekijä ja korkeampaan sosioekonomiseen asemaan kuuluva suojasi koettua työkykyä voimakkaammin. Heikoksi koetulla taloustilanteella oli selkeä yhteys koettuun työkyvyttömyyteen. Tulotason ja koetun työkyvyn välisen syy-seuraussuhteen arviointi on ongelmallista. Koulutuksella ja tulotasolla on kuitenkin toistuvasti osoitettu olevan työ- ja toimintakykyä suojaava vai-

kutus sekä myönteisiä yhteyksiä terveyteen ja koettuun hyvinvointiin (Adler ym, 1994; Cummins, 2000; Kaplan, Haan & Syme, 1987; Winkleby ym, 1992).

Mielenterveyden häiriötä sairastavien elämäntyytyväisyys on yhteydessä toimintakykyyn (Goldberg & Harrow, 2007). Tutkittavien elämäntyytyväisyys ja toimintakyky heikkenivät koetun työkyvyn heikentyessä. Työkyvyttömäksi itsensä kokeneet arvioivat elämänsä ikävämmäksi, onnettomammaksi ja vaikeammaksi tai kovemmaksi. Tulos selittyy erityisesti työkyvyttömien vakavammalla masennusoireilulla. Masennuksen oirekuvaan kuuluvat muun muassa itsearvostuksen menetys, kohtuuton itsekritiikki ja syyllisyydentunne (Isometsä, 2011). Masennusoireilu näyttäisi heijastuvan elämäntyytyväisyyden arvioihin voimakkaana sisäänpäin kääntyneisyytenä. Masennusoireiden vakavuus vaikuttaa myös elämänlaatuun ja koettuun terveyteen (Ruo ym, 2003).

Lähetediagnooseista selvimmän työkykyyn yhteydessä olivat stressi- ja ahdistuneisuushäiriöt sekä toistuva masennus. Stressi- ja ahdistuneisuushäiriöiden diagnooseissa koettu työkyky oli muihin lähetediagnoosiryhmiin verrattuna parempi. Toistuva masennus oli ainoa alentuneeksi koettuun työkykyyn yhteydessä oleva lähetediagnoosi. Toistuvan masennuksen kriteereihin kuuluu vähintään yksi aikaisempi masennusjakso (Depressio; Käypä hoito -suositus, 2013). Toistuvan masennuksen diagnosoilla hoitoon lähetettyjen toimintakyky ei eronnut muista, joten on mahdollista että heidän kokemukseensa työkyvystä vaikuttaa kokemus aiemmasta masennusjaksosta. Huomionarvioista on, että vaikka alentuneeksi koettu työkyky on toisaalta yhteydessä mahdollisuuteen tehdä työtä, voi se myös aiheuttaa työelämässä toimimiselle merkittäviä haasteita. Työssäkäyvät masennusta ja ahdistuneisuushäiriötä sairastavat kokevat muun muassa menettäneensä tavallisen työtehonsa, olevansa taakkana muille työyhteisön jäsenille ja vaativat itseltään liikaa (Bertilsson ym, 2013). Masennuksen oirekuvan huomioiden nämä tekijät voivat olla yhteydessä nopeampaan kuormittumiseen työssä, uupumukseen

sekä motivaation heikentymiseen. Tutkimusten mukaan masennus myös uusiutuu usein (Burcusa & Iacono, 2007) ja varhaisaikuisuudessa alkavat toistuvat masennusjaksot lisäävät merkittävästi riskiä muun muassa muulle myöhemmälle psyykkiselle sairastamiselle, heikolle koulutukselle ja työttömyydelle (Ferguson, Boden & Horwood, 2007).

Edeltäneen vuoden aikana sairastetut mielenterveyden häiriöt olivat lähediagnooseja selvemmin yhteydessä koettuun työkykyyn. Työkyvyttömäksi itsensä kokeneet olivat sairastaneet edeltäneen vuoden aikana useammin masennuksen tai ahdistuneisuushäiriön. Useamman mielenterveyden häiriön sairastaminen edeltäneen vuoden aikana moninkertaisesti koetun työkyvyttömyyden kokemuksen todennäköisyyden. Masennus, ahdistuneisuushäiriö ja psyykkisen sairastamisen kasautuminen ennustavat myös mielenterveyden häiriön vuoksi myönnettyä työkyvyttömyyseläkettä (Ahola ym, 2011). Somaattiset oheissairaudet ovat riskitekijöitä mielenterveyden häiriötä sairastavien työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen (Holma ym, 2012) ja heikentävät väestötasolla erityisesti keski-ikäen ylittäneiden koettua työkykyä (Koskinen ym, 2006). Todennäköisesti tutkimukseen osallistuneiden nuoresta keski-ikästä johtuen somaattiset sairaudet eivät kuitenkaan olleet tässä tutkimuksessa yhteydessä koettuun työkykyyn.

