

# Mielialahäiriöt





# Lukijalle

Lääkärin työssä potilaan toimintakyvyn parantaminen ja ylläpito on keskeinen tavoite. Tämä tavoite korostuu kroonisissa ja uusiutuviissa sairauksissa, joissa täydellinen paraneminen ei ole mahdollista.

Toimintakyvyn arviointi on osa normaalia potilasvastuuta. Sitä tarvitaan sairauksien ja hoitovasteen seurannassa. Toimintakykyarvion perusteella arvioidaan myös mahdollinen kuntoutustarve, ja ammatillisessa kuntoutuksessa pyritään työn vaatimukset mukauttamaan kuntoutujan toimintakyvyn mukaan.

Käytännön lääkäri joutuu usein työssään laatimaan erilaisia lausuntoja. Nämä laaditaan useimmiten sosiaalivakuutuksen etuuksia varten. Lausunnoissa kuvattua toimintakykyä käytetään ratkaisuperusteena muun muassa sairausloma-, kuntoutus- ja työkyvyttömyyseläkepäätöksiä tehtäessä.

Toimintakyvyn arviointi on koettu haastavaksi tehtäväksi osittain siksi, että ammattikunnaltamme on puuttanut yhtenäisen käytännön toteuttamiseksi. *Toimintakyky, arviointi ja kliininen käyttö* (2004, Kustannus Oy Duodecim) on oppi- ja käsikirja, joka tarjoaa tietoa toimintakyvystä lääketieteen eri osa-alueilla.

Facultas toimintakyvyn arviointi -projektin tavoitteena on luoda lääkäreiden käyttöön yhtenäisiä käytäntöjä potilaiden toimintakyvyn arvioinnissa. Toimintakyvyn arviointia koskevat suositukset on valmisteltu neljästä sairausryhmästä, joiden kohdalla arvioinnissa on koettu eniten ongelmia: mielialahäiriöt, alaselän ja niskan sairaudet, suurten nivelten sairaudet ja krooninen kipu.

Suosituksissa käsitellään kyseisen ryhmän sairaudet lyhyesti diagnostiikan ja hoidon osalta sekä esitellään tieteelliseen näyttöön ja kokemukseen perustuvia toimintakyvyn arvioinnin menetelmiä, joista on hyötyä käytännön lääkärille.

*Facultas toimintakyvyn arviointisuositukset* on suunnattu käytännön työkaluksi kaikille potilastyötä tekeville lääkäreille. Tekijät toivovat, että suositukset edistävät toimintakyvyn arvioinnissa kaivattua yhtenäistä käytäntöä, avoimuutta ja potilaiden välistä tasa-arvoa.

Facultas toimintakyvyn arviointi -projektin toteuttavat yhteistyössä Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Työeläkevakuuttajat TELTA. Haluan omasta puolestani lämpimästi kiittää suositukset laatineita asiantuntijalääkäreitä arvokkaasta työpanoksesta ja lopputuloksesta.

*Helsingissä maaliskuussa 2008*  
*Ilkka Pakkala*

## Mielialahäiriöt

### Tiivistelmä

- 1 Suosituksen tarkoitus ja tavoitteet
  - 1.1 Mielialahäiriöiden diagnostiikka
    - Masennustila ja toistuva masennus
    - Kaksisuuntainen mielialahäiriö (tyypit I ja II)
  - 1.2 Mielialahäiriöpotilaiden monihäiriöisyys
    - Psykiatrisen monihäiriöisyys
    - Somatopsykiatrisen monihäiriöisyys
  - 1.3 Masennustilan hoito
    - Depression hoidon vaiheet ja organisointi
    - Depression lääkehoito
    - Depression psykoterapeuttinen hoito
    - Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoito
  - 1.4 Potilaan sairautentilan ja saadun hoidon arviointi
    - Masennustila ja toistuva masennus
    - Sairaudenkulku ja nykytila
    - Saatu hoito ja hoitovaste
    - Depression ennuste
    - Kaksisuuntainen mielialahäiriö
    - Sairaudenkulku ja nykytila
    - Saatu hoito ja hoitovaste
    - Kaksisuuntaisen mielialahäiriön ennuste
- 2 Potilaan toimintakyvyn arviointi ja kuvaaminen
  - Toimintakyvyn arvioinnin periaatteista
  - Toimintakyky pitkittäisnäkökulmasta
  - Ajankohtaisen toimintakyvyn arviointi
  - Toimintakyvyn kuvaaminen
  - SOFAS-asteikon avulla
  - Toimintakyvyn ennuste
  - Työkyvyn arviointi
- 3 Toimintakyvyn kuvaaminen lääkärinlausunnossa

### Kirjallisuutta

# Mielialahäiriöt

## Tiivistelmä

Tämän suosituksen tavoitteena on yhtenäistää lääkäreiden käytäntöjä mielialahäiriöistä (masennustila, toistuva masennus sekä tyyppien I ja II kaksisuuntainen mielialahäiriö) kärsivien potilaitensa toimintakyvyn arvioinnissa. Mielialahäiriöiden kulku on yleensä toistuva ja sairausjaksojen välillä esiintyy usein pitkäaikaisesti ennako- ja jälkioireita. Potilaan toimintakyky voi vaihdella sairausjaksojen ja oireettomien tai vähäoireisten jaksojen välillä huomattavasti. Toimintakykyarviossa onkin siksi kyse sekä tarkan ajankohtaisen arvion tekemisestä että potilaalle tyyppillisen toimintakyvyn vaihtelun kartoittamisesta. Toimintakyky ja sen rajoitukset ilmenevät yksilöllisesti monella eri elämänaalueella, kuten työssä, perhe-elämässä, vapaa-ajan toiminnassa ja omasta itsestä huolehtimisessa. Toi-

mintakykyä arvioitaessa ja sitä asiakirjoissa kuvattaessa on tärkeää kuvata konkreettisesti, mitä potilas kulloinkin näillä elämänaalueilla kykenee ja mitä ei kykene tekemään. Aiemmin aikuisiällä saavutettu paras toimintakyky on keskeisin vertailukohta arvioitaessa sairauden aiheuttamia toimintakyvyn rajoituksia. Toimintakyvyn ja sen vaihtelun kuvaamisessa on hyödyllistä käyttää arviointiasteikkoa. SOFAS-asteikkoa (Social and Occupational Functioning Scale) käytettäessä ajankohtaista toimintakykyä koskeva kokonaisarvio ilmaistaan pistemääränä. Tämän asteikon systemaattisen käytön avulla voidaan tarkentaa toimintakyvyn arviointia ja kuvaamista hoidossa, kuntoutuksessa ja potilasta koskevissa asiakirjoissa.

## 1 Suosituksen tarkoitus ja tavoitteet

Facultas-projektin tavoitteena on luoda ja tukea yhteisiä käytäntöjä keskeisistä kansansairauksista kärsivien potilaiden toimintakyvyn arvioinnissa. Tämän suosituksen tavoitteena on yhtenäistää mielialahäiriöpotilaiden toimintakyvyn arviointia. Sitä tarvitaan sairaudenkulun seuraamisessa, hoito- ja kuntoutustoimenpiteiden tarpeen arviossa, hoito- ja kuntoutusvasteen seuraamisessa, sairausloman aloittamisen ja lopettamisen yhteydessä, vakuutuslääketieteellisissä sairauspäiväraha-, työkyvyttömyyseläke-, kuntoutus- ja muissa etuusratkaisuihin sekä harkittaessa itsenäisen elämän ylläpitämiseksi tarvittavia tukitoimia. Toimintakykyarvion käyttötarkoitus määrittää arvion kuvaamistapaa ja laajuutta.

Toimintakyky ja sen rajoitukset ilmenevät monella eri elämänaalueella, kuten työssä, perhe-elämässä, vapaa-ajan toiminnassa sekä omasta itsestä huolehtimisessa. Mielenterveyteen liittyvän toimintakyvyn arvioinnin erityisongelma on vaikeus erottaa toisistaan motivaation ja toimintakyvyn merkitys siinä, miten henkilö jokapäiväisessä elämässä toimii. Käytännössä joudutaan rajoittumaan sen tarkasteluun, miten henkilö entisissä elämäolosuhteissa on toiminut ja nykyään toimii. Olisiko toimintakyky parempi

toisissa olosuhteissa tai jos henkilö olisi toimintaan paremmin motivoitunut, jää avoimeksi. Motivaation puute on usein – mutta ei aina tai kokonaan – masennuksen oire.

Mielialahäiriöiden toistuvan ja vaihtelevan kulun vuoksi myös näistä häiriöistä kärsivien toimintakyky vaihtelee usein huomattavastikin. Siksi yksi hetkellinen arvio toimintakyvystä ei anna oikeaa kokonaiskuvaa, vaan arvioissa on välttämätöntä ottaa huomioon pitkittäisnäkökulma. On hyvä kartoittaa ajankohtaisen tilan ohella elämänaikainen sairaudenkulku ja ajankohtaisen sairausjakson kulku, ja arvioida toimintakyvyn vaihtelua näistä perspektiiveistä. Arvioon on hyvä sisällyttää myös saadun hoidon asianmukaisuus ja hyöty, muut toimintakykyyn olennaisesti vaikuttavat sairaudet, elämäntilanne, potilaan oma arvio toimintakyvystään ja hänen toipumisennusteensa. Toimintakyvyn kuvaamisessa on aiheellista käyttää konkreettista, mahdollisimman pitkälti objektiivisiin seikkoihin ankkuroitua sanallista kuvausta siitä, mitä potilas kykenee ja mitä ei kykene tekemään, sekä lisäksi toimintakyvyn arviointiasteikkoa (SOFAS).

### Taulukko 1 Masennustilan ICD-10-oirekriteerit lyhennettyinä. Vähintään neljän oireista on pitänyt esiintyä yhtäjaksoisesti vähintään kahden viikon ajan.

