

Annamari Tuulio-Henriksson ja Jenni Blomgren

# Mielenterveysperusteiset sairauspäiväraha- kaudet vuosina 2005–2017



## **Kirjoittajat**

Annamari Tuulio-Henriksson  
FT, dosentti, tutkimusprofessori  
Kelan tutkimus /  
Yliopistonlehtori (vs.)  
Psykologian ja logopedian osasto  
Helsingin yliopisto  
etunimi.sukunimi@kela.fi

Jenni Blomgren  
VTT, dosentti, tiimipäällikkö  
Kelan tutkimus  
etunimi.sukunimi@kela.fi

© Kirjoittajat ja Kela

[www.kela.fi/tutkimus](http://www.kela.fi/tutkimus)

ISSN 2323-9239

URI <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201803226111>

Helsinki 2018

# SISÄLTÖ

Tiivistelmä .....	4
1 Johdanto .....	5
2 Aineisto ja menetelmät .....	6
3 Tulokset.....	7
4 Pohdinta.....	10
Lähteet .....	13

## TIIVISTELMÄ

Alkaneiden sairauspäiväraha-kausien määrät ovat viimeisen kymmenen vuoden aikana vähentyneet, mutta vuonna 2017 alkaneiden kausien määrä lähti uudelleen kasvuun. Mielenterveyden häiriöiden perusteella alkaneet kaudet eivät ole muiden kausien tavoin vähentyneet, ja vuoden 2017 kasvu sairauspäivärahalla korvatuissa sairauspoissaoloissa näyttää johtuvan yksinomaan mielenterveyden häiriöistä johtuvien kausien yleistymisestä. Tässä tutkimuksessa tarkastelimme mielenterveysperusteisten sairauspäiväraha-kausien kehitystä eri sairausryhmissä naisilla ja miehillä kolmessa ikäryhmässä vuosina 2005–2017. Aineistona käytettiin Kelan tietoja vuosina 2005–2017 alkaneista mielenterveysperusteisista sairauspäiväraha-kausista sukupuoli- ja ikäryhmittäin (16–34-, 35–49- ja 50–67-vuotiaat). Alkaneiden kausien määrät suhteutettiin Tilastokeskuksen tietoihin saman ikäisestä ei-eläkkeellä olevasta väestöstä.

Naisilla alkoi väestöön suhteutettuna lähes kaksi kertaa niin paljon mielenterveysperusteisia sairauspäiväraha-kausia kuin miehillä. 16–34-vuotiailla naisilla alkaneiden kausien määrä jälleen kasvoi koko aikavälin 2005–2017, kun muissa naisten ikäryhmissä alkaneiden kausien määrä oli laskeva vuoteen 2015 saakka. Kaikissa naisten ikäryhmissä näkyi selvä kasvu vuosien 2016 ja 2017 välillä. Miehillä kausien yleisyydessä ei tapahtunut suuria muutoksia, vaikka 35 vuotta täyttäneiden miesten ikäryhmissä alkaneiden kausien trendi oli pääasiassa laskeva. Miehilläkin alkaneiden kausien määrä kasvoi vuosien 2016 ja 2017 välillä kaikissa ikäryhmissä. Kaikenikäisillä naisilla ja miehillä mielenterveysperusteisia sairauspäiväraha-kausia alkoi useimmin masennuksen ja ahdistuneisuushäiriöiden perusteella, ja näissä sairausryhmissä näkyi viime vuosina myös selkein kasvu. Kasvun taustalla olevia tekijöitä on tärkeä selvittää.

**Avainsanat:** sairauspäivärahat, sairauspoissaolot, mielenterveyshäiriöt, masennus, ahdistuneisuushäiriöt, nuoret, aikuiset, naiset, miehet

# 1 JOHDANTO

Mielenterveyden häiriöt alentavat herkästi ihmisen työ- ja toimintakykyä. Niihin liittyy psyykkisten oireiden lisäksi aloitekyvyn heikkenemistä, keskittymisvaikeuksia, tarkkaavuuden ongelmia, sosiaalisten taitojen heikkenemistä ja uupumusta, jotka vaikeuttavat työelämän vaatimuksiin vastaamista ja työssä selviytymistä. Oireista toipuminen voi kestää kauan ja toimintakyky voi pysyä matalana vielä pitkään oireiden väistyttyäkin (Suvisaari ym. 2017; Isometsä 2017).

Mielenterveyden häiriöt aiheuttavat kolmanneksen uusista työkyvyttömyyseläkkeistä (Eläketurvakeskus ja Kela 2016). Työkyvyttömyyseläkettä edeltää pääsääntöisesti sairauspäiväraha-kausi, jonka aikana työkykyä pyritään vielä palauttamaan. Sairauspäivärahan saaminen voi sitten toimia työkykyongelmien ensimmäisenä indikaattorina. Pitkittyvä sairauspoissaolo on myös merkki siitä, että tarvitaan aktiivista hoitoa ja seurantaa, työhön paluun suunnitelmaa sekä poissaolon aikaisen arjen hallinnan pohdintaa (Käypä hoito -suositus 2016).