Vaikka työkyky koetaan yksilöllisesti, ei se kuitenkaan ole yksilön ominaisuus vaan vuorovaikutuksellinen prosessi yksilön ja ympäristön välillä (Koskinen ym, 2008; Mäkinen, 2010). Koetun työkyvyn muutosta suhteessa aikaisempaan ei tutkimuksessa selvitetty. Vaikka koetun työkyvyn muutos olisi todennäköisesti tarjonnut lisätietoa, on huomioitava, ettei monilla nuorilla tutkittavilla ollut vielä työkokemusta. Työkokemuksen puuttuessa monien tutkittavien olisi voinut olla haastavaa arvioida työkykynsä muutosta (vrt. Gould ym, 2006). Tutkimuksessa ammattiin ja koulutustasoon liittyvät tiedot sisälsivät puuttuneita tietoja, joten sosioekonomisen aseman vaikutuksen arviointiin liittyy epävarmuustekijöitä. Lisäksi tutkimuksen kliinisen aineiston vuoksi työn sisältöön liittyviä tekijöitä ku-

ten työasenteita ja -motivaatiota, työn vaativuutta tai työntekijän vaikutusmahdollisuuksia kuvaavia tietoja ei ollut saatavilla. Näiden tekijöiden merkitys olisi todennäköisesti ollut suhteellisen vähäinen tutkimukseen osallistuneiden nuorten aikuisten, opiskelijoiden ja työttömien määrän sekä tutkimushetken terveyden heikkenemisen vuoksi. Toisaalta työn sisältöön liittyvät tekijät olisivat olleet kiinnostavia lisätiedon kohteita erityisesti pidempään työelämässä mukana olleiden ja työhön kyenneiden arvioiden selittäjinä.

Mielenterveyden häiriöiden ja koetun työkyvyn tutkimuksessa alentuneeksi koettua työkykyä voi pitää merkittävänä ja tärkeänä erillisenä tutkimusryhmänä. Jatkossa olisi hyödyllistä selvittää mitkä tekijät ovat yhteydessä koetun työkyvyn muutokseen mielen­terveyden häiriöiden yhteydessä. Kuntoutus­toiminnan ja ennaltaehkäisyn näkökulmista työkyvyn ja mielen­terveyden häiriöiden jat­kotutkimusta tulisi myös kohdentaa. Vain harvoissa tutkimuksissa on esimerkiksi tutkittu niitä, jotka mielen­terveyden häiriöstä huolimatta käyvät töissä (Bertilsson ym, 2013). Eri­tyisesti pitkittäistutkimukset auttaisivat selvit­ämään koettuun työkykyyn liittyviä syy-seuraussuhteita. Jatkotutkimus voisi tarjota myös sovelluksia työ- ja toimintakyvyn parantami­seksi. Erityisesti toistuvan masennuksen koet­tua työkykyä alentava vaikutus ja psyykkisen sairastamisen kasautumisen yhteys koettuun työkyvyttömyyteen korostavat ennaltaehkäi­sevän ja riittävän varhain aloitetun kuntou­tuksen merkittävyyttä.

Tiivistelmä

Tässä artikkelissa selvitetään psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidon potilaiden koettuun työkykyyn liittyviä tekijöitä heidän ensimmäisellä hoitokäynnillään. Tutkimuksen poikkileikkausaineiston muodostavat 295 iältään 20–65-vuotiasta Kuopion psykiatrian keskuksen potilasta. Koetulla työkyvyllä tutkimuksessa tarkoi­tetaan potilaan itsearvioimaa kokemusta työkyvystään kolmiportaisella asteikolla

1) Täysin työkykyinen, 2) Alentunut työ­kyky, 3) Työkyvytön. Tutkimusajankoh­dan masennusoireiden vakavuus ja toi­mintakyvyn taso olivat selkeässä yhtey­dessä alentuneeksi koettuun työkykyyn ja työkyvyttömyyteen. Korkeampi ikä ja useamman kuin kahden mielen­terveyden häiriön sairastaminen edeltäneen vuoden aikana olivat koetun työkyvyttömyy­den ennustetekijöitä. Toistuva masennus lähediagnoosina oli yhteydessä alen­toneeksi koettuun työkykyyn. Toistuvan masennuksen työkykyä alentava vaikutus ja psyykkisen sairastamisen kasautumi­sen yhteys työkyvyttömyyteen korostavat ennaltaehkäisevän työn ja kuntoutuksen merkittävyyttä.