- Masentunut mieliala
- Mielihyvän menetys
- Uupumus
- Itseluottamuksen tai itsearvostuksen menetys
- Kohtuuton itsekritiikki tai perusteeton syyllisyydentunne
- Toistuvat kuolemaan tai itsetuhoon liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käytös
- Päätämättömyyden tai keskittymiskyvyttömyyden tunne
- Psykomotorinen hidastuminen tai kiihtyneisyys
- Unihäiriö
- Ruokahalun ja painon muutos

### Taulukko 2

#### Hypomaaniseen mielialaan liittyy samanaikaisesti vähintään kolme seuraavista oireista. Näiden oireiden on pitänyt esiintyä yhtäjaksoisesti vähintään neljän vuorokauden ajan.

- Toimeliaisuuden lisääntyminen tai fyysinen rauhattomuus
- Puheliaisuuden lisääntyminen
- Keskittymisvaikeudet ja häiriöherkkyys
- Unen tarpeen väheneminen
- Seksuaalisen kiinnostuksen ja halukkuuden kasvu
- Lievä rahojen tuhlailu tai muu vastuuton käytös
- Lisääntynyt seurallisuus tai tuttavallisuus

### Taulukko 3

#### Manian diagnoosiin edellytetään mielialan muutoksen lisäksi ainakin kolme seuraavista oireista (neljä, jos mieliala on ärtyisä). Lisäksi oireiden on pitänyt kestää vähintään viikon tai johtaa sitä lyhyemmässä ajassa sairaalahoitoon.

- Toimeliaisuuden lisääntyminen tai fyysinen rauhattomuus
- Puheliaisuuden lisääntyminen tai puhetulva
- Ajatuksenriento tai tunne kiihtyneestä ajatustoiminnasta
- Sosiaalinen estottomuus
- Vähentynyt unentarve
- Kohonnut itsetunto tai suuruusharhat
- Häiriöherkkyys tai jatkuvat muutokset toiminnassa tai suunnitelmissa
- Uhkarohkea tai vastuuton käyttäytyminen, jonka riskkejä potilas ei tunnista
- Lisääntynyt sukupuolinen halukkuus tai holtittomuus

## 1.1 Mielialahäiriöiden diagnostiikka

### Masennustila ja toistuva masennus

Masennustila on oireyhtymä. Sen diagnostiikassa on siksi keskeistä yksittäisten masennusoireiden tunnistaminen ohella nimenomaan itse oireyhtymän toteaminen. Depressiot jaetaan Tautiluokitus ICD-10:ssä masennustiloihin (F32) ja toistuvaan masennukseen (F33). Jälkimmäisessä potilaalla on esiintynyt masennustila vähintään kerran aiemminkin. Itse masennusoireyhtymän kriteerit ovat muuten samat. Oleellista on, että masennustilan oireita on esiintynyt yhtäjaksoisesti vähintään kahden viikon ajan ja että ne ovat vaikeudeltaan kliinisesti merkittäviä. Diagnoosi edellyttää, että kymmenestä kriteerioireesta (taulukko 1) esiintyy vähintään neljä. Masennuksen vaikeusastetta voidaan arvioida kriteerioireiden lukumäärän mukaan tai erillisten oireasteikkojen avulla. Psykoottisessa masennustilassa esiintyy lisäksi harhaluuloja tai hallusinaatioita.

Masennuspotilaan erotusdiagnoosissa on tärkeää sulkea pois kaksisuuntainen mielialahäiriö ja selvittää, että masennustila ei johdu suoraan jostakin somaattisesta sairaudesta. Somaattisen sairauden ja depression oireiden erottaminen toisistaan ei ole aina helppoa. Tällöin on syytä kiinnittää huomiota erityisesti depression affektiivisiin ja kognitiivisiin oireisiin (masentunut mieliala, mielihyvän menetys, heikentynyt itsetunto, keskittymisvaikeudet, toivottomuus, itsetuhoajatukset, psykoottiset oireet) jotka johtuvat harvemmin suoraan somaattisesta sairaudesta kuin vegetatiiviset oireet (väsymys, psykomotorinen hidastuneisuus, ruokahaluttomuus, laihduminen).

### Kaksisuuntainen mielialahäiriö (tyypit I ja II)

Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä esiintyy paitsi depressiivisiä myös maanisia, hypomaanisia tai sekamuotoisia (maanisia ja depressiivisiä oireita yhtäaikaisesti) sairausjaksoja. Sairauden tyypissä I potilaalla esiintyy masennusvaiheiden ohella maanisia tai sekamuotoisia jaksoja, tyypissä II vain lievempiä hypomaanisia jaksoja ja depressioita. Maanisten ja hypomaanisten jaksojen keskeisin ero on vaikeusasteessa ja häiriöjaksoon liittyvässä toimintakyvyn heikkenemisessä, jota hypomaniassa ei määritelmän mukaisesti merkittävästi esiinny.

Hypomaaninen mieliala on lievästi kohonnut (taulukko 2). Potilaan tunnevirettä luonnehtii korostunut ja suhteeton hyväntuulisuus vuorokausien ajan olosuhteista riippumatta. Mieliala voi olla myös ärtyisä, erityisesti tilanteissa, joissa potilas kohtaa rajoituksia ja esteitä.

Maniassa esiintyy samoja oireita kuin hypomaniassa mutta voimakkaampina (taulukko 3). Mania aiheuttaa räi-

keän muutoksen potilaan normaaliin toimintaan nähden, merkittävää sosiaalista haittaa ja toimintakyvyn heikkene- mistä. Maniassa potilaan mieliala voi olla joko euforisen kohonnut tai ärtyisiä.

## 1.2 Mielialahäiriöpotilaiden monihäiriöisyys

### Psykiatrinen monihäiriöisyys

Mielialahäiriön vuoksi hoitoa hakevista enemmistö kärsii samanaikaisesti myös jostakin muusta psyykkisestä oireyhtymästä. Tyypillisiä samanaikaisia psyykkisiä häiriöitä ovat ahdistuneisuushäiriöt, persoonallisuushäiriöt ja päihdehäiriöt. Muiden samanaikaisten häiriöiden olemassaolo (psykiatrinen komorbiditeetti) yleensä heikentää toimintakykyä.

Tyypillisiä samanaikaisia ahdistuneisuushäiriöitä (paniikkihäiriö, sosiaalisten tilanteiden pelko, eräät muut pelot ja yleistynyt ahdistuneisuushäiriö) esiintyy noin puolella depressiosta tai bipolaarihäiriöstä kärsivistä potilaista. Lähes puolet depression tai bipolaarihäiriön vuoksi hoitoon hake- tuneista kärsii jonkinlaisesta persoonallisuushäiriöstä. Ylei- simpää ovat estynyt, tunne-elämältään epävakaa ja vaativa persoonallisuus. Mitä vaikeampi persoonallisuushäiriö on, sitä enemmän sillä on kliinistä merkitystä. Päihderiippu- vuutta tai päihdeiden väärinkäyttöä esiintyy ajankohtaisesti noin 20–30 %:lla masennustilasta kärsivistä. Kliinisesti keskeisin päihde Suomessa on alkoholi.

### Somatopsykiatrinen monihäiriöisyys

Mielialahäiriöpotilailla esiintyy erilaisia somaattisia saira- uksia vähintään yhtä paljon kuin muilla samanikäisillä. Somaattinen terveydentila on olennainen seikka sekä ero- tusdiagnoosiikan kannalta että arvioitaessa toiminta- ja työkykyä. Keskeisintä on usein somatopsykiatrinen moni- ongelmaisuus ja sen kokonaisvaikutus toimintakykyyn. Somaattisen sairauden aiheuttama toimintakyvyttömyys usein korostuu masennuksen myötä. Toisaalta somaattinen sairaus saattaa aiheuttaa psyykkistä kuormitusta.

## 1.3 Masennustilan hoito

### Depression hoidon vaiheet ja organisointi

Depression akuuttihoidossa voidaan käyttää sekä psy- koterapiaa että depressiolääkitystä tai molempia yhtäai- kaisesti ja joissakin kaikkein vaikeimmissa depressioissa

myös aivojen sähköhoitoa (ECT). Hoitomuodon valintaa ohjaavat keskeisesti sekä depression vaikeusaste että eri hoitomuotojen saatavuus. Masennuksen lääkehoito jae- taan ajallisesti kolmeen erilliseen vaiheeseen: akuuttihoi- toon, jatkohoittoon ja ylläpitohoitoon. Akuuttivaiheessa tavoitteena on saada potilas oireettomaksi, jatkohoitovai- heessa estää oireiden palaaminen (relapsi) ja ylläpitovai- heessa uuden sairausjakson puhkeaminen.

### Depression lääkehoito

Masennustilan ja toistuvan masennustilan hoito masen- nuslääkkein on yleensä sitä tärkeämpää, mitä vaikeam- masta depressiosta on kysymys. Jos potilaan toimintakyky on depression vuoksi pidempiaikaisesti heikentynyt, on samanaikainen masennuslääkehoito useimmiten aiheelli- nen, vaikka potilas saisi asianmukaista psykoterapeuttista hoitoa. Hoitomyöntyvyyden ongelmat ovat keskeinen hoidon tuloksellisuutta rajoittava tekijä. Ensimmäisen masennuslääkehoidon yhteydessä noin kaksi kolmasosa lääketä säännöllisesti käyttävistä toipuu kokonaan tai osittain oireettomaksi ja noin kolmasosa ei hyödy ensim- mäisestä hoitoyrityksestä.

Masentuneen potilaan tilaa on akuuttivaiheessa seu- rattava säännöllisin tapaamisin 1–2 viikon välein ja tar- vittaessa tiiviimminkin, jos esimerkiksi itsemurhariski arvioidaan suurentuneeksi. Seurantatapaamisissa on suositeltavaa kartoittaa potilaan tilaa arviointiasteikkojen (esimerkiksi Hamiltonin depressioasteikko) tai kyselylo- makkeiden (esimerkiksi Beckin depressioasteikko) avulla. Akuuttihoidon varsinaisena tavoitteena on täydellinen tai lähes täydellinen oireettomuus (esimerkiksi alle 8 oirepis- tettä Hamiltonin depressioasteikolla tai alle 10 pistettä Beckin 21-kohtaisessa masennuskyselyssä).