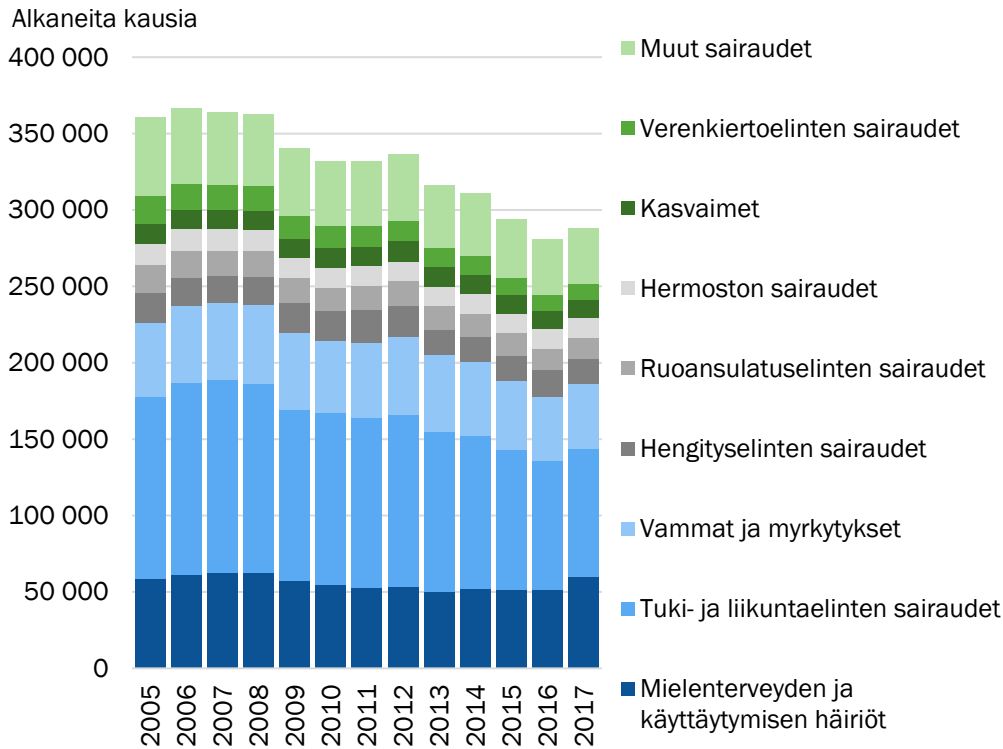
Kelan maksamat sairauspäivärahakaudet kuvaavat vähintään 12 kalenteripäivää kestäviä sairauspoissaoloja. Sairauspäivärahaa voidaan maksaa sairastumispäivän ja yhdeksän seuraavaa arkipäivää kestävästä omavastuuajan jälkeiseltä ajalta 16–67-vuotiaalle henkilölle työkyvyttömyyden vuoksi silloin, kun henkilö on kokonaan tai osittain estynyt tekemästä työtään (Sairausvakuutuslaki 1224/2004). Sairauspäivärahaa voidaan maksaa työkyvyttömyysajalta myös työttömille, opiskelijoille tai muussa elämäntilanteessa oleville mutta pääsääntöisesti ei kuitenkaan eläkeläisille. Sairauspäivärahaa maksetaan saman sairauden perusteella yleensä enintään 300 arkipäivältä eli yhteensä noin vuoden kokonaisajalta, joka voi kertyä kahden vuoden aikana. Jos enimmäisaika täyttyy, työkykyisyyttä on välillä oltava vähintään vuosi, jotta saman sairauden perusteella voi saada uudelleen sairauspäivärahaa.

Mielenterveyden häiriöt ovat keskeisiä sairauspäivärahakausien perusteita. Työikäisille 16–64-vuotiaille sairauspäivärahaa maksetaan yleisimmin tuki- ja liikuntaelinten sairauksien ja toiseksi eniten mielenterveyden häiriöiden perusteella (Blomgren 2016). Ikäryhmittäin tarkasteltuna 16–34-vuotiaiden, 35–49-vuotiaiden ja 50–64-vuotiaiden sairauspäivärahan saaminen ja yleisimmät diagnoosit eroavat toisistaan, ja ikäryhmien sisällä on myös sukupuolten välisiä eroja. 16–34-vuotiaiden naisten tavallisin sairauspäivärahan peruste on mielenterveyden häiriö, ja saman ikäisten miesten kohdalla mielenterveyden häiriöt ovat vammojen jälkeen toiseksi tavallisin peruste. Sekä 35–49- että 50–64-vuotiaiden naisten ikäryhmissä mielenterveyden häiriöt ovat toiseksi suurin sairauspäivärahan peruste, miehillä kolmanneksi suurin (Blomgren 2016). 16–34-vuotiailla naisilla ja miehillä sairauspäivärahan saaminen mielenterveyden häiriöiden perusteella oli jonkin verran yleistynyt vuosien 2008–2015 välillä. Sen sijaan 35–49-vuotiailla ja 50–64-vuotiailla mielenterveysperusteisen päivärahan saaminen oli vähentynyt (Blomgren 2016).

Vuonna 2017 alkoi yhteensä 288 000 uutta Kelan korvaamaa sairauspäivärahakautta (ei sisällä osasairauspäivärahakausia). Tästä noin 60 000 päivärahakautta oli mielenterveysperusteisia, mikä oli 21 % vuonna 2017 alkaneista kausista (Kela 2018). Mielenterveysperusteisten kausien

suhteellinen osuus kaikista kausista on kasvanut, sillä muissa sairauksissa on tapahtunut vähenemistä samalla kun mielenterveyskausien määrä on pysynyt suunnilleen ennallaan (kuvio 1). Vuodesta 2016 vuoteen 2017 mielenterveysperusteisten kausien määrä kasvoi noin 16 % ja samalla niiden osuus kaikista kausista kasvoi entisestään.

**Kuvio 1.** Alkaneet sairauspäivärahakaudet sairausryhmän mukaan 2005–2017.



Lähde: Kela 2018.

Mielenterveyden häiriöihin perustuvia sairauspoissaoloja on usein tutkittu yhtenä kokonaisuutena (esim. Blomgren 2016), tai on keskitytty vain johonkin tiettyyn häiriöryhmään, kuten masennukseen (esim. Ahola ym. 2009). Eri mielenterveyden häiriöt vaikuttavat kuitenkin eri tavoin työ- ja toimintakykyyn, niihin sairastutaan eri-ikäisinä ja niiden kulku poikkeaa toisistaan. Siksi tässä tutkimuksessa tarkasteltiin vuosina 2005–2017 alkaneita mielenterveysperusteisia sairauspäivärahakausia sukupuoli- ja ikäryhmittäin mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden eri sairausryhmissä.