Abstract

This article examines factors related to subjective work ability among psychiatric outpatients in their first appointment to psychiatric special health care. Quantitative cross-sectional sample consists of 295 patients of Kuopio Psychiatric Centre, aged 20–65 years. Subjective work ability was defined using tripartite assessment of work ability ranging from 1) Full work ability, 2) Lowered work ability, 3) Inability to work. Depressive symptoms and level of functioning at the time of research were strongly related to lowered subjective work ability and subjective inability to work. Age and history of two or more previous mental illnesses were significant predictive factors to subjective inability to work. Recurrent depression as diagnose was associated with lowered work ability. Effects of recurrent depression and psychiatric comorbidity on subjective work ability emphasise the importance of preventative interventions and rehabilitation.

PsK Niko Flink, maisteriopiskelija, tutkimus-apulainen, Itä-Suomen yliopisto

PsT Kirsi Honkalampi, professori, Itä-Suomen yliopisto

LT Pirjo Saarinen, dosentti, osastonylilääkäri, Kuopion psykiatrian keskus, Kuopion yliopistolinen sairaala, mielenterveysjohtaja, Kuopion kaupunki

PsT Ilpo Kuhlman, vastaava psykologi, Kuopion psykiatrian keskus, Kuopion kaupunki

LL Jarmo Pajula, apulaisylilääkäri, Kuopion psykiatrian keskus, Kuopion kaupunki

Lähteet

- Adler NE, Boyce T, Chesney MA, Cohen S, Folkman S, Kahn RL, Syme, SL (1994) Socioeconomic Status and Health. The Challenge of the Gradient. *Am Psychol* 49, 1, 15–24.
- Ahola K, Virtanen M, Honkonen T, Isometsä E, Aromaa A, Lönnqvist, J (2011) Common mental disorders and subsequent work disability: A population-based Health 2000 Study. *J Affect Disord* 134, 1–3, 3655–372.
- Allardt E (1973) About dimension of welfare: an explanatory analysis of the comparative Scandinavian survey. (Research report no. 1973:1). Helsinki: University of Helsinki.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4. painos. Washington, DC. American Psychiatric Association.
- Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG (2001) AUDIT – the alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary health care. Geneva: World Health Organization.
- Baksheev GN, Allot K, Jackson H J, McGorry P D, Killackey E (2012) Predictors of Vocational Recovery Among Young People With First-Episode Psychosis: Findings From a Randomized Controlled Trial. *Psychiatr Rehabil J* 35, 6, 421–427.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Moc, J, Erbaugh J (1961) An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 4, 561–571.
- Bertilsson M, Petersson E-L, Östlund G, Waern M, Hensing G (2013) Capacity to work while depressed and anxious – a phenomenological study. *Disabil Rehabil* 35, 20, 1705–1711.
- Black C (2008) Working for a healthier tomorrow. London: The Stationery Office.
- Burcusa SL, Iacono WG (2007) Risk for recurrence in depression. *Clin Psychol Rev* 27, 8, 959–985.
- Cummins A (2000) Personal Income and Subjective Well-being: A Review. *J Happiness Stud* 1, 133–158.
- Depressio (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2013 (viitattu 17.12.2013). Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi
- Ferguson DM, Boden JM, Horwood LJ (2007) Recurrence of major depression in adolescence and early adulthood, and later mental health, educational and economic outcomes. *Br J Psychiatry* 191, 335–342.
- Flink N, Honkalampi K, Kuhlman I, Pajula J, Saarinen P (2014) Kuopion psykiatrian keskuksen palvelujen käyttäjät. Kuopio: Kuopion kaupunki. Saatavilla osoitteesta: http://www.kuopio.fi/c/document_library/get_file?uuid=c87dfcb3-92b4-41ee-85a8-f87ffcdce8&groupId=12159
- Gjesdal S, Ringdal PR, Haug K, Mæland JG (2008) Long-term sickness absence and disability pension with psychiatric diagnoses: a population-based cohort study. *Nord J Psychiatry* 62, 4, 294–301.
- Glozier N (2002) Mental ill health and fitness for work. *Occup Environ Med* 59, 10, 714–720.
- Goldberg JF, Harrow M (2005) Subjective life satisfaction and objective functional outcome in bipolar and unipolar mood disorders: A longitudinal analysis. *J Affect Disord* 89, 1–3 79–89.
- Gould R, Härkäpää K, Järvikoski A (2008) Mielenterveysongelmat ja oikea-aikainen reagointi työeläkekuntoutuksen haasteina. *Kuntoutus* 1, 39–53.
- Gould R, Grönlund H, Korpiluoma R, Nyman H, Tuominen K (2007) Miksi masennus vie eläkkeelle? Eläketurvakeskuksen raportteja 2007:1. Helsinki: Eläketurvakeskus.
- Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J, Koskinen S (2006) Työkyvyn ulottuvuudet – yhteenveto ja päätelmät. Teoksessa Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Helsinki: Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos ja Työterveyslaitos. 13–16.
- Gould R, Koskinen S, Seitsamo J, Tuomi K, Polvinen A, Sainio P, (2006) Aineisto ja menetelmät. Teoksessa Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Helsinki: Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos ja Työterveyslaitos. 35–57.
- Gould R, Polvinen A (2006) Työkyvyn vaihtelu iän ja sukupuolen mukaan. Teoksessa Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Helsinki: Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos ja Työterveyslaitos. 58–64.
- Heikinheimo S, Tuisku, K (2014). Kuntoutustulokset ja työhön paluu psykiatrisen työkykyarvion jälkeen.