Saavutettu lääkeväste arvioidaan sen jälkeen, kun lääke- keen täyttä hoitoannosta on käytetty noin 6–8 viikkoa. Ellei selvää vastetta ole havaittavissa, on tehoton lääke- hoito syytä lopettaa ja aloittaa uusi masennuslääkitys. Jos kaksi perättäistä ja asianmukaisesti toteutettua lääkehoi- tokokeilua ei ole johtanut selvään vasteeseen, on kyseessä ns. lääkeresistentti depressio. Sitä voidaan yleensä hoitaa siirtymällä jälleen uuteen masennuslääkkeeseen tai lää- keyhdistelmään. Erityisesti jos masennus on johtanut toimintakyvyttömyyteen, on lääkeresistentin depressio- potilaan ohjaaminen psykiatriseen erikoissairaanhoidtoon tai psykiatrian erikoislääkärin konsultointi paikallaan. Masennuslääkehoitoa on aina syytä jatkaa noin puolen

vuoden ajan akuuttivaiheen jälkeen, koska oireiden uusiutumisen riski on suuri, jos hoito lopetetaan heti oireiden hävitessä.

Masennuslääkehoitoa on syytä jatkaa pitkäaikaisena estohoitona silloin, kun potilas on elämänsä aikana kärsinyt toistuvista, vähintään keskivaikeista masennustiloista. Ylläpitohoito on suositeltavaa lähes aina, kun kyseessä on kolmas elämänaikainen vakava masennusjakso, ja usein jo kahden masennusjakson jälkeen, ainakin jos sairausjaksoihin on liittynyt vakavaa itsetuhoisuutta, toimintakyvyyttömyyttä tai muuta vastaavaa haittaa. Ylläpitohoidon avulla voidaan pienentää merkittävästi masennuksen uudelleen puhkeamisen todennäköisyyttä.

### Depression psykotераpeuttinen hoito

Masennustilojen hoidossa on kognitiivisista ja behavioraalista lyhytpsykoterapioista, interpersonallisesta psykoteraapiasta ja psykodynaamisesta lyhytpsykoterapiasta osoitettu olevan hyötyä suunnilleen yhtä paljon kuin lääkehoidosta. Psykoterapeuttisten hoitojen oireita lievittävä teho ilmenee hitaammin kuin lääkehoidon teho. Toisaalta psykoterapeuttisilla hoidoilla on usein muita, laajempia myönteisiä vaikutuksia, jotka ylittävät lääkehoidon tuottaman hyödyn. Psykoterapia edellyttää kuitenkin potilaalta sitoutumista tavoitteelliseen terapiatyöskentelyyn ja vaatii sekä motivaatiota että kykyä käsitellä asioita sanallisesti. Vaikeissa ja psykoottisissa depressioissa psykoterapia ei sovellu yksinomaiseksi hoitomuodoksi. Kansaneläkelaitos voi psykiatrian erikoislääkärin tai terapiakoulutuksen saaneen lääkärin lausunnon perusteella tukea psykoterapiaa lääkinällisenä kuntoutuksena, jonka tavoitteena on työ- ja toimintakyvyn palauttaminen tai ylläpitäminen.

### Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoito

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön akuuttihoito kuuluu yleensä psykiatrian erikoislääkärille. Sairauteen liittyviä maanisia ja sekamuotoisia sairausjaksoja hoidetaan mielialaa tasaavilla lääkkeillä (litium, valproaatti, karbamatsapiini) ja atyyppisillä psykoosilääkkeillä (aripipratsoli, ketiapiini, olantsapiini, risperidoni, tsiprasidoni). Sairauden masennusvaiheita hoidetaan mielialaa tasaavilla tai eräillä atyyppisillä lääkkeillä (ketiapiini, litium, lamotrigiini, valproaatti) sekä näiden kanssa yhtäaikaisesti annetuilla masennuslääkkeillä. Hyvin keskeinen rooli on mielialaa tasaavien lääkkeiden avulla toteutetulla ylläpitohoidolla, jolla pyritään estämään uusien sairausjaksojen puhkeaminen. Potilasopastus (psykoedukaatio) on keskeinen osa hoitokokonaisuutta. Sen avulla potilaalle annetaan tietoa hänen sairautensa luonteesta ja hoidosta. Potilaan on myös tärkeää oppia tunnistamaan alkavan sairausjakson esioi-

reita, jotta jakson kehittyminen voidaan aktiivisen hoidon avulla pysäyttää jo alkuvaiheessa.

## 1.4 Potilaan sairaudentilan ja saadun hoidon arviointi

### Masennustila ja toistuva masennus

#### Sairaudenkulku ja nykytila

Depression pitkittäiskulku hahmotetaan potilaan koko elämän ajalta. Useimmiten ensimmäinen masennusjakso ilmaantuu nuorella aikuisiällä tai varhaisessa keski-ikässä. Yli puolessa tapauksista masennusjakso toistuu elämän aikana. Merkittävällä osalla potilaista sairauden kulku muodostuu uusiutuvaksi; jaksojen välillä toipuminen on osalla potilaista täydellistä ja osa kärsii pitkäaikaisista jäännösoireista. Tavallisin depression kroonistumisen malli liittyykin sairausjaksojen uusiutumiseen ja jäännösoireiden vakiintumiseen.

Sairauden pitkittäiskulkua kuvaavista tiedoista oleellisia ovat siten alkamisikä, sairausjaksojen tähänastinen lukumäärä sekä vaikeimman tähänastisen depression vaikeusaste ja kesto.

Yksittäinen masennustila alkaa yleensä muutaman viikon tai kuukauden kestävällä lievemmillä esioireilla, jotka pahenevat vähitellen varsinaiseksi masennusoireyhtymäksi. Vaikeusaste (lievä, keskivaikea, vaikea tai psykoottinen) on keskeisin sitä luonnehtiva tieto. Suuren ennusmerkityksen vuoksi vaikeusastetta olisi syytä kartoittaa myös depression arviointiasteikkojen avulla. Useimmat masennustilat kestävät muutaman kuukauden ajan, mutta noin 5–10 %:lla potilaista masennustila pitkittyy vuosien mittaiseksi. Toipuminen masennustilasta tapahtuu yleensä viikkojen – joskus kuukausien – kuluessa ja asteittain. Kun oirekuva on lievittänyt siinä määrin, että masennuksen diagnostiset kriteerit eivät enää täyty, alkaa masennustilan remissiovaihe. Toipuminen on aluksi osittaista eli depression jälkioireita esiintyy yhä, ja toipuminen on täydellistä kaikkien oireiden hävittyä. Osittaisen remission aikana depression uusiutumisen riski on yhä suuri.

Depressiopotilaan ajankohtaisen tilan arvioinnin yhteydessä on olennaista tarkistaa, täytyvätkö oirekriteerit ja arvioida depression vaikeusaste. Depression oirekuvan vaikeusastetta arvioidaan oireiden määrän ja voimakkuuden perusteella. Oiremittareiden käyttö (esimerkiksi Hamiltonin depressioasteikko, Beckin depressiokysely) täsmentää arviointia ja on suositeltavaa. Tiedot siitä, miten kauan nykyinen jakso on kestänyt ja milloin on ollut sen vaikein vaihe, auttavat suhteuttamaan nykytilaa aiempaan vointiin.



## Saatu hoito ja hoitovaste

Saadun hoidon tähänastista vaikuttavuutta arvioitaessa on tärkeää saada yleiskuva hoidon hakemisesta aiempien masennusjaksojen yhteydessä, saadun hoidon asianmukaisuudesta ja potilaan hoitomyöntyvyydestä. Tärkeitä tietoja ovat, onko hoitoa yleensä haettu sairauden akuuttivaiheissa, kuinka suuri viive hoidon aloittamiseen on liittynyt, saatujen psykososiaalisten ja lääkkeellisten interventioiden laatu ja lukumäärä, sekä niiden havaittu teho. Onko hoito yleensä johtanut täydelliseen vai vain osittaiseen toipumiseen? Toistuvan masennuksen osalta keskeinen kysymys on myös ylläpito- ja seurannan toteutuminen. Onko nykyinen masennusjakso ilmaantunut asianmukaisesta ylläpito- ja hoitovasteesta huolimatta?

Nykyisen masennusjakson lääkehoito selvitetään tarkemmin eri lääkehoito-rytysten annosten, käytön pituuden, hoitomyöntyvyyden ja hoitovasteen osalta. Psykoterapian osalta selvitetään sen luonne, kesto ja käytettisyys.

## Depression ennuste

Masennustila paranee yleensä ajan myötä, ja toistuvassakin masennuksessa potilas on usein oireeton tai vähäoireinen jaksojen välillä. Asianmukainen hoito nopeuttaa olennaisesti toipumista, kohentaa toimintakykyä, vähentää uusiutumisen todennäköisyyttä ja todennäköisesti myös pienentää itsetuhokäyttäytymisen vaaraa.

Depression kroonistumisen kaikkein keskeisimpiä riskitekijöitä ovat depression vakavuus sekä psykiatrinen ja somatopsykiatrinen monihäiriöisyys. Uusiutumisen keskeisiä riskitekijöitä ovat näiden tekijöiden ohella myös aiempien sairausjaksojen suuri lukumäärä ja jäännösoireet edellisestä masennusjaksosta. Depression elämänaikaisen ja ajankohtaisen masennusjakson kulun, saatujen hoitojen ja ennusteen kannalta oleellisia selvitettäviä tietoja on kerätty taulukkoon 4.

## Kaksisuuntainen mielialahäiriö

### Sairaudenkulku ja nykytila

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön pitkittäiskulku hahmotetaan aina elämänaikaisesta näkökulmasta. Sairaus alkaa yleensä nuoruudessa tai nuorella aikuisiällä (15–35-vuotiaana). Keskeisin piirre on ajoittain esiintyvien masennus-, mania-, hypomania- ja sekamuotoisten mielialahäiriöjaksojen toistuminen. Sairausjaksoja voi elämän aikana esiintyä muutamasta useisiin kymmeneen. Manioiden ja hypomanioiden kesto on yleensä lyhyt depressioihin verrattuna, joten depressio ja sen jäännösoireet yleensä hallitsevat sairauden kulkua. Jaksot voivat esiintyä irrallisina tai liittyä toisiinsa välittömästi monivaiheiseksi sairausjaksoksi.

Välillä potilas voi olla oireeton, mutta sairaudelle on tyypillistä jäännösoireiden esiintyminen toistuvien sairausjaksojen välillä.

Mielialahäiriön ajankohtaisen tilan arvioinnissa on keskeistä hahmottaa ajankohtaisen sairausjakson laatu, mahdollinen monivaiheisuus, kokonaiskesto ja vaikeusaste. Masennusjaksot ovat kulultaan ja oirekuvaltaan pitkälti yksisuuntaisen masennusjakson kaltaisia. Hypomaniainen jakso kestää yleensä muutamia päiviä, mutta voi olla kuukausienkin mittainen. Maniajaksot alkavat yleensä depressiovaiheita äkillisemmin ja oireet voivat pahentua huippuunsa jopa muutaman päivän kuluessa. Vaikea mania johtaa yleensä tahdosta riippumattomaan sairaalahoitoon. Oireittareiden käyttö ajankohtaisen tilan arvioinnissa on suositeltavaa (masennusjaksoissa depressioasteikot, mania ja hypomaniassa Youngin mania-asteikko, YMRS).

## Saatu hoito ja hoitovaste

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnoosiin päädytään usein vasta useamman sairausjakson jälkeen, ja onkin hyvä selvittää, milloin oikea kliininen diagnoosi on tehty. Hoidon osalta on tärkeää luoda yleiskuva aiempiin mie-

## Taulukko 4 Depressio pitkittäis- ja poikittaisnäkökulmasta

### Aiempi sairaushistoria

- Milloin potilaalla on ollut ensimmäinen masennusjakso?
- Monesko masennusjakso nyt on meneillään?
- Onko potilas ollut masennusjaksojen välillä oireeton vai onko esiintynyt jäännösoireita?
- Kuinka vaikeita aiemmat masennusjaksot ovat olleet; onko niihin liittynyt psykoottisia oireita tai itsemurha-ajatuksia tai -yrityksiä?
- Kuinka hyvin hoito on aiemmin tehonnut?
- Onko käytössä ollut jaksojen uusiutumisen suojaavaa ylläpitohoitoa?
- Esiintyykö potilaalla psykiatrinen tai somatopsykiatrinen monihäiriöisyttä?

### Ajankohtainen masennusjakso

- Milloin nykyisen masennusjakson esioireet alkoivat ja milloin varsinaisen masennustilan kriteerit täyttyivät ensimmäisen kerran?
- Jos vaikein vaihe on arvioinnin aikaan ohitettu, milloin ja millainen tila oli pahimmillaan?
- Täyttyvätkö depression kriteerit?
- Kuinka vaikea tila on nyt (lievä, keskivaikea, vaikea, psykoottinen)?
- Käytetyn oireittarin pistemäärä?
- Minkälaista hoitoa potilas saa?
- Voidaanko hoitoa vielä tehostaa?

## Taulukko 5 Kaksisuuntainen mielialahäiriö pitkittäis- ja poikittaisnäkökulmasta

Aiempi sairaushistoria
<ul style="list-style-type: none"><li>• Milloin potilaalla on ollut ensimmäinen masennus-, mania-, hypomania- tai sekamuotoinen jakso?</li><li>• Monesko jakso nyt on meneillään?</li><li>• Onko potilas ollut jaksojen välillä oireeton vai onko esiintynyt jäännösoireita?</li><li>• Kuinka vaikeita aiemmat jaksot ovat olleet; onko niihin liittynyt psykoottisia oireita tai itsemurhayrityksiä tai onko tarvittu sairaalahoitoa?</li><li>• Kuinka hyvin hoito on aiemmin tehonnut?</li><li>• Onko käytössä ollut jaksojen uusiutumista suojaavaa ylläpitohoitoa?</li><li>• Millainen on potilaan hoitomyöntyvyys?</li><li>• Esiintyykö potilaalla psykiatrista tai somatopsykiatrista monihäiriöisyyttä?</li></ul>
Ajankohtainen mielialahäiriöjakso
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ajankohtaisen mielialahäiriön laatu (masennus-, mania-, hypomania- tai sekamuotoinen jakso; yksi tai monivaiheinen)?</li><li>• Milloin nykyisen jaksokriteerit täyttyivät ensimmäisen kerran?</li><li>• Jos vaikein vaihe on arvioinnin aikaan ohitettu, milloin ja millainen tila oli pahimmillaan?</li><li>• Kuinka vaikea tila on nyt (lievä, keskivaikea, vaikea, psykoottinen)?</li><li>• Minkälaista hoitoa potilas saa?</li><li>• Voidaanko hoitoa vielä tehostaa?</li></ul>

lialahäiriöjaksoihin käytetyistä hoidoista ja niiden tehosta, erityisesti ajankohtaisen ja sitä välittömästi edeltäneiden jaksojen osalta. Kaikkein keskeisin kysymys on kuitenkin pitkäaikaisen ylläpito-hoidon toteutus ja teho – onko potilaalle tarjottu mielialaa tasaavaa lääkkeellistä ylläpitohoitoa, onko hän kyennyt toteuttamaan sitä, ja kuinka hyvin hoidon avulla on onnistuttu estämään sairausjaksojen uusiutuminen. Toinen olennainen kysymys liittyy hoidon tehoon jäännösoireiden hallinnassa.

### Kaksisuuntaisen mielialahäiriön ennuste

Sairausjaksojen toistuminen on hyvin todennäköistä, ellei käytössä ole uusilta jaksoilta suojaavaa mielialaa tasaavaa ylläpitohoitoa. Siksi asianmukaisen ylläpito-hoidon tarjoaminen ja potilaan hoitomyöntyvyys ovat keskeisiä ennusteen kannalta. Tiedot aiempien sairausjaksojen määrästä, tois-

tumisen tiheydestä, yksi- ja monivaiheisuudesta, vaikeusasteesta, toipumisen tasosta sairausjaksojen välillä, hoidon asianmukaisuudesta ja tehosta sekä hoitomyöntyvyydestä antavat pohjan ennusteen arvioinnille (taulukko 5).

## 2 Potilaan toimintakyvyn arviointi ja kuvaaminen

### Toimintakyvyn arvioinnin periaatteista

Masennustilasta kärsivän potilaan toimintakyky heijastaa yleensä voimakkaasti hänen ajankohtaista oireitilaansa ja usein siinä näkyvät myös aiempien sairausjaksojen jälki-vaikutukset. Erityisesti kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kärsivän potilaan pidempiaikaisen toimintakyvyn kannalta keskeistä on myös, kuinka toistuvia ja hallitsemattomia sairausjaksoja ovat ja millaisia ovat niiden usein ajan myötä kumuloituvat kielteiset vaikutukset. Toimintakykyyn vaikuttavat kuitenkin myös monet muut seikat, muun muassa muut samanaikaiset mielen-terveyden häiriöt ja somaattinen terveydentila. Sen arvioinnissa olennaisen taustan muodostavat ikä, sukupuoli, ammatti, koulutus, perhesuhteet ja muu sosiaalinen verkosto, ajankohtaiset elämänmuutokset jne.

Kattavan kuvan saamiseksi toimintakyvystä on tarpeen selvittää potilaan toimintaa eri elämänalueilla, kuten työssä tai opiskelussa, perhe-elämässä, ihmisuhteissa ja vapaa-ajalla sekä itsestä huolehtimisesta. Työkyky on yksi olennainen toimintakyvyn alue. Erityisen haasteen arvioinnille muodostaa mielialahäiriöiden jaksoittaisuus ja siihen liittyvä toimintakyvyn vaihtelu. Kyse onkin usein yleensä yhtä paljon toimintakyvyn potilaalle tyypillisen vaihtelun kartoittamisesta kuin tarkan ajankohtaisen arvion luomisesta. Paras aikuisiällä saavutettu toimintakyky on keskeisin vertailukohta sairauden vaikutuksia arvioitaessa. Taso, jolle toimintakyky palautui mahdollisten aiempien sairausjaksojen jälkeen tai välissä, antaa myös realistisen vertailukohtan sille, millaiseksi tilan voi olettaa palautuvan. On hyvä huomata, että masentunut potilas usein arvioi omaa elämäänsä masennuksensa vuoksi korostuneen negatiivisessa valossa. Siksi on eduksi ankkuroida arvion niin pitkälle kuin mahdollista konkreettisiin seikkoihin, ja muiden mahdollisten tietolähteiden kuin tutkittavan oman näkemyksen käyttö on usein avuksi.

Pelkkä lääketieteellinen tieto sairaudesta ja oireiden vaikeudesta ei riitä kuvaamaan sairauden merkitystä arki-elämässä selviytymisen kannalta. Siksi onkin hyvin tärkeää selvittää konkreettisesti, mitä potilas kykenee ja mitä ei kykene tekemään. Oireiden yhteys toimintakyvyn rajoituksiin tulisi tarkentaa. Esimerkiksi pelkkä tieto masennuspotilaan heikentyneestä keskittymiskyvystä oireena jättää



avoimeksi sen merkityksen toimintakyvyn kannalta. Tieto siitä, että hän ei tämän vuoksi kykene lukemaan puolta sivua pidempään kerrallaan, valaisee asiaa selvästi enemmän.

### **Toimintakyky pitkittäisnäkökulmasta**

Toimintakyvyn arvioinnin laajuus vaihtelee tarkoituksen mukaan. Laajat, koko elämänhistorian kattavat selvitykset ovat tarpeen perusteellisissa työkyvyn ja kuntoutusmahdollisuuksien arvioinneissa. Monissa muissa tarkoituksissa (esimerkiksi lyhyt sairausloma) suppea ja sairauden ja työkyvyn yhteyteen painottuva yleiskuva riittää. Keskeisiä tietolähteitä ovat paitsi potilaan itsensä haastattelussa antamat tiedot, tarvittaessa myös lähiomaisten haastattelussa antamat tiedot sekä sairauskertomustiedot ja lääkärinlausunnot ym. Näiden antama kuva potilaan selviytymisestä eri tilanteissa voi joskus olla ristiriitainen, joten toimintakykyä arvioiva lääkäri joutuu usein punnitsemaan eri tietolähteiden luotettavuutta ja merkitystä.

Laajoissa toimintakyvyn kartoituksissa haetaan kokonaiskuvaa toimintakyvystä elämänkaaren eri vaiheissa. Lapsuusajalta merkittäviä tietoja ovat perheen ja ympäristön kehitykselle luomat puitteet. Kouluiltä on hyvä kartoittaa opintomenestys, viihtyminen koulussa, ikätovereiden kanssa toimeen tuleminen, suhteet opettajiin ja aktiivisuus koulun ulkopuolella. Nuoruusiän ja varhaisen aikuisiän kehitystä kuvaavat muun muassa suhde ikätovereihin, itsenäistyminen suhteessa vanhempiin, muutto lapsuudenkodista, seurustelu ja parisuhde, asevelvollisuuden suorittaminen, selviytyminen opinnoissa, työuran alku ja sen vakiintuminen. Työikäisen tavanomaista toimintakykyä kartoitettaessa on hyvä kerätä tietoa koulutustaustasta, ammattitehtävistä ja näiden vastaavuudesta, työelämässä pysymisestä, kehittymisestä ja uralla menestymisestä. Suhteet esimiehiin ja työtovereihin, perhe-elämän ja muiden ihmissuhteiden vakaus, selviytyminen vanhempänä sekä vapaa-ajan toiminnan aktiivisuus kertovat kaikki sosiaalisesta toimintakyvystä eri elämänalueilla.

Aikuisiän parhaan saavutetun toimintakyvyn arvioinnin perustaksi on hyödyllistä kartoittaa viimeaikaisen elämäntilanteen keskeiset piirteet, kuten ikä, perhesuhteet, somaattinen terveydentila, asuinolosuhteet, työn luonne ja keskeiset vapaa-ajan toiminnot. Tämän jälkeen on mahdollista tarkastella potilaan toimintaa eri elämänalueilla. Kokonaisuuden perusteella arvioidaan myös, onko elämänaikainen toimintakyky kokonaisuutena vakaa vai vaihteleva ja onko nähtävissä merkkejä elämänpäiirin kapeutumisen mielenterveyden häiriöiden tai muiden tekijöiden vuoksi.

### **Ajankohtaisen toimintakyvyn arviointi**

Toimintakyvyn arvioinnissa yksi keskeisimpiä tehtäviä on saada tarkka kuva ajankohtaisesta toimintakyvystä. Kokonaiskuva on yleensä luotettavampi, jos on mahdollista koota tietoa useammasta lähteestä. Tällaisia ovat potilaan haastattelu, sairauskertomus, mahdolliset aiemmat lääkärinlausunnot sekä potilaan oma, sanallinen tai kirjallinen kuvaus toiminnastaan. Näiden esitietojen pohjalta lääkäri kykenee suuntaamaan huomionsa oleellisiin seikkoihin. Masennuspotilaan toimintakykyä on hyvä kuvata sekä sanallisesti että arviointiasteikon avulla.

Masennustilan vaikeusaste vaikuttaa yleensä olennaisesti toimintakykyyn. Keskeistä on saada kokonaiskäsitys siitä, mihin potilas ajankohtaisesti pystyy ja mihin ei, ja kuinka tämä on yhteydessä ajankohtaiseen masennustilaan ja sen vaikeusasteeseen. Lievään masennustilaan liittyvä toimintakyvyn heikkenemä on yleensä vähäinen. Keskivaikea masennustila vaikeuttaa yleensä selviytymistä potilaalle keskeisissä rooleissa. Vaikeissa ja psykoottisissa depressioissa toimintakyky on lähes aina vakavasti heikentynyt ja potilas on usein sairaalahoidon tai muun välittömän tuen tarpeessa. Masennuksen oirekuvaan liittyvä toimintakyvyn heikentyneisyys näkyy toiminnan monilla eri alueilla. Vireyden ja energisyyden väheneminen vaikuttaa suoraan aikaansaannosten määrään. Mielenkiinnon, mielihyvän kokemuksen ja itsearvostuksen menettäminen heikentää motivaatiota toimia. Keskittymiskyvyttömyys, päätöksenteon vaikeus ja aloitekyvyttömyys näkyvät sekä toiminnan määrässä että sen tulosten laadussa. Mielialahäiriön dynoireiden ohella monet muutkin piirteet vaikuttavat olennaisesti toimintakykyyn. Tällaisia ovat esimerkiksi todellisuudentaju, sairautentunto, affektien hallinta ja toivottomuus. Maniaan liittyvä merkittävä, joskin vaihtelevanasteinen toimintakyvyn heikkeneminen, minkä vuoksi mania hyvin usein johtaa paitsi psykiatriseen sairaalahoitoon myös monenlaisiin arvostelukyvyyttömän toiminnan kielteisiin seurauksiin. Hypomania ei määritelmän mukaisesti itsessään olennaisesti heikennä ajankohtaista toimintakykyä.

Toimintakykyä arvioitaessa on suositeltavaa, että potilas itse kuvaa omaa jokapäiväistä toimintaansa suullisesti tai kirjallisesti, joko vapaamuotoisesti tai ohjeen mukaan. Potilaan oma kuvaus voi tuoda esiin seikkoja, joita arvioija ei muuten osaisi ottaa huomioon, ja se antaa potilaalle myös mahdollisuuden tuoda esiin hänelle itselleen tärkeitä näkökohtia. Kuvauksen olisi hyvä kattaa keskeiset arkielämän toiminnot, joita ovat nukkuminen ja vuorokausirytmii, syöminen ja juominen, siisteys, työskentely kotona ja sen ulkopuolella, liikkuminen, itsestä ja toisista huolehtiminen, vapaa-ajan toiminta ja sosiaaliset suhteet, myös mahdollinen päihtei-

den käyttö ja virallisten asioiden hoito. Koska elämäntyyli ja -tavat vaihtelevat, on hyvä pyytää potilasta arvioimaan myös sitä, miten tilanne on muuttunut verrattuna aikaan, jolloin hän oli terve, eli mitä hän mielialahäiriön vuoksi ei kykene nyt tekemään. Taulukkoon 6 on kerätty toimintakykyarvion kannalta oleellisia elämäntilanteita.

Mielenterveyden häiriöstä kärsivän hoidossa ja seurannassa ovat eri työnteekijöiden toteuttamat potilastapaamiset yleensä keskeisin, kumuloituva tietolähde. Haastattelu on keskeinen väline kaiken edellä kuvatun tiedon kokoamisessa. Se voi lisäksi antaa arvioinnin lähteeksi myös sellaista taustatietoa ja ymmärrystä, jota muiden keinojen avulla on vaikeata tavoittaa. Potilaan olemus ja käytös haastattelutilanteessa heijastavat monia seikkoja, muun muassa hänen kykyään huolehtia itsestään, sosiaalisia taitojaan ja kognitiivisia kykyjään. Tapa, jolla potilas kuvaa elämäntilannettaan, heijastaa myös hänen tapaansa hahmottaa itseään ja suhdettaan muihin ihmisiin. Mieliala heijastuu paitsi puhutuissa sanoissa, myös kasvojen ilmeissä, eleissä ja puheäänensävyissä. Masennuspotilaan vaikea psykomotorinen hitaus tai kiihtyneisyys on yleensä haastattelutilanteessa selvästi

## Taulukko 6 Kysymyksiä, joilla potilasta pyydetään kuvaamaan omaa toimintaansa.

**Kerro lyhyesti omin sanoin tavallisesta arkipäivästäsi viime aikoina. Kuvaa myös päivän aikataulu, ainakin suurin piirtein. Kerro mielellään jotakin seuraavista asioista:**

- Nukkuminen
- Syöminen ja juominen
- Päihteidien käyttö
- Puhtaudesta huolehtiminen
- Kotityöt
- Työt kodin ulkopuolella
- Toisista – ihmisistä tai eläimistä – huolehtiminen
- Yhteydenpito muihin ihmisiin
- Liikkuminen kotona ja kodin ulkopuolella
- Asiointi – laskujen maksu tai ajanvaraus lääkärille
- Harrastukset – lehtien luku, kirjat, radio, televisio, internet

Mainitse myös, mitä tavallisia päivittäisiä askareita et ole jaksanut viimeisten kahden viikon aikana tehdä mielialaongelmasi vuoksi.

havaittavaa, samoin selvä kognitiivinen hidastuneisuus tai keskittymisvaikeudet. Toisaalta keskivaikkeistakin oireista kärsivä masennuspotilas pyrkii usein hallitsemaan tunnetilaansa myös lääkärin haastattelussa, eikä depressiivinen mieliala aina ilmene kovin selvästi tai nopeasti haastattelun aikana.

Potilaan puolison tai muun omaisen haastattelu potilaan luvalla antaa yleensä merkittävää lisätietoa hänen tilastaan ja toimintakyvystään. Erityisesti puolison tapaaminen on yleensä hyödyllistä. Muiden tietolähteiden käyttöä on kuvattu tarkemmin kohdassa Työkyvyn arviointi.

## Toimintakyvyn kuvaaminen SOFAS-asteikon avulla

Toimintakyvyn kuvaamisessa tarvitaan kommunikatiota helpottavia työvälineitä, jotka auttavat tiivistämään toimintakykyä koskevaa tietoa helposti käsiteltävään ja ymmärrettävään muotoon. Toimintakyky on luonteeltaan moniulotteinen ilmiö, ja eri ihmisten elämänpiiri on erilainen. Siksi kaikissa mittaamisen keinoissa on merkittäviä teoreettisia ja käytännöllisiä rajoituksia. Näistä huolimatta arviointiasteikkojen käyttö on käytännössä hyödyllistä ja tarpeen.

Mielialahäiriöpotilaiden toimintakyvyn kuvaamisessa on suositeltavaa käyttää SOFAS-asteikkoa (Social and Occupational Functioning Scale) (taulukko 7). Sen avulla kokonaisarvio ajankohtaisesta toimintakyvystä on mahdollista tiivistää numeroarvoksi asteikolla 0–100. Arvo 80–90 kuvaa normaalia hyvää toimintakykyä. Asteikko on siis tarkoitettu lähinnä heikentyneen toimintakyvyn, ei toimintakyvyn vahvuuksien kuvaamiseen. Se soveltuu hyvin toistuvaan arviointiin, ja sitä voidaan käyttää myös takautuvasti kuvaamaan sairastumista edeltänyttä toimintakykyä. Arvioinnissa ei kiinnitetä huomiota oireisiin (psyykisiin tai somaattisiin), ainoastaan potilaan kykyyn toimia elinympäristössään. Pitkittäisarvioissa voidaan kuvata esimerkiksi, että ennen sairastumista potilaan toimintakyky oli ollut normaali (SOFAS 80–90), pitkän masennusjakson aikana se oli ajoittain vaihtelevan vakavasti heikentynyt (SOFAS 45–60) ja että nyt, toiminnassa esiintyy vielä osittaisen toipumisen vuoksi lieviä vaikeuksia (SOFAS 70) eikä potilas siten ole vielä saavuttanut entistä toimintakykyään, vaikka hän onkin jo työkykyinen. SOFAS-pistemäärien kirjaaminen sairauskertomukseen osana hoitorutiinia samaan tapaan kuin oiremittareiden pistemäärät antaa mahdollisuuden luoda tarkka kokonaiskuva toimintakyvystä ja sen vaihtelusta hoidon aikana.

SOFAS-asteikon käyttöä helpottamaan on tässä suosituksessa luotu sen käyttöä havainnollistavat ohjeet (taulukko 8). Niissä on kuvattu toimintakyvyn kannalta neljä keskeistä

elämänaaluetta: vapaa-aika, työ tai opiskelu, perhe-elämä ja ihmissuhteet sekä itsestä huolehtiminen. Arvioinnissa tarkastellaan potilaan toimintakykyä hänen elämäntilanteensa kannalta keskeisiä osa-alueita painottaen. Jos jokin osa-alue ei ole lainkaan tai kovin relevantti (esimerkiksi työssä käytävillä pienten lasten vanhemmilla on hyvin vähän omaa vapaa-aikaa tai työttömällä ei työtä), arvioidaan vain niitä alueita, jotka potilaan elämäntilanteessa ovat olennaisia. Potilaan kyky huolehtia omasta hyvinvoinnista ja itsenäisestä elämästä arvioidaan aina. Saatua pistemääriä voidaan käyttää lähtökohtana kokonaispistemäärää arvioitaessa, ei mekaanisesti keskiarvoja laskien, vaan olennaisia alueita painottaen.

### Toimintakyvyn ennuste

Potilaan toimintakyvyn ennusteen arvioinnissa tulee huomioida sekä sairautteen liittyvät että muut toimintakyvyn vaikuttavat tekijät. Sairaustekijöistä keskeisimpiä sairauden ennustetta kuvaavia ovat ajankohtaisen tilan ja toimintakyvyn ohella aiempien sairausjaksojen määrä, vaikeusaste ja toistuvuus sekä sairausjaksojen välisen toipumisen täydellisyys ja saavutettu toimintakyky. Psykiatrinen ja somaattinen monihäiriöisyys muodostavat toisen ryhmän keskeisiä ennustekijöitä. Aiempien hoitointerventioiden kesto ja asianmukaisuus, potilaan sitoutuminen hoitoon ja hoidon vaikuttavuus niin sairauteen kuin toimintakykyyn antavat realistisen lähtökohdan arviolle. Muita ennusteeseen vaikuttavia tekijöitä etenkin työkyvyn suhteen ovat työn vaativuus, työ-, poissaolo- ja työkyvyttömyyshistoria sekä potilaan oma ja hänen työympäristönsä arvio nykyisestä työkyvystä. Lisäksi ennusteeseen vaikuttavat muun muassa potilaan ikä, hänen käytettävissään olevat voimavarat ja selviytymiskeinot verrattuna tuen tarpeeseen.

### Työkyvyn arviointi

Työkyvyn arvioinnissa potilaan toimintakyky suhteutetaan sekä hänen nykyisen työnsä että työelämän yleensä asettamiin vaatimuksiin. Arvio ei siis ole puhtaasti sairauslähtöinen. Suhteutettaessa mielialahäiriöpotilaan yleistä toimintakykyä työkykyyn pääsääntö on, että kohtalainen selviytyminen muun arkielämän vaatimuksista on käytännössä myös työkyvyn edellytys. Siksi esimerkiksi kotitöistä selviytyminen ja affektien hallinta kuvaavat myös työkyvyn kannalta olennaisia edellytyksiä. Terveystilaa koskevien tietojen ohella työkyvyn arvioinnin perustana on tieto tutkittavan koulutuksesta, työhistoriasta, osaamisesta ja ammatillisesta identiteetistä (esimerkiksi onko hänellä vakiintunutta ammattia). Nykyisen työn kartoittaminen on tarpeellista. Siihen liittyvät keskeiset fyysiset ja psyykkiset vaatimukset ja altisteet, näissä ja työyhteisössä tapahtuneet

**Taulukko 7**  
**DSM-IV:ään sisältyvä SOFAS-asteikko**

Koodi <sup>1</sup>	Merkitys
	<sup>1</sup> Jos mahdollista, käytä tarkkoja lukuja, esimerkiksi 45, 68 tai 72.
	Tarkastele sosiaalista ja ammatillista toimintakykyä jatkumolla erinomaisesta toimintakyvystä huomattavasti heikentyneeseen toimintakykyyn. Ota huomioon toimintakyvyn heikentyneisyydet, jotka johtuvat fyysisistä tai henkisistä rajoitteista. Vain suoraan henkisistä ja fyysisistä terveysongelmista johtuvat rajoitteet tulee ottaa huomioon; mahdollisuuksien puutteen ja muiden ympäristöseikkojen aiheuttamia rajoituksia ei oteta huomioon.
<b>91–100</b>	Erinomainen toimintakyky useilla elämänaalueilla.
<b>81–90</b>	Hyvä toimintakyky kaikilla elämänaalueilla; ammatillisesti ja sosiaalisesti tehokas.
<b>71–80</b>	Vain vähäinen heikentyneisyys sosiaalisessa, ammatillisessa tai opiskelun edellyttämässä toimintakyvyssä (esimerkiksi harvinainen ihmissuhderiita tai tilapäinen jälkeen jääminen koulutyössä).
<b>61–70</b>	Lieviä vaikeuksia sosiaalisessa, ammatillisessa tai opiskelun edellyttämässä toimintakyvyssä, mutta yleisesti hyvä toimintakyky; joitakin mielekkäitä ihmissuhteita.
<b>51–60</b>	Kohtalaisia vaikeuksia sosiaalisessa, ammatillisessa tai opiskelun edellyttämässä toimintakyvyssä (esimerkiksi vain vähän ystäviä tai esiintyy ristiriitoja ikä- tai työtovereiden kanssa).
<b>41–50</b>	Vakava heikentyneisyys sosiaalisessa, ammatillisessa tai opiskelun edellyttämässä toimintakyvyssä (esimerkiksi ei ystäviä tai ei pysty säilyttämään työpaikkaa).
<b>31–40</b>	Merkittävä heikentyneisyys useilla elämänaalueilla, kuten työssä, koulussa tai perhesuhteissa (esimerkiksi masentunut mies, joka välttelee ystäviään, laiminlyö perhettään eikä pysty työhön tai lapsi, joka pahoinpitelee usein nuorempiaan, on uhmakas kotona eikä menesty koulussa).
<b>21–30</b>	Toimintakyvyttömyys lähes kaikilla elämänaalueilla (esimerkiksi pysyttelee vuoteessa koko päivän; ei työpaikkaa, kotia tai ystäviä).
<b>11–20</b>	Laiminlyö ajoittain henkilökohtaisen hygienian vähimmäistason; kyvytön toimimaan itsenäisesti.
<b>1–10</b>	Laiminlyö jatkuvasti henkilökohtaisen hygienian vähimmäistason; kyvytön toimimaan vahingoittamatta itseään tai muita taikka ilman huomattavaa ulkopuolista tukea (esimerkiksi hoitoa tai valvontaa).
<b>0</b>	Riittämättömät tiedot.

## Taulukko 8 SOFAS-asteikon käyttö:

Potilaan toimintakyvyn arviointia helpottaa elämän eri alueiden arviointi erikseen. Vasta tämän jälkeen arvioidaan kokonaispistemäärä. Huomaa, että tarkastelu tehdään jokaisen alueen osalta jatkumolla erinomaisesta toimintakyvystä huomattavasti heikentyneeseen toimintakykyyn. Eri alueiden pistemääristä ei lasketa keskiarvoja tms., vaan saadut tulokset sopeutetaan varsinaiselle SOFAS-asteikolle. Toisin sanoen hyvin pieni pistemäärä jollain alueella ei välttämättä tarkoita hyvin pientä kokonaispistemäärää (esim. pitkällä sairauslomalla oleva voi olla erinomainen perheenjäsen).

Vapaa-aika	Työ tai opiskelu	Perhe-elämä ja ihmissuhteet	Itsestä huolehtiminen
<p><b>100</b> Harrastaa aktiivisesti ja hakee uusia harrastuskohteita.</p> <p><b>90</b> Harrastaa aktiivisesti itselleen mieluisia asioita.</p> <p><b>80</b> Harrastaa itselleen mieluisia asioita jaksamisensa mukaan.</p> <p><b>70</b> Jättää toisinaan harrastuskertoja pois.</p> <p><b>60</b> Jättää toistuvasti harrastuskertoja pois.</p> <p><b>50</b> Ei jaksaa harrastaa mitään.</p>	<p><b>100</b> Selviytyy erinomaisesti työstään tai opiskelustaan.</p> <p><b>90</b> Selviytyy hyvin työstään tai opiskelustaan.</p> <p><b>80</b> Vain vähäistä tai tilapäistä heikentymistä työssä tai opiskelussa.</p> <p><b>70</b> Lieviä vaikeuksia työssä tai opiskelussa. Yleensä selviytyy tehtävistään hyvin.</p> <p><b>60</b> Työn tai opiskelun edellyttämä toimintakyky heikentynyt kohtalaisesti.</p> <p><b>50</b> Vakavia vaikeuksia selvittää työstä tai opiskelusta.</p> <p><b>40</b> Useimmiten työkyvytön.</p>	<p><b>100</b> Perhe-elämä sujuu erinomaisesti. Perheetön tapaa ystäviään ja solmii uusia ystävyyssuhteita aktiivisesti.</p> <p><b>90</b> Perhe-elämä sujuu hyvin. Perheetön tapaa aktiivisesti ystäviään.</p> <p><b>80</b> Vähäisiä vaikeuksia perhe-elämään osallistumisessa, mutta yleensä jaksaa olla kaikessa mukana. Perheetön tapaa usein ystäviään.</p> <p><b>70</b> Perhe-elämään osallistuminen on ajoittain rasittavaa. Perheetön tapaa ystäviään, mutta ajoittain ei jaksaa osallistua kaikkiin tapaamisiin.</p> <p><b>60</b> Perhe-elämään osallistuminen on rasittavaa; riitoja ajoittain. Perheetön ei useimmiten jaksaa tavata ystäviään.</p> <p><b>50</b> Perhe-elämä on hyvin rasittavaa tai riitoja esiintyy usein. Perheetön ei tapaa ystäviään.</p> <p><b>40</b> Vaikeuksia olla perheen kanssa tai riitoja tulee päivittäin. Perheetön välttelee ystäviään.</p> <p><b>30</b> Eristäytyy perheestä tai ystävistään.</p>	<p><b>100</b> Huolehtii itsestään esimerkillisen hyvin.</p> <p><b>90</b> Huolehtii itsestään erinomaisesti.</p> <p><b>80</b> Huolehtii itsestään hyvin.</p> <p><b>70</b> Itsestä huolehtiminen raskasta, mutta suoriutuu siitä.</p> <p><b>60</b> Itsestä huolehtimisessa harvoin puutteita.</p> <p><b>50</b> Itsestä huolehtimisessa ajoittaisia puutteita.</p> <p><b>40</b> Itsestä huolehtimisessa toistuvia puutteita.</p> <p><b>30</b> Itsestä huolehtimisessa jatkuvasti puutteita. Pysyttelee vuoteessa.</p> <p><b>20</b> Itsestä huolehtiminen ylivoimaista.</p> <p><b>10</b> Ei pysty huolehtimaan henkilökohtaisesta hygieniastaan lainkaan.</p>

mahdolliset ajankohtaiset muutokset sekä kuormitustekijät (esim. työyhteisöongelmat) auttavat hahmottamaan myös sairauden merkitystä kokonaisuudessa.

Työkykyä arvioitaessa on hyvä pohtia, mikä suoriutumisen ongelmassa on olennaisinta. Onko kyse ulkoisten edellytysten puutteesta (ei voi, esimerkiksi lapset pieniä tai sairaat vanhemmat hoidettavana), taidon puutteesta (ei osaa), tiedon puutteesta (ei tiedä, koulutus vanhentunut tai ei ole), motivaatiosta (ei halua), tulkinnasta (ei ymmärrä, ei mielestään ole riittävän hyvä), fyysisestä kyvyttömyydestä (ei jaksa, kykene, pysty, on täysin uupunut) vai psyykkisestä pitkäjänteisyyden ja tarkkaavuuden ongelmasta (ei pysty toimimaan pitkään keskittyneesti eri asiat huomioiden)? On syytä myös arvioida, onko toimintakyvyssä työssä ja muilla elämänalueilla ristiriitaa. Depression oirekuvaan liittyvä kiinnostuksen ja mielihyvän puute koskee yleensä laaja-alaisesti kaikenlaista toimintaa. Sen sijaan kapea-alainen motivoitumattomuus, joka koskee vain työtä, mutta ei esimerkiksi harrastuksia, kertonee enemmän muista ongelmista kuin depressiosta.

**Työterveyshuollon rooli** toiminta- ja työkyvyn arvioinnissa on merkittävä. Työterveyshuollolla on yleensä toimivin yhteys työpaikkaan ja työnantajaan, ja se voi siksi puuttua ongelmiin jo niiden alkuvaiheessa. Esimieheltä saatu kuvaus työssä selviytymisestä antaa lisätietoa, jonka pitäisi olla myös arvioitavan tiedossa. Työstä poissaolojen määrät ja syyt on aiheellista kartoittaa. Työterveysneuvottelujen pohjalta työnkuvaan tehdyt muutokset ja työtehtävien sopeuttaminen voivat helpottaa työhön paluuta. Onko tällainen sopeuttaminen ja joustavuus käytännössä mahdollista, ja ovatko mahdollisesti jo toteutetut interventiot olleet työkyvyn säilyttämisen kannalta tuloksellisia, ovat arvioinnin kannalta tärkeää tietoa.

**Vaativissa työkyvyn arvioinnin erityistilanteissa** hyödynnetään usein erilaisia lisätutkimuksia kliinisen arvion tueksi. Lääketieteen erikoisalojen konsultaatioita tarvitaan usein osana kokonaisarviota potilaiden somaattisen monihäiriöisyyden ja erotusdiagnostisten ongelmien vuoksi. Kliinisen psykologin testaukseen ja haastatteluun perustuva arvio persoonallisuuden piirteistä ja älyllisestä suoritumisesta tarkentaa usein kokonaiskuvausta. Neuropsykologisella tutkimuksella on saatavissa kognitiivisesta suoriutumisesta olennaista lisätietoa työ- ja toimintakyvyn arvion tueksi joissakin ongelmatilanteissa, erityisesti orgaanisen aivosairauden mahdollisuutta arvioitaessa. Vaikka vaikeista ja toistuvista mielialahäiriöistä kärsivillä esiintyy monenlaisia neuropsykologisia toimintahäiriöitä esimerkiksi toiminnanohjauksen, tarkkaavuuden ja prosessointinopeuden suhteen, on yksittäisen neuropsykologisen testauksen merkitys työkykyarvioissa rajallinen.

Diagnostisesti tai toimintakykyarvion suhteen **ristiriitaisissa ja epäselvissä**, usein pitkittyvissä arvioinnin tilanteissa on usein parasta tehdä työkyvyn arviointi siihen erikoistuneessa yksikössä päiväsairaalaolosuhteissa tai kokovuorokausiosastolla. Tällöin arvioinnin tekee moniammatillinen työryhmä, jolla on myös mahdollisuus kartoittaa potilaan tilaa päivittäin tutkimusjakson aikana. Toimintaterapeutin arvio toimintakyvystä antaa usein tärkeää ja konkreettista tietoa toimintakyvystä tutkimuksen aikana.

### 3 Toimintakyvyn kuvaaminen lääkärinlausunnossa

Valtaosa sosiaalivakuutusetuksista perustuu **toimintakyvyn arviointiin**. Sosiaalivakuutusratkaisua tehtäessä keskeistä on potilaan subjektiivisten oireiden ja lääkärin tutkimuksessa todettavien objektiivisten havaintojen yhtäpitävyyden varmistaminen sekä sairauden toimintakyvylle aiheuttaman haitan kuvaaminen erilaisissa lääkärinlausunnoissa. Toimintakyky arvioidaan lääketieteen menetelmin ja sosiaalivakuutusetuedut määräytyvät lainsäädännön ja vakiintuneen korvauskäytännön mukaan. Hyvä lausunto toimii myös hoito- ja kuntoutussuunnitelman tekemisen tukena. On hyvä huomata, että työkyvyn käsite määritellään sosiaalivakuutuksen eri etuuksien yhteydessä hieman eri tavoin.

Mielialahäiriöiden yhteydessä yleisimmät haettavat sosiaalivakuutusetuedut ovat sairauspäiväraha, kuntoutustuki ja työkyvyttömyyseläke, lääkinnällinen kuntoutus (muun muassa psykoterapia) ja ammatillinen kuntoutus. Näitä haettaessa tarvitaan B-lääkärinlausunto. Joskus myös vammaisetuedut tulevat kyseeseen, ja tällöin käytetään yleisimmin C-lääkärinlausuntoa. Myös työhallinnolla on tarjottavanaan ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteitä vajaakuntoisille työnhakijoille. Niiden piiriin pääseminen edellyttää lähes aina lääkärinlausuntoa, joka voi olla vapaamuotoinen.

Lausuntojen laajuus ja seikkaperäisyys vaihtelevat käyttötarkoituksen mukaan. Lyhyttä sairausloma varten laadittu lausunto voi olla suppeakin. A-todistuksen tulee sisältää tiedot diagnoosista, potilaan ammatista ja alustava arvio mahdollisesta kuntoutustarpeesta. Jos sairausloma pitkitty yli 2–3 kuukauden, mutta toipuminen edistyy erittäin todennäköisesti hoidon myötä niin, että potilas kykenee palaamaan työhönsä ilman kuntoutustoimenpiteitä, B-lausuntoon riittävät suppeat psykiatriset esitiedot, kuvaus nykysairaudesta, sen vaikeusasteesta ja potilaan toimintakyvystä (myös oireimittarein ja SOFAS-asteikolla), hoitosuunnitelma, ennuste ja arvio työhönpaluun ajankohdasta.

Pitkittyvään työkyvyttömyyteen tai työkyvyttömyyden uhkaan (= uhka joutua työkyvyttömyyseläkkeelle kyseisen sairauden vuoksi noin viiden vuoden kuluessa) liittyviä

etuksia varten laaditun B-lääkärintlausunnon tulee olla kattavampi. Tällöin työkyvyttömyyden perusteella haetaan pitkää sairauspäivärahaa (enintään 300 päivää), kuntoutustukea tai työkyvyttömyyseläkettä. Työkyvyttömyyden uhan perusteella voidaan hakea ammatillista kuntoutusta sekä työeläkevakuuttajalta että Kelalta.

Ennen työkyvyttömyyseläkkeen harkintaa tulee kertoittaa ja mahdollisuuksien mukaan kokeilla ammatillisen kuntoutuksen mahdollisuudet. Ammatillisen kuntoutuksen myöntämisen yhtenä edellytyksenä puolestaan on, että hoidon ja lääkinällisen kuntoutuksen keinot on käytetty optimaalisesti. Lisäksi suunnitellun kuntoutuksen tulee olla tarkoituksenmukaista, eli työura todennäköisesti pitkittyy kuntoutustoimenpiteen avulla. Työeläkekuntoutus edellyttää kiinteää suhdetta työelämään ja Kela kuntouttaa vähäisen tai olemattoman työuran omaavia.

Mielialahäiriöpotilaiden yleisin työeläkekuntoutusmuoto on paluu omaan työhön työkokeilun kautta pitkän sairausloman jälkeen. Vain harvoin tulee kyseeseen ammatinvaihto. Kela kustantaa ammattikoulutusta, kuntoutustarpeen selvityksiä, kuntoutustutkimuksia, työ- ja koulutuskokeiluja sekä työhönvalmennusta. Kelan lääkinällisen kuntoutuksen edellytyksenä on sairauden aiheuttama uhka työ- tai opiskelukyvylle, kuntoutustoimenpiteen sopivuus ja kuntoutustoimenpiteen avulla odotettavissa oleva työ- tai opiskelukyvyn palautuminen tai säilyminen. Mielialahäiriöissä käytetään lääkinällisenä kuntoutuksena yleisimmin psykoterapiaa ja erilaisia kuntoutuskursseja. Työeläkevakuuttajat eivät kustanna lääkinällistä kuntoutusta.

Lääkärintlausunnon käyttötarkoitus vaikuttaa myös sen painotuksiin ja näkökulmaan. Kuntoutusta varten laadittavassa lausunnossa on tarpeen tuoda esiin sairauden toimintakyvylle aiheuttaman haitan lisäksi riittävä jäljellä oleva toimintakyky, joka on edellytys kuntoutuksen onnistumiselle. Työkyvyttömyyseläkettä varten laadittavassa lausunnossa on dokumentoiva puutteet, jotka ovat jääneet toimintakykyyn saadusta hoidosta ja kuntoutuksesta huolimatta. Vammaistukea haettaessa toimintakyvyn objektiivinen kuvaus on välttämätön edellytys muun muassa tapaturmavakuutuslain mukaisen haittaluokan määrittämiseksi. Eläkettä saavan hoitotuessa korostuu sairauden tai vamman aiheuttama avun, ohjauksen tai valvonnan tarve päivittäistoimissa.

Taulukossa 9 on esitetty kattavan psykiatrisen lausunnon sisältö. Taulukossa 10 on esitetty ne lisätiedot, joita tarvitaan erityisesti ammatillista kuntoutusta haettaessa ja työkyvyttömyyseläkkeestä päätettäessä.

## Taulukko 9 Mielialahäiriöpotilaan kattavan lääkärintlausunnon psykiatrisen sisällön

- Tautiluokituksen mukainen diagnoosi
- Tiivis kuvaus miten ja milloin potilas on päätenyt allekirjoittaneen tutkittavaksi, tapaamisten määrä
- Kuvaus potilaan elämänvaiheista (miehellään tiivis)
- Nykyinen elämäntilanne (perhe, asuminen, ammatillinen ja taloudellinen tilanne)
- Sairauden aiempi kulku
- Nykysairaus: alkuperäinen vaihe, toteutunut hoito, hoitovaste, nykytila
- Mielialahäiriössä oiremittarin pistemäärät pahimmassa vaiheessa ja nyt
- Muut samanaikaiset sairaudet ja lääkitykset
- Kliininen tila (miltä potilas näyttää ja kuulostaa)
- Potilaan oma kuvaus toiminnastaan
- Sairauden aiheuttama toiminnallinen haitta ja vaikutus jokapäiväisessä elämässä selviytymiseen (työ tai opiskelu, perhe ja ihmissuhteet, itsestä huolehtiminen, vapaa-aika)
- SOFAS-pistemäärä
- Jäljellä oleva toimintakyky
- Hoitosuunnitelma aikatauluineen
- Kuntoutussuunnitelma aikatauluineen
- Ennuste

## Taulukko 10 Laajemmat työhön liittyvät tiedot haettaessa ammatillista kuntoutusta tai työkyvyttömyyseläkettä

- Koulutus- ja työhistoria
- Työsuhteissa/opiskelussa selviytyminen
- Työsuhteiden vaihtamisen syyt
- Nykyisen työsuhteen/opiskelun/työttömyyden kesto
- Nykyisen työn/opiskelun kuvaus, altisteet ja kuormitustekijät/työajat/muutokset
- Nykyisen työympäristön ja sen muutosten kuvaus
- Nykyisessä työssä/opiskelussa/työhaussa esiintyneet ongelmat
- Sairauden aiheuttaman toiminnallisen haitan yhteys työssä/opiskelussa selviytymiseen/kykyyn siirtyä avoimille työmarkkinoille
- Työterveyshuollon tekemät toimenpiteet ja niiden vaikutukset (työterveysneuvottelut, työn muutokset, kuntoutukset)
- Työnantajan/työvoimatoimiston tekemät toimenpiteet ja niiden vaikutukset



## Julkaisun tilaus:

Pirjo Kadenius  
pirjo.kadenius@tela.fi  
p. 0500 558 569

## Kirjallisuutta

American Psychiatric Association (APA). Practice guideline for major depressive disorder in adults. American Psychiatric Association. Am J Psychiatry 1993; 150(4 Suppl):1–26

Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) guidelines for the management of patients with bipolar disorder: consensus and controversies. Bipolar Disord 2005;7(Suppl.3):5–69.

Isometsä ET, Katila H, Aro T. Disability pension for major depression in Finland. Am J Psychiatry 2000;157:1869–1872.

Isometsä E, Katila H. Mielialahäiriöt. Kirjassa: Toimintakyky. Arviointi ja kliininen käyttö. E Matikainen, T Aro, A Huunan-Seppälä, J Kivekäs, S Kujala, S Tola, toim. Duodecim, Helsinki 2004:134–143.

Judd LL, Akiskal HS, Zeller PJ, Paulus M, Leon AC, Maser JD, Endicott J, Coryell W, Kunovac JL, Mueller TI, Rice JP, Keller MB. Psychosocial disability during the long-term course of unipolar major depressive disorder. Arch Gen Psychiatry 2000;57:375–380.

Mintz J, Mintz LI, Arruda MJ, Hwang SS. Treatments of depression and the functional capacity to work. Arch. Gen. Psychiatry 1992;49: 761–768

Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. Lancet 1997;349:1436–1442

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Bipolar disorder: The management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care. NICE Clinical Guideline 38. (www.nice.org.uk, published in July 2006)

Rytsälä HJ, Melartin TK, Leskelä US, Lestelä-Mielonen PS, Sokero TP, Isometsä ET. Determinants of functional disability and social adjustment in major depressive disorder: a prospective study. J Nerv Ment Dis 2006;194:570–576.

Rytsälä HJ, Melartin TK, Leskelä US, Sokero P, Lestelä-Mielonen PS, Isometsä ET. Predictors of long-term work disability in major depressive disorder: A prospective study. Acta Psychiatr Scand 2007;115:206–213.

Salminen JK, Saarijärvi S, Raitasalo R: Depression and disability pension in Finland. Acta Psychiatr Scand 1997;95:242–243.

Salminen JK, Saarijärvi S, Tikka J, Raitasalo R, Rissanen S, Toikka T, Puukka P. Vakavan masennuksen hoidossa puutteita Suomen Lääkärilehti 1999;54:1059–1063.

Sorvaniemi M, Helenius H, Salokangas RK. Factors associated with being granted a pension among psychiatric outpatients with major depression. J Affect Disord 2003; 75:43–8

Suomen Psykiatriyhdistys ja Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Depressio. Käypä hoito -suositus. Duodecim 2004;120:742–764.

Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ: Global burden of depressive disorders in the year 2000. Br J Psychiatry 2004; 184:386–92

#### *Puheenjohtaja*

Erkki Isometsä, psykiatrian professori, ylilääkäri,  
HYKS Psykiatrian klinikka

#### *Jäsenet*

Elina Kinnunen, psykiatrian erikoislääkäri, Petrea  
Heini Ahveninen, työterveyslääkäri, Suomen Terveystalo  
Kari Eskola, terveyskeskuslääkäri, Keuruun terveysasema  
Heli Koivumaa-Honkanen, dosentti, KYS  
Outi Poutanen, LT, apulaisylilääkäri, TAYS  
Heikki Rytsälä, LT, apulaisylilääkäri, HYKS, Peijaksen sairaala  
Jouko Salminen, dosentti, Kansanterveyslaitos  
Ilkka Seppälä, ylilääkäri, Tuusulan terveyskeskus  
Jyrki Varjonen, apulaisylilääkäri, Työterveyslaitos  
Ilkka Pakkala, LT, projektipäällikkö, Facultas (toimittaja)

Julkaistu 19.3.2008