

Miia Peltomäki

MASENNUSTA SAIRASTAVIEN PALUU TYÖHÖN OSASAIRAUSPÄIVÄRAHALLA

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Pro gradu -tutkielma

Toukokuu 2021

TIIVISTELMÄ

Miia Peltomäki: Masennusta sairastavien paluu työhön osasairauspäivärahalla
Pro gradu -tutkielma
Tampereen yliopisto
Kansanterveystieteen tutkinto-ohjelma
Toukokuu 2021

Masennus on merkittävä työkyvyttömyyden aiheuttaja Suomessa ja mielenterveysyistä sairauspäivärahaa saaneiden määrä on ollut edelleen kasvussa viime vuosina. Sairauspoissaolot aiheuttavat kustannuksia yhteiskunnalle niin sosiaaliturvakustannuksina kuin menetettynä työpanoksena. Pitkät työkyvyttömyysjaksot kasvattavat myös työkyvyttömyyseläkkeelle tai työmarkkinoiden ulkopuolelle päätyminen riskiä. Suomessa otettiin vuonna 2007 käyttöön uusi etuus, osasairauspäiväraha. Sen tarkoitus on tukea työkyvyttömän työikäisen henkilön pysymistä työelämässä ja helpottaa palaamista kokoaikaiseen työhön. Osasairauspäivärahaan on oikeus sairausvakuutuslain mukaisesti työkyvyttömällä 16–67-vuotiaalla henkilöllä, joka pystyy terveyttään ja toipumistaan vaarantamatta tekemään osan työtehtävistään ja joka on ollut kokoaikatyössä ennen työkyvyttömyyttä.

Tässä tutkielmassa selvitettiin, millainen prosessi masennusta sairastavan työhön palaaminen osasairauspäivärahalla on ja mitkä tekijät ovat yhteydessä osasairauspäivärahajakson sujumiseen. Lisäksi tutkimuksen tavoitteena oli kartoittaa, minkälaisia kehitystarpeita osasairauspäivärahan käyttäjät näkivät nykyisessä osasairauspäivärahaetuudessa oman kokemuksensa perusteella. Tutkimusaineisto koostui 10 teemahaastattelusta, jotka tehtiin alkuvuoden 2021 aikana. Tutkimukseen haastateltiin työntekijöitä, jotka olivat saaneet osasairauspäivärahaa masennuksen perusteella ja palasivat osa-aikaisesti työhönsä. Aineisto analysoitiin laadullisesti sisällönanalysimenetelmällä.

Aiemmassa tutkimuksessa on tunnistettu tekijöitä, jotka ovat yhteydessä masennuksen jälkeisen työhön paluun onnistumiseen. Tällaisia ovat esimerkiksi sosioekonominen asema ja demografiset tekijät, masennuksen vaikeusaste ja muiden samanaikaisten sairauksien esiintyminen, masennuksen hoito, työn vaatimukset ja työpaikkaan liittyvät tekijät, persoonallisuuden piirteet sekä elintapatekijät. Osa-aikainen työskentely työhön palaamisen alkuvaiheessa saattaa myös nopeuttaa työhön palaamista, vaikkakin tulokset ovat tältä osin ristiriitaisia.

Tutkimuksen perusteella hahmotettiin yhdeksän pääteemaa, joiden nähtiin olevan yhteydessä osasairauspäivärahajakson sujumiseen. Teemat ovat motivaatio, prosessin sujuvuus, työnantajan toiminta, työn vaatimukset, työyhteisö, sairauden tilanne, yksityiselämä, ajoitus ja yllättävät ulkopuoliset tekijät. Näiden teemojen sisällä on yksityiskohtaisempia osa-alueita, jotka voivat vaikuttaa työhön palaamisen sujumiseen myönteisesti tai kielteisesti. Pääteemoissa yhdistyvät voimavarojen tuen ja hyväksymisen tarve. Tulosten perusteella etenkin työnantajan toiminnalla näyttää olevan keskeinen merkitys osasairauspäivärahajakson sujumisessa. Haastateltavien kokemusten perusteella laadittiin myös tyypillinen kuvaus osasairauspäivärahaprosessista. Osasairauspäivärahaetuuden keskeiset kehittämiskohteet aineiston perusteella olivat enimmäiskeston pidentäminen, työajan porrastusmahdollisuuksien laajentaminen, työkyvyttömyysedellytyksen lieventäminen, etuuden tunnettuuden lisääminen, hakemisen yksinkertaistaminen ja maksupäivätietojen parantaminen sekä etuuden tason määrittäminen siten, että se turvaa toimeentulon.

Masennuksen jälkeinen työhön palaaminen on monesta tekijästä muodostuva kokonaisuus. Työhön palaajan kokonaisuormitukseen ja voimavarojen tarpeeseen vaikuttavat työn vaatimusten lisäksi esimerkiksi sairauden vaikeusaste ja yksityiselämään liittyvä kuormitus. Voimavaroja on mahdollista tukea ainakin toimivalla hoidolla, esihenkilön tuella ja työyhteisön myönteisellä suhtautumisella. Parhaimmillaan osasairauspäivärahalla työhön palaaminen on nopea, joustava ja kaikkia osapuolia hyödyttävä mahdollisuus, jonka käyttöä tulisi edelleen helpottaa ja laajentaa.

Avainsanat: Masennus, mielenterveyden häiriöt, työkyvyttömyys, sairauspäiväraha, osasairauspäiväraha, osasairausloma, osittainen sairauspoissaolo, työhön paluu, osa-aikatyö, leimautuminen, työnantajan toiminta, osasairauspäivärahaprosessi, työterveyshuolto

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

ABSTRACT

Miia Peltomäki: Return to work after depression with partial sickness allowance

Master's thesis

Tampere University

Public Health Degree Programme

May 2021

Depression is a major cause of disability in Finland and the number of people receiving sickness benefit for mental health reasons has continued to increase in recent years. Sickness absences result in growing social security costs for society as well as contribution losses. Long periods of disability also increase the risk of disability pension or being excluded from the labor market. In Finland, a new benefit, part sickness allowance, was introduced in 2007. Its purpose is to support the return to full-time work. Partial sickness allowance is meant for incapable 16–67 –years-old employees and entrepreneurs, who can return to work on a part-time basis without endangering their recovery.

This thesis examined the process of returning to work for a person with depression with a partial sickness allowance and what factors are linked to the smooth running of the part-sickness allowance period. In addition, the aim of the study was to identify what kind of developmental needs users saw in the current partial sickness allowance based on their own experience. The research data consisted of 10 thematic interviews conducted in early 2021. Employees who had received part-time sickness allowance on the basis of depression and returned to work part-time were interviewed for the study. The data was analyzed qualitatively using the content analysis method.

Previous research has identified factors linked to the success of returning to work after depression. These include socioeconomic status and demographic factors, the severity of depression and the occurrence of other concurrent diseases, treatment of depression, work requirements and workplace factors, personality traits and lifestyle factors. Part-time work in the early stages of returning to work may also speed up the return to work, although the results are contradictory in this respect.

Based on the study, nine main themes were outlined, which were seen to be linked to the smooth running of the part-sickness allowance period. The themes are motivation, smoothness of the process, employer's activities, work requirements, work community, illness severity, private life, timing and surprising external factors. Within these themes, there are more detailed areas that may affect the smooth or negative return to work. The support and acceptance can be seen to combine different themes. Based on the results, the employer's activities in particular seem to play a key role in the running of the part-sickness allowance period. Based on the interviewees' experiences, a typical description of the part-sickness allowance process was also defined. The main areas for the development of the partial sickness allowance benefit based on the data were the extension of the maximum duration, the extension of the possibilities for staggering working hours, the mitigating of the disability requirement, the raising of awareness of the benefit, the simplification of the application process, the improvement of payment date information, and the determination of the level of benefit in such a way as to safeguard the income.

Returning to work after depression is a complexity of many factors. In addition to the demands of work, the total burden of the return and the need for resources are affected by, for example, the severity of the illness and the burden on private life. It is possible to support the resources at least through effective care, the support of the supervisor and the positive attitude of the work community. At best, returning to work with a part-sickness allowance is a quick, flexible and win-win opportunity, the use of which should be further facilitated and expanded.

Key words: Depression, mental disorders, disability, sickness allowance, partial sickness allowance, partial sickness leave, partial sick leave, return to work, part-time work, stigma, employer's activities, partial sickness allowance process, occupational health care.

The originality of this publication has been verified by Turnit's Originality Check program.

Sisällys

1 Johdanto.....	1
1.1 Tutkimuksen tausta.....	1
1.2 Tutkimuksen tavoite ja rajausta.....	2
2 Masennus.....	4
2.1 Masennus tautiluokituksessa	4
2.2 Yleisyys	5
2.3 Riskitekijät.....	6
2.4 Diagnosointi ja hoito	8
2.5 Masennukseen liittyvä työkyvyttömyys	10
2.5.1 Työkyvyttömyyteen perustuvat etuudet	11
3 Työhön paluu masennuksen jälkeen.....	13
3.1 Työhön paluun käsite ja aika	13
3.2 Osa-aikainen työskentely.....	14
3.3 Masennuksen vaikeusaste ja muut samanaikaiset sairaudet.....	16
3.4 Sosioekonominen asema ja demografiset tekijät.....	17
3.5 Masennuksen hoito	20
3.6 Työpaikkaan liittyvät tekijät.....	21
3.7 Persoonallisuus ja yksilötekijät	24
3.8 Elintapatekijät.....	25
3.9 Sairauspoissaolon uusiutuminen.....	25
4 Osasairauspäiväraha	26
4.1 Myöntöedellytykset	26
4.2 Osasairauspäivärahan käyttö	27
4.3 Osasairauspäivärahasta sopiminen	30
4.4 Osasairauspäiväraha muissa maissa	30
5 Tutkimuksen toteuttaminen	32
5.1 Aineisto.....	32
5.1.1 Aineiston hankkiminen.....	32
5.1.2 Tutkimuksen eettisyys ja tutkimuslupa	36
5.2 Menetelmä	37
5.2.1 Sisällönanalyysi.....	38

5.2.2 Analyysin toteutus	38
6 Tulokset	42
6.1 Haastateltujen kuvaus	42
6.2 Osasairauspäiväraajakson kulku	43
6.2.1 Aloite ja työterveysneuvottelu	43
6.2.2 Osa-aikatyötä koskeva sopimus ja etuuden hakeminen	44
6.2.3 Osasairauspäiväraajakson toteutuminen	45
6.2.4 Tilanne jakson jälkeen	45
6.3 Osasairauspäiväraajakson sujumiseen yhteydessä olevat tekijät	46
6.3.1 Motivaatio	46
6.3.2 Prosessin sujuvuus	48
6.3.3 Työnantajan toiminta	51
6.3.4 Työn vaatimukset	55
6.3.5 Sairauden tilanne	57
6.3.6 Työyhteisö	59
6.3.7 Yksityiselämä	63
6.3.8 Ajoitus	65
6.3.9 Yllättävät ulkopuoliset tekijät	66
6.4 Osasairauspäiväraahaetuuden kehittämismahdollisuudet	69
7 Pohdinta	72
7.1. Keskeiset tulokset ja suhde aikaisempaan tutkimukseen	72
7.2 Tulosten luotettavuus	77
7.3 Johtopäätökset	78
Lähteet	82

Liite 1. Haastattelukutsu

Liite 2. Haastattelurunko

Kuviot

Kuvio 1. Työhön palaaminen osasairauspäivärahalla

Kuvio 2. Masennustila mielenterveyden häiriöiden tautiluokituksessa

Kuvio 3. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen

Kuvio 4. Sisällönanalyysin lähestymistavat eri tutkimuskysymysten analysoinnissa

Kaavio 1. Osasairauspäivärahan saajat v. 2007 – 2019

Taulukot

Taulukko 1. Masennustilan perusteella alkaneiden osasairauspäiväraha-kausien kesto v. 2019

Taulukko 2. Haastatteluteemat

Taulukko 3. Esimerkki aineiston pelkistämisestä analyysivaiheessa

Taulukko 4. Haastateltujen sukupuoli- ja ikäjakaumat sekä perhekokoonpanot

Taulukko 5. Yhteenveto haastateltujen työhön paluusta osasairauspäivärahalla

Taulukko 6. Yhteenveto osasairauspäiväraha-ajan sujumiseen yhteydessä olevista tekijöistä

Taulukko 7. Yhteenveto osasairauspäivärahaetuuden kehittämistarpeista

1 Johdanto

1.1 Tutkimuksen tausta

Masennus on yksi yleisimmistä syistä, joiden vuoksi suomalaiset jäävät sairauslomalle työstään. Masennuksesta ja muista mielenterveyden häiriöistä johtuvat sairauspoissaolot lisääntyivät merkittävästi vuoteen 2019 saakka. Kansaneläkelaitoksen (Kelan) tilaston mukaan mielenterveyssyistä sairauspäivärahaa saaneiden määrä kasvoi vuosien 2016 ja 2019 välillä peräti 43 % (Kela 29.1.2020). Vuonna 2020 kasvu taittui (Kela 3.5.2021). Yleisimmät työkyvyttömyyttä aiheuttavat mielenterveyden häiriöt ovat masennus- ja ahdistuneisuushäiriöt (Kela, Sairausvakuutuslaitosto 2019). Pitkät sairauspoissaolot ennustavat myös pysyvämpää työkyvyttömyyttä eli saattavat johtaa joko ennenaikaiseen eläkkeelle siirtymiseen tai työmarkkinoiden ulkopuolelle joutumiseen (Laaksonen, Blomgren & Tuulio-Henriksson 2016).

Suomen poliittisissa kannanotoissa on jo pitempään kannettu huolta väestön ikääntymisestä, heikosta huoltosuhteesta ja liian lyhyistä työurista. Pitkät sairauslomat ja työkyvyttömyyseläkkeet osaltaan katkovat työikäisten työssäolokertymää ja kasvattavat nettosaajien osuutta yhteiskunnassa. Etenkin masennusta sairastavilla sairausloman pitkittyminen voi jo itsessään vaikeuttaa palaamista työhön (esim. Ervasti ym. 2017). Masennukseen sairastuneelle työntekijälle tai yrittäjälle sairastuminen voi olla myös sosiaalinen ja taloudellinen taakka (Vemer, Bouwmans, Zijlstra-Vlasveld, van der Feltz-Cornelis & Hakkaart-Van Roijen 2013). Tämän vuoksi olisi tärkeää pyrkiä tukemaan sairauslomalle jäänyttä työntekijää työhön palaamisessa jo mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.

Vaikka masennus on verrattain yleinen työkyvyttömyyden syy, ei se useinkaan yksistään aiheuta pysyvää työkyvyttömyyttä (Ahola ym. 2011). Tämän vuoksi masennukseen liittyneen sairauspoissaolon jälkeisen työhön paluun pitäisi tapahtua sujuvasti. Suomessa otettiin käyttöön osasairauspäivärahaetus vuoden 2007 lopulla. Uusi etuus oli yksi monista keinoista, joiden tavoitteena oli parantaa vajaatyökykyisten työllistymistä. Osasairauspäivärahan tarkoitus on tukea työkyvyttömän työikäisen henkilön pysymistä työelämässä ja helpottaa palaamista kokoaikaiseen työhön (Kausto 2013).

Masennuksesta aiheutuneen sairausloman jälkeistä työhön paluuta koskevat tutkimukset osoittavat, että osa-aikainen työskentely aluksi voi edistää sairaudesta toipumista ja estää työkyvyttömyyden pitkittymistä (esim. Kausto ym. 2009, Viikari-Juntura ym. 2017, Andrén 2014).

Osasairauspäiväraha ja osittainen palaaminen työhön sen avulla voi pienentää taloudellisia menetyksiä ja lyhentää ajanjaksoa, jonka sairastunut on kokonaan sivussa työelämästä. Se voi myös auttaa henkilöä pysymään kiinni arkirutiineissa ja kokemaan itsensä hyödylliseksi yhteiskunnassa. Onnistunut paluu työhön oikeaan aikaan voi itsessään tukea toipumista masennuksesta. Varhaisen osa-aikaisen työhön paluun on todettu lisäksi säästävän sosiaaliturvakustannuksia merkittävästi. Osa-aikainen paluu työhön vähentää mielenterveyden häiriöistä ja tuki- ja liikuntaelinten sairauksista aiheutuneita kustannuksia keskimäärin 2395 euroa henkilöä kohti vuodessa verrattuna pelkkään kokoaikaiseen sairauspoissaoloon. Kustannussäästö muodostuu pienemmistä sairauspäivärahojen, ammatillisen kuntoutuksen, työttömyyden ja eläkkeelle siirtymisen kustannuksista. (Viikari-Juntura ym. 2019.)

Vaikka osa-aikainen työskentely aluksi voi nopeuttaa työhön palaamista ja lisätä työhön osallistumista tulevina vuosina, on työkyvyttömyyden uusiutuminen ja osa-aikainen työskentely jatkossakin todennäköisempää niillä, jotka palaavat työhön osasairauspäivärahalla verrattuna pelkästään kokoaikaisella sairauslomalla olleisiin (Viikari-Juntura ym. 2017). Osa-aikaisen työhön palaamisen käyttö ja toimivuus vaihtelevat eri työntekijäryhmissä ja sairaustilanteissa. Tämän tutkielman tarkoitus oli selvittää osasairauspäivärahan käyttäjien arvioiden perusteella, millaiset tekijät ovat yhteydessä osasairauspäivärahajakson sujumiseen ja miten ne tulisi huomioida työhön paluuta suunniteltaessa. Tutkielman tulokset syventävät nykyistä tietoa masennuksen jälkeisen osa-aikaisen työhön palaamisen mahdollisuuksista, onnistumisen edellytyksistä ja esteistä. Tutkielman tuloksia voidaan hyödyntää osasairauspäivärahaetuuden kehittämisessä, sillä tulokset antavat lisätietoa nykyisen etuuden toimivuudesta ja mahdollisista kehittämistarpeista.

1.2 Tutkimuksen tavoite ja rajaus

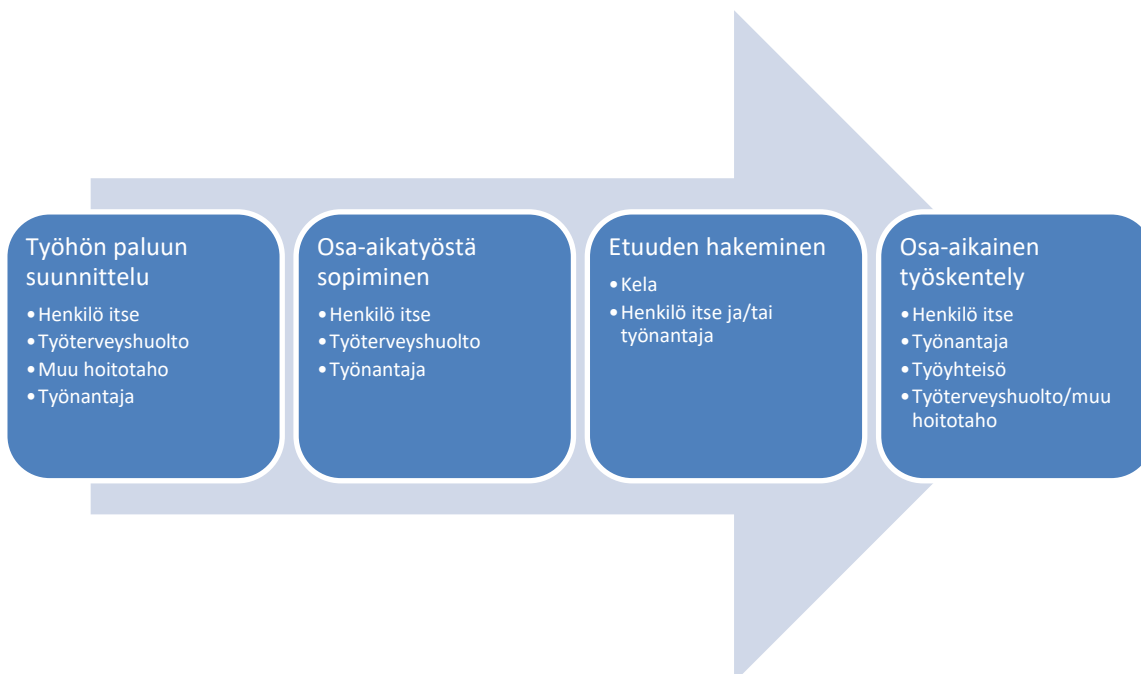
Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, millaisia näkemyksiä masennuksen vuoksi sairauslomalla olleilla on työhön palaamisesta osasairauspäivärahalla. Osasairauspäivärahan käyttäjien omakohtaisten arvioiden avulla pyrittiin löytämään sellaisia tekijöitä, jotka tukevat osa-aikaista palaamista työhön osasairauspäivärahalla ja toisaalta tekijöitä, jotka saattavat estää tai vaikeuttaa osa-aikaista työhön palaamista osasairauspäivärahalla ja työssä jatkamista osa-aikatyojakson jälkeen.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Miten osasairauspäivärahalla työhön paluun prosessi eteni?
2. Mitkä tekijät olivat yhteydessä osasairauspäivärahajakson sujumiseen?

3. Miten nykyistä osasairauspäiväraahajärjestelmää voisi kehittää etuuden saajien näkökulmasta?

Osasairauspäivärahalla työhön palaaminen masennuksesta aiheutuneen sairausloman jälkeen on laaja kokonaisuus, jonka toteutukseen osallistuu useita tahoja. Mukana on yleensä työhön palaajan itsensä lisäksi työterveyshuolto tai muu hoitotaho, työnantaja, Kela sekä muu työyhteisö. Tilanne etenee tavallisesti työhön paluun suunnittelusta ja sopimisesta varsinaiseen työn aloittamiseen ja suunnitelman mukaisen jakson toteuttamiseen. Työhön palaaja on mukana eri vaiheissa ja kokemus muodostuu eri tilanteiden perusteella. Kuviossa 1 havainnollistetaan tutkimuskysymyksen kokonaisuutta eli minkälaisia vaiheita työhön paluuseen sisältyy ja keitä eri vaiheisiin voi osallistua.