- Duodecim 130, 3, 258–264.
- Hensing G, Alexanderson K, Allebeck P, Bjurulf P (1996) Sick-leave due to psychiatric disorder: higher incidence among women and longer duration for men. *Br J Psychiatry* 169, 6, 740–746.
- Holma IA, Holma KM, Melartin TK, Rytsälä HJ, Isometsä ET (2012) A 5-year prospective study of predictors for disability pension among patients with major depressive disorder. *Acta Psychiatr Scand* 125, 4, 325–334.
- Honkonen T (2010) Työ ja mielenterveys. Teoksessa *Työstä terveyttä*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 70–86.
- Ilmarinen J, Gould R, Järvikoski A, Järvisalo J (2006) Työkyvyn moninaisuus. Teoksessa *Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia*. Helsinki: Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos ja Työterveyslaitos. 17–34.
- Isometsä E (2011) Masennushäiriöt. Teoksessa *Psykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 154–193.
- Kaplan GA, Haan MA, Syme L (1987) Socioeconomic Status and Health. *Am J Prev Med* 3, 125–129.
- Karlsson NE, Carstensen JM, Gjesdal S, Alexanderson K (2008) Risk factors for disability pension in a population-based cohort of men and women on long-term sick leave in Sweden. *Eur J Public Health* 18, 3, 224–231.
- Kessler RC, Berglund P, Dempler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE (2005) Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 62, 7, 593–602.
- Kessler RC, Akiskal HS, Ames M, Birnbaum H, Greenberg P, Hirschfeld RM, Jin R, Merikangas KR, Simon GE, Wang PS (2006) Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of U.S. workers. *Am J Psychiatry* 163, 9, 1561–1568.
- Kiiskinen U, Tepari J, Häkkinen U, Aromaa A (2005) Kansantautien ja toimintakyvyn vajausten yhteiskunnalliset kustannukset. Teoksessa *A Suomalainen terveys*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 412–432
- Kivistö S, Takala R, Kuosma E, Vuori J (2001) Työhön sairauslomalta – Paluuvaiheen hallinnan edellytyksiä. Helsinki: Työsuojelurahasto, Työterveyslaitos.
- Knapp M (2003) Hidden costs of mental illness. *Br J Psychiatry* 183, 477–478.
- Koskinen, S., Martelin, T., Sainio, P., & Gould, R. (2006). Työkyky ja terveys. Teoksessa *Teoksessa Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia*. Helsinki: Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos ja Työterveyslaitos. 114–134.
- Koskinen, S. (2008). Työlainsäädäntö, työkyky ja sairaus. Teoksessa *Työkyvyttömyys? Terveystilastietojen käsittelystä työelämässä*. Helsinki: Edita. 11–24.
- Martelin T, Sainio P, Koskinen S, Gould R (2006) Työkyvyn vaihtelu pääasiallisen toiminnan ja ammattiaseman mukaan. Teoksessa *Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia*. Helsinki: Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos ja Työterveyslaitos. 75–81.
- Mechanic D, Blider S, McAlpine DD (2002) Employing persons with serious mental illness. *Health Aff* 21, 5, 242–253.
- Mäkinen A (2010) Kuntoutus saapuu työpaikalle. *Kuntoutus*, 1, 21–36.
- Mäkitalo J (2010) Työkyvyn ulottuvuudet. Teoksessa *Työstä terveyttä*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 162–169.
- Möller-Leimkühler AM (2000) Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *J Affect Disord* 71, 1–3, 1–9.
- Pensola T, Järvikoski A (2006a) Sosiaalinen tuki ja osallistuminen. Teoksessa *Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia*. Helsinki: Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos ja Työterveyslaitos. 190–196.
- Pensola T, Järvikoski A (2006b) Työkyky siviilisäätö- ja perherakenneryhmissä. Teoksessa *Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia*. Helsinki: Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos ja Työterveyslaitos. 97–103.
- Pensola T, Gould R, Polvinen A (2010) Ammatit ja työkyvyttömyyseläkkeet. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:16 Helsinki: Yliopistopaino.
- Pylkkänen K, Lehtonen J (2008) Terveystilastilaki ja mielenterveyspalvelut. *Suom Lääkäril*, 63, 1253.
- Raitasalo R, Maaniemi K (2011) Nuorten mielenterveyden häiriöiden aiheuttamat sairauspoissaolot ja työkyvyttömyys vuosina 2004 - 2009. *Nettityöpapereita 23/2011*. Helsinki: Kansaneläkelaitos.
- Ruo B, Rumsfeld JS, Hlatky MA, Liu H, Browner WS, Whooley MA (2003) Depressive Symptoms and Health Related Quality of Life. *JAMA* 290, 215–221.
- Rytsälä H (2006) Functional and Work Disability and Treatment Received by Patients with Major Depressive Disorder. Helsinki: Kansanterveyslaitos.
- Rytsälä H, Melartin T, Leskelä U, Sokero T, Lestelä-Mielonen P, Isometsä E (2007) Predictors of long-term work disability in Major Depressive Disorder: a prospective study. *Acta Psychiatr Scand*, 115,