## 2 AINEISTO JA MENETELMÄT

Aineistona käytettiin Kelan tietoja mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden perusteella alkaneista sairauspäivärahakausista sukupuoli- ja ikäryhmittäin sekä Tilastokeskuksen tietoja saman ikäisestä väestöstä vuosina 2005–2017. Sairauspäivärahaa koskevat tiedot poimittiin Kelan Kelasto-tilastotietokannasta. Väestötiedot koottiin Tilastokeskuksen StatFin-tietokannasta (Tilastokeskus 2018), josta poimittiin työssäkäyntitilastoon perustuvat vuosittaiset luku-

määrätiedot väestöstä sukupuolen, iän ja pääasiallisen toiminnan mukaan edellisen vuoden lopussa. Trenditarkastelu aloitettiin vuodesta 2005, josta lähtien työeläke- ja sairausvakuutuslakien muutosten jälkeen 16–67-vuotiaalla ei-eläkkeellä olevalla väestöllä on ollut oikeus sairauspäivärahaan (aiemmin päivärahaoikeus oli 16–64-vuotiailla).

Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt ryhmiteltiin ICD-10 luokittelussa karkeasti päihdehäiriöihin (F10–F19), skitsofreniaryhmän psykoosisairauksiin (F20–F29), masennushäiriöihin (F32–F33), muihin mielialahäiriöihin (F30, F31, F34–F39), ahdistuneisuushäiriöihin (F40–F48), syömishäiriöihin ja unihäiriöihin (F50–F59), persoonallisuus- ja käytöshäiriöihin (F60–F69) sekä muihin mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöihin. Alkaneiden sairauspäiväraha-kausien määrä suhteutettiin vuosittain samojen ikä- ja sukupuoliryhmien ei-eläkkeellä olevaan väestöön. Eläkkeellä olevat poistettiin jakajana toimivasta väestöstä, sillä eläkeläiset voivat saada sairauspäivärahaa vain poikkeustapauksissa ollessaan eläkkeen ohella töissä.

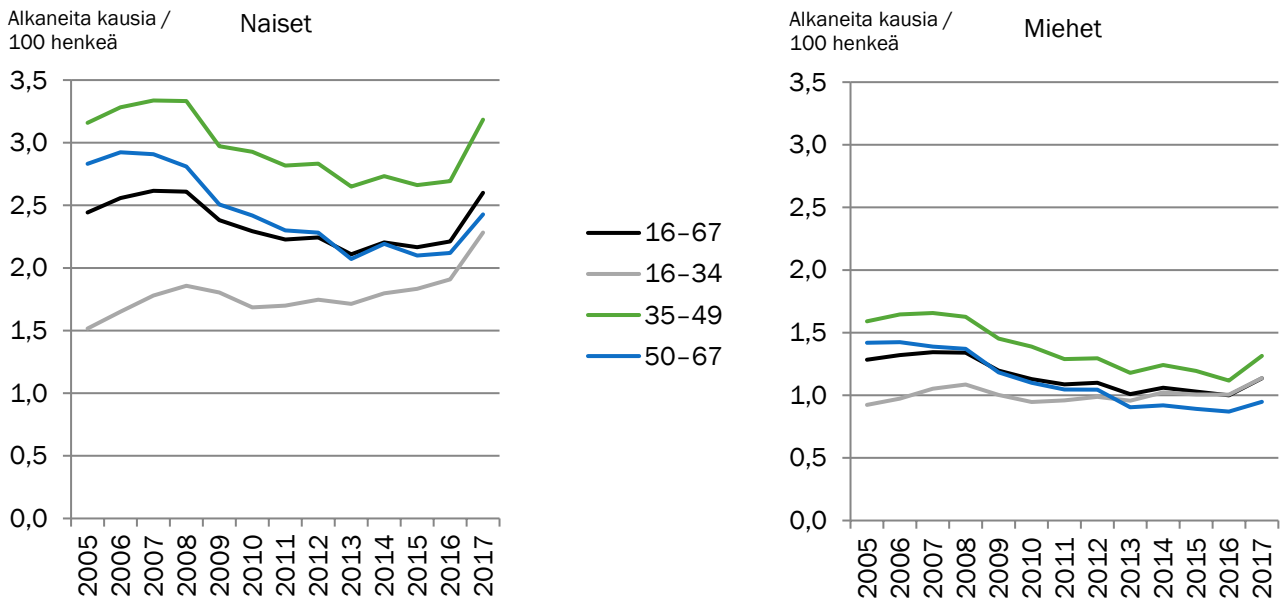
Työikäinen väestö jaettiin tarkasteluita varten kolmeen ikäryhmään: 16–34-vuotiaat, 35–49-vuotiaat sekä 50–67-vuotiaat. Laskelmat tehtiin erikseen naisille ja miehille, koska naisten sairauspoissaolojen tiedetään aiemman tutkimuksen perusteella olevan selvästi yleisempiä kuin miesten ja diagnoosien tiedetään painottuvan eri tavoin naisilla ja miehillä (Blomgren 2016; Kela 2016).