Kuvio 1. Työhön palaaminen osasairauspäivärahalla

Tutkimuksessa keskityttiin vain osasairauspäivärahaetuuteen osittaisen työhön palaamisen järjestämisessä. Suomen sosiaaliturvaan sisältyy myös muita mahdollisia osa-aikaiseen työskentelyyn soveltuvia tukimuotoja. Esimerkiksi Kela ja työeläkelaitokset myöntävät ammatillisena kuntoutuksena työkokeiluja, joiden ajaksi voidaan sopia osa-aikaisesta työskentelystä. Lisäksi työeläkejärjestelmään sisältyy osatyökyvyttömyyseläkemahdollisuus, joka voidaan myöntää osittain työkyvyttömälle henkilölle. Osasairauspäivärahan myöntämisedellytykset ja osa-aikatyön toteutusmuoto poikkeavat niin merkittävästi muista tukimuodoista, että muut tilanteet rajattiin tutkimuksen ulkopuolelle. Lisäksi on huomattava, että suomalainen osasairauspäiväraahajärjestelmä on sellaisenaan käytössä vain Suomessa. Muissa Pohjoismaissa ja

joissakin Euroopan maissa on vastaavia järjestelmiä (Kausto ym. 2009). Aiempi masennuksen jälkeistä työhön palaamista käsittelevä tutkimus soveltuu kuitenkin yleisesti työhön palaamisen edellytyksiä ja onnistumista pohtivaan tausta-aineistoon.

Tutkimus rajattiin masennusta sairastaviin työsuhteessa oleviin työntekijöihin ja yrittäjiin eli sellaisiin henkilöihin, joiden pääsairausdiagnoosi on jokin masennusdiagnoosi ja joille on myönnetty osasairauspäivärahaa osa-aikaisen työskentelyn ajalta. Masennuksen ohella esiintyy usein muutakin psyykkistä sairastamista, kuten ahdistuneisuutta, unihäiriöitä ja työuupumusta. Lisäksi erilaiset somaattiset sairaustilat ovat masentuneilla melko tavallisia. Useissa tutkimuksissa mielenterveyden häiriöt käsitellään yhtenä kokonaisuutena eikä niitä erotella sairauskohtaisesti. Tässä tutkimuksessa haluttiin keskittyä nimenomaan masennuksen erityispiirteisiin ja -tarpeisiin, minkä vuoksi empiirinen aineisto rajattiin ensisijaisesti masentuneisiin. Aikaisempia tutkimustuloksia arvioitaessa oletettiin, että yleisesti mielenterveyden häiriöitä koskevat tulokset koskevat myös masennusta ellei tutkimuksessa ole erikseen rajattu masennusta pois.

Osasairauspäivärahaetuus voidaan myöntää vain 16–67-vuotiaille ennen työkyvyttömyyden alkamista kokoaikatyötä tehneille työsuhteessa oleville työntekijöille tai yrittäjille, joten empiirinen tutkimus rajattiin tähän kohdejoukkoon. Aihetta tarkasteltiin pääasiassa työhön palaavan henkilön näkökulmasta.

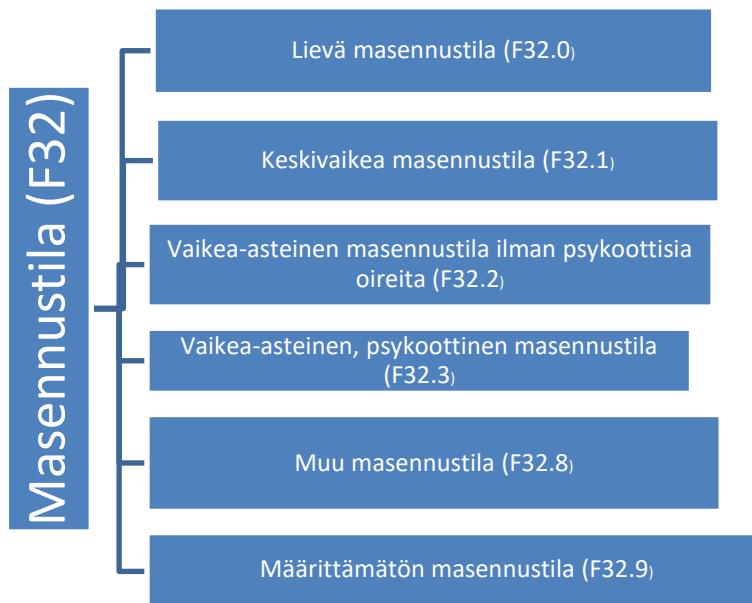
Kappaleissa 2–4 käydään läpi tutkimuksen keskeiset käsitteet ja selvitetään aiemman tutkimustiedon perusteella, mitä masennuksesta aiheutuneen sairauspoissaolon jälkeisestä työhön palaamisesta jo tiedetään. Tutkimuksen toteutus kuvataan kappaleessa 5 ja tulokset esitellään kappaleessa 6.

2 Masennus

2.1 Masennus tautiluokituksessa

Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiksi luokiteltaviin tiloihin sisältyy laaja joukko erilaisia häiriöitä. ICD-10-tautiluokituksessa mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöihin kuuluvat esimerkiksi elimelliset aivo-oireyhtymät, dementia, lääkkeiden ja päihteiden aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt, skitsofrenia, neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt, mielialahäiriöt, persoonallisuushäiriöt sekä älyllinen kehitysvammaisuus (WHO 1993, THL 2011). Masennus kuuluu mielialahäiriöihin, joiksi luetaan maniat, kaksisuuntainen mielialahäiriö, masennustilat, toistuvat masennushäiriöt, pitkäaikaiset mielialahäiriöt ja muut mielialahäiriöt (WHO 1993). Masennustilat luokitellaan alaluokkiin muun

muassa vaikeusasteen ja oireiden esiintymisen perusteella. Masennustilan kuusi alaluokkaa on kuvattu kuviossa 3. Myös toistuvat masennushäiriöt voidaan jaotella alaluokkiin (THL 2011).



Kuvio 2. Masennustila mielenterveyden häiriöiden tautiluokituksessa (Lähde: THL 2011)

2.2 Yleisyys

Masennuksen esiintyvyys vaihtelee jonkin verran maittain. Euroopan maissa kaikkien mielialahäiriöiden 12 kuukauden esiintyvyyden vaihteluväli on arviolta 3,6–9,1 % (WHO 2004). Maailmanlaajuisesti masennuksen vuotuinen esiintyvyys on noin 5 % (Ferrari ym. 2013) ja Euroopan Unionin maissa hieman vajaa 7 % (Wittchen ym. 2011). Suomessa vuosina 2000–2001 kerätyn Terveys 2000 –aineiston perusteella masennusta esiintyi noin 4 prosentilla 30 vuotta täyttäneestä aikuisväestöstä (Ahola ym. 2011). Myöhemmin toistetussa Terveys 2011-tutkimuksessa masennushäiriöiden yleisyydessä ei ollut tapahtunut kovin suuria muutoksia, naisista 7 % ja miehistä 4 % oli sairastanut masennusjakson viimeisen 12 kuukauden aikana (Koskinen, Lundqvist & Ristiluoma 2012). Terveys 2011 –tutkimuksessa kaikkien masennustilojen yhteenlaskettu esiintyvyys oli noussut vuoden 2000 7,3 prosentista 9,6 prosenttiin. Muutos oli kuitenkin tilastollisesti merkitsevä lähinnä vain naisten masennustilan kohdalla (Markkula ym. 2015).

Suomessa masennuksen ilmaantuvuus työikäisessä aikuisväestössä (18–64-vuotiaat) on noin 28,5 1000 henkilöä kohti vuodessa. Elämän ensimmäisen masennustasaisen oireiston ilmaantuvuus on noin 20,5 1000 henkilöä kohti vuoden aikana. Ilmaantuvuus on hieman suurempi 50–64-vuotiaiden joukossa verrattuna nuorempiin ikäluokkiin. Naisilla ilmaantuvuus on myös hieman korkeampi kuin miehillä. (Lehtinen ym. 2005.) Masennuksen esiintymisessä on jonkin verran eroja myös

sosiaaliluokkien välillä, masennus on yleisempää alemmissa sosiaaliluokissa (Lorant ym. 2003). Työikäisessä suomalaisväestössä tulot ovat selkeämmin yhteydessä masennushäiriön todennäköisyyteen kuin koulutus tai ammatti, jotka ovat myös sosioekonomisen aseman osatekijöitä. Matala tulotaso lisää myös useamman psyykkisen sairauden esiintymisen todennäköisyyttä (Pulkki-Råback ym. 2012). Terveys 2000-tutkimuksen aineistossa 19 %:llä niistä, joilla todettiin jokin mieliala- tai ahdistuneisuushäiriö tai alkoholiriippuvuus, oli samanaikaisesti jokin muu mielenterveydenterveiden häiriön diagnoosi (Pirkola ym. 2005).

2.3 Riskitekijät

Masennuksen riskiin vaikuttavat sekä geneettiset tekijät että ympäristötekijät. Perimän merkitys on isompi lapsuudessa, iän myötä ympäristötekijöiden merkitys kasvaa suuremmaksi. Geneettisen taustan rooli masennuksen puhkeamisessa on pienempi kuin muissa mielenterveyden häiriöissä, aikuisilla se selittää noin 30–40 % väestötason vaihtelusta (Nivard ym. 2015). Toisaalta varhaislapsuuden stressaavat kokemukset saattavat muokata yksilön stressinsäätelyjärjestelmää siten, että myöhemmin elämässä eteen tulevat vaikeudet johtavat helpommin mielenterveyden häiriön esiintymiseen (Eriksson, Räikkönen & Eriksson 2014). Lapsuuden kokemuksilla on muutenkin yhteys aikuisiän mielenterveyteen, esimerkiksi kaltoin kohdelluksi tai kiusatuksi joutuminen lapsuudessa lisää masennuksen riskiä myöhemmin (Norman ym. 2012). Lapsuudessa koetut vastoinkäymiset saattavat nostaa masennusriskiä vielä keski-iässä (Markkula ym. 2017).

Masennus on yleisempää naisilla kuin miehillä (Lehtinen ym. 2005, Markkula ym. 2015) ja myös taustalla olevat syyt voivat olla hieman erilaisia sukupuolesta riippuen. Naisilla korostuvat ihmissuhteiden ongelmat ja persoonallisuuden rooli, miesten sairastuminen liittyy useammin työhön, taloudellisiin tekijöihin tai päihteiden käyttöön (Kendler & Gardner 2014). Heikko sosiaalinen verkosto voi nostaa masennuksen riskiä naisilla etenkin silloin, jos heillä on stressaavia elämäntapahtumia (Mandelli ym. 2015). Miehet saattavat hakeutua hoitoon myöhemmin kuin naiset, mikä voi johtaa vaikeampaan oireiluun ja hitaampaan toipumiseen (Dewa, Goering, Lin & Paterson 2002).

Suomessa Terveys 2000- ja Terveys 2011 -tutkimusten aineistoista toteutettu pitkittäistutkimus osoittaa, että uuden masennushäiriön ilmaantuvuutta ennustavat nuori ikä, naissukupuoli, useat vastoinkäymiset lapsuusiässä, sosiaaliseen pääomaan liittyvä alhainen luottamus sekä aiemmin todettu ahdistuneisuushäiriö tai masennusoireilu. Sosiaalista pääomaa mitattiin tutkimuksessa kolmella ulottuvuudella, joita olivat sosiaalinen tuki, sosiaalinen osallistuminen ja verkostot sekä luottamus ja vastavuoroisuus. Erityisesti pitkäaikaisen masennuksen riskitekijöiksi tässä

tutkimuksessa löydettiin lapsuuden vastoinkäymiset, sosiaalisen pääoman osatekijänä alhainen luottamusaste ja 1–2 somaattisen sairauden esiintyminen. (Markkula ym. 2017.)

Masennuksen riskitekijöiksi on tunnistettu myös epävakaaseen elämäntilanteeseen liittyviä tekijöitä. Epävarmat suunnitelmat, pessimistinen suhtautuminen tulevaisuuteen, uhkaavan elämäntilanteen kokeminen aikaisemmin, johdonmukaisuuden puute ja välittävien ihmisten puuttuminen elämästä voivat nostaa masennusriskiä (Lehtinen ym. 2005). Ihmissuhteista saatavan tuen puuttuminen saattaa olla yhteydessä myös siihen, että masennuksen riski on korkeampi naimattomilla, eronneilla tai leskeksi jääneillä (Markkula ym. 2015).

Neuroottinen persoonallisuus on yksi masennuksen tunnetuista riskitekijöistä. Tähän persoonallisuustyyppiin liitetään esimerkiksi taipumus murehtia ja kokea kielteisiä tunteita, alttius negatiiviseen mielialaan ja heikko itsetunto (Di Fabio 2016, 3–21, 109). Neuroottisen persoonallisuuden merkitys voi johtua esimerkiksi siitä, että tämäntyyppiset ihmiset altistavat itsensä helpommin ongelmatilanteille, reagoivat niihin voimakkaammin, heidän sosiaaliset taitonsa saattavat olla heikommalla tasolla ja sopeutuminen sosiaalisiin tilanteisiin vaikeampaa. Neuroottinen persoonallisuus ja heikko sosiaalinen verkosto yhdessä lisäävät masennuksen ja vakavampien masennusoireiden riskiä etenkin naisilla. (Mandelli ym. 2015.)

Työhön liittyvät ongelmat voivat myös kasvattaa masennuksen riskiä (Kendler & Gardner 2014). Esimerkiksi Suomessa jopa puolet mielenterveyden häiriön vuoksi osasairauspäivärahaa saaneista koki, että heidän sairautensa on osittain tai kokonaan työnsä aiheuttama (Kausto ym. 2009). Työllä voi kuitenkin olla myös suojaava vaikutus, sillä niillä työntekijöillä esiintyy vähemmän masennusta, joiden työpaikan sosiaalinen pääoma on suuri. Esimiehen käyttäytymisellä on merkittävä rooli työpaikan sosiaalisen pääoman muodostumisessa (Kizuki & Fujiwara 2020).

Runsas päihteiden käyttö saattaa myös olla yhteydessä masennuksen todennäköisyyteen. Masennus ja alkoholi-riippuvuus esiintyvät usein samanaikaisesti ja tutkimukset viittaavat siihen suuntaan, että runsas alkoholinkäyttö lisää masennuksen todennäköisyyttä eikä toisin päin. Alkoholille altistuminen voi aiheuttaa neuropsykologisia ja aineenvaihdunnan muutoksia, jotka kasvattavat riskiä sairastua masennukseen (Boden & Fergusson 2011).

Masennuksen esiintymisessä tiedetään olevan sosiaaliluokkien välisiä eroja ja etenkin pienituloisilla masennusta on enemmän. Kuitenkin tulotasosta riippumatta taloudelliset vaikeudet lisäävät masennuksen riskiä (Dijkstra-Kesten ym. 2015). Myös hyvätuloisten riski sairastua masennukseen voi siten nousta, jos heillä on taloudelliseen tilanteeseen liittyvää stressiä.

2.4 Diagnosointi ja hoito

Suomen Käypä hoito -suositus on tarkoitettu perusterveydenhuollon, työterveyshuollon ja erikoissairaanhoidon lääkäreiden ja muun henkilökunnan toteuttamaa hoitoa koskeväksi suositukseksi. Suosituksen depressiota koskeva osio kattaa diagnoosit F32 ja F33 eli masennustilan ja toistuvan masennuksen. Diagnoosi muodostetaan oireiden perusteella siten, että oireiden lukumäärä, vaikeusaste, kesto ja ajallinen vallitsevuus määrittävät diagnoosin. (Depressio: Käypä hoito -suositus 2020 (Viitattu 14.10.2020).) Mielialaoireiden lisäksi samaan aikaan saattaa esiintyä muita psyykkisiä oireita, joiden perusteella voidaan tehdä useampia diagnooseja. Päädiagnoosiksi valitaan tällöin se, joka on varmimmin todettu, selkein ja joka aiheuttaa ajankohtaisesti hoitoa tai muita toimia edellyttäviä ongelmia (Cooper & Sartorius 2013, 66).

Masennusta hoidetaan monilla eri tavoilla. Hoito jakautuu akuuttivaiheeseen, jatkohoitoon ja ylläpitohoitoon. Akuuttihoitovaiheessa pyritään poistamaan tai vähentämään oireita ja hoitomuotoina käytetään esimerkiksi psykoterapiaa ja/tai masennuslääkehoitoa. Lääkehoito jatkuu yleensä vielä jatkohoitovaiheessa, tavallisesti lääkehoitoa jatketaan noin puolen vuoden ajan sen jälkeen, kun oireet ovat poistuneet. (Depressio: Käypä hoito-suositus 2020 (Viitattu 14.10.2020).)

Masennuksen lääkehoidossa käytetään useimmiten antidepressiivistä lääkitystä. Selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät eli SSRI-lääkkeet ovat eniten käytettyjä lääkkeitä, koska ne ovat turvallisia, tehokkaita ja hyvin siedettyjä. SSRI-lääkkeiden vaikutus perustuu siihen, että ne nostavat serotoniinin pitoisuutta keskushermostossa. Näillä lääkkeillä on jonkin verran tunnettuja sivuvaikutuksia, joista monet liittyvät ruuansulatuselimistön toimintaan. Esimerkiksi pahoinvointi, ripuli ja univaikeudet ovat melko tavallisia, samoin seksuaalitoiminnan häiriöt. Sivuvaikutuksia esiintyy eniten hoidon aloitusvaiheessa tai annostusta nostettaessa. (Wang & Lam 2012, 13–25.)

Trisyklisiä masennuslääkkeitä on käytetty masennuksen hoidossa pitkään ja käytetään jossain määrin edelleen, vaikka niillä on melko paljon haittavaikutuksia. Lääkeryhmän tavallisimpia sivuvaikutuksia ovat asentomuutoksiin liittyvä verenpaineen lasku etenkin vanhemmilla ihmisillä sekä pahoinvointi ja oksentelu. Trisykliset masennuslääkkeet saattavat myös heikentää ajokykyä ja kykyä käyttää vaativia laitteita. Näiden lääkkeiden käyttö tulisi lopettaa asteittain, koska nopeat muutokset saattavat aiheuttaa sivuvaikutuksia. (Puri 2011 s. 135–145.) Noradrenaliinin takaisinoton estäjät eli SNRI-lääkkeet ovat uudempi lääke ryhmä, jonka teho on verrattavissa trisyklisiin masennuslääkkeisiin. SNRI-lääkkeet ovat kuitenkin paremmin siedettyjä ja niillä on vähemmän sivuvaikutuksia. Lääkkeiden tehon arvioidaan olevan myös SSRI-lääkkeitä parempi etenkin vakavien masennustilojen hoidossa. SNRI-lääkkeiden on havaittu pienentävän

masennuksen uusiutumisen riskiä. (Bourin 2012, 49–54.)

Vaikka lääkehoito on masennuksen ensisijainen hoitomuoto, vain noin kolmanneksella masennuslääkitystä saaneista oireet poistuvat ensimmäisen hoitjakson jälkeen. Noin kolmanneksella oireet säilyvät vielä useiden lääkehoitjaksojen jälkeenkin. Muut samanaikaisesti todetut psyykkiset ja fyysiset sairaudet saattavat muuttaa aineenvaihduntaa siten, että sillä on merkitystä lääkevalinnan ja annostuksen suunnittelussa. (Fabbri & Serretti 2020). Lääkehoidon tehoa koskevien tutkimusten tulokset ovat vaihtelevia, mutta pääosin masennuslääkkeiden hyödyt on arvioitu haittoja suuremmiksi silloin, kun käytössä on vähintään matalin suositeltu hoitoannos. Lääkehoidon teho on yleensä suurin vaikeammissa masennustiloissa. (Isometsä 2020.)

Psykologinen hoito on toinen keskeinen masennuksen hoitomuoto. Psykoterapiassa hoitosuhde vaikuttaa merkittävästi siihen, kuinka hyviä tuloksia terapialla saadaan. Esimerkiksi yhteistyö, yhteinen näkemys, positiivinen tuki ja empatia luonnehtivat toimivaa suhdetta. Epäonnistuneet tai väärin ajoitetut konfrontaatiot voivat hidastaa tai estää toipumista. Psykoterapia perustuu tiettyihin, tutkimustiedon pohjalta määriteltyihin malleihin, mutta terapiaa voidaan myös muokata tilannekohtaisesti. (Cook, Schwartz & Kaslow 2017.)

Pelkän lääkehoidon tai psykologisen hoidon ohella voidaan käyttää myös molempien hoitomuotojen yhdistelmää. Etenkin lyhyellä aikavälillä lääkehoidon ja psykologisen hoidon yhdistäminen tuottaa keskimäärin paremman hoitotuloksen kuin pelkästään toisen hoitotavan käyttö (Cuijipers, van Straten, Warmerdam & Andersson 2009). Masennusta hoidetaan edelleen myös sähköhoidolla, joka tehoaa yleensä parhaiten vakaviin masennustiloihin. Sähköhoitoa suositellaan myös lievempiin masennustiloihin silloin, jos lääkehoito ei ole tuottanut tulosta (Nordenskjöld, von Knorring, Brus & Engström 2013).

Hoitomuotojen käyttöä Suomessa on selvitetty esimerkiksi Terveys 2000-tutkimuksen aineiston avulla. Masennus todettiin tuolloin 288 tutkittavalla. Heistä 36 % käytti jotakin psyykkistä lääkitystä ja 17 % sai psykologista hoitoa. Merkittävä osa masennustilan kriteerit täyttävistä oli kokonaan ilman hoitoa. Masennustilaisten ryhmään luokitelluista 24 % sai antidepressiivistä lääkitystä, 11 % ahdistuslääkkeitä, 16 % rauhoittavia lääkkeitä ja 5 % antipsykoottista lääkitystä. Hoitomuoto oli yhteydessä sairauden vakavuuteen ja oheissairauksien esiintymiseen. Asianmukaisen hoidon puuttuminen johtui osittain siitä, että masennusta sairastavat eivät hakeutuneet hoitoon. Hoitoon hakeutuvista noin kolme neljäsosaa saa hoitosuosituksen mukaista hoitoa, mutta riittäväksi arvioitavaa hoitoa vain noin puolet. (Hämäläinen ym. 2009.) Myös sairauslomalla olevista suuri osa on ilman masennuslääkitystä, arviolta noin 40 % ei käytä lääkitystä

lyhytaikaisen sairausloman aikana (Dewa, Hoch, Lin, Paterson & Goering 2003).