- 206-213.
- Saari P (2013) Työhön paluuseen liittyvät haasteet ja ratkaisukeinot pitkältä sairauslomalta. *Kuntoutus* 1, 32-38.
- Saarinen P, Viinamäki H, Helminen A, Kaitokari P, Pajula J, Penttinen J, Savolainen K, Lehtonen J (2007) Parantaako prosessiorganisaatio mielenterveyspalveluja? *Suom Lääkäril* 62, 45, 4237-4241.
- Seitsamo J, Tuomi K, Ilmarinen J (2006) Nuorten työkyky Teoksessa Työkyvyn ulottuvuudet. *Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia*. Helsinki: Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos ja Työterveyslaitos. 241-253.
- Startup M, Jackson M., Bendix S (2002) The concurrent validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *Br J ClinPsychol* 41, 4, 417-422.
- Suvisaari J (2010) Mielenterveyshäiriöiden epidemiologia Suomessa. Teoksessa *Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon 2009*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 17-19.
- Tuisku K, Juvonen-Posti P, Härkäpää K, Heilä H, Vainiemi K, Ropponen T (2013) Ammatillinen kuntoutus mielenterveyshäiriöissä. *Duodecim* 129, 23, 2623-2632.
- Tuomi K (1995) Työn, elämäntyylin, terveyden ja työkyvyn muutokset. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Viinamäki H, Tanskanen A, Antikainen R, Haatainen K, Honklampi K, Koivumaa-Honkanen H, Hintikka J, Lehtonen J (1998) Psykiatriseen hoitoon lähetetyn masennuspotilaan työkyky. *Duodecim* 114, 2575-2580.
- Viinamäki H, Vehviläinen A, Vohlonen I. (2003) Masennuspotilaiden osastohoito - kesto ja kustannukset vaihtelevat Suomessa. *Suom Lääkäril* 15, 1755-1761.
- Winkleby MA, Jatulis DE, Frank E, Fortmann SP (1992) Socioeconomic Status and Health: How Education, Income, and Occupation Contribute to Risk Factors for Cardiovascular Disease. *Am J Public Health* 82, 6, 816-820.
- Üstün TB (1999) The global burden of mental disorders. *Am J Public Health* 89, 9, 1315-1318.