### 3 TULOKSET

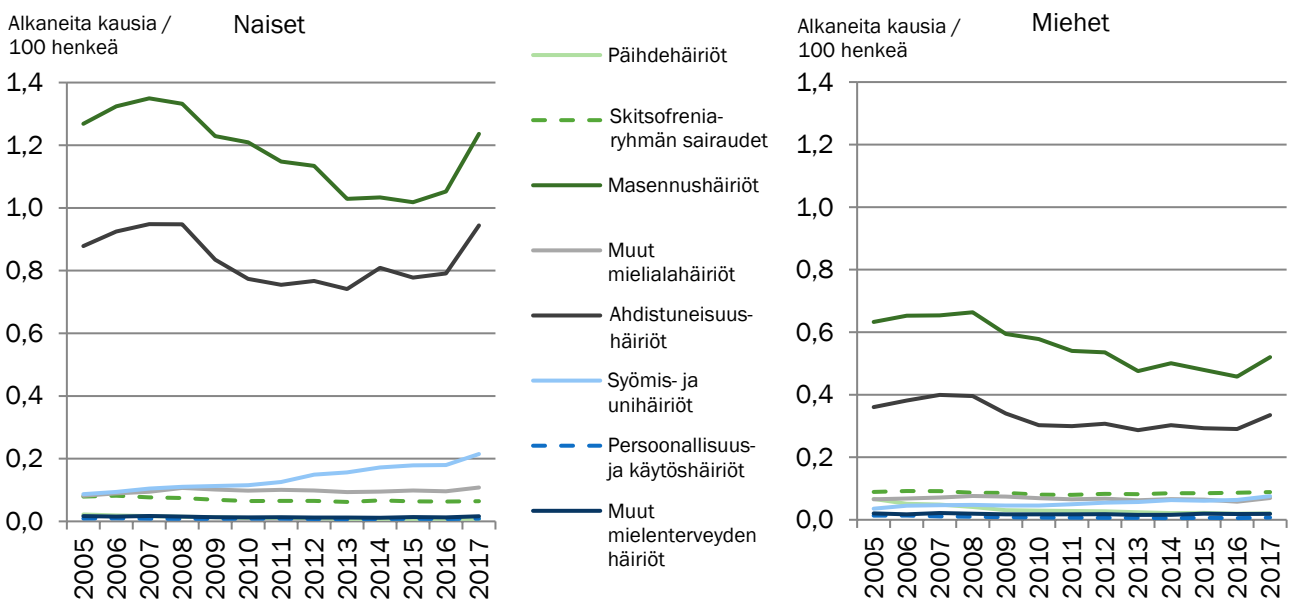
Seurantavuosien 2005–2017 aikana naisilla alkoi mielenterveysperusteisia sairauspäiväraha-kausia väestöön suhteutettuna lähes kaksi kertaa niin paljon kuin miehillä. Alkaneiden sairauspäiväraha-kausien määrä vähentyi vuoden 2008 jälkeen sekä naisilla että miehillä, mutta etenkin naisilla määrät ovat alkaneet uudelleen kasvaa viime vuosien aikana. Erityisesti vuodesta 2016 vuoteen 2017 alkaneiden kausien määrä kasvoi jyrkästi naisten jokaisessa ikäryhmässä. Vastaavaa viimeaikaista kasvua – joskin selvästi pienempää – näkyi myös miehillä. 16–34-vuotiailla naisilla alkaneiden päivärahakausien määrä on kasvanut lähes koko tarkasteltavan jakson ajan. Myös saman ikäisillä miehillä kausien määrä on jonkin verran kasvanut vuodesta 2005 (kuvio 2, s. 8).

Vuosina 2005–2017 alkaneista 16–67-vuotiaiden mielenterveysperusteisista sairauspäiväraha-kausista suurin osa perustui masennukseen. Toiseksi eniten kausia alkoi ahdistuneisuushäiriöiden perusteella sekä naisilla että miehillä (kuvio 3, s. 8). Masennushäiriöiden perusteella alkaneiden kausien määrä väheni etenkin naisilla vuosina 2008–2015, mutta kääntyi vuonna 2016 nousuun, joka kiihtyi merkittävästi vuonna 2017. Ahdistuneisuushäiriöiden perusteella alkaneiden kausien yleisyys muuttui ajassa suunnilleen samalla tavoin kuin masennuksen perusteella alkaneiden kausien yleisyys, vaikka taso oli matalampi. Syömishäiriötä ja unihäiriötä sisältävässä sairausryhmässä havaittiin erityisesti naisilla nousua seurantavuosien aikana. Tämän sairausryhmän perusteella alkaneiden sairauspäiväraha-kausien määrä yli kaksinkertaistui vuosien 2005 ja 2017 välillä.

**Kuvio 2.** Mielenterveyden häiriöiden perusteella alkaneet sairauspäiväraha-kaudet naisilla ja miehillä ikäryhmittäin sataa ei-eläkkeellä olevaa henkilöä kohden 2005–2017.



**Kuvio 3.** Eri mielenterveyden häiriöiden perusteella alkaneet sairauspäiväraha-kaudet 16–67-vuotiailla naisilla ja miehillä sataa ei-eläkkeellä olevaa henkilöä kohden 2005–2017.



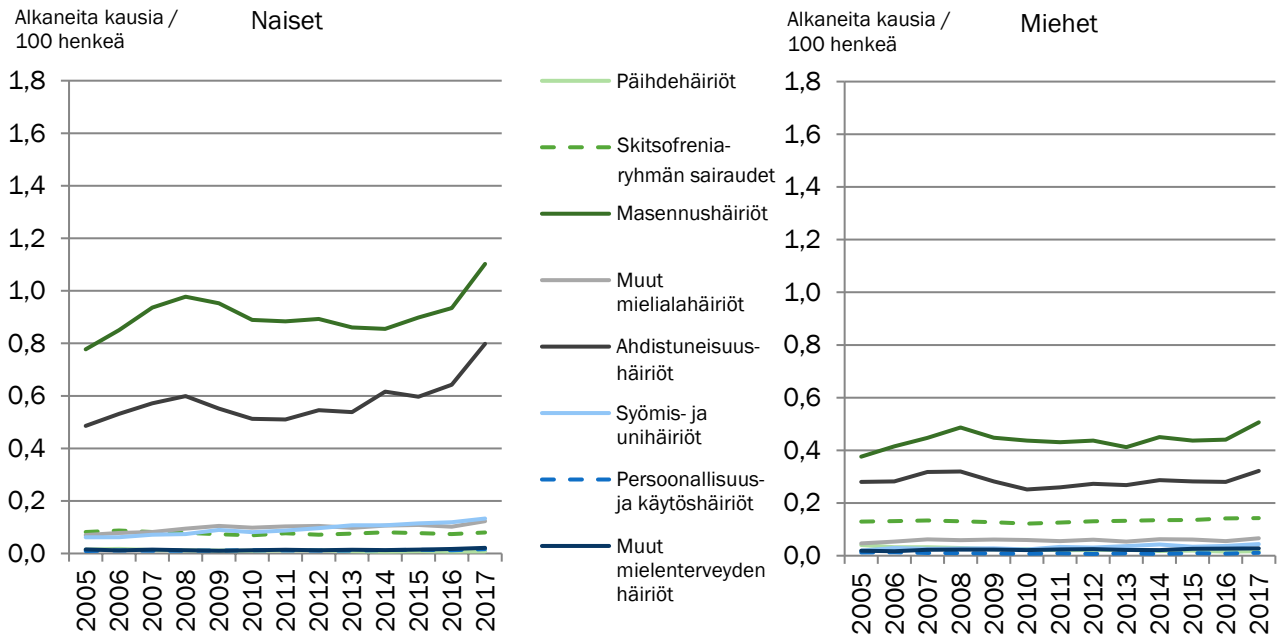
Kuvioissa 4a–4c esitetään alkaneiden mielenterveysperusteisten sairauspäiväraha-kausien määrän kehitys sukupuolittain ja ikäryhmittäin ei-eläkkeellä olevan väestön sataa henkilöä kohden eri sairausryhmissä. Koko tarkastelujakson aikana havaitaan pientä nousua 16–34-vuotiaiden naisten ikäryhmässä lähes kaikissa mielenterveyden sairausryhmissä, erityisesti masennushäiriöiden sekä ahdistuneisuushäiriöiden perusteella alkaneissa sairauspäiväraha-kausissa, mutta erityisen selvää nousu on aikavälillä 2016–2017. Saman ikäisillä miehillä oli naisia selvästi vähemmän sairauspäiväraha-kausia, eikä heillä ole tapahtunut kausien määrässä



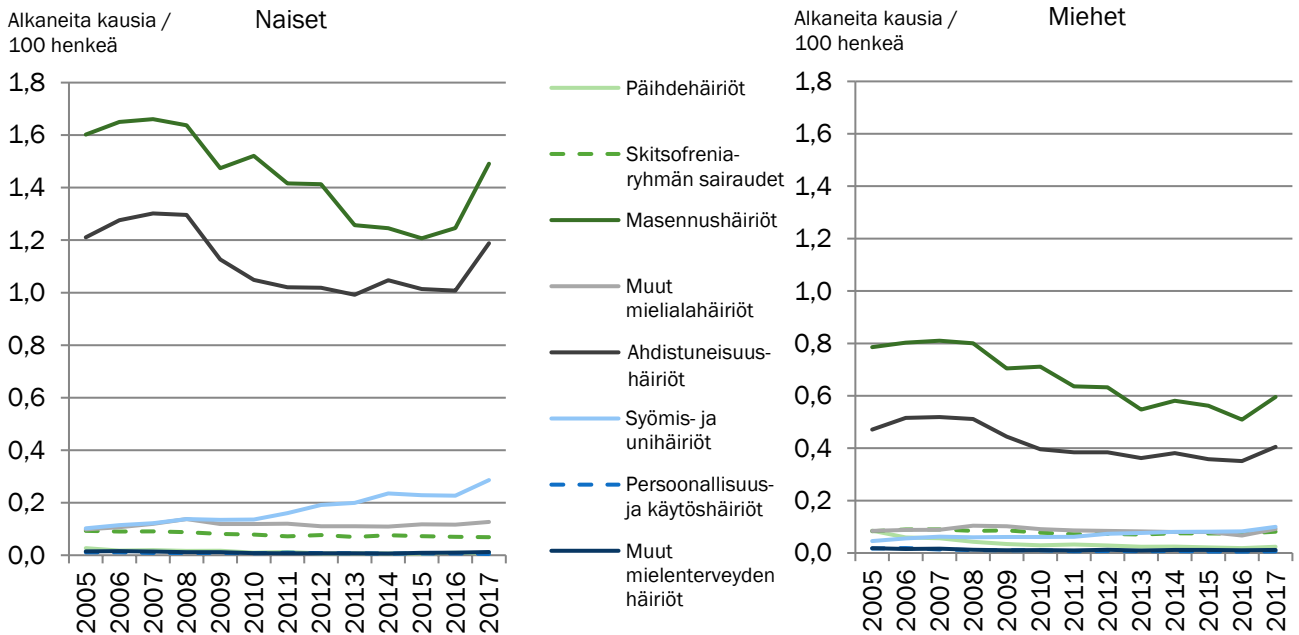
juurikaan muutoksia seuranta-aikana. Nuorilla miehilläkin masennushäiriöiden ja ahdistuneisuushäiriöiden perusteella alkaneiden kausien määrä kuitenkin jonkin verran nousi vuosien 2016 ja 2017 välillä.

**Kuviot 4a–c.** Mielenterveyden häiriöiden perusteella alkaneet sairauspäivärahakaudet miehillä ja naisilla ikäryhmittäin ja häiriöryhmittäin sataa ei-eläkkeellä olevaa henkilöä kohden 2005–2017.

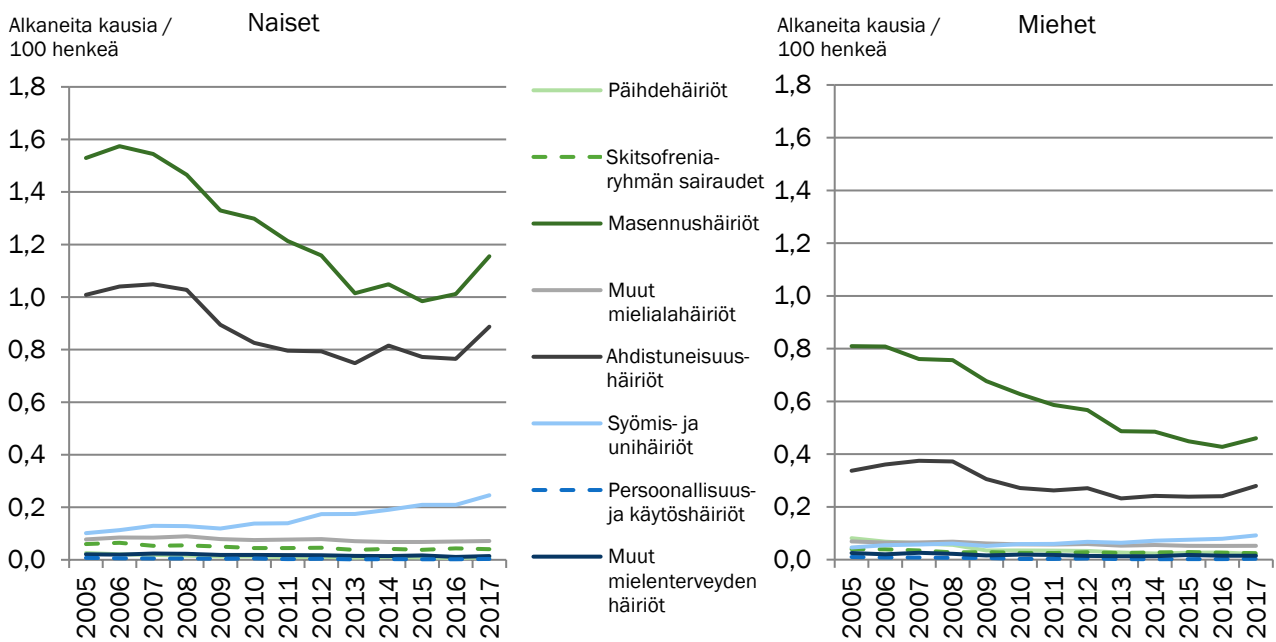
a) 16–34-vuotiaat



b) 35–49-vuotiaat



## c) 50–67-vuotiaat



Muissa ikäryhmissä naisten masennus- ja ahdistuneisuushäiriöperäisten sairauspäiväraha-kausien määrä selvästi pieneni vuodesta 2008 vuoteen 2015, mutta vuonna 2016 ja erityisesti vuonna 2017 masennus- ja ahdistuneisuushäiriöiden perusteella myönnettyjen kausien määrä suhteessa väestöön kasvoi merkittävästi. Myös syömis- ja unihäiriöiden sairausryhmässä, josta valtaosa kuulu kausien yleisyys kasvoi naisilla koko tarkasteluajan.

Miesten mielenterveysperusteiset sairauspäiväraha-kaudet vähentyivät yleisesti, mutta myös 35–49- ja 50–67-vuotiaiden ikäryhmissä on kasvua aikavälillä 2016–2017.

Ahdistuneisuushäiriöiden perusteella alkaneet päiväraha-kaudet vähentyivät 35–67-vuotiailla naisilla ja miehillä seurantavuosien aikana hitaammin kuin masennushäiriöiden perusteella alkaneet kaudet.

## 4 POHDINTA

Naisten ja miesten alkaneet mielenterveysperusteiset sairauspäiväraha-kaudet kaikkiaan vähenivät kymmenen vuoden seuranta-ajan alkuvuosina, mutta viime vuosina erityisesti naisilla suunta näyttää kääntyneen nousuun. Alkaneiden kausien määrä on pitkällä aikavälillä ollut kasvava erityisesti 16–34-vuotiaiden ikäryhmässä. Seurantajakson alussa 35–67-vuotiailla oli lähes kaksi kertaa enemmän alkaneita sairauspäiväraha-kausia kuin 16–34-vuotiailla, mutta ikäryhmien erot ovat viime vuosien aikana kaventuneet.

Nuorilla, 16–34-vuotiailla naisilla alkaneiden mielenterveysperusteisten sairauspäiväraha-kausien määrä suhteessa väestöön on ollut tarkasteluajan alusta lähtien kasvussa selvimmin masennuksen sekä ahdistuneisuushäiriöiden kohdalla. Myös naisten muissa ikäryhmissä tapahtui

erityisesti aikavälillä 2016–2017 selvää nousua masennuksen ja ahdistuneisuushäiriöiden perusteella maksetuissa kausissa. Nuorilla miehillä puolestaan kausien määrä ei ole vähentynyt samalla tavoin kuin vanhemmissa ikäryhmissä. Vaikka miesten masennusperusteisten sairauspäiväraha-kausien määrä on koko tarkastellussa ikäryhmässä vähentynyt tasaisesti, lasku on ollut selkeintä muilla kuin 16–34-vuotiailla, joilla tilanne on pysynyt lähes ennallaan viime vuosina. Kuitenkin miehilläkin näkyi kaikissa ikäryhmissä kasvua mielenterveysperusteisten sairauspäiväraha-kausien alkamisessa vuosien 2016 ja 2017 välillä. Naisilla viime vuosien kasvu masennusperusteisissa sairauspoissaoloissa on ollut rajumpaa kuin miehillä.

Masennus aiheuttaa eniten mielenterveysperusteisia sairauspäiväraha-kausia, ja niitä on selvästi enemmän naisilla kuin miehillä, joilla myös masennushäiriöitä on naisia vähemmän. Suomalaisen väestötutkimuksen mukaan naisista 12 %:lla ja miehistä vajaalla 7 %:lla oli masennushäiriö vuonna 2011, ja erityisesti naisten masennushäiriöt olivat lisääntyneet vuoteen 2000 verrattuna (Markkula ym. 2015). Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa havaittiin merkittävää masennuksen esiintyvyyden kasvua vuosien 2005–2015 välillä erityisesti nuorissa ikäryhmissä (Weinberger ym., painossa). Uutta kotimaista väestötietoa tullaan saamaan vuonna 2017 toteutetusta FinTerveys-väestötutkimuksesta (THL 2017).

Sekä naisten että miesten kohdalla masennuksen esiintyvyys ja ilmaantuvuus pienenevät iän myötä (Suvisaari ym. 2016). Tässä tutkimuksessa 35–49-vuotiaiden ja 50–67-vuotiaiden välillä ei ollut suurta eroa masennuksen perusteella alkaneiden sairauspäiväraha-kausien yleisyydessä, mutta 16–34-vuotiailla niitä oli suhteellisesti vähiten, mikä johtuu pitkälti sairauspäivärahan luonteesta tuloja korvaavana etuutena.

Ahdistuneisuushäiriöt muodostavat masennuksen jälkeen toiseksi tärkeimmän sairausryhmän mielenterveysperusteisten sairauspäiväraha-kausien perusteena. Ahdistuneisuushäiriöiden perusteella alkaneiden kausien määrät ovat lähestyneet masennusperusteisten kausien määriä erityisesti 35–67-vuotiailla, sillä ahdistuneisuushäiriöihin perustuvien kausien määrä on vähentynyt hitaammin kuin masennukseen perustuvien kausien. Kaikissa naisten ikäryhmissä ahdistuneisuushäiriöiden perusteella alkaneet päiväraha-kaudet yleistyivät, miehilläkin jonkin verran. Vaikka ahdistuneisuushäiriöt ovat väestössä yleisiä, tutkimustieto niiden perusteella alkaneista sairauspäiväraha-kausista on varsin vähäistä (Laitinen-Krispijn ja Bijl 2000; Knudsen ym. 2013), joten lisäselvityksille on tarvetta.

Huomio kiinnittyy myös syömishäiriöiden ja unihäiriöiden perusteella alkaneiden päiväraha-kausien lisääntymiseen. Vaikka kausien määrät ovat suhteellisen pieniä, seuranta-aikana niiden määrä on naisilla kaksinkertaistunut erityisesti 35–67-vuotiailla, mikä voi viitata erityisesti unihäiriöiden kasvaneeseen merkitykseen vähintään 12 päivää kestäneiden sairauspoissaolojen perusteena.

On myös syytä tarkastella niitä mielenterveyden häiriöitä, joissa sairauspäiväraha-kausia on vain vähän. Esimerkiksi skitsofreniaryhmän psykoosisairauksien perusteella, joiden esiintyvyys väestössä on noin prosentin luokkaa (Perälä ym. 2007), saadaan hyvin vähän sairauspäivärahaa. Tämä selittyy osittain sillä, että nämä sairaudet puhkeavat jo ennen kuin työelämään on edes päästy. Usein nuorena aikuisena puhkeava vakava psykoottinen sairaus, erityisesti

skitsofrenia, estää työmarkkinoille pääsyn kokonaan, jolloin sairauspäivärahan sijasta toimeentulo joudutaan ratkaisemaan muulla tavoin, usein työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisellä jo varhain sairauden alettua (Tuulio-Henriksson 2012).

Sairauspoissaoloilla on hoidollinen merkitys silloin, kun sairauden oireet vaikeuttavat toimintakykyä. On kuitenkin esitetty huolta siitä, että lääkärin tekemä päätös potilaan sairausloman kestosta perustuu varsin vähäiseen tutkimustietoon, eikä tietoa eri pituisten sairauspäiväraha-kausien vaikuttavuudesta juuri ole (Schugk 2016). Esimerkiksi depression Käypä hoito -suosituksen mukaan sairauspoissaolon ensimmäinen jakso voi kestää 2–4 viikkoa, mutta työkykyä haittaavat oireet voivat lievittyä nopeamminkin ja työhön paluuta voisi nopeuttaa. Sairauspoissaolon ajalle sovitaan yhteydenpito terveydenhuoltoon ja työpaikkaan, jolloin työkyvyn palautumista voidaan seurata. Työhön paluuseen sairausloman jälkeen vaikuttavat monet erilaiset tekijät (Andersen ym. 2012), ja paluun esteenä on usein myös se, että työtä ei ole tarjolla (Blank ym. 2008). Työnantajat saattavat myös olla palkkaamatta henkilöitä, joilla on pitkiä sairauslomajaksoja aiemmissa työpaikoissaan (Helgesson ym. 2016).

Mielenterveysperusteiset sairauspäivärahakaudet ovat tyypillisesti pitkiä ja usein toistuvia (Foss ym. 2010; Knudsen ym. 2013), ja vain noin joka toinen yli puoli vuotta mielenterveyden häiriön vuoksi sairauspäivärahalla olleista palaa työelämään (Blank ym. 2008). Pitkän sairausloman määrittäminen voikin johtaa varhaiseen työmarkkinoilta syrjäytymiseen, mikä voi kohdistua erityisesti tiettyihin riskiryhmiin, esimerkiksi mielenterveyden häiriöitä sairastaviin (Helgesson ym. 2016). Viiden vuoden seurantatutkimuksen mukaan mielenterveysperusteisen sairauspäivärahajakson jälkeen joko poistutaan työelämästä tai jatketaan sitä vähennetyllä työpanoksella useammin kuin somaattisten sairauksien perusteella (Norder ym. 2017). Sairauspäivärahakausien määrän on havaittu kasvavan tasaisesti työkyvyttömyyseläkettä edeltävinä vuosina ja nousevan jyrkästi vuotta ennen eläkkeelle siirtymistä (Laaksonen ym. 2016). Viimeisen vuoden kasvu liittyy työkyvyttömyysprosessiin: ennen eläkkeen myöntämistä edellytetään yleensä vuoden mittaisen sairauspäivärahakauden käyttämistä.

Tässä tutkimuksessa saatiin tietoa pitkistä, vähintään 12 päivää kestäneistä mielenterveyden häiriöiden perusteella alkaneista sairauspäivärahakausista. Yleisesti mielenterveysperusteiset sairauspäivärahakaudet ovat miehillä hiljalleen vähentyneet aivan viimeaikaista kehitystä lukuun ottamatta, mutta naisilla havaittiin kausien määrässä viime vuosina selvää kasvua. Kasvu on liittynyt erityisesti masennukseen ja ahdistuneisuushäiriöihin. Nuorilla naisilla kasvu on hiljalleen jatkunut tämän tutkimuksen seuranta-ajan alusta alkaen; muissa ikäryhmissä kasvua on ollut vasta seurannan viimeisimpinä vuosina. Tässä tilastotietoihin perustuvassa tarkastelussamme emme voineet selvittää kasvun syitä, eikä tulosten perusteella voi tehdä päätelmiä esimerkiksi näiden häiriöiden lisääntymisestä. Erityisesti nuorten naisten mielenterveyden häiriöiden kasvusta on kuitenkin esitetty huolta (Markkula ym. 2015; Horton 2017; Weinberger ym., painossa), ja todennäköisesti se näkyy myös suomalaisten nuorten naisten sairauspoissaolojen kasvuna. Sairauspäivärahan saamista ei yksinään voi pitää mittarina väestön terveyden kehitykselle tai väestöryhmien terveydentilan eroille, sillä sairauspäivärahan saamiseen vaikuttavat terveyden lisäksi monet muut, muun muassa lainsäädäntöön, taloussuhdanteisiin ja työmarkkinoihin liittyvät tekijät (Blomgren 2016).

Alkaneet sairauspäiväraha-kaudet ovat viime vuosina kaikkiaan vähentyneet aivan viimeaikaista nousua lukuun ottamatta. Siten erityisesti nuorilla naisilla havaitsemamme jo pidempi-aikainen mielenterveysperusteisten kausien yleistymisen on merkittävää, ja sen taustalla olevien tekijöiden selvittäminen on tärkeää. Lisäksi on pohdittava syitä viime vuosina tapahtuneelle masennus- ja ahdistuneisuushäiriöiden perusteella maksettujen kausien yleistymiselle muissakin naisten ikäryhmissä. Parantunut tunnistaminen, riskitekijöihin liittyvän tiedon lisääntyminen sekä hoitokäytäntöjen ja palvelutarjonnan kehittyminen ovat tuoneet mielenterveyden häiriöt esille aiempaa paremmin, millä voi olla vaikutusta myös sairauspäiväraha-kausien hoidollisen merkityksen kasvamiseen. Lisää tietoa tarvittaisiin siitä, miten lyhyempien, alle 12 päivää kestävien sairauspäiväraha-kausien määrät ovat kehittyneet eri mielenterveyden häiriöissä. Sairauspäivärahan omavastuuajan alittavista lyhyistä sairauspoissaoloista ei Suomessa kuitenkaan ole saatavilla vastaavaa kansallisesti kattavaa rekisteritietoa. Tilastotietojen perusteella ei myöskään voitu ottaa huomioon mielenterveyden häiriöihin usein liittyvää sekä psykiatrista että somaattista samanaikaissairastavuutta eikä sen osuutta havaituissa muutoksissa. Myös tästä tarvitaan lisää tutkimustietoa.

## LÄHTEET

- Ahola K, Virtanen M, Honkonen T, Isometsä E, Aromaa E, Lönnqvist J. Sairauspoissaolot masennuksen yhteydessä. *Terveys 2000 -väestötutkimuksen tuloksia. Suom Lääkäril* 2009; 38: 3081–3088.
- Andersen MF, Nielsen KM, Brinkmann S. Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scand J Work Environ Health* 2012; 38: 93–104.
- Blank L, Peters J, Pickvance S. A systematic review of the factors which predict return to work for people suffering episodes of poor mental health. *J Occup Rehabil* 2008; 18: 17–34.
- Blomgren J. Pitkät sairauspoissaolot työikäisillä naisilla ja miehillä. Sairauspäivärahojen saajat 1996–2015. *Yhteiskuntapolitiikka* 2016; 81: 681–691.
- Eläketurvakeskus ja Kela 2016. Tilasto Suomen eläkkeensaajista. Helsinki: Eläketurvakeskus, Suomen virallinen tilasto, 2016. Saatavissa: <<http://www.etk.fi/julkaisu/tilasto-suomen-elakkeensaajista/>>. Viitattu 14.3.2018.
- Foss L, Gravseth HM, Kristensen P, Claussen B, Mehlum IS, Skyberg K. Risk factors for long-term sickness absence due to mental sickness. A register-based 5-year follow-up from the Oslo Health Study. *J Occup Environ Med* 2010; 5: 698–705.
- Helgesson M, Johansson B, Wernroth L, Vingård E. Exposure to different lengths of sick leave and subsequent work absence among young adults. *BMC Public Health* 2016; 16: 51.
- Horton R. Offline: The message of mental health. *Lancet* 2017; 389: 1870.
- Isometsä E. Depressiiviset häiriöt. Julkaisussa: Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T, toim. *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim, 2017: 253–293.
- Kela. Kelan sairausvakuutusilasto 2015. Helsinki: Kela, Suomen virallinen tilasto, 2016.

Kela. Kelan tilastotietokanta Kelasto. Helsinki: Kela, 2018. Saatavissa: <<http://www.kela.fi/kelasto>>. Viitattu 14.3.2018.

Knudsen AK, Harvey SB, Mykletun A, Överland S. Common mental disorders and long-term sickness absence in a general working population. The Hordaland Health Study. *Acta Psychiatr Scand* 2013; 127: 287–297.

Käypä hoito -suositus. Depressio. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016. Saatavissa: <<http://www.kaypahoito.fi>>. Viitattu 5.6.2017.

Laaksonen M, Blomgren J, Tuulio-Henriksson A. Sickness allowance histories among disability retirees due to mental disorders. A retrospective case-control study. *Scand J Publ Health* 2016; 44: 291–299.

Laitinen-Krispijn S, Bijl RV. Mental disorders and employee sickness absence. The NEMESIS Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000; 35: 71–77.

Markkula N, Suvisaari J, Saarni SI ym. Prevalence and correlates of major depressive disorder and dysthymia in a eleven-year follow-up. Results from the Finnish Health 2011 survey. *J Affect Disord* 2015; 173: 73–80.

Norder G, van der Ben CA, Roelen CAM, Heymans MW, van der Klink JJJ, Bultmann U. Beyond return to work from sickness absence due to mental disorders. 5-year longitudinal study of employment status among production workers. *Eur J Publ Health* 2017; 27: 79–83.

Perälä J, Suvisaari J, Saarni S ym. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64: 19–28.

Sairausvakuutuslaki 1224/2004.

Schugk J. Sairausloma on osa hoitoa. *Duodecim* 2016; 132: 1738–1739.

Suvisaari J, Joukamaa M, Lönnqvist J. Mielenterveyden häiriöiden yleisyys ja hoidon tarve. Julkaisussa: Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T, toim. *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim, 2017: 724–736.

THL. Kansallinen FinTerveys-tutkimus. Helsinki: THL, 2017. Saatavissa: <<https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/kansallinen-finterveys-tutkimus>>. Viitattu 14.3.2013.

Tilastokeskus. StatFin-tilastotietokanta. Helsinki: Tilastokeskus, 2018. Saatavissa: <<http://tilastokeskus.fi/tup/statfin/index.html>>. Viitattu 14.3.2018.

Tuulio-Henriksson A. Skitsofreniaa sairastavien kuntoutus ja työllistymismahdollisuudet. *Kuntoutus* 2012; 1: 38–42.

Weinberger AH, Gbedemah M, Martinez AM, Nash D, Galea S, Goodwin RD. Trends in depression prevalence in the USA from 2005 to 2015. Widening disparities in vulnerable groups. *Psychol Med*, in press. 2017 Oct 12:1–10. doi: 10.1017/S0033291717002781. [Epub ahead of print]