Masennusta sairastavia hoidetaan sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidon mielenterveyspalveluissa. Terveys 2000-tutkimusaineistossa masennuksen vuoksi hoitoon hakeutuneista 64 % hoidettiin erikoissairaanhoidossa (Hämäläinen, Isometsä, Sihvo, Pirkola & Kiviruusu 2008). Erikoissairaanhoidon piirissä olevat saavat selvästi useammin psykologista hoitoa kuin perusterveydenhuollon hoidossa olevat, perusterveydenhuollossa kyseistä hoitoa sai 30 % ja erikoissairaanhoidossa 65 %. Erikoissairaanhoidossa määrätään myös useammin masennuslääkitystä (61 % vs. 46 %), samoin kuin muuta psyykkistä lääkitystä kuten ahdistuslääkkeitä. Ahdistuslääkityksen suurempi käyttö saattaa johtua siitä, että erikoissairaanhoidon ohjautuneilla on useammin psyykkisiä oheissairauksia. Pääosa hoitoa saaneista kokee saamansa hoidon hyödylliseksi. Sairaudestaan toipuneista jopa 94 % on tyytyväisiä hoitoonsa, edelleen sairastavista tyytyväisiä on 45 %. Psykologisen hoidon saaminen lisää hoidettavan tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon. (Hämäläinen ym. 2009.)

2.5 Masennukseen liittyvä työkyvyttömyys

Masennus aiheuttaa työkyvyttömyyttä, jolla voi olla negatiivisia vaikutuksia sekä yksilölle että yhteiskunnalle. Pitkät sairauspoissaolot vähentävät työhön palaamisen todennäköisyyttä ja voivat sitä kautta myöhemmin johtaa huonompaan taloudelliseen asemaan, sosiaalisen eristyneisyyteen ja elämänlaadun heikentymiseen. Myös yhteiskunnalle masennus aiheuttaa taloudellista kuormitusta etuus- ja eläkemenoina. (Vemer ym. 2013.) Muihin mielenterveyden häiriöihin verrattuna masennus aiheuttaa työkyvyttömyyttä laajemmalle joukolle, työkyvyttömyys kestää pitempään ja sairauspoissaolojen uusiutumisen todennäköisyys on suurempi (Dewa, Goering, Lin & Paterson 2002). Masennusta sairastavista työntekijöistä noin 35–50 prosenttia on lyhytaikaisella sairauslomalla jossain vaiheessa työsuhdetta (Ervasti ym. 2013).

Masennus saattaa vaikuttaa työhön negatiivisesti silloinkin, kun se ei johda varsinaiseen sairauspoissaoloon. Esimerkiksi presentismi, työn tuottavuuden ja laadun aleneminen, virheet työssä, työtapaturmien lisääntyminen ja työuramahdollisuuksien heikentyminen voivat olla seurausta masennuksesta (Lagerveld ym. 2010). Alentunut työkyky voi näkyä esimerkiksi työn keskeytymisinä ja huolellisuuden heikentymisenä (de Graaf ym. 2012). Sairauslomalla olleiden koettu työkyky on usein muita työssäkäyviä alempi silloinkin, kun työhön paluu on onnistunut. Tällöin työssä jatkaminen voi edellyttää työn muokkaamista (Kausto ym. 2009).

Lääkäri arvioi masennusta sairastavan sairauspoissaolon tarvetta toimintakyvyn, työn vaatimusten ja työpaikan tukitoimien tai työjärjestelymahdollisuuksien perusteella. Lievä masennus ei useinkaan

aiheuta työkyvyttömyyttä. Keskivaikeaa masennusta sairastavan sairauspoissaolon tarve riippuu työn vaatimuksista ja työjärjestelymahdollisuuksista. Jos kyseessä on vaikea tai psykoottistasoinen masennus, on toimintakyky yleensä niin merkittävästi alentunut, ettei se riitä minkään työn vaatimukseen. Sairauspoissaolon kesto määräytyy hoitosuunnitelman, arvioidun hoitovasteen ja seurantakäyntien mukaan. Jos sairauspoissaolo katsotaan tarpeelliseksi, ensimmäisen sairauslomajakson pituus on tavallisesti 2–4 viikkoa. (Depressio: Käypä hoito-suositus 2020 (Viitattu 14.10.2020).) Suomessa on selvitetty masennuksen perusteella kirjoitettujen lääkärintodistusten vaihtelua. Tutkimusaineistossa keskimääräinen sairauspoissaoloaika oli 142 päivää ja lääkärintodistus työkyvyttömyydestä annettiin todennäköisimmin sellaisille potilaille, jotka olivat työsuhteessa, joiden sairaus todettiin varhaisessa vaiheessa tai jotka asuivat yhdessä jonkun muun kanssa (Sorvaniemi, Helenius & Salokangas 2003).

Mielenterveyden häiriöt aiheuttavat usein epävakautta elämään ja silloin sairauspoissaolo voi paitsi tukea toipumista, myös auttaa arvioimaan, millä edellytyksillä työssä jatkaminen on mahdollista (Thisted, Nielsen & Bjerrum 2018). Sairauspoissaoloon liittyy kuitenkin myös työpaikasta vieraantumisen ja pysyvän sairaan roolin omaksumisen riski, joten sairauslomalle jääminen itsessään voi estää psyykkisistä oireista kärsivän työelämässä jatkamista. Sairauspoissaolon merkitys vaihtelee tilannekohtaisesti. (Kinn, Holgersen, Aas & Davidson 2014.)

Mielenterveyden häiriötä sairastavan työelämään osallistuminen on epätodennäköisempää, jos hän havaitsee ympäristössään ennakkoluuloisuutta ja negatiivista suhtautumista psyykkisiin oireisiin (Thisted ym. 2018). Omaa sairautta ei tällaisessa ympäristössä haluta paljastaa, koska seurauksena voi olla leimautuminen ja poikkeava kohtelu työpaikalla. Leimautumisen pelko voi estää myös hoitoon hakeutumista (Brohan ym. 2012). Psykososiaaliset tekijät vaikuttavat myös masennuksesta johtuvan työkyvyttömyyden riskiin (Crisp 2007) samoin kuin koettu työkyky (Hynninen, Voltti, Pohjonen, Tuovinen & Leskelä 2020).

2.5.1 Työkyvyttömyyteen perustuvat etuudet

Kela voi myöntää sairauspäivärahaa 16–67-vuotiaalle Suomessa asuvalle ja vakuutetulle henkilölle korvaamaan ansionmenetystä, jos hän ei pysty tekemään työtään sairaudesta johtuvan työkyvyttömyyden vuoksi. Sairausvakuutuslaissa työkyvyttömyydellä tarkoitetaan ”*sellaista sairaudesta johtuvaa tilaa, jonka kestäessä vakuutettu on sairauden edelleen jatkuessa kykenemätön tekemään tavallista työtään tai työtä, joka on siihen läheisesti verrattavaa*”. (Sairausvakuutuslaki 2004, 8 luku).

Sairausvakuutustilaston mukaan Kela maksoi sairauspäivärahaa yhteensä noin 820 miljoonaa euroa

vuonna 2019. Sairauspäivärahan saajia oli yhteensä 304 146 ja heistä 7,3 % oli yrittäjiä tai ammatinharjoittajia ja 92,7 % palkansaajia. Vuonna 2019 alkaneissa sairauspäivärahakausissa mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden sairauspäryhmä oli toiseksi yleisin. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden perusteella sairauspäivärahaa sai 84 077 henkilöä, mielialahäiriöiden osuus tästä oli 45 509 henkilöä. Mielialahäiriöiden perusteella sairauspäivärahaa maksettiin noin 158 miljoonaa euroa vuonna 2019. Ikäryhmittäin tarkasteltuna mielialahäiriön perusteella sairauspäivärahaa saaneita oli eniten 25–34- ja 35–44-vuotiaiden ryhmissä ja vähiten 16–24-vuotiaiden ryhmässä. Mielialahäiriön vuoksi etuutta saaneista miehiä oli noin 32,5 prosenttia ja naisia 67,5 prosenttia. Eniten korvattuja sairauspäivärahapäiviä kertyi miehillä 25–34-vuotiaiden ikäryhmässä ja naisilla 35–44-vuotiaiden ryhmässä. (Kela, Sairausvakuutustilasto 2019.)

Sairauspäivärahaa voi saada enintään 300 arkipäivää ja kertymään lasketaan kaikki sairauspäivärahapäivät edeltäneen kahden vuoden ajalta (SVL 8 luku, 8 §). Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöihin liittyvät sairauspäivärahakaudet kestivät vuonna 2019 keskimäärin 68 päivää. Miehillä keskimääräinen kesto oli 82 päivää ja se oli pitempi kuin naisilla, joiden kaudet kestivät keskimäärin 62 päivää. (Kela, Sairausvakuutustilasto 2019.)

Pitkäkestoinen työkyvyttömyys voi johtaa määräaikaiseen tai pysyvään työkyvyttömyyseläkkeeseen. Sairauspäivärahan enimmäisajan täyttymisen eli noin vuoden yhtäjaksoisen työkyvyttömyyden jälkeen henkilö voi hakea työkyvyttömyyseläkettä, joka voidaan myöntää määräaikaisesti tai pysyvästi. Määräaikaista työkyvyttömyyseläkettä kutsutaan kuntoutustueksi. Työkyvyttömyyseläkkeitä myöntävät sekä Kela että työeläkelaitokset riippuen hakijan työssä tai yrittäjätoiminnassa kerryttämästä työeläkkeen määrästä. Kuntoutustuen aikana Kela ja eläkkeensaajan työeläkelaitos selvittävät, onko työkykyä mahdollista palauttaa ammatillisen tai muun kuntoutuksen avulla. Jos työkyky riittää osa-aikaiseen työhön, työeläkelaitos voi myöntää osatyökyvyttömyyseläkkeen määräaikaisena tai pysyvänä. (Kela 2020, Työkyvyttömyyseläke ja kuntoutustuki).

Terveys 2000-tutkimukseen osallistuneiden tutkittavien rekisteritietoja seurattiin vuoteen 2007 ja selvitettiin, kuinka moni masennusta sairastavista oli päätenyt työkyvyttömyyseläkkeelle seitsemän vuoden seurantajakson aikana. Lähtötilanteessa pelkästään masennusta sairasti 4,1 % tutkittavista ja 2,7 %:lla oli samanaikaisesti useampia mielenterveyden häiriöitä. Seurantajakson aikana kaikkiaan 6,7 %:lle tutkittavista myönnettiin työkyvyttömyyseläke ja näistä noin neljäsosa päätyi eläkkeelle mielenterveyden häiriön perusteella. Pelkästään masennusta sairastaneista tutkittavista työkyvyttömyyseläke myönnettiin 13,5 prosentille ja useita mielenterveyden häiriöitä sairastavista

15,4 prosentille. Työkyvyttömyyseläkkeelle päätyminen todennäköisyys oli suurempi silloin, kun henkilöllä oli samanaikaisesti useampia mielenterveyden häiriöitä, hän oli iältään yli 45, vähän koulutettu tai hänen työkuormituksensa oli suuri. Myös vähintään yksi pitkäaikainen sairauspoissaolajakso aiemmin kasvatti työkyvyttömyyseläkkeen todennäköisyyttä. (Ahola ym. 2011.)

3 Työhön paluu masennuksen jälkeen

3.1 Työhön paluun käsite ja aika

Sairauspoissaolon jälkeinen paluu työhön voidaan määritellä eri tavoin. Kauston ym. tutkimuksessa *onnistuneeksi* työhön paluiksi katsottiin tilanne, jossa henkilön sairauspoissaolo oli loppunut niin, ettei uutta poissaoloa saman syyn vuoksi syntynyt 30 päivän aikana (Kausto ym. 2018). Viikari-Junturan (2017) tutkimusryhmä käytti pysyvän työhön paluun rajana vähintään 28 päivän yhtäjaksoista työskentelyä tavanomaisissa tehtävissä välittömästi sairauspoissaolon jälkeen. Myös Nigatun ym. (2017) meta-analyysissä työhön paluu määriteltiin entiseen työtehtävään paluuna vähintään neljän viikon ajaksi siten, ettei sairauspoissaolo uusiudu ja ansiot vastaavat aikaisempaa tasoa. Sairausvakuutuslaissa työhön palaamisen katsotaan tapahtuneen silloin, kun vakuutettu jatkaa työskentelyä yhtäjaksoisesti vähintään 30 päivän ajan (SVL 9§). Esimerkiksi sairauspäivärahan ja osasairauspäivärahan enimmäisajan täytyttyä voi syntyä oikeus 50 lisäpäivään, jos vakuutettu on välillä palannut työhön vähintään 30 päivän ajaksi.

Työhön paluuseen kuluvaan aikaa mitataan useimmiten sairauspoissaolon pituudella (esim. Ervasti ym. 2015) tai ajalla, jonka työtä poissa oleva saa sairauteen perustuvia etuuksia (esim. Bethge 2016). Dewan ja kumppaneiden kansainvälisessä kirjallisuuskatsauksessa koottiin yhteen mielenterveyden häiriöitä sairastavien sairauspoissaolojen pituutta ja uusiutumista koskevia tutkimuksia. Sairauspoissaolon mediaanikesto vaihteli eri maiden välillä. Esimerkiksi Alankomaissa sairauspoissaolon mediaanikesto vaihteli 79 ja 119 päivän välillä, Brasiliassa sairausloma kesti 5–7 päivää ja Kanadassa keskimääräinen sairauspoissaoloaika oli 65 päivää. Iso-Britanniassa noin puolet sairauspoissaoloista sijoittui 28–90 päivän pituiseen jaksoon ja noin puolet yli 90 päivän mittaiseen jaksoon. (Dewa, Loong & Bonato 2014.)

Suomalaisessa kuntatyöntekijöiden seurantatutkimuksessa todettiin, että masennusta sairastavat, yli 10 päivän pituisella sairauslomalla olleet palasivat onnistuneesti työhön keskimäärin kuudessa viikossa. Sairauspoissaolojen kesto vaihteli 11–450 päivään. (Kausto ym. 2018.) Vemerin ja kumppaneiden tutkimuksessa työntekijöillä, joille oli kirjoitettu vähintään neljän viikon mittainen

sairausloma, työhönpaluunajan mediaani oli 20,9 viikkoa (Vemer ym. 2013). Koopmansin hollantilaistutkimuksessa puolestaan miesten keskimääräinen sairauspoissaolon pituus masennusoireiden vuoksi oli 200 päivää ja naisten 213 päivää. Vanhemmissa ikäluokissa sairauspoissaolot olivat pitempiä molemmilla sukupuolilla (Koopmans, Roelen & Groothoff 2008).

Useissa masennusta ja työhön paluuta selvittävässä tutkimuksissa on tunnistettu tekijöitä, jotka ennustavat, miten hyvin palaaminen työhön masennuksesta aiheutuneen sairauspoissaolon jälkeen onnistuu. Nämä tekijät voidaan jakaa sosiodemografisiin tekijöihin, työpaikkaan liittyviin tekijöihin, terveystyöskentelyn piirteisiin, sairauden vaikeusasteeseen, psykososiaalisiin tekijöihin, persoonallisuustekijöihin ja työn tai työmarkkinoiden ominaisuuksiin (Ervasti ym. 2017).

3.2 Osa-aikainen työskentely

Osa-aikaisen työhön palaamisen yhteydestä työhön paluun onnistumiseen on saatu ristiriitaisia tutkimustuloksia. Joitakin viitteitä osa-aikaisen työn aloittamisen eduista on löydetty. Suomessa on vertailtu vähintään 30 päivää osittaista sairauspäivärahaa ja pelkästään täyttä sairauspäivärahaa saaneiden työhön paluuta ja havaittu, että molempien tyyppiset sairauspoissaolot vähentävät työhön osallistumista lähivuosina, mutta osasairauspäivärahaa saaneilla kuitenkin vähemmän kuin pelkästään täyttä päivärahaa saaneilla. Täyttä päivärahaa saaneiden ryhmästä 18 % päätyi eläkkeelle neljän vuoden seurantajakson aikana, kun osasairauspäivärahaa saaneilla vastaava luku oli 10 %. (Ervasti ym. 2020.) Tässä tutkimuksessa ei selvitetty diagnoosikohtaisia eroja.

Osa-aikainen paluu työhön osasairauspäivärahalla näyttää edistävän työhön palaamista ja työssä jatkamista seuraavina kahtena vuotena paremmin kuin pelkkä kokoaikainen sairauspoissaolo etenkin lyhyissä, enintään 12 viikon mittaisissa työkyvyttömyysjaksoissa. Osa-aikaisella sairauslomalla olleiden työhön osallistumisen aste työkyvyttömyyttä seuraavan kahden vuoden aikana on myös noin 10 % korkeampi kuin ainoastaan kokoaikaisen sairauspoissaolojakson käyttäneillä. Työhön osallistumisen astetta mitataan päiväkohtaisesti tutkimalla onko henkilö työssä, työttömänä, muussa elämäntilanteessa, työkyvyttömyyseläkkeellä, osa-aikaisesti työssä osasairauspäivärahan tai osatyökyvyttömyyseläkkeen tukemana, kokoaikaisella sairauspäivärahalla tai muulla työkykyyn liittyvällä etuudella kuten kuntoutusrahalla. (Viikari-Juntura ym. 2017.)

Erityisesti mielenterveyden häiriöitä koskevat tutkimukset viittaavat kuitenkin siihen, että asteittaisesta työhön paluusta voi olla eniten hyötyä pitkissä sairauspoissaoloissa. Ruotsissa mielenterveyden häiriöiden vuoksi sairauslomalla olleiden työhön paluuta ja toipumista selvittävässä tutkimuksessa havaittiin, että lyhyissä, alle 60 päivän pituisissa sairauspoissaoloissa osa-aikaisella työskentelyllä ei ollut juurikaan vaikutusta työhön palaamisen onnistumiseen. 60

päivän jälkeen osa-aikainen työskentely kuitenkin paransi onnistuneen työhön paluun ja toipumisen todennäköisyyttä. (Andrén 2014.) Saksan mallin mukaisen asteittaisen työhön palaamisen (ks. kappale 4.4) on havaittu lyhentävän sairauspoissaolon kestoa etenkin pitkissä, yli 120 päivän pituisissa työkyvyttömyysjaksoissa ja mielenterveyden häiriöitä sairastavilla yhteys on vielä selkeämpi kuin muissa sairausryhmissä (Schneider, Linder & Verheyen 2016).

Tanskassa tehdyn tutkimuksen tulosten perusteella osittainen työhön paluu lyhentää sairauspoissaolon kokonaiskestoa joidenkin sairauksien kohdalla, mutta mielenterveyden häiriöiden vuoksi sairauslomalla olevien sairauslomajaksot eivät lyhene merkittävästi (Høgelund, Holm & Eplöv 2012). Sairauspoissaolon katsottiin tässä tutkimuksessa päättyvän siinä vaiheessa, kun työntekijä palaa entiseen täyteen työaikaansa. Osittaisen työhön paluun merkitystä arvioitiin erikseen masennuksen ja stressiin liittyvien sairaustilojen kohdalla, mutta selvää yhteyttä osa-aikaisen työskentelyn ja sairausloman lyhenemisen välillä ei havaittu. Osittain kyse saattaa olla siitä, että tutkimuksessa oli melko pieni osuus mielenterveyden häiriöiden vuoksi sairauslomalla olleita.

Suomessa osasairauspäivärahaa saaneista noin 70 % palaa osasairauspäivärahakauden jälkeen kokoaikaiseen työhön ja vajaa 10 % jatkaa työskentelyä osa-aikaisesti. Vaikka osasairauspäiväraha pääasiassa tukeekin työssä jatkamista ja vähentää työkyvyttömyyseläkkeen todennäköisyyttä pelkkään sairauspäivärahaan verrattuna (Kausto 2013), päätyy vajaa 10 % etuuden saajista myöhemmin väliaikaisesti tai pysyvästi työmarkkinoiden ulkopuolelle. Mielenterveyden häiriöitä tai tuki- ja liikuntaelinsairauksia sairastavat palaavat osasairauspäivärahakauden jälkeen entiseen kokoaikaiseen työhönsä hieman harvemmin kuin muiden sairauksien vuoksi työkyvyttömät. Tämä saattaa johtua siitä, että näihin sairausryhmiin liittyy usein työperäistä kuormitusta ja ne ovat luonteeltaan uusiutuvia. Osasairauspäiväraha voi olla hyödyllinen, vaikka varsinainen työhön paluu ei nopeutuisikaan, sillä osasairauspäivärahalla työhön palanneet kokevat osa-aikaisen työskentelyn edistävän mielenterveyden häiriöstä toipumista. (Kausto ym. 2009.)

Osittaisen työhön palaamisen todennäköisyys on suurempi tietyissä ryhmissä. Osittaista työhön paluuta ennustavat etenkin ikä, (nais-)sukupuoli, ammatti, itse arvioitu terveys, aikaisempi sairauspoissaolo, työhön paluuseen liittyvä minäpystyvyys ja hyvä työkyky suhteessa työn vaatimukseen. Masennusta sairastavat palaavat todennäköisemmin työhön osa-aikaisesti kuin muiden mielenterveyden häiriöiden vuoksi sairauslomalla olevat. (Nigatu ym. 2017.)

3.3 Masennuksen vaikeusaste ja muut samanaikaiset sairaudet

Työhön paluun onnistuminen on yhteydessä masennuksen vaikeusasteeseen ja muihin samaan aikaan esiintyviin sairauksiin tai oireisiin (Nigatu ym. 2017). Muut samanaikaisesti esiintyvät psyykkiset tai fyysiset oireet ovat masennusta sairastavilla tavallisia. Esimerkiksi suomalaistutkimuksessa masennuksen vuoksi yli 9 päivän sairauspoissaolojaksolla olleista 15,6 %:lla esiintyi masennuksen lisäksi muita psyykkisiä häiriöitä, 12 %:lla tuki- ja liikuntaelinoireita, 3 %:lla korkea verenpaine ja 2,7 prosentilla astma. Lisäksi muina harvinaisempina kroonisina sairaustiloina todettiin masennuksen ohella diabetes, sydän- ja verisuonisairaus tai syöpä. (Ervasti ym. 2015.)

Heesin ja kumppaneiden (Hees, Koeter & Schene 2012) regressiomallissa masennuksen jälkeistä työhön paluun onnistumista ennustivat parhaiten masennuksen vaikeusaste, samanaikaisesti esiintyvä ahdistuneisuus, työmotivaatio ja tunnollisuus. Masennuksesta toipumista siten, että oireet poistuivat, ennusti tutkituista tekijöistä sen sijaan lähinnä vain sairauden vaikeusaste. Työhön paluu katsottiin tässä tutkimuksessa onnistuneeksi silloin, kun henkilö palasi tavanomaiseen työaikaansa ja jatkoi työskentelyä vähintään neljä viikkoa. Toisessa tutkimuksessa masennusoireiden määrän ja työhön paluuseen kuluvan ajan välillä on havaittu annos-vaste-suhde eli mitä enemmän oireita esiintyy, sitä pitempään työhön palaaminen kestää (Nielsen ym. 2012).

Masennuksen vaikeusasteen merkitystä on tutkittu esimerkiksi masennusoireiden vaikeuden, masennuksen tyyppin (lievä masennus, keskivaikea tai vaikea masennus, pitkäaikainen masennus) ja masennuksen keston (yksittäinen masennusjakso, toistuva masennus, krooninen masennus), kliinisen historian ja hoidon onnistumisen sekä muiden samaan aikaan esiintyvien psyykkisten tai fyysisten sairauksien perusteella. Näistä tekijöistä pitempää työkyvyttömyyttä ja hitaampaa paluuta työhön ennustivat tilanteet, joissa nykyinen sairausjakso oli pitkä, masennus oli tyypiltään vähintään keskivaikeaksi luokiteltava mutta ei krooninen, sairauden oireet olivat vaikeita, samaan aikaan esiintyi muita fyysisiä tai psyykkisiä sairauksia tai oireita, masennusjaksoja oli esiintynyt jo aiemmin tai hoito ei ollut ollut tuloksellista. (Lagerveld ym. 2010.)

Ervasti tutkimusryhmineen selvitti kohorttitutkimuksella julkisen sektorin työntekijöiden masennuksesta johtuneen sairauspoissaolon jälkeistä palaamista työhön Suomessa. 89 % kaikista seurattavista palasi työhön seurantajakson aikana, mutta ne työntekijät, joilla oli masennuksen lisäksi muita diagnosoituja psyykkisiä tai somaattisia sairauksia, palasivat työhön keskimäärin hitaammin eli pitemmän sairauspoissaolon jälkeen kuin ne, joilla oli todettu pelkästään masennussairaus. Sairauspoissaolon mediaanipituus oli 34 päivää. Tutkimuksessa havaittiin, että

nykyinen tai aikaisempi muu sairaus masennuksen lisäksi vähensi työhön paluun todennäköisyyttä 19–52 %. Samanaikainen muu psyykkinen häiriö pienensi työhön paluun todennäköisyyttä 28 %, sydän- ja verisuonisairaus 28–32%, diabetes 37 % ja tuki- ja liikuntaelimestön vaiva 22 %. Myös astmaa masennuksen ohella sairastavien työhön palaamisen todennäköisyys oli alempi verrattuna pelkästään masennusta sairastaviin. Niiden tutkittavien, joilla oli diagnosoitu syöpä kolme vuotta masennusepisodia edeltävällä jaksolla, työhön paluun todennäköisyys oli 52–67 % pienempi. (Ervasti ym. 2015.)

Myös aiemmat, yli päivän kestäneet sairauspoissaolot edeltävän vuoden aikana voivat alentaa työhön paluun onnistumisen todennäköisyyttä. Onnistuneeseen työhön palaamiseen kuluva aika pidentävät todennäköisesti lisäksi, jos henkilöllä on korvattuja masennuslääkeostoja, sairaalahoitajaksoja tai samaan aikaan esiintyviä muita sairauksia. (Kausto ym. 2018.) Nämä tekijät kuvaavat osaltaan masennuksen vaikeusastetta sekä siihen liittyvää työkyvyttömyyttä ja hoidon tarvetta. Mielenterveyden häiriön muutokset ennustavat myös tulevaa työkyvyttömyyttä: jos aiemmin todettu mielenterveyden häiriö vaikeutuu, kasvaa sairauspoissaolon riski. Sairauspoissaolon riski on edelleen suurempi verrattuna terveisiin henkilöihin myös silloin, kun mielenterveyden häiriö kehittyy suotuisasti. (Mauramo ym. 2019.)

Terveys 2000 –tutkimuksessa muiden mielenterveyshäiriöiden tai somaattisten sairauksien esiintyminen samanaikaisesti masennuksen kanssa lisäsi myös työkyvyttömyyseläkkeelle päätyminen todennäköisyyttä (Ahola ym. 2011). Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneillä onkin todennäköisemmin takana sairauspäiväraajakso sekä mielenterveyden häiriön että somaattisen sairauden vuoksi. (Laaksonen ym. 2016). Tämän vuoksi työhön paluuta suunniteltaessa tulisi ottaa huomioon mahdollisten muiden sairauksien merkitys. Jos mukana on muita sairauksia masennuksen lisäksi, voi tukitoimien tarve olla suurempi.

3.4 Sosioekonominen asema ja demografiset tekijät

Työntekijän sosioekonomisen aseman on havaittu olevan yhteydessä masennuksen jälkeiseen työhön paluuseen. Perustutkintokoulutuksen saaneet palaavat työhön yleensä hitaammin kuin korkeammin koulutetut, lisäksi uusiutuvat työkyvyttömyysjaksot masennuksen vuoksi ovat tavallisempia alemmin koulutetuilla ja manuaalista työtä tekevillä. Ylemmissä, ei-manuaalisissa töissä masennukseen liittyy keskimäärin 2,5 työkyvyttömyyspäivää henkilötyövuotta kohti, alemmissa ei-manuaalisissa töissä 3,9 ja manuaalisissa töissä 4,6 päivää. Alhainen koulutustaso, alempi ammattiasema, asunnon pieni koko ja vuokra-asuminen kasvattavat masennuksesta aiheutuvan työkyvyttömyyden riskiä. (Ervasti ym. 2014.) Korkeassa sosioekonomisessa asemassa

olevilla esiintyy vähemmän pitkiä, yli 90 päivää kestäviä psyykkisistä syistä johtuvia työkyvyttömyysjaksoja, he palaavat työhön nopeammin sairauspoissaolon jälkeen ja toistuvia työkyvyttömyysjaksoja esiintyy harvemmin (Virtanen ym. 2011). Myös johtavassa asemassa olevat ja ne, jotka kokevat saavansa enemmän sosiaalista tukea, palaavat työhönsä nopeammin (Vemer ym. 2013).

Tutkimusten perusteella naisten työhön paluu masennuksesta aiheutuneen sairauspoissaolon jälkeen on usein hitaampaa kuin miehillä (Vemer ym. 2013, Kausto ym. 2018). Esimerkiksi Koopmansin ja kumppaneiden tutkimuksessa 26 viikon sairausjakson jälkeen naisista oli vielä työstä poissa 53 %, kun miehillä vastaava lukema oli 48,8 % (Koopmans ym. 2008). Naisten hitaampi paluu työhön voi johtua siitä, että naiset pitävät psyykkisistä oireistaan kertomista hyväksyttävämpänä. Naisia rasittaa usein myös perheestä ja työstä syntyvä kaksoistaakka, joka voi osaltaan hidastaa palaamista työhön (Silva-Junior & Fischer 2014).

Suomalaisia kuntatyöntekijöitä koskevassa tutkimuksessa naisten työhön paluu tapahtui kuitenkin hieman nopeammin kuin miesten, miesten sairauspoissaolojen mediaanipituus oli 45 päivää ja naisten 38 päivää. Sukupuolen lisäksi ikä oli yhteydessä sairauspoissaolon keston; iän lisääntyminen kasvatti myös sairauspoissaolon kestoa. Ammattiryhmäkohtaisessa analyysissä palvelu- ja hoitotyöntekijöiden sairauspoissaolot masennuksen vuoksi päättyivät hieman aiemmin kuin muiden ammattiryhmien. Sairauspoissaolojen kestossa havaittiin myös alueellista vaihtelua siten, että Pohjois-Suomessa kesto oli keskimäärin pitempi kuin muun Suomen alueella. Lisäksi tutkimuksessa todettiin, että miehillä ikä ennusti työhön paluun onnistumista, onnistumisen todennäköisyys oli pienempi yli 56-vuotiailla. Naisilla havaittiin sama yhteys, mutta jo 46-vuoden iän ylittäneiden onnistumisen todennäköisyys oli pienempi verrattuna 36–45-vuotiaisiin. Naisilla huomattiin myös alueellisia eroja, sillä Pohjois-Suomessa onnistuneen työhön paluun todennäköisyys oli pienempi kuin Etelä-Suomessa. (Kausto ym. 2018.)

Muissakin tutkimuksissa on havaittu iän yhteys työhön paluun nopeuteen. Vanhemmat henkilöt palaavat masennuksen jälkeen yleensä hitaammin työhön kuin nuoremmat (Vemer ym. 2013). Vähintään 50 vuoden iän on todettu olevan yhteydessä työkyvyttömyyden pitkittymiseen ja hitaampaan työhön paluuseen (Cornelius, van der Klink, Groothoff & Brouwer 2011). Suomalaisessa kohorttitutkimuksessa selvitettiin tarkemmin iän yhteyttä työhön paluuseen mielenterveyden häiriöstä aiheutuneen työkyvyttömyysjakson jälkeen ja todettiin, että työhön paluun todennäköisyys oli suurin 21–36-vuotiaiden ikäryhmässä ja pienin yli 50-vuotiailla. Todennäköisyys pieneni iän noustessa. 35–50-vuotiaiden ikäryhmissä se oli siis edelleen korkeampi kuin yli 50-vuotiaiden ryhmässä. (Mattila-Holappa ym. 2017.)

Myös perhesuhteet saattavat vaikuttaa siihen, kuinka nopeasti sairauslomalta palataan työhön. Leskillä, eronneilla ja naimattomilla on suurempi todennäköisyys palata työhön hitaammin mielenterveyden häiriöön liittyvän työkyvyttömyysjakson jälkeen (Blank, Peters, Pickvance, MacDonald & Wilford 2008). Toisaalta, joidenkin tutkimusten perusteella kumppanin kanssa elävät lapsettomat palaavat työhön hitaammin verrattuna muihin perhemuotoihin (Vemer ym. 2013). Myös perheen ainoan elättäjän asemassa oleva saattaa kärsiä masennusoireista pitempään ja palata työhön hitaammin (Cornelius ym. 2011). Mielenterveyden häiriötä sairastavan työhön osallistumista helpottaa, jos hän saa tukea terveystalvasta, perheeltä tai ystäviltä (Netto, Polly, Cocks & McNamara 2016).

Työhön paluun nopeudessa voi olla alakohtaisia eroja. Koopmans ym. (2008) havaitsivat, että koulutusaloilla, terveydenhuollossa, kaupallisissa palveluissa ja julkisella sektorilla oltiin pitempään poissa työstä masennuksen vuoksi kuin muilla aloilla. Nopeimmin työhön palasivat teollisuudessa työskentelevät miehet. Suurissa yrityksissä työskentelevät palasivat myös nopeammin työhön kuin pienissä, alle 75 henkilön yrityksissä työskentelevät.

Osa masennuksen vuoksi sairauslomalle jääneistä ei kykene palaamaan enää lainkaan takaisin työelämään. Työkyvyttömyys saattaa pitkittyä siten, että henkilö siirtyy määräaikaista tai pysyvästi työkyvyttömyyseläkkeelle. Terveys 2000-tutkimuksen tulokset osoittavat, että yli 45 vuoden ikä, lyhyt koulutus ja aikaisempi pitkäaikainen sairauspoissaolo ennustavat työkyvyttömyyseläkkeelle päättymistä (Ahola ym. 2011). Myös Karolaakson ym. tutkimuksessa todettiin samansuuntaisesti, että mielenterveyssyistä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneitä luonnehtivat yksinasuminen sekä matala koulutus- ja tulotaso. Kuitenkin niin sanotuilla valkokaulustyöntekijöillä todettiin korkeampi työkyvyttömyyseläkkeelle joutumisen riski mielenterveyden häiriöiden vuoksi kuin suorittavaa työtä tekevillä. (Karolaakso ym. 2020). Kohonnut riski saattaa johtua siitä, että valkokaulustöissä työn psyykkiset vaatimukset ovat suurempia (Lammerts ym. 2016).

Vanhempien ikäryhmien lisäksi myös nuorimmat ikäluokat saattavat olla palaamatta työhön masennuksesta aiheutuneen työkyvyttömyysjakson jälkeen. Heillä eläkkeelle siirtymistä tavallisempi syy on kuitenkin työsuhteen päättäminen tai irtisanoutuminen. Nuoret työntekijät ovat työuransa alkuvaiheessa eikä yksittäisen työsuhteen merkitys välttämättä ole niin suuri kuin pitempään työelämässä olleilla. (Dewa, Goering, Lin & Paterson 2002.)

3.5 Masennuksen hoito

Masennuksen hoidon merkitystä sairausloman kestossa on myös selvitetty. Esimerkiksi psykoterapian aloittaminen saattaa tukea ja nopeuttaa toipumista. Ebrahim kumppaneineen kuitenkin havaitsi, että ne työntekijät, jolle oli määrätty psykoterapiaa hoitomuodoksi, hakivat todennäköisemmin pitempään lyhytaikaisesta työkyvyttömyydestä johtuvia sairausetuksia kuin ne, jolle ei ollut määrätty terapiaa. Toisaalta pitkäaikaisen työkyvyttömyyden perusteella etuuksia hakeneiden työkyvyttömyysjaksot päättyivät nopeammin, jos hoidoksi oli määrätty psykoterapiaa. Tässä tutkimuksessa havaittiin lisäksi, että vanhempi ikä, korkeampi palkkaluokka ja muiden liitännäissairauksien olemassaolo hidastavat masennusta sairastavan palaamista työhön. (Ebrahim ym. 2013.)

Joyce, Modini, Christensen ja Mykletun (2016) selvittivät, minkälaisia tuloksia interventioita koskevista tutkimuksista on saatu mielenterveyden häiriöitä koskevissa tilanteissa. Tertiaariset interventiot koskevat tilanteita, joissa työntekijällä on jo todettu sairausdiagnoosi. Keskeisinä tertiaarisina interventioina on tutkittu esimerkiksi kognitiivista käyttäytymisterapiaa, altistusterapiaa ja lääkitystä. Vaikka terapia voikin vaikuttaa myönteisesti sairaudesta aiheutuviin oireisiin, kognitiivisen käyttäytymisterapian ei ole selkeästi todettu vaikuttavan myönteisesti työsuoritukseen (tuottavuus tai sairauspoissaolot), vaan tulokset ovat olleet vaihtelevia. Sen sijaan altistusterapia saattaa lyhentää sairauspoissaolon pituutta etenkin niissä tilanteissa, joissa sairauden taustalla on työperäisiä syytekijöitä. Nieuwenhuijsen ym. totesivat, että masennuslääkkeistä selektiivisillä serotoniinin takaisinottajilla (SSRI-lääkkeet), trisyklisillä masennuslääkkeillä tai serotoniinin noradrenaliinin takaisinottajilla (SNRI-lääkkeet) ei ollut vaikutusta masentuneiden työntekijöiden sairauspoissaoloihin. Kuitenkin masennuslääkitys yhdessä psykodynaamisen terapian kanssa saattoi vähentää sairauspoissaoloja (Nieuwenhuijsen ym. 2014).

Lääkehoidon yhteyttä työhön paluun nopeuteen on selvitetty muissakin tutkimuksissa. Tulosten perusteella on huomattu, että ne työntekijät, jotka käyttävät suosituksen mukaista masennuslääkitystä, palaavat todennäköisemmin työhön kuin päätyvät työelämän ulkopuolelle tai pitkäaikaisesti työkyvyttömiksi. Edellytyksenä on, että lääkehoito on toteutettu ohjeistuksen mukaisesti eli hoito on aloitettu 30 päivän sisällä työkyvyttömyyden alkamisesta, annostus on lääkkeen suosituksen mukainen ja käytetty masennuslääke on sellainen, jota suositellaan lyhyiden masennuksenjaksojen ensimmäiseksi lääkkeeksi. Varhainen lääkehoidon aloittaminen lyhentää työkyvyttömyysaikaa keskimäärin kolmella viikolla. Osalle lyhytaikaisella sairauslomalla olevista ei määrätä masennuslääkitystä lainkaan ja he palaavat siitä huolimatta nopeammin työhön kuin lääkehoitoa saaneet. Mahdollisesti kyse on siitä, että heidän oireensa ovat vähäisempiä ja lievempiä,

eikä lääkitystä siksi ole katsottu tarpeelliseksi. (Dewa ym. 2003.) Vaikka erityisesti työhön paluuta koskevat interventiot eivät näyttäisi parantavan työhön paluun onnistumista, saattavat ne hieman lyhentää sairausloman pituutta (Nigatu ym. 2016).

Vaikka vaikea-asteisissa masennustiloissa sairauspoissaolot ovat yleensä pitempiä kuin lievemmissä tiloissa, saattaa vaikean masennuksen hoitotapa lyhentää työkyvyttömyysaika. Sähköhoito on todettu työhön paluuta nopeuttavaksi hoitomuodoksi juuri vaikeiden masennustilojen kohdalla ja työhön paluu voi aikaistua etenkin silloin, jos sähköhoito aloitetaan sairausloman kolmen ensimmäisen kuukauden aikana. Työkykyiseksi palautuminen on hitaampaa silloin, jos sähköhoitoa on edeltänyt pitkä sairauspoissaolo, masennustila on lievempi, sähköhoito ei täysin tehoa, sähköhoidon jälkeen on käytetty bentsodiatsepiinilääkitystä tai samanaikaisesti masennuksen kanssa esiintyy huumeriippuvuus. Useimmiten sähköhoitoa saaneet palaavat työhön vasta useita kuukausia hoidon jälkeen. (Nordenskjöld, von Knorring, Brus & Engström 2013.)

Mielenterveyden häiriön vuoksi sairauslomalla olevien kokoaikaiseen työhön palaaminen on hitaampaa myös niillä työntekijöillä, jotka hakeutuvat erikoislääkärin tai muun erikoisammattihenkilön kuten psykologin hoitoon. Todennäköinen syy on se, että heillä on vaikeampiasteisia oireita. (Nigatu ym. 2017.)

Hoidon ohella myös kuntoutuksella tai työhön palaamisen tukimuodolla voi olla vaikutusta työhön palaamisen todennäköisyyteen. Kela ja työeläkelaitokset myöntävät ammatillista kuntoutusta, jonka tarkoituksena on tukea työkykyä (Kela 2020). Noin 65 % mielialahäiriöiden perusteella ammatillista kuntoutusta saaneista palaa työhön kuntoutuksen jälkeen (Kivekäs, Gould & Pellinen 2008). Osasairauspäivärahan saajista kokoaikatyöhön palaa 61 % ja osa-aikaiseen työhön 18 %. Osasairauspäivärahaa käytetään ammatilliseen kuntoutukseen verrattuna usein lyhyemmän työkyvyttömyyden jälkeen (Kausto ym. 2009). Kelan tukeman psykoterapiakuntoutuksen on arvioitu edistävän etenkin jo työelämässä olleiden miesten työhön osallistumista (Aaltonen & Lind 2008).

3.6 Työpaikkaan liittyvät tekijät

Osa työhön paluuta ennustavista tekijöistä liittyy työpaikan ominaisuuksiin. Työpaikalta saatava sosiaalinen tuki ja hyvä työmotivaatio ennustavat usein nopeampaa paluuta työhön, työperäinen stressi taas hitaampaa (Ervasti ym. 2017). Mielenterveyden häiriötä sairastavat pitävät omaan työn palaamistaan epätodennäköisempänä, jos he kokevat työnsä emotionaalisesti vaativaksi tai työpaikan ilmapiirin huonoksi (Kausto ym. 2009). Heidän työhön osallistumistaan vaikeuttavat myös arvostetun työroolin menettäminen, työympäristöön liittyvät haasteet tai sopivien

työmahdollisuuksien puuttuminen (Netto, Polly, Cocks & McNamara 2016). Työpaikan osoittama hyväksyntä ja huomioiminen puolestaan helpottavat työssä jatkamista (Thisted ym. 2018).

Vemer ja kumppanit selvittivät, millainen yhteys työn ominaisuuksilla on työhön paluun nopeuteen. Työhön liittyvinä ominaisuuksina arvioitiin erilaisia työn sosiaalisia ja psykologisia piirteitä kuten päätäntämahdollisuuksien laajuutta, työn psyykkisiä ja fyysisiä vaatimuksia, sosiaalista tukea esimieheltä ja työyhteisöltä sekä työsuhteen epävarmuutta. Tutkituista tekijöistä työhön paluuta ennustivat lähinnä päätäntämahdollisuuksien laajuus, sosiaalinen tuki ja työsuhteen muoto. Kokoaikainen työsuhte ennusti hitaampaa paluuta työhön kuin osa-aikainen työ. Myös laajemmat mahdollisuudet tehdä työhön liittyviä päätöksiä lisäsivät hitaamman työhön paluun todennäköisyyttä. (Vemer ym. 2013.) Lammertsin ym. (2016) tutkimuksessa työsuhteen määräaikaaisuus näytti lisäävän todennäköisyyttä sille, ettei työntekijä palaa työhönsä sairauslomalta.

Esimiehen ja työyhteisön antama hyväksyntä koettu sosiaalinen tuki ennustaa myös nopeampaa paluuta työhön kuin heikoksi koettu tuki (Vemer ym. 2013). Työyhteisön tuella saattaa olla huomattavan suuri merkitys siinä, onnistuuko sairauslomalla ollut työntekijä palaamaan takaisin työhönsä. Työyhteisön mahdollisuudet tukea palaavaa työtoveria ovat yhteydessä työjärjestelyihin, työpaikan kulttuuriin, siihen millainen suhde työtoveriin on ja miten pitkä tuen tarve on. Työpaikan yksityisyys- ja tietoturvasäännökset voivat vaikeuttaa tuen antamista, koska työyhteisön on vaikeampi antaa oikeanlaista kannustusta, jos se ei tiedä riittävästi työhön palaavan henkilön tilanteesta. Työyhteisölle olisi tarpeen antaa oma asema ja rooli työhön paluuta suunniteltaessa ja siihen tulisi sisältyä esimerkiksi viestintää ja huomioon ottamista. (Dunstan & MacEachen 2013.) Suomessa osasairauspäivärahaa saaneet kokevat, että työtoverit suhtautuvat muokattuihin työjärjestelyihin pääasiassa myönteisesti. (Kausto ym. 2009.)

Cancellieren ja kumppaneiden systemaattinen kirjallisuuskatsaus osoittaa, että sairaudesta riippumatta tietyt työhön liittyvät tekijät tukevat työhön paluun onnistumista. Tällaisia ovat eri sidosryhmien osallistuminen työhön paluun prosessiin, työn muokkaaminen ja työhön paluun koordinointi. Sidosryhmien osallistumisella tarkoitetaan työnantajan ja työntekijän välistä yhteydenpitoa, työntekijän ja työpaikan vuorovaikutusta, työnantajan ja terveystalouden tuottajan kommunikaatiota sekä kaikkien osapuolten yhteistä kokoontumista. Työn muokkaaminen voi tarkoittaa esimerkiksi työtehtävien keventämistä, työaikojen muokkaamista tai muutoksia fyysisessä työpisteessä. Myös sellaiset interventiot, joissa työpaikka on mukana, näyttävät edistävän työhön paluun onnistumista varsinkin silloin, kun ne käynnistetään varhaisessa vaiheessa.

Interventiot voivat olla monitieteellisiä, jolloin niihin osallistuu useamman alan ammattilaisia. Esimerkiksi psykologinen interventio voi sisältää koulutusta, käyttäytymisterapiaa ja ongelmanratkaisuterapiaa. (Cancelliere ym. 2016.) Masennusta sairastavien nopea ohjaaminen hoidon piiriin voi hyödyttää taloudellisesti myös työnantajaa, koska hoito todennäköisesti pienentää masennuksen aiheuttamaa työn tuottavuuden laskua (Kessler ym. 1999).

Esimiehellä on keskeinen rooli sairauslomalla olevan työntekijän työhön paluun suunnittelussa. Tutkimuskirjallisuuden perusteella esimiehen käyttäytyminen voidaan arvioida työhön paluuta tukevaksi silloin, kun hän on yhteydessä sairauslomalla olevaan työntekijään puhelimitse tai kasvokkain vähintään kerran kahdessa viikossa ja pitää seurantapalaverin työntekijän kanssa työhön paluun jälkeen. Tukeakseen osittaista työhön paluuta esimiehen tulisi keskustella työntekijän kanssa työhön paluusta jo ennen kuin työntekijän kaikki oireet ovat poistuneet ja mahdollistaa työn sisällön tai työaikojen muokkaaminen. Lisäksi esimiehen tulisi konsultoida työterveyslääkärinä tai muita ammattilaisia tarpeen mukaan. (Nieuwenhuijsen, Verbeek, de Boer, Blonk & van Dijk 2004.)

Hyvä kommunikaatio esimiehen ja työntekijän välillä voi nopeuttaa mielenterveyden häiriön vuoksi sairauslomalla olevan työntekijän paluuta työhön, tosin selkeää yhteyttä ei voida todeta silloin, kun työntekijällä on voimakkaita masennusoireita. Esimiehet pitävät todennäköisimmin usein yhteyttä sairauslomalla olevaan työntekijään, jos sairausloma aiheuttaa yritykselle taloudellisia seuraamuksia. Jos sairauslomalla olevan työntekijän työhön paluun suunnittelu on nimetty tietyn esimiehen vastuulle, pitää esimies varmemmin yhteyttä työntekijän kanssa ja konsultoi tilanteesta myös muita ammattilaisia, kuten työterveyslääkärinä. Esimiehen yhteydenpito muihin ammattilaisiin ei kuitenkaan välttämättä nopeuta paluuta työhön, vaan sairausloma voi olla jopa pitempi. Esimiehen yhteydenpito sairauslomalla olevaan työntekijään ja neuvottelu esimerkiksi työterveyshuollon kanssa on kuitenkin osa sosiaalista tukea, joka voi helpottaa palaamista työhön. (Nieuwenhuijsen ym. 2004.) Esimieheltä saatu tuki ja esimiehen johtamistavan oikeudenmukaiseksi kokeminen helpottavat myös osa-aikatyön edellyttämistä työjärjestelyistä sopimista (Kausto ym. 2009).

Työsuhteen muodollakin voi olla merkitystä työhön paluussa. Määräaikaisessa työsuhteessa olevat näyttävät palaavan työhön hitaammin kuin toistaiseksi voimassa olevissa työsuhteissa olevat. Ero työsuhteen muotojen välillä on todettavissa iästä, sukupuolesta, koulutustasosta, kroonisista somaattisista sairauksista tai aikaisemmasta psyykkisestä sairastamisesta riippumatta. Työsuhteen määräaikaisuudella tai pysyvyydellä ei kuitenkaan näytä olevan selkeää yhteyttä masennusriskiin tai masennuksesta johtuvan sairauspoissaolon uusiutumiseen. (Ervasti ym. 2014.)

Mielenterveyden häiriön syntymisen taustalla saattaa alun perin olla työhön liittyviä tekijöitä. Mielenterveyden häiriön vuoksi sairauslomalla olleen työhön paluuta hidastaa tai estää, jos henkilö on kokenut työperäistä stressiä, kiusaamista tai väkivaltaa työssä tai työn psykologiset vaatimukset ovat korkeat (Gragano, Negrini, Miglioretti & Corbière 2017). Mielenterveyden häiriöihin liittyvä leimautumisen pelko ja mahdolliset psyykkiset oireet voivat myös uhata itse koettua työidentiteettiä (Brohan ym. 2012). Hitaamman työhön paluun riskiä mielenterveyden häiriöstä johtuneen sairauspoissaolon jälkeen kasvattavat myös työn uudelleenorganisoinnista aiheutunut stressi, työttömyyden uhka ja aiempi työssä sattunut tapaturma (Blank ym. 2008). Työhön paluun onnistuminen on siten osittain kiinni siitä, millaiset olosuhteet työpaikalla olivat ennen sairauspoissaoloa.

3.7 Persoonallisuus ja yksilötekijät

Neuroottinen persoonallisuustyyppi on masennuksen tunnistettu riskitekijä ja tällä persoonallisuuden piirteellä voi olla merkitystä myös työhön paluun onnistumisessa. Neuroottisuuteen liittyy usein vaikeuksia selviytyä elämän vastoinkäymisistä ja neuroottisen persoonallisuuden omaavat työntekijät voivat reagoida voimakkaasti esimerkiksi työkuormituksen muutoksiin. (Di Fabio 2016, 4–20). Persoonallisuuden merkitys masennuksen yhteydessä voi tulla esiin myös hoidon tehoamisessa ja sopivan intervention valinnassa. (Klein, Kotov & Pubberd 2011.) Toisaalta persoonallisuuden piirteistä etenkin tunnollisuus voi ennustaa nopeampaa paluuta työhön masennuksesta johtuneen sairauspoissaolon jälkeen (Ervasti ym. 2017).

Pitkään jatkuvat masennusoireet voivat alentaa psykososiaalista toimintakykyä, mikä voi näkyä etenkin ihmissuhteisiin liittyvänä herkkyytenä tai tunteellisuutena. Tällainen herkkyys voi vaikuttaa kielteisesti työhön paluun onnistumiseen masennuksen jälkeen (Ogawa, Shigemura, Yoshino & Nomura 2013). Työhön palaaminen on todennäköisempää niillä työntekijöillä, jotka eivät suhtaudu muihin ihmisiin voimakkaan tunteellisesti.

Optimistinen suhtautuminen elämään voi vähentää masennuksesta aiheutuneen työkyvyttömyyden riskiä ja lisäksi nopeuttaa paluuta työhön sairauspoissaolon jälkeen. Kronströmin tutkimusryhmä selvitti optimismin ja pessimismin yhteyttä masennuksesta aiheutuneeseen työkyvyttömyyteen kohorttitutkimuksella, johon osallistui 38 214 julkisen sektorin työntekijää Suomessa. Tutkimus osoitti, että yhden yksikön nousu optimismia mittaavassa luokituksessa alensi työkyvyttömyysriskiä 25 % ja lisäsi masennusjakson jälkeisen työhön paluun todennäköisyyttä 37 %. Pessimismi sen sijaan oli yhteydessä alentuneeseen työhön paluun todennäköisyyteen, mutta ei masennuksesta

aiheutuneeseen työkyvyttömyysriskiin sinänsä. (Kronström ym. 2011.) Myös parempi itsearvioitu terveys ennustaa nopeampaa työhön palaamista kuin heikoksi arvioitu terveys (Nielsen ym. 2012).

Sairauslomalle jääneellä voi olla oma näkemys siitä, kuinka pitkä hänen sairauspoissaolonsa tulisi olla. Henkilön omat odotukset sairauspoissaolon pituudesta saattavat hidastaa työhön palaamista (Cornelius ym. 2011), mutta jos odotuksena on lyhyt sairausloma, se voi puolestaan ennustaa nopeampaa paluuta työhön (Gagnano ym. 2018). Työkyvyttömyys saattaa pitkittyä myös niillä henkilöillä, joilla on heikko itsetunto, jotka kokevat toivottomuutta ja joiden sosiaalinen toimintakyky on puutteellinen (Lagerfeld ym. 2010).

3.8 Elintapatekijät

Mielenterveyden häiriöstä johtuvien sairauspoissaolojen yhteydessä on huomattu tiettyjen elintapatekijöiden olevan yhteydessä hitaampaan työhön paluuseen. Epäterveelliset elintavat kuten tupakointi, huonot ruokailutottumukset ja fyysisen harjoittelun välttäminen voivat haitata työhön paluun onnistumista (Gagnano ym. 2018). Myös suhteellinen paino eli korkea tai matala painoindeksi voi ennustaa hitaampaa paluuta työhön mielenterveyden häiriöstä johtuneen sairauspoissaolon jälkeen. Yhteys johtuu mahdollisesti siitä, että normaalista poikkeava paino voi heikentää yksilön itsekunnioitusta, jolla puolestaan on yhteys mielenterveyteen. Tupakoinnin ohella myös huumeriippuvuuden on todettu ennustavan hitaampaa paluuta työhön. (Blank ym. 2008.)

Fyysisen aktiivisuuden lisäämiseen tähtäävä interventio saattaa vähentää masennuksesta johtuvia oireita. Tällainen interventio ei kuitenkaan näytä vähentävän tavanomaista masennuksen hoitoa tehokkaammin sairauspoissaoloja tai parantavan työllistymistä pitkällä aikavälillä. (Kaldo ym. 2018.)

3.9 Sairauspoissaolon uusiutuminen

Mielenterveyteen liittyvät ongelmat aiheuttavat usein uusiutuvia sairauspoissaoloja. Eri tutkimuksissa on todettu mielenterveyden häiriöistä johtuvan työkyvyttömyyden uusiutuvan 70–80 tapauksessa 1000 työntekijävuotta kohti (Dewa ym. 2014). Esimerkiksi Koopmans ja muut (2011) havaitsivat tutkimuksessaan, että tavallisimmista mielenterveyden häiriöistä aiheutunut sairauspoissaolo uusiutui 19 %:lla tutkittavista ja 90 % uusiutumista tapahtui ensimmäistä sairauspoissaolojaksoa seuraavien kolmen vuoden aikana. Sairauspoissaolon uusiutuminen määriteltiin ainakin yhtenä uutena sairauspoissaolojaksona vähintään 28 päivän onnistuneen työhön paluun jälkeen. Naisilla uusiutumisen todennäköisyys ei riippunut tarkemmasta diagnoosista, mutta miehillä masennus yhdistettiin muita mielenterveyden häiriöitä korkeampaan uusiutumisen riskiin.

Suomessa masennuksesta aiheutuvat sairauspoissaolot uusiutuvat vuoden sisällä naisilla noin 17

prosentilla ja miehillä arviolta 16 prosentilla. Pitemmällä tarkastelujaksolla uusiutumisen todennäköisyys kasvaa. Useamman vuoden tarkastelujaksolla uusiutumisen todennäköisyys on suurempi vanhemmissa ikäluokissa kuin alle 35-vuotiailla. Pitkän tarkastelujakson arvioinnissa johtajilla ja erityisasiantuntijoilla uusiutuvia masennuksesta johtuvia sairauspoissaolojaksoja esiintyy vähän vähemmän kuin muissa ammattiryhmissä. Alueellisesti eroja ei juuri ole. (Kausto ym. 2018.) Matala koulutustaso lisää mielenterveyden häiriöstä johtuvan sairauspoissaolon uusiutumisen riskiä 50 vuoden ikään saakka, mutta sitä vanhemmilla koulutus ei ole yhteydessä uusiutumisriskiin (Mattila-Holappa ym. 2017).

Nuoria ja keski-ikäisiä suomalaisia koskevassa tutkimuksessa todettiin, että mielenterveyden häiriöistä johtuvat sairauspoissaolot ennustavat myös tulevia sairauspoissaoloja ja lisäävät työkyvyttömyyseläkkeelle päätyminen ja työttömyyden riskiä tulevaisuudessa (Lallukka ym. 2019). Myös Gasse, Petersen, Chollet ja Saragoussi (2013) havaitsivat tutkimuksessaan, että aikaisempi masennukseen liittyvä sairauspoissaolo oli merkittävin uutta sairauspoissaoloa ennustava tekijä.

Sairauspoissaolon uusiutuminen saattaa olla yhteydessä työkyvyttömyysjakson pituuteen. Pitkä sairauspoissaolojakso saattaa vähentää uusiutumisen todennäköisyyttä (Dewa ym. 2002), mikä voi kertoa siitä, että masennuksesta toipuminen edellyttää riittävän pitkää poissaoloa työstä. Toisaalta isompi osa pitkäaikaisella sairauslomalla olevista ei palaa lainkaan työhön, jolloin myöskään sairauspoissaolo ei voi samalla tavalla uusiutua kuin työhön palanneilla. Kaikkiaan työhön palaaminen mielenterveyssyistä aiheutuneen sairauspoissaolon jälkeen on monitekijäinen kokonaisuus, johon vaikuttaa paljon muitakin tekijöitä kuin varsinainen sairaus (Blank ym. 2008).

4 Osasairauspäiväraha

4.1 Myöntöedellytykset

Osasairauspäiväraha on Kelan maksama etuus, jonka myöntöedellytykset määritellään sairausvakuutuslaissa. Osasairauspäivärahaan on oikeus sairausvakuutuslain mukaisesti työkyvyttömällä 16–67-vuotiaalla henkilöllä, joka pystyy terveyttään ja toipumistaan vaarantamatta tekemään osan työtehtävistään. Lisäksi henkilön työajan on pitänyt olla kokoaikatyön mukainen ennen osasairauspäivärahakauden tai sitä välittömästi edeltävän sairauspäiväraha- tai kuntoutusrahakauden alkamista ja osa-aikatyön ajalle hänen tulee olla sopinut, että hänen työaikansa vähentyy 40–60 prosenttia aiemmasta kokoaikatyön työajasta. Myös yrittäjä voi saada osasairauspäivärahaa, jos hän vähentää omassa yrityksessä tekemäänsä työtä 40–60 prosenttia aiemmasta osasairauspäivärahajakson ajaksi. Osasairauspäivärahaa voidaan maksaa enintään 120 arkipäivältä ja oikeus siihen voi alkaa omavastuuajan tai välittömästi edeltävän sairauspäiväraha- tai

kuntoutusrahajakson jälkeen. Myöntäminen edellyttää myös, että osa-aikainen työskentely on suunniteltu kestämaan yhtäjaksoisesti vähintään 12 arkipäivää. (Sairausvakuutuslaki 2004, 8 luku, 11 §.)

Työajan vähentäminen on mahdollista tehdä lyhentämällä päivittäistä työaikaa tai tekemällä lyhyempää työviikkoa. Mielen terveyden häiriöiden vuoksi osasairauspäivärahaa saavat tekevät useammin lyhennettyä työviikkoa (Kausto ym. 2009). Osasairauspäivärahauden vaikutus toimeentuloon vaihtelee työsuhteessa olevien välillä, sillä osa työnantajista maksaa osasairauspäivärahan ajalta täyttä kokoaikatyön mukaista palkkaa, osa taas maksaa vain tehdyn työmäärän mukaista osa-aikatyön palkkaa. Jos työnantaja maksaa kokoaikatyön mukaista palkkaa ja työsuhteen ehdoissa on näin sovittu, maksetaan osasairauspäiväraha työnantajalle (Sairausvakuutuslaki 2004, 7 luku, 4 §).

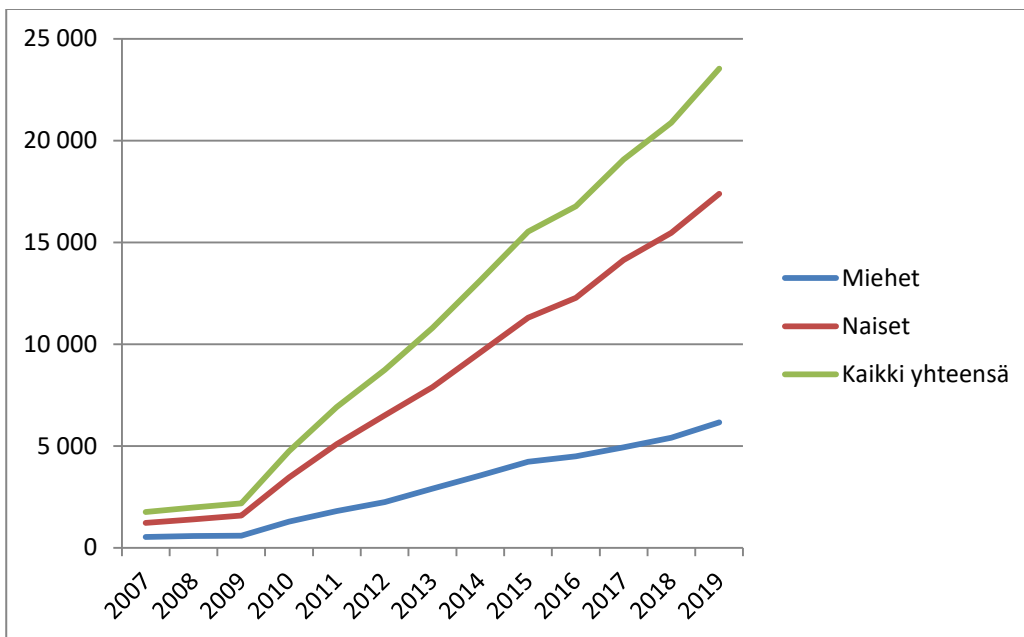
Osasairauspäivärahan myöntämisedellytyksissä määritellään, että henkilön tulee olla sairausvakuutuslain tarkoittamalla tavalla työkyvytön omaan työhönsä. Osasairauspäiväraha on siten vaihtoehto sairauspäivärahalle, koska molemmissa on samanlainen täyden työkyvyttömyyden edellytys. Osittain työkykyisten työssä jatkamista tuetaan esimerkiksi työeläkelaitosten myöntämällä osatyökyvyttömyyseläkkeellä (Niemelä & Salminen 2006).

Osasairauspäivärahaetus otettiin Suomessa käyttöön vuoden 2007 lopussa. Kyseisen ajankohdan jälkeen etuuden myöntöperusteita on muutettu siten, että osasairauspäivärahausjakso voi alkaa heti omavastuuajan jälkeen, kun aiemmin edellytettiin, että osasairauspäivärahausjaksoa on välittömästi edeltänyt vähintään 60 arkipäivän pituinen sairauspäivärahausjakso. Sairausvakuutuslain muutos tuli voimaan vuonna 2010. Vuonna 2014 enimmäiskestoaikaa pidennettiin 72 arkipäivästä 120 arkipäivään. Pääosaa eli noin 80 % osasairauspäivärahausjaksoista edeltää uudesta mahdollisuudesta huolimatta edelleen kokoaikainen sairauspoissaolajakso. (Viikari-Juntura ym. 2019.)

4.2 Osasairauspäivärahan käyttö

Osasairauspäivärahan saajien määrä Suomessa on kasvanut melko tasaisesti sen jälkeen, kun se otettiin käyttöön vuonna 2007. Kasvu on ollut voimakasta etenkin naisilla. Kaavio 1 havainnollistaa etuuden käytön kehitystä. Kelan sairausvakuutusilaston mukaan osasairauspäivärahaa sai vuonna 2019 yhteensä 23 538 henkilöä. Näistä pääosa oli palkansaajia (22 437), yrittäjiä oli alle neljä prosenttia (918). Noin kolme neljäsosaa osasairauspäivärahan saajista oli naisia ja vain neljännes miehiä. Etuutta saaneiden naisten yleisimmät ammattipääryhmät olivat palvelu- ja myyntityöntekijät, asiantuntijat ja erityisasiantuntijat. Miehillä tavallisimmat ammattipääryhmät olivat rakennus-, korjaus- ja valmistustyöntekijät, erityisasiantuntijat ja asiantuntijat. Yhteensä Kela

maksoi etuutta lähes 46,5 miljoonaa euroa, joka tarkoittaa 1,38 miljoonaa korvattua osasairauspäivärahapäivää. Vuonna 2019 myönnetyistä osasairauspäivärahoista pääosa maksettiin vakuutetulle itselleen: 23 538 maksunsaajasta vakuutettuja oli 20 416 ja työnantajia 4 943. (SVT 2021 b.) Yhteenvetona voidaan todeta, että hieman keskimääräistä iäkkäämmät, julkisella sektorilla naisvaltaisilla aloilla työsuhteessa työskentelevät ja naiset ovat valikoituneet osasairauspäivärahan saajiksi muita ryhmiä laajemmin (Kausto ym. 2009).



Kaavio 1. Osasairauspäivärahan saajat v. 2007 – 2019 (Suomen virallinen tilasto 2021 b)

Vuonna 2019 uusia osasairauspäivärahaa jaksot alkoi mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden pääryhmässä yhteensä 10 459, mielialahäiriöiden osuus näistä oli reilu puolet eli 6 663 jaksoa ja yksistään masennustilan (diagnoosi F32) 4391 jaksoa. Masennustilan perusteella myönnetyn osasairauspäiväraha jakson keskimääräinen pituus oli 60 päivää sekä miehillä että naisilla. Jaksoista hieman yli 20 % kesti yli 90 päivää ja lähes samansuuruinen osuus jaksoista kesti alle 30 päivää. Kausien kestot esitetään tarkemmin taulukossa 3. (SVT 2021 a.)

Taulukko 1. Masennustilan perusteella alkaneiden osasairauspäiväraha kausien kesto v. 2019 (Lähde SVT 2021 a)

Alkaneiden kausien kesto diagnooseittain
Tilastointijakso:2019

	Alkaneiden kausien lukumäärä	Kauden kesto keskimäärin (arkipäiviä)	Alkaneiden kausien lukumäärä			
			Kauden kesto (arkipäiviä)			
			1-30	31-60	61-90	91-
F32 Masennustila	4 391	60	1 025	1 524	851	991

Kausto ja kumppanit (2009) selvittivät osasairauspäivärahaa saaneiden kokemuksia rekisteri- ja kyselytutkimuksella vuonna 2009, jolloin etuus oli ollut vasta melko vähän aikaa käytössä. Tutkimuksessa 36 %:lla osasairauspäivärahaa saaneista oli diagnoosina jokin mielenterveyden häiriö ja näistä 54 %:lla oli diagnoosina masennustila (F32) ja 22 %:lla toistuva masennus (F33). Toinen yhtä suuri diagnoosiryhmä olivat tuki- ja liikuntaelinten sairaudet. 40 % osasairauspäivärahan saajista oli iältään 45–54-vuotiaita. Osasairauspäivärahakautta edelsi välittömästi keskimäärin 151 päivän pituinen sairauspäivärahakausi, edeltävän sairauspäivärahakauden mediaanikesto oli 142 päivää. Tutkittavien kokemukset osasairauspäivärahasta olivat pääosin myönteisiä ja tuloksista voitiin päätellä, että osasairauspäivärahalla työhön paluu edisti työssä jatkamista etenkin niissä tilanteissa, kun osasairauspäivärahaa edeltänyt kokoaikainen sairauspoissaolo oli ollut suhteellisen lyhyt. Tutkijat arvelivat tuolloin, että varsinkin mielenterveyden häiriöiden vuoksi sairauslomalla olevien kohdalla pitemmät osasairauspäivärahajaksot saattaisivat olla hyödyllisiä työhön paluun tukemisessa. (Kausto ym. 2009.)

Myöhemmissä tutkimuksissa on havaittu, että osasairauslomalla olevat palaavat työhön ja jatkavat työssään todennäköisemmin kuin pelkästään kokoaikaisella sairauslomalla olevat. Myös täyden työkyvyttömyyseläkkeen todennäköisyys on pienempi osasairauspäivärahalla olleilla. Lisäksi on kuitenkin todettu, että osasairauspäivärahajaksion jälkeen sairauspoissaolo uusiutuu nopeammin kuin kokoaikaisen sairauspäivärahakauden jälkeen ja osatyökyvyttömyyseläkkeen todennäköisyys kasvaa verrattuna pelkästään kokoaikaisella sairauslomalla olleisiin. Osasairauspäiväraha näyttää tukevan etenkin 45–65-vuotiaiden, mielenterveyden häiriöiden vuoksi sairauslomalla olleiden ja korkeammassa sosioekonomisessa asemassa olevien työssä jatkamista. (Kausto 2013, Viikari-Juntura ym. 2017.)

Taloudelliset tekijät voivat vaikuttaa osasairauspäivärahan kiinnostavuuteen. Suomessa täysi sairauspäiväraha on tasoltaan noin 70 % vuosityötulosta ja osasairauspäiväraha puolet tästä eli noin 35 % vuosityötulosta (Kela 2020, Sairauspäivärahat (Viitattu 30.11.2020)). Osa työnantajista maksaa työehtosopimuksen perusteella osasairauspäivärahajaksolta täyttä kokoaikatyön mukaista

palkkaa, jolloin tulotaso vastaa työntekijän kokoaikaisen työskentelyn mukaista tilannetta. Toimeentulo osasairauspäiväraha-kauden aikana koetaan jossain määrin riittäväksi, mutta joka viidennes kokee toimeentulon tason melko tai täysin riittämättömänä. Tulotaso koetaan riittämättömäksi etenkin alimmissa tuloluokissa (Kausto ym. 2009).

4.3 Osasairauspäivärahasta sopiminen

Työssä käyvän, masennusta sairastavan sairauspoissaolotarpeen arviointi ja työhön paluun suunnittelu olisi hyvä tehdä työterveyshuollossa. Työhön paluun tukitoimista sopimiseksi tarvitaan usein työterveysneuvottelu työntekijän, työnantajan ja työterveyshuollon kesken. Osa-aikainen palaaminen työhön osasairauspäivärahalla on yksi mahdollinen tukitoimi. (Depressio: Käypä hoitosuositus 2020. (Viitattu 14.10.2020).) Esitys osasairauspäivärahan käyttämisestä tukitoimena tulee useimmiten työterveyslääkäriltä, työterveyshoitajalta tai henkilöltä itseltään. Työpaikkaan ja työtehtäviin liittyvät tekijät vaikuttavat osasairauspäivärahan houkuttelevuuteen: mahdollisuus muokata työtehtäviä ja työaikaa jäljellä olevaan työkykyyn sopivaksi, pyrkimys ylläpitää ammattitaitoa ja tarve pitää yhteyttä työpaikkaan lisäävät halukkuutta etuuden käyttöön (Kausto ym. 2009).

Osasairauspäivärahan myöntäminen edellyttää, että työterveyslääkäri tai muu työolosuhteet tunteva lääkäri on todennut työntekijän työkyvyttömäksi tavalliseen työhönsä. Lisäksi lääkärin arvioi, että työntekijä kykenee tekemään osan töistään ilman että hänen toipumisensa vaarantuu. (Viikari-Juntura ym. 2017.)

Osasairauspäivärahajärjestely on työnantajalle vapaaehtoinen. Työnantaja voi kieltäytyä esimerkiksi silloin, jos työtä ei ole mahdollista järjestellä osa-aikatyöhön sopivaksi. Jos työnantaja kuitenkin hyväksyy suunnitelman, tekevät työnantaja ja työntekijä osa-aikatyötä koskevan sopimuksen, jossa määritellään sopimuksen kesto, palkan määräytyminen ja työajan muutos sopimusjakson aikana (Kausto 2013, Kausto ym. 2014).

4.4 Osasairauspäiväraha muissa maissa

Kaikissa Pohjoismaissa on käytössä jokin osasairauspäivärahajärjestelmä. Suomessa osasairauspäivärahaetus otettiin käyttöön myöhemmin kuin Ruotsissa, Norjassa ja Tanskassa ja etenkin aluksi sen myöntäminen oli tiukemmin rajattu kuin muissa Pohjoismaissa. Ruotsin järjestelmä poikkeaa Suomesta siten, että siellä osittaista sairauslomaa käytetään ensisijaisena vaihtoehtona tilanteissa, joissa henkilön työkyvyttömyys on osittaista eikä enää edellytä kokoaikaista sairauspoissaoloa. Tämän vuoksi osa-aikaista sairauslomaa käytetään Ruotsissa paljon,

jopa noin kolmannes myönnettyistä sairausetuuksista on osasairauspäivärahoja. Tanskassa vastaava lukema on noin 20 % ja Norjassa alle 10 %. (Kausto, Miranda, Martimo & Viikari-Juntura 2008.)

Suomessa osasairauspäivärahan myöntäminen edellyttää, että hakijalla on kokoaikainen työsuhde ja että häntä voidaan pitää sairausvakuutuslain mukaisesti täysin työkyvyttömänä. Ruotsissa osa-aikainen sairausloma on myös osa-aikatyötä tekevien käytettävissä ja osa-aikaista sairauslomaa voi käyttää silloin, jos työkyky on alentunut enintään 75 %. Lääkäri arvioi työkyvyttömyyden asteen, ja sairausloman ajalta maksettava korvaus pohjautuu tähän arvioon. Korvaustaso päätetään lääketieteellisen selvityksen perusteella vakuutuskassassa ja se voi olla 25 %, 50 %, 75 % tai 100 % täydestä korvauksesta. (Andrén 2014.) Myös Norjassa osittainen sairausloma on mahdollista porrastaa 20 ja 99 prosentin välillä (Gran, Lie, Øyeflaten, Borgan & Aalen 2015).

Ruotsissa osittaista sairausetuutta käyttävät enemmän naiset ja hieman iäkkäämmät. Yleisin käyttäjäikäryhmä on 55–70-vuotiaat. Osittaiselle sairauslomalle siirrytään keskimäärin neljän kuukauden kokoaikaisen sairauslomajakson jälkeen. Osittaisen sairauspoissaolon todennäköisyys on suurempi julkisella sektorilla työskentelevillä, korkeammin koulutetuilla, hyvätuloisilla ja päivätyötä tekevillä. Osasairauslomalla olevat kokevat muita useammin sairauspoissaoloa edeltäneen työkuormansa suureksi ja oman terveytensä heikoksi. Myös Norjassa noin 70 % osittaisen sairausloman perusteella etuuksia saavista on naisia. Etuuden jakautuminen eri ikäryhmien välille on kuitenkin tasaisempaa kuin muissa Pohjoismaissa. Tanskassakin osittainen sairausloma on hieman yleisempi naisilla. Siellä noin kolmannes saajista sijoittuu ikäryhmään 45–54-vuotiaat. (Kausto ym. 2008.)

Pohjoismaisia osasairauslomajärjestelmiä koskevissa tutkimuksissa osittainen sairausloma näyttäisi tukevan työssä jatkamista pitemmällä aikavälillä, vaikka työhön palaaminen ei välttämättä nopeudukaan verrattuna pelkkään kokoaikaiseen sairauslomaa. Työnantajat, työntekijät ja lääkärit suhtautuvat näissä maissa osittaiseen sairauslomaa pääasiassa myönteisesti. Vaikeus muokata työjärjestelyjä ja eri osapuolten toimimaton yhteistyö ovat keskeiset esteet osa-aikaisen sairausloman käytölle. (Kausto ym. 2008.)

Vastaavanlaisia osasairauspäiväraha järjestelmiä on käytössä myös muissa Euroopan maissa. Esimerkiksi Yhdistyneessä Kuningaskunnassa eli Englannissa, Skotlannissa ja Walesissa käytettävää sairauspoissaolojärjestelyä kutsutaan nimellä Fit Note. Vuonna 2010 käyttöön otetussa järjestelmässä työkyvyttömän (not fit to work) ja työkykyisen (fit to work) rinnalle on otettu kolmas vaihtoehto eli mahdollisesti työkykyinen (maybe fit). Tässä kolmannessa vaihtoehdossa lääkäri määrittelee ne olosuhteet, joissa työskentely on mahdollista. Esimerkiksi asteittainen paluu työhön,

muutos työajassa tai työtehtävien tai työnkuvan muokkaaminen voivat sisältyä ehtoihin. Mahdollisesti työkykyinen -vaihtoehtoa käytetään kuitenkin melko vähän ja etenkin mielenterveyden häiriötä sairastavilla se on epätodennäköisempi kuin täyttä työkyvyttömyyttä koskeva vaihtoehto. Järjestelmän hyödyllisyydestä tehtyjen tutkimusten tulokset ovat olleet vaihtelevia. (Dorrington ym. 2018.)

Saksassa on käytössä osittaisen työhön palaamisen malli työntekijöille, jotka eivät kuntoutusohjelman jälkeen vielä kykene tekemään täyttä työaika tai kaikkia työhön liittyviä tehtäviä. Työaika tai työtehtäviä lisätään asteittain. Järjestely on osittain osa hoitoa, sillä sen katsotaan mittaavan ja harjoittavan työkykyä. Pitkäaikaisen työstä poissaolon arvellaan heikentävän fyysistä kuntoa ja vaikuttavan kielteisesti mielenterveyteen. Työhön paluun tukemisella vahvistetaan työntekijän luottamusta omaan työkykyynsä, mahdollistetaan työtovereiden tuki ja estetään haastaviin tehtäviin tai tilanteisiin liittyvän välttämiskäyttäytymisen syntymistä. Asteittaiselta työhön paluujaksolta maksetaan edelleen sairausetuutta eikä siitä tule lisäkustannuksia työnantajalle. Saksan asteittaisen työhön palaamisen mallin on havaittu pienentävän työkyvyttömyyseläkkeelle päättymisen todennäköisyyttä noin 40 prosentilla verrattuna niihin työntekijöihin, jotka eivät pala työhön asteittain. Lisäksi asteittainen työhön paluu lyhentää sairauspoissaoloon liittyvien etuuksien kestoja ja tukee työelämään osallistumista. Asteittainen työhön paluu lyhentää sairausetuuksien kokonaiskestoja arviolta 52 päivällä. Myös seuraavan kolmen vuoden tulotaso on korkeampi asteittain töihin palanneilla. (Bethge 2016.)

5 Tutkimuksen toteuttaminen

5.1 Aineisto

5.1.1 Aineiston hankkiminen

Empiirinen aineisto kerättiin teemahaastatteluina. Haastattelu on laadullisessa tutkimuksessa yksi tavallisimmista menetelmistä hankkia aineistoa ja se soveltuu parhaiten melko vapaamuotoisiin, strukturoimattomiin tutkimusasetelmiin. Haastattelun etuna on se, että se on joustava; kysymykset voidaan esittää haastattelijan kannalta parhaiten sopivassa järjestyksessä ja vastauksia on mahdollista selventää ja tarkentaa. Haastattelu voidaan myös parhaiten kohdistaa juuri niihin henkilöihin, joilla on tietoa ja kokemusta tutkittavasta aiheesta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 62 – 64.)

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelu, jonka runkona ovat etukäteen valitut olennaiset teemat. Teemat pohjautuvat tutkimuksen viitekehykseen eli siihen, mitä tutkittavasta aiheesta jo tiedetään (Tuomi & Sarajärvi 2018, luku 3). Tässä tutkimuksessa haastatteluteemoina olivat

lähtötilanteen kartoitus, työhön paluun suunnitteluvaihe, osasairauspäiväraajakson toteuttaminen, osasairauspäiväraha ja toipuminen sekä tilanne jakson jälkeen. Aiheita syvennettiin tarkentavien kysymysten avulla. Teemahaastattelussa tutkijalla on mahdollisuus valita, esitetäänkö kysymykset kaikille haastateltaville täsmälleen samalla tavalla ja samassa järjestyksessä vai riittääkö vähäisempi yhdenmukaisuus (Eskola & Suoranta 1998, 87). Haastattelut toteutettiin melko pitkälle saman rakenteen mukaisesti, mutta koska haastateltavien tilanteet olivat hyvin erilaisia, muodostui etenkin kahdesta viimeisestä teemasta kysymyksiltään vaihtelevia.

Teemahaastattelussa pyritään löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimuskysymykseen ja jotta näin voitaisiin tehdä, tulee haastateltavilla henkilöillä olla riittävästi tietoa ja kokemusta tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 65 – 68.) Tutkimukseen haastateltiin henkilöitä, joilla oli omakohtaista kokemusta masennuksesta johtuvasta työkyvyttömyydestä ja paluusta työhön Kelan osasairauspäivärahalla. Haastateltavien kokemukset olivat melko tuoreita, pääosalla osasairauspäiväraajakso oli ollut viimeksi kuluneen kolmen vuoden aikana. Tämän perusteella haastateltavat todennäköisesti muistivat kokemuksensa vielä hyvin.

Tutkimusaineisto koostuu 10 teemahaastattelusta. Opinnäytetyössä jo 6–8 haastateltavaa voi olla riittävä määrä, kun huomioidaan käytettävissä olevat resurssit (Eskola 2007, 32–46). Haastateltavien sopivaa määrää voidaan arvioida myös saturaation avulla: jos uudet haastateltavat eivät tuota uutta tietoa tutkittavasta aiheesta, ei haastateltavia kannata enää lisätä (Eskola & Suoranta 1998, 62–63). Kerätyissä haastatteluissa toistui melko samantyyppinen tapahtumarakenne, joten todennäköisesti aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä riittävästi.

Tutkimuskysymyksiin vastaaminen aineiston avulla edellyttää, että haastateltavilla on kokemusta tutkittavasta aiheesta. Tutkimukseen tuli siten löytää haastateltavia, jotka olivat jääneet masennuksen vuoksi sairauslomalle työstään ja saaneet osasairauspäivärahaa työhön palaamisen tukemiseksi sairausloman jälkeen. Sopivia haastateltavia olisi ollut mahdollista yrittää tavoittaa esimerkiksi pyytämällä Kelalta tutkimusjoukkoon kuuluvien yhteystietoja. Tällöin heistä olisi kuitenkin pitänyt vielä löytää sellaisia henkilöitä, jotka ovat halukkaita osallistumaan haastatteluun ja tutkimukseen. Masennus voi olla aiheena arkaluontoinen, joten oli parempi, että vapaaehtoiset haastateltavat voivat itse lähestyä tutkimuksen tekijää kutsun nähtyään. Tällainen rekrytointimenettely saattoi toisaalta kasvattaa hieman valikoitumisharhan riskiä, mikä huomioitiin tuloksia arvioitaessa.

Haastateltavien rekrytoinnissa pohdittiin useita vaihtoehtoisia kanavia, joiden kautta kutsun voisi esittää. Esimerkiksi työterveyshuollot, masennusta sairastavien vertaistukiryhmät ja keskustelupalstat tai isot työnantajat olisivat potentiaalisia väyliä saada yhteys mahdollisiin

haastateltaviin. Hyväksi vaihtoehdoksi osoittautui yhteisöpalvelu Facebook, jonka kautta oli mahdollista saada suoraan yhteys masennusta sairastaneisiin henkilöihin. Facebookissa toimii useita mielenterveyteen kytkeytyviä ryhmiä, joista osa keskittyy vertaistukeen, osa tiedottamiseen ja osa yhdistystoimintaan. Yhteistyökumppaniksi haastateltavien rekrytoimiseen lupautui mielenterveysasioihin keskittyvä valtakunnallinen järjestö Mielenterveyden keskusliitto, jolla on koko maan kattavaa toimintaa ja yhteydet paikallisiin mielenterveysyhdistyksiin. Mielenterveyden keskusliitto on mielenterveyden ongelmia kokeneiden ihmisten järjestö, jonka toimintaan kuuluu edunvalvonta, vaikuttaminen ja verkostoyhteistyö, yhdistystoiminta ja paikallisten jäsenyhdistysten tukeminen, liikuntatoiminnan järjestäminen, neuvontapalvelut chatissa ja puhelimitse sekä koulutusten, kurssien ja seminaarien järjestäminen (Mielenterveyden keskusliitto 2020).

Kutsu julkaistiin ensimmäisenä kahdessa Mielenterveyden keskusliiton Facebook-ryhmässä. Järjestön ylläpitämässä Mielentila- ja MTKL yhdistysuutiset -ryhmissä on yhteensä n. 1350 jäsentä, joista osa on mielenterveyden alalla toimivia ammattilaisia ja osa yksityishenkilöitä. Mielentilar ryhmä on suunnattu kaikille, jotka haluavat keskustella mielen hyvinvoinnista tai mielenterveyden ongelmista. MTKL yhdistysuutiset on järjestön yleissivusto, jolla tiedotetaan ajankohtaisesta toiminnasta.

Kutsu julkaistiin muutamia päiviä ensimmäisen julkaisun jälkeen myös Masennus (vertaistuki) -ryhmässä Facebookissa. Kutsuteksti oli tällöin hieman lyhennetyssä muodossa, mutta julkaisussa oli linkki samaan kutsuun, jota käytettiin Mielenterveyden keskusliiton ryhmissä. Kyseinen masennuksen vertaistukiryhmä on tarkoitettu masennuksesta ja muista mielenterveyden häiriöistä kärsiville aikuisille ja sen jäsenyys edellyttää ryhmän ylläpitäjän hyväksyntää. Ryhmään kuuluu noin 2400 jäsentä. Haastattelukutsu julkaistiin vielä myöhemmin myös Naistenhuone yli 40-vuotiaille- ja Hyvä mielenterveys – jokaisen oikeus -ryhmissä, mutta näiden ryhmien kautta ei tullut yhteydenottoja. Pääosa haastatelluista otti yhteyttä nähtyään hakuilmoituksen Masennus (vertaistuki)-ryhmässä.

Haastattelukutsu julkaistiin tammikuun 2021 alkupuolella ja muutaman kerran uudestaan seuraavien viikkojen aikana. Haastateltaviksi kutsuttiin henkilöitä, jotka olivat saaneet Kelan osasairauspäivärahaa ja joiden työkyvyttömyyden syynä on ollut masennus. Haastattelukutsu pyrittiin laatimaan siten, ettei se rajaisi osallistujia tietynlaisten kokemusten mukaan, vaan kaikki positiiviset, negatiiviset ja neutraalit kokemukset olivat yhtä toivottavia. Kutsussa ei myöskään painotettu työhön paluun onnistumista, jottei potentiaalisista haastateltavista suljettaisi pois niitä, joiden työhön paluu ei toteutunut suunnitellusti osasairauspäiväraajakson yhteydessä. Haastattelukutsu on kuvattu liitteessä 1.

Haastateltavat ilmoittautuivat itse vapaaehtoisiksi haastatteluihin. Haastatelluista suurin osa oli naisia, mikä vastaa osasairauspäivärahan käyttäjien profiilia. Haastattelut toteutettiin puhelinhaastatteluina ajalla 14.1.2021 – 3.2.2021. Haastatelluilta pyydettiin haastattelun aluksi suullinen suostumus haastatteluun, haastattelun tallentamiseen ja aineiston käyttöön. Ennen suostumuksen pyytämistä haastateltaville kerrottiin tutkimuksen sisällöstä ja tavoitteista sekä kerätyn aineiston säilyttämisestä ja käytöstä. Myös haastattelun kulku ja teemat käytiin lyhyesti läpi ennen varsinaista haastattelua. Lisäksi haastateltaville kerrottiin tutkimuksen julkaisemisesta ja siitä, mistä ja milloin valmis raportti on luettavissa.

Haastattelut tehtiin puhelimitse haastateltavan kanssa etukäteen sovittuna ajankohtana. Haastatteluiden kesto vaihteli 19 ja 70 minuutin välillä, keskimääräinen kesto-aika oli 40 minuuttia. Puhelut nauhoitettiin TapeACall Pro -sovelluksen avulla, nauhoittamisesta kerrottiin haastateltavalle henkilölle ennen nauhoittamisen aloittamista. Haastattelun jälkeen nauhoitteet litteroitiin sanasanallisesti tekstimuotoon. Tutkija toteutti kaikki aineiston keräämisen ja käsittelyn vaiheet itse.

Teemahaastatteluina kerätty aineisto rakentuu teemojen mukaisista osioista. Haastattelurunko on kuvattu liitteessä 2. Haastatteluissa kysyttiin aluksi taustatietoja, joita olivat ammatti ja ala, ikä ja sukupuoli (mikäli se ei muuten selvinnyt), perhetilanne, työnantajan kokoluokka ja asuinalue. Varsinaiset haastatteluteemat muodostuivat kronologisesti lähtötilanteen kartoittamisesta, työhön paluun suunnitteluvaiheesta, osasairauspäiväraajakson toteutuksesta ja kulusta, toipumisesta ja jakson jälkeisestä tilanteesta. Lähtötilanteen kartoittamista koskevat vastaukset kuvaavat sitä, millainen tilanne työhön paluuvaihetta on edeltänyt, esimerkiksi mitä tekijöitä masennuksen taustalla oli, miten masennusta oli hoidettu ja kuinka pitkään vastaaja oli ollut sairauslomalla. Tähän teemaan sisältyvät vastaukset koskevat etenkin tutkimuskysymyksiä 1. ja 2. eli ne kuvaavat työhön paluun prosessin etenemistä työkyvyttömyyden toteamisesta alkaen ja taustoittavat osin työhön paluun sujumiseen liittyviä tekijöitä.

Teema 2. koskee työhön paluun suunnitteluvaihetta ja vastaukset käsittelevät sitä, miten työhön paluuta suunniteltiin, millaista yhteistyötä eri toimijoiden välillä oli ja millaisia sopimuksia työhön paluun toteuttamisesta tehtiin. Vastausten avulla pyrittiin selvittämään erityisesti tutkimuskysymyksiä 1. ja 2. Tutkimuskysymys 1. koskee koko työhön paluun prosessin vaiheita ja kysymys 2. osasairauspäivärahalla työhön palanneiden arvioita osasairauspäiväraajakson sujumiseen yhteydessä olleista tekijöistä.

Kolmas haastatteluteema käsittelee varsinaisen osasairauspäiväraajakson toteutusta ja kulkua. Aineisto käsittää haastateltavien vastaukset kysymyksiin siitä, toteutuiko jakso suunnitellusti,

millaiseksi vastaaja koki esimiehen tuen, työyhteisön tuen ja tehtyjen työnmuokkausten riittävyyden ja millaiseksi vastaaja arvioi osasairauspäiväraajaksonsa kokonaisuudessaan. Tätä teemaa koskeva aineiston osa pyrki avaamaan etenkin tutkimuskysymystä 2. eli vastaajan kokemusta työhön paluusta osasairauspäivärahalla sekä osasairauspäiväraajakson sujumiseen yhteydessä olleita tekijöitä. Teema 4. syventää edelleen kuvaa työssä jatkamista tukevista ja haittaavista tekijöistä ja aineisto sisältää vastaajien omia näkemyksiä laajemmin kuin teemassa 3, jossa vaihtoehtoja oli tarkemmin rajattu. Aineisto kertoo myös siitä, näkivätkö vastaajat työhön paluun osasairauspäivärahalla tukeneen heidän toipumistaan, oliko jakso oikea-aikainen ja oliko vastaajien elämässä muita tekijöitä, jotka vaikuttivat jakson toteutumiseen.

Viides ja viimeinen teema käsittelee osasairauspäiväraajakson jälkeistä tilannetta ja se liittyy jossain määrin kaikkiin tutkimuskysymyksiin. Vastaukset kertovat siitä, mitä tapahtui osasairauspäiväraajakson jälkeen; jatkuiko työskentely ja jos jatkui, oliko työhön tai työnantajaan tullut muutoksia tai oliko sairauspoissaolo uusiutunut. Haastattelukysymysten avulla pyrittiin muodostamaan käsitystä siitä, minkälainen kokonaisuus siirtymä sairauslomalta työhön osasairauspäiväraajakauden kautta on. Yhteenvedo haastatteluteemoista on esitetty taulukossa 1.

Taulukko 2. Haastatteluteemat

Teema 1.	<i>Lähtötilanteen kartoitus</i>
Teema 2.	<i>Työhön paluun suunnitteluvaihe</i>
Teema 3.	<i>Osasairauspäiväraajakson toteutus ja kulku</i>
Teema 4.	<i>Osasairauspäiväraha ja toipuminen, työssä jatkamista tukevat ja vaikeuttavat tekijät</i>
Teema 5.	<i>Jakson jälkeen</i>

5.1.2 Tutkimuksen eettisyys ja tutkimuslupa

Tutkimuksessa noudatettiin ihmistieteiden eettisiä periaatteita. Eettisyys tarkoittaa esimerkiksi sitä, että tutkittavat osallistuvat tutkimukseen vapaaehtoisesti ja heillä on mahdollisuus keskeyttää tai peruuttaa osallistumisensa, tutkittavilla on mahdollisuus saada tietoa tutkimuksen sisällöstä ja toteuttamisesta sekä henkilötietojen käsittelystä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019). Tutkimuksesta laadittiin Tampereen yliopiston Tampereen alueen ihmistieteiden eettisen toimikunnan mallin mukainen kirjallinen tutkimustiedote, joka käytiin suullisesti läpi haastateltavien kanssa ennen haastattelun aloittamista. Haastateltaville kerrottiin etukäteen, mitä aihetta haastattelu koskee. Haastateltavilta pyydettiin tietosuoja-asetuksen mukainen yksilöity

suostumus tietojen käyttämiseen tässä tutkimuksessa. Myös haastatteluaineiston säilyttämisestä ja hävittämisestä selostettiin lyhyesti ennen haastattelun toteuttamista.

Haastatteluissa käsiteltiin vastaajien arkaluontoisia terveystietoja, joten anonymiteetin säilymiseen kiinnitettiin erityistä huomiota. Haastatteluissa ei kysytty sellaisia yksilöintitietoja, joista vastaajan henkilöllisyys olisi tullut esiin. Tällaisia ovat esimerkiksi nimi ja henkilötunnus. Haastatteluista ei julkaista eikä lainauksissa esitetä sellaisia tietoja, joiden kautta vastaajan henkilöllisyys voisi selvitä. Tällaisia ovat esimerkiksi asuinpaikka, työpaikka, nimet, hoitohenkilöstöön kuuluneiden nimet tai työterveyspalveluiden tuottaja. Lisäksi haastateltujen taustatietoja muokattiin tarpeen mukaan siten, että tunnistettavuus väheni. Esimerkiksi muutaman haastatellun ammattinimikettä muutettiin yleisluontoisemmaksi.

Tutkielman tekemiseen pyydettiin tutkimuslupa Kelan sairauspäivärahan etuuspäälliköltä Kelan opinnäytetöitä koskevan ohjeistuksen mukaisesti. Eettisen ennakoarvioinnin tarvetta arvioitiin ennen tutkimuksen toteuttamista. Arvion perusteella tutkimuksesta ei aiheudu haittaa tutkittaville, joten eettistä ennakoarviointia ei pidetty tarpeellisena.

5.2 Menetelmä

Tutkielma toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Eskolan ja Suorannan (1998, 15) mukaan laadullisen tutkimuksen tunnusmerkkeinä voidaan pitää muun muassa harkinnanvaraista otantaa, tutkittavien näkökulmaa, hypoteesittomuutta, tulosten esitystapaa, narratiivisuutta, aineiston laadullis-induktiivista esitystapaa sekä aineistonkeruumenetelmää, jonka avulla hankittu aineisto on muodoltaan tekstiä. Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä löytämään tilastollisesti yleistettävissä olevia säännönmukaisuuksia vaan kuvaamaan jotakin ilmiötä tai ymmärtämään tutkimuksen kohteena olevaa toimintaa (Tuomi & Sarajärvi 2018, 74). Tutkimuksessa keskitytään määrän sijasta laatuun eli tapausten määrä on pieni, mutta niiden analysointi on mahdollisimman perusteellista (Eskola & Suoranta 1998, 18).

Analyysillä aineistosta muodostetaan selkeämpi kokonaisuus ja tavoitteena on siirtyä hajanaisuudesta kohti informatiivisempaa kokonaisuutta (Eskola & Suoranta 1998, luku 4). Analyysi pyritään tekemään kattavasti siten, etteivät tulkinnat perustu vain satunnaisiin vaikutelmiin ja poimintoihin, vaan se koskee kaikkia aineistosta esille nousevia aiheita (Mäkelä 1992, 53). Laadullinen analyysi muodostuu kahdesta toisiinsa limittyvästä vaiheesta, havaintojen pelkistämisestä ja arvoituksen ratkaisemisesta eli tulkinnasta (Alasuutari 2007, 39–44).

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta osoittavat esimerkiksi johtopäätösten uskottavuus ja sisäinen johdonmukaisuus. Luokittelussa ei tulisi esiintyä sisäistä ristiriitaisuutta ja lukijan pitäisi

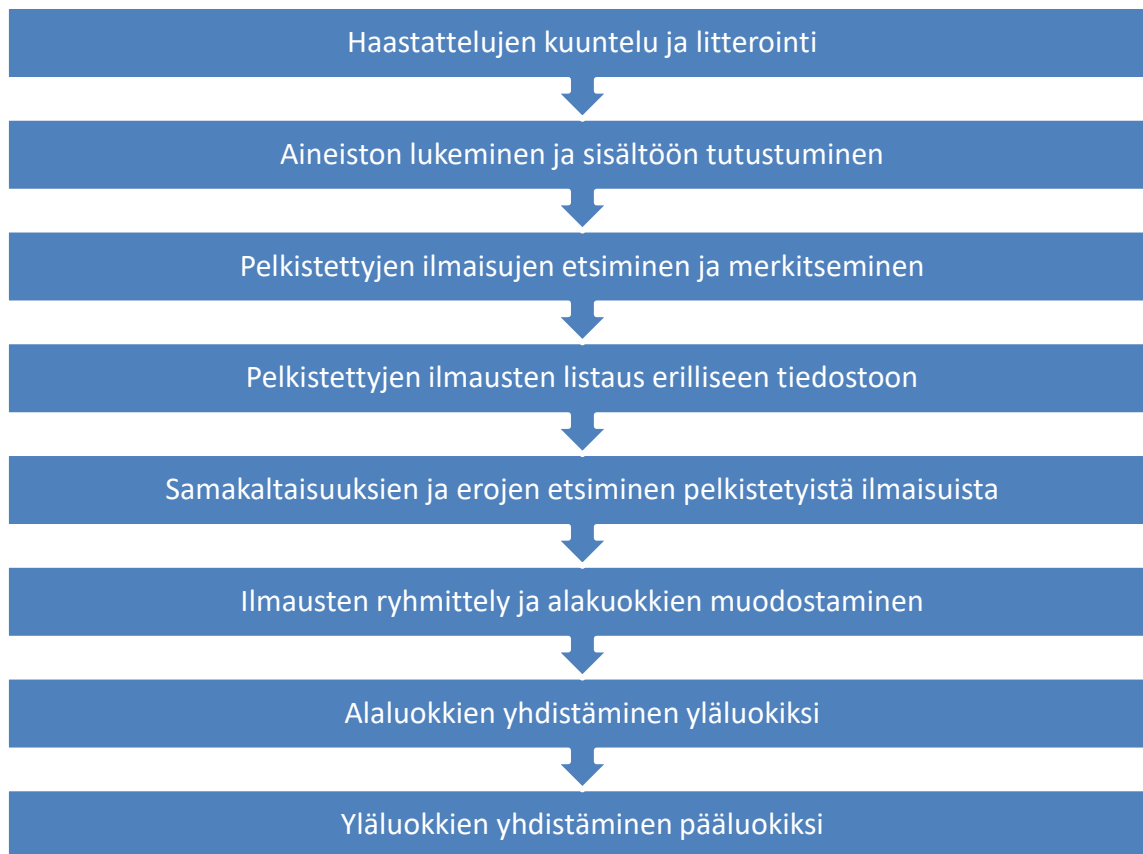
kyetä jäljittämään tutkijan päättelyn etenemistä. (Eskola & Suoranta 1998, luku 5). Toisaalta samasta aineistosta on mahdollista tehdä useampia tulkintoja ja silloin on olennaista, että tehty tulkinta on perusteltu ja päättely seurattavissa (Ehrnrooth 1992, 37).

5.2.1 Sisällönanalyysi

Haastatteluina kerättyä empiiristä aineistoa analysoitiin laadullisesti sisällönanalyysin avulla. Sisällönanalyysi tarkoittaa yksinkertaisesti kuullun tai kirjoitetun sisällön analyysiä. Sisällönanalyysin tarkoitus oli pyrkiä löytämään tiivistetty kuvaus tutkittavasta ilmiöstä ja tehdä tyypillisen kuvauksen perusteella johtopäätöksiä (Tuomi & Sarajärvi 2018, luku 4). Sisällönanalyysin vaiheisiin kuuluu aineiston koodaaminen ja aineistosta nousevien asioiden luokittelu, teemoittelu tai tyypittely. Luokittelu mahdollistaa myös aineiston kvantitatiivisen analysoinnin, koska sen kautta voidaan määrittää myös esiintymistiheyttä eli miten usein eri luokat esiintyvät aineistossa. (Tuomi & Sarajärvi 2018, luku 4.4.7). Määrällistä arviointia käytettiin tutkimuskysymyksen 1 analyysissä, kun selvitettiin, miten osasairauspäivärahasprosessi oli edennyt eri henkilöillä ja millainen eteneminen näytti tavallisimmalta tai tyypillisimmältä. Myös kolmannessa tutkimuskysymyksessä käytettiin määrällistä arviointia, kun analysoitiin osasairauspäiväraha järjestelmän kehittämisehdotuksia ja ehdotusten painoarvoa sen perusteella, miten usein ne esiintyivät ehdotuksissa.

5.2.2 Analyysin toteutus

Laadullisen aineiston tulkintaa tapahtuu käsittelyn kaikissa vaiheissa, ei vain lopuksi (Ehrnrooth 1992, 40). Aineiston analysointi alkoikin osittain jo haastattelujen kuluessa. Merkityksellisiä ilmaisuja ja yhteyksiä eri haastattelujen välillä havainnoitiin haastattelujen aikana ja niitä kirjattiin ylös. Haastattelujen jälkeen aineisto litteroitiin ja myös tässä yhteydessä tehtiin havaintoja ilmauksista. Tämän jälkeen analysointi eteni siten, että aineistoa luettiin läpi muutamaan kertaan ja poimittiin olennaisia ilmaisuja erilliseen tiedostoon. Analyysi eteni pelkistämällä ja ryhmittelemällä näitä havaintoja. Pelkistämisessä aineistoa karsitaan ja tiivistetään, epäolennaiset osat jätetään pois. Ryhmittelyvaiheessa aineistosta tiivistettyjä pelkistettyjä ilmauksia ryhmitellään ja luokitellaan eri luokkiin samankaltaisuuden tai eroavaisuuden perusteella. Analysointivaiheessa eri haastatteluista etsittiin tutkittavan aiheen kannalta keskeisiä kokemusta kuvaavia havaintoja, joita luokiteltiin sisällöltään samantyyppisiin ryhmiin. Analyysin vaiheet ja eteneminen on kuvattu kuviossa 2.



Kuvio 3. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen (mukaiillen Tuomi & Sarajärvi 2018, luku 4)

Analyysissä käytettiin analyysiyksikkönä ajatuskokonaisuutta, joka voi sisältää useita lauseita (Tuomi & Sarajärvi 2018, luku 4). Analyysi toteutettiin aineistolähtöisesti eli analyysiyksiköt valittiin aineistosta ilman, että niitä oli etukäteen päätetty. Aiempi tutkimustieto on kuitenkin osittain ohjannut aineistoa haastatteluteemojen ja kysymysten kautta, joten tarkastelu ei ollut tässä mielessä puhtaasti aineistolähtöistä. Teemahaastattelun haastattelurunkoa onkin mahdollista hyödyntää koodauksen apuna (Eskola & Suoranta 1998, luku 4). Analyysia pidetään teoriaohjaavana silloin, kun siinä on teoreettisia yhteyksiä, mutta se ei perustu suoraan teoriaan (Tuomi & Sarajärvi 2018, luku 4). Esimerkiksi työnantajan ja työyhteisön tuen tiedetään aiemmin tutkimuksen perusteella vaikuttavan työhön paluun onnistumiseen masennuksen jälkeen ja näiden toteutumisesta myös kysyttiin haastateltavilta. Sen sijaan työhön palaavan oman motivaation tai osa-aikatyön sopimuksen noudattamisen merkitys eivät ole painottuneet aiemmassa tutkimuksessa, vaan ne nousivat keskeisiksi juuri tässä aineistossa.

Aineiston pelkistäminen yksinkertaistaa ja edesauttaa luokittelun etenemistä. Taulukossa 2. on esimerkki siitä, miten aineiston alkuperäisilmaisuja pelkistettiin. Pelkistämistä seuraavassa vaiheessa ilmauksista etsittiin eroavaisuuksia ja samankaltaisuuksia, joiden perusteella niitä

ryhmiteltiin eri luokkiin. Näin aineisto tiivistyi alkuperäisestä monivivahteisesta tekstistä informatiivisemmin jäsennellyksi kokonaisuudeksi.

Taulukko 3. Esimerkki aineiston pelkistämisestä analyysivaiheessa

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus
<p>”en mä heille tota siitä suoraan viestinyt, se asia tuntui sen verran tota..henkilökohtaiselta ja jotenkin ahdistavalta... tai mä just aattelin, että minua voidaan arvottaa sieltäkin suunnasta”</p> <p>”Se on semmonen asia, mikä on niinku kuitenkin vähän leimaava, niin ei sitä mielellään puhu.”</p>	Leimautumisen pelko esti kertomisen
<p>”eli jossain vaiheessa alko olla se koronatilanne sellainen, että minua ahdisti myös sen takia työnteko”</p> <p>”korona alko silloin ja tietenkkin se aiheutti... koska avovaimolla on myös sellanen sairaus, etä hällä on tää immuunijärjestelmä puutteellinen, niin... ja tois.. meidän lapsista on myös sama. Niin tää tietenkkin aiheutti kyllä stressiä paljon”</p>	Korona vaikeutti tilannetta
<p>”kun se ei niitten pelisääntöjen puitteissa mennyt, niin se oli sitten niinku harmi”</p> <p>”Välillä kyllä se ei toteutunut ihan niin kuin olisi pitänyt enkä saanut pitää niitä vapaapäiviä”</p> <p>”pahana aikana sit se ehkä tavallaan kuitenkin unohtu ja sit ehkä kuitenkin pyydettiin tekemään vaikka jotakin ekstravuoroja”</p>	Sopimusta ei noudatettu

Aineistosta voidaan etsiä myös toimintaa selittävää logiikkaa tai tyypillistä, usein toistuvaa kertomusta (Eskola & Suoranta 1998, luku 4). Yhtenä tutkimuskysymyksenä oli selvittää osasairauspäivärahan prosessin etenemistä ja juuri prosessin kuvaukset muodostivat tyypillisiä kertomuksia työhön palaamisesta osasairauspäivärahalla. Tyypillistä kertomusta rakennettiin työhön paluuprosessin eri vaiheiden avulla eli lähtötilanteen, suunnittelun ja sopimisen, etuuden hakemisen, osa-aikaisen työskentelyn ja jakson jälkeisen tilanteen perusteella.

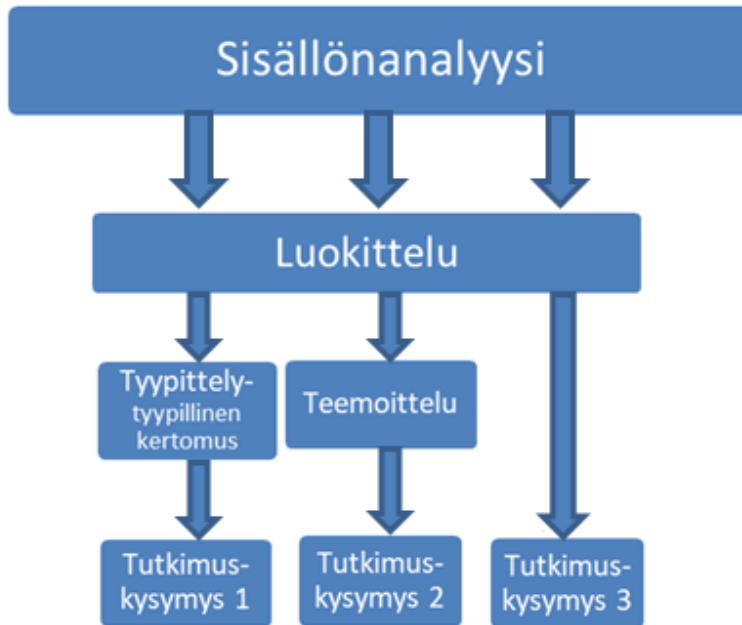
Tutkimuskysymystä kaksi lähestyttiin alustavan luokittelun jälkeen teemoittelulla, koska sen avulla pystyttiin analysoimaan syvällisemmin haastateltavien kuvausten samankaltaisuuksia ja yhdistäviä merkityksiä. Teemoittelu on samantapaista kuin luokittelu, mutta siinä korostetaan sitä, mitä tutkittavasta aiheesta kerrotaan aineistossa. Pelkän luokan lisäksi voidaan saada tietoa siitä, miksi tai miten jokin tekijä on vaikuttanut tutkittavaan ilmiöön. Teemoittelussa aineistosta etsitään siis

tiettyä teemaa kuvaavia näkökulmia (Tuomi & Sarajärvi 2018, kappale 4.1).

Teemoittelua hyödynnettiin tutkimuskysymyksen 2. analyysissa, koska tietyt tekijät muokkasivat haastateltujen kokemuksia eri tavalla. Luokittelussa muodostetut pääluokat toimivat teemoittelun pohjana. Esimerkiksi työnantajan toiminta saatettiin toisaalta kokea joustavaksi, tukea tarjoavaksi ja myönteiseksi, mutta toisaalta jaksamista vaikeuttavaksi tai henkisesti kuormittavaksi. Teema-analyysillä pyrittiin myös löytämään vastauksia siihen, miksi jokin aihe on merkittävä tutkittavan ilmiön kannalta.

Teemoittelu sopii etenkin sellaisiin tilanteisiin, joissa tavoitteena on ratkaista jokin käytännöllinen ongelma (Eskola & Suoranta 1998, 179). Teemoja pohdittiin eri näkökulmista ja pyrittiin tulkitsemaan aineistossa esiintyneitä ilmauksia. Aineistosta nostetuilla tekstisitaateilla perusteltiin tehtyä tulkintaa ja annettiin esimerkkejä aineistosta. Teemoittelussa tavoitteena on, että tutkija itse tekee analyysin ja tulkinnan eikä vain kerää eri aiheisiin liittyviä sitaatteja kokoelmaksi (Eskola & Suoranta 1998, s 181). Aineistosta tehdyt havainnot ovat johtolankoja, mutta eivät vielä varsinaisia tuloksia tai tulkintoja (Alasuutari 2007, 78–81). Vaikka haastatelluilta kysyttiin suoraan esimerkiksi siitä, mitkä tekijät vaikuttivat osasairauspäiväraajakson sujumiseen, eivät vastaukset vielä sellaisenaan ole tutkimuksen tulos. Tulkinnalla pyrittiin pääsemään syvemmälle vihjeiden taakse ja johtopäätöksiä tehtiin vasta tästä tulkinnasta.

Aineiston analysoinnissa hyödynnettiin monipuolisesti sisällönanalyysin eri lähestymistapoja eli luokittelua, teemoittelua ja tyypittelyä. Luokittelua tehtiin jossain määrin kaikkien kolmen tutkimuskysymyksen kohdalla. Tyypittely soveltui parhaiten tutkimuskysymyksen 1. analysointiin, kun pyrittiin löytämään tyypillinen kertomus osasairauspäiväraahaprosessin etenemisestä. Tutkimuskysymystä kaksi lähestyttiin alustavan luokittelun jälkeen teemoittelulla, koska sen avulla pystyttiin analysoimaan pelkkää luokittelua syvällisemmin eri teemojen merkitystä. Kuviossa 4 esitetään sisällönanalyysin lähestymistavat eri tutkimuskysymysten analysoinnissa.



Kuvio 4. Sisällönanalyysin lähestymistavat eri tutkimuskysymysten analysoinnissa

6 Tulokset

6.1 Haastateltujen kuvaus

Tutkimukseen haastateltiin 10 henkilöä. Haastateltavien iät vaihtelivat 26 vuodesta 57 vuoteen. Henkilöistä neljä oli ammatiltaan lähihoitajia, lisäksi viides henkilö työskenteli vanhustenhoitotyössä ilman koulutusta. Muut haastatellut työskentelivät asiakaspalvelutyössä, vuoro esimiehenä, sihteerinä, myyntineuvottelijana ja valmistustyöntekijänä. Yksi haastatelluista oli esimiesasemassa. Yhtä lukuun ottamatta kaikilla haastatteluun osallistuneilla oli ammatillinen koulutus, kahdella oli lisäksi osasairauspäivärahan ajankohtana keskeneräisiä korkeakouluopintoja. Haastateltujen sukupuoli- ja ikäjakauma sekä perhekokoonpanot on kuvattu taulukossa 4.

Haastateltujen henkilöiden työnantajista kuusi toimi julkisella sektorilla ja niistä pääosa oli kuntien sosiaali- ja terveystyöpalvelujen tuottajia. Yksityisen sektorin työnantajat toimivat tietoliikennealalla, rakennusteollisuudessa, kiinteistöpalvelualalla ja hoitoalalla. Työnantajista neljä oli henkilöstömäärältään yli tuhannen työntekijän kokoisia. Muiden työnantajien henkilöstömäärä vaihteli noin sadasta muutaman sataan. Neljä haastatelluista asui Etelä-Suomen alueella, kaksi Itä-Suomessa, kaksi Keski-Suomessa, yksi Pohjois-Suomessa ja yksi Länsi-Suomessa.

Taulukko 4. Haastateltujen sukupuoli- ja ikäjakaumat sekä perhekoonpanot

	Nainen		Mies	
Sukupuoli	7		3	
	Alle 30 v.	30–40 v.	41–50 v.	yli 50 v.
Ikäluokka	2	3	4	1
	Yksin asuva	Puolison kanssa asuva	Puoliso ja lapsia	Eronnut, asuu lasten kanssa
Perhekoonpano	1	3	4	2

Kolmella haastatelluista oli ennen osasairauspäiväraajaksoa pelkästään masennusdiagnoosi. Muilla oli masennuksen lisäksi jotain muuta mielenterveyteen liittyvää oireilua tai diagnoosi. Tavallisimmin masennukseen liittyi työuupumusta, ahdistusta ja uniongelmia. Tavallisin hoito, jota haastatellut saivat ennen osasairauspäiväraajaksoa, oli lääkehoito (n=7). Osalla lääkitys oli ollut käytössä jo pitemmän ajan ennen kyseessä ollutta sairauslomajaksoa. Yhden vastaajan kohdalla jo pitempään käytössä ollut lääkitys lopetettiin kokonaan ennen osasairauspäiväraajakson alkamista. Lääkityksen lisäksi vastaajilla oli hoitosuhde joko pelkästään työterveyshoitoon tai mielenterveyspalveluiden kautta hoitajalle tai lääkärille (n=4). Kukaan haastatelluista ei ollut ehtinyt aloittaa psykoterapiaa ennen osasairauspäiväraajakson alkamista, vaikka osalle sitä oli suositeltu hoidoksi. Kaksi vastaajaa oli kuitenkin aloittanut psykoterapian myöhemmin. Useimmilla haastatelluilla oli takana 1–6 kuukauden pituinen kokoaikainen sairausloma siinä vaiheessa, kun he aloittivat työskentelyn osasairauspäivärahalla. Muutamalla vastaajalla oli ollut lisäksi jo aiemmin lyhyempiä sairauslomajaksoja.

6.2 Osasairauspäiväraajakson kulku

6.2.1 Aloite ja työterveysneuvottelu

Suurimmalla osalla vastaajista aloite työhön paluusta osasairauspäivärahalla tuli omalta työterveyslääkäriltä (n=6). Kahdella vastaajalla ehdotus tai suunnitelma osasairauspäivärahasta tuli muun hoitosuhteen kautta, toisella kuntoutusjakson yhteydessä ja toisella järjestelyn otti esille psykologi. Yksi vastaajista oli itse ensin ehdottanut osasairauspäivärahaa ja yhdellä aloite tuli työnantajalta. Useammassa tapauksessa osasairauspäivärahamahdollisuudesta on käyty keskustelua, jossa hoitotaho on pohtinut sopivaa ratkaisua yhdessä vastaajan kanssa.

Lähes kaikille (n=8) vastaajille oli pidetty työterveysneuvottelu ennen osasairauspäiväraajakson aloittamista. Yhdellä vastaajalla neuvottelu käytiin psykologin tai psykiatrin kanssa eikä työterveyshuollossa. Yhdellä vastaajalla ei ollut varsinaista yhteisneuvottelua, vaan hän sopi asiasta erikseen työterveyshuollon ja työnantajan kanssa. Työterveysneuvotteluun osallistui yleensä

vastaaja, työterveyslääkäri ja esimies. Yhdellä vastaajalla neuvottelussa oli ollut mukana myös työpsykologi ja yhdellä esimiehen lisäksi henkilöstöpäällikkö.

6.2.2 Osa-aikatyötä koskeva sopimus ja etuuden hakeminen

Kuten kappaleessa 4.1. kuvattiin, osasairauspäiväraajakson aikana työaika muuttetaan siten, että se vähenee 40–60 % henkilön normaalista, kokoaikatyön mukaisesta työajasta. Työajan muutos voidaan tehdä lyhentämällä päivittäistä tai viikoittaista työaika. Lisäksi osasairauspäivärahan ajalle voidaan sopia työtehtävien keventämisestä tai muokkaamisesta. Haastatelluista seitsemällä työajan lyhennys sovittiin toteutettavaksi lyhennettynä työviikkona, kolmella lyhennettiin päivittäistä työaika. Lisäksi yhdellä haastatellulla oli mahdollisuus joustavasti sijoitella viikoittaista työaika työpäiville. Kahdella vastaajalla viikkotyöaika nostettiin osasairauspäiväraajakson edetessä. Yhden vastaajan työajan sijoittelussa otettiin lisäksi huomioon vuorotyöhön liittyvät uniongelmat ja sen vuoksi yövuorot jätettiin pois. Kuudella vastaajista työtehtävät säilyivät osasairauspäiväraajakson aikana samoina kuin aikaisemminkin eli mistään työn kevennyksistä tai muokkauksesta ei lyhyemmän työajan lisäksi sovittu. Kolmella haastatelluista työtehtävien kevennyksestä oli sovittu siten, että he tekevät osittain entistä työtään, mutta joitain tehtäviä jätettiin pois osasairauspäiväraajakson ajaksi. Yhden haastatellun osasairauspäiväraajakson ajalle sovittiin kokonaan erilainen työ kuin mitä hän oli aiemmin tehnyt.

Haastatelluista neljä sopi työnantajansa kanssa heti aluksi koko osasairauspäivärahan enimmäisajan eli 120 arkipäivän pituisesta osa-aikatyöajaksosta. Osalla jakson pituudeksi päätettiin ensin 2–3 kuukautta ja suunnitelmana oli tarkastella osasairauspäivärahan jatkamisen tarvetta jakson kuluessa. Kolmen vastaajan osa-aikatyötä koskevaa sopimusta jatkettiin vielä ensimmäisen jakson jälkeen. Neljän henkilön osa-aikatyön sopimus keskeytyi välillä tai kokonaan kokoaikaiselle sairauslomalle jäämisen vuoksi, kahdelle heistä sovittiin myöhemmin yksi tai useampia osasairauspäiväraajaksoja. Kokonaan keskeyttäneistä kahdesta toinen ehti olla osa-aikaisessa työssä vajaan kaksi kuukautta ja toinen noin kaksi kuukautta.

Kahdeksan vastaajista sai osa-aikatyön mukaista palkkaa osa-aikatyön ajalta eli osasairauspäivärahaetuus maksettiin heille itselleen. Yksi henkilö ei muistanut ihan varmaksi, maksettiinko etuus työnantajalle vai hänelle itselleen. Yksi sai kokoaikatyön mukaista palkkaa ja etuus maksettiin työnantajalle. Haastatelluista seitsemän oli hakenut itse osasairauspäivärahaa Kelasta ja muutkin haastatellut olivat osallistuneet hakuprosessiin toimittamalla tarvittavia liitteitä Kelaan tai olemalla paikalla avustajan täyttäessä hakemuksen. Yksi henkilö oli saanut apua hakemuksen täyttämässä kuntoutusosaston sosiaalityöntekijältä ja yhden kohdalla psykologi huolehti hakemuksen täyttamisestä ja lähettämisestä.

6.2.3 Osasairauspäiväraajakson toteutuminen

Suurimmalla osalla haastatelluista osa-aikatyötä koskevassa sopimuksessa sovittu työajan muutos toteutui siten, kuin oli ollut tarkoituskin. Yksi haastatelluista oli kuitenkin joutunut turvautumaan työsuojeluvaltuutetun apuun, koska työnantaja ei aina noudattanut sopimuksen mukaista viikkotyöaikaa. Toisella haastateltavalla jäi pitämättä sopimuksen mukaisia vapaapäiviä ja kolmatta henkilöä pyydettiin tekemään ylimääräisiä työvuoroja. Yksi vastaaja kertoi, että vaikka työajan osalta sopimus toteutui, ei työtehtävien rajausta noudatettu silloin, kun kiireellinen työtilanne vaati työpanosta muissa tehtävissä.

6.2.4 Tilanne jakson jälkeen

Osasairauspäiväraajakson jälkeiset tilanteet vaihtelivat suuresti. Haastatteluhetkellä haastateltavien osasairauspäiväraajaksoista oli kulunut eripituisia aikoja. Pisin aika oli henkilöllä, jonka jaksosta oli aikaa noin neljä vuotta. Yhden vastaajan jakso oli päättynyt vain noin viikko ennen haastattelua. Kahdella vastaajalla osasairauspäiväraajakso oli haastatteluhetkellä vielä kesken. Heistä toinen arveli pystyvänsä palaamaan entiseen kokoaikatyöhönsä, toinen suunnitteli työpaikan vaihtamista osasairauspäiväraajakson jälkeen.

Neljällä vastaajalla osasairauspäiväraajakso oli keskeytynyt jossain vaiheessa kokoaikaiselle sairauslomalle jäämisen vuoksi. Kahdella näistä oli myöhemmin toinen tai useampia osasairauspäiväraajaksoja kokoaikaisen sairausloman jälkeen. Toinen heistä ei ollut haastatteluhetkeen mennessä palannut työhön, sillä myöhempikin työhön paluuyritys osasairauspäivärahalla keskeytyi. Kokoaikainen sairausloma jatkui edelleen haastattelun aikaan. Toinen useamman osasairauspäiväraajakson käyttänyt vastaaja oli tehnyt jaksojen jälkeen aluksi omaehtoisesti lyhyempää työaika entisessä työssään, mutta oli haastattelun ajankohtana palannut kokoaikatyöhönsä. Yksi osasairauspäiväraajakson keskeyttäneistä oli ensin ollut sairauslomalla ja sitten vaihtanut työpaikkaa, mutta oli noin kahden kuukauden työskentelyn jälkeen jäänyt koronatilanteen vuoksi pois myös uudesta työstä. Yhden osasairauspäiväraajakson keskeyttäneen kohdalla työkyvyttömyys oli jatkunut jo useamman vuoden. Haastattelun aikaan hänellä oli suunnitteilla uudelleen koulutus ammatillisena kuntoutuksena.

Kaksi haastatelluista oli palannut entiseen työhönsä osasairauspäiväraajakson jälkeen, mutta teki osa-aikaista työtä. Toiselle oli myönnetty osakuntoutustuki osittaisen työkyvyttömyyden perusteella. Toinen teki lyhyempää työaika omaehtoisesti eikä saanut korvausta työajan lyhennyksestä. Kolme henkilöä oli palannut osasairauspäiväraajakson jälkeen entiseen työhönsä kokoaikaisesti. Yksi heistä oli ehtinyt olla kokoaikatyössä vasta noin viikon verran haastattelun ajankohtana. Yksi kokoaikatyöhön palanneista oli vaihtanut työpaikkaa noin kaksi–kolme vuotta

osasairauspäivärahanjakson jälkeen. Taulukossa 5. on yhteenveto haastateltujen osasairauspäivärahasesta ja työhön osallistumisesta sen jälkeen.

Taulukko 5. Yhteenveto haastateltujen työhön paluusta osasairauspäivärahalla

	Osasairauspäivärahajaksosta aikaa	Jakso keskeytyi välillä tai kokonaan	Työhön osallistuminen haastattelun hetkellä	Muulla etuudella	Vaihtanut työpaikkaa
1.	n. 1 v.	x	ei	Sairauspäiväraha	-
2.	n. 1 v.	x	ei		kyllä
3.	n. 4 v.	x	ei	Kuntoutustuki	-
4.	n. 1 v.	x	kyllä		-
5.	n. 3 v.	-	kyllä (osa-aika)		-
6.	kesken	-			
7.	kesken	-			
8.	n. 2–3 v.	-	kyllä		kyllä
9.	n. 1 v.	-	kyllä (osa-aika)	Osakuntoutustuki	-
10.	v. viikko	-	kyllä		-

6.3 Osasairauspäivärahanjakson sujumiseen yhteydessä olevat tekijät

Tässä kappaleessa tarkastellaan sitä, minkälaiset asiat tutkimusaineiston perusteella olivat yhteydessä osasairauspäivärahanjakson sujumiseen. Sujumisella ei tässä kohtaa tarkoiteta yksinomaan työhön palaamisen onnistumista vaan laajemmin sitä, millaiseksi osasairauspäivärahanjakso koettiin eri tekijöiden valossa. Aineistosta erottui yhdeksän keskeistä teemaa, jotka ovat motivaatio, prosessin sujuvuus, työnantajan toiminta, työn vaatimukset, sairauden tilanne, työyhteisön suhtautuminen, ajoitus, yksityiselämä ja yllättävät ulkopuoliset tekijät.

6.3.1 Motivaatio

Taloudellinen motivaatio

Haastateltavien oma halu tai motivaatio palata työhön oli tärkeä työhön paluuta edistävä tekijä etenkin suunnitteluvaiheessa. Taloudelliset tekijät toimivat kannustimina työhön palaamisessa, koska sairauspäivärahaa voi saada vain tietyn enimmäisajan ja sen jälkeen taloudellinen tilanne saattoi olla epävarmempi. Myös palkallisen sairausajan päättyminen oli kohta, jossa työhön palaaminen nähtiin paremmaksi vaihtoehdoksi kuin sairauslomalla jatkaminen. Työhön palaaminen näyttäytyi uutena mahdollisuutena saada aikaan muutos senhetkiseen tilanteeseen, mutta osittain myös olosuhteiden sanelemana pakkona. Sairauslomalla olemista olisi ehkä jatkettu, jollei taloudellinen tilanne olisi ollut siinä tapauksessa heikentymässä. Vastauksissa kuvastui kuitenkin

myös vastuunottamisen rooli: sen sijaan että jäädään passiivisena odottamaan asioiden etenemistä johonkin suuntaan, ryhdytään itse toimimaan silläkin uhalla, että suunnitelma epäonnistuu.

”Siinä kohtaa mä nyt katsoin, että jotain pitää yrittää, jotain pitää yrittää ja rahaakin pitää jostain saada.”

”sit kun hän mainitsi tästä osasairauspäivärahasta, niin mä tartuin siihen heti kiinni just sen takia, kun mulla ne sairauslomapäivät alkoi nopeasti hupenemaan, niin sit olis jääny rahatta, niin mä aattelin, et nyt mun on pakko palata töihin, oli tilanne mikä tahansa”

Toisaalta toimeentulo osasairauspäivärahan aikana myös huoletti ja aiheutti epävarmuutta. Huoli oli suurempi ennen varsinaisen jakson alkamista mahdollisesti sen vuoksi, että tuossa vaiheessa kokonaistulojen määrä oli vielä epäselvä. Myöhemmin epävarmuus vähentyi, kun tulojen kokonaisuus oli tiedossa.

”Sitten tietenkkin taloudellinen puoli, että tulot kuitenkin jonkin verran putos siinä... ei nyt tietenkään ihan hirveesti, oli se Kelan korvaus ihan riittävä. Mutta kuitenkin aluksi se taloudellinen puoli myöskin (mietitytti).”

Tulotaso osasairauspäivärahalla nähtiin paremmaksi kuin täydellä sairauspäivärahalla. Oma tilannetta arvoitettiin myös etuuden mukaan, osasairauspäivärahalla oleminen luokiteltiin paremmaksi kuin täydellä sairauspäivärahalla. Täysi sairauspäiväraha ja osasairauspäiväraha katsottiin myös toistensa vaihtoehtoiksi, joista sairastunut voi valita. Taloudelliset seuraukset määrittelivät osaltaan sitä, kumpi etuus valittiin.

”...mun mielestä se niinkun oli kuitenkin sellanen, että kannatti ennemmin olla sillä, sillä tota... et se etuus oli parempi, kun oli sillä osasairauspäivärahalla töissä kuin että olis ollut kokonaan sairauslomalla.”

Toipumiseen liittyvä motivaatio

Työhön palaamista toivottiin itse myös sen vuoksi, että työssäkäynti koettiin sairauden ja toipumisen kannalta paremmaksi kuin kokoaikaisella sairauslomalla jatkaminen. Työssäkäynnin nähtiin tuovan elämään rytmiä, mahdollistavan muiden ihmisten tapaamisen ja irtautumisen yksityiselämän kuormittavista asioista. Työhön lähteminen pakotti ylös sängystä ja liikkeelle kotoa, minkä koettiin edistävän toipumista paremmin kuin yhtämittaisen kotona olemisen.

”mä oon mieluummin osasairauspäivärahalla kuin sairauslomalla... että mulle ei se sairauslomalla oleminen oo koskaan oikein toiminu, että jotain aktiivisuutta täytyy niinku päivässä olla ja... päästä sieltä kotoa liikkeelle, että...”

”Ja sitten kuitenkin ne tietynlaiset rutiinit just, et se oli vähän eri sit kun oli kokoaikasairauslomalla, oli sit kuitenkin herättävä aamuisin ja mentävä.”

Työssäkäynti näytti tuovan sairaudesta toipujalle ulkopuolisen tekijän, joka kannusti sellaiseen aktiivisuuteen, jota etenkin kokoaikaisella sairauslomalla ollessa oli vaikea muuten saada itsestään

irti. Mahdollisuus lepoon saatettiin pitemmän päälle kokeakin eräänlaisena loukkuna: mitä pitempään on mahdollisuus antaa periksi ja vain olla, sitä vaikeammaksi masennuksesta irtautuminen voi tulla.

”Mut se, että jos mä jään sängyn pohjalle, niin sitten mä myös oon siellä sängyn pohjalla, että mä en tee sitten yhtään mitään. Ja se sitten lähinnä vaikuttaa siihen, että mä masennun.”

Jos muussa elämässä oli kuormittavia tekijöitä, työhön meno nähtiin myös mahdollisuutena päästä hetkeksi etäämmälle näistä asioista ja saada uutta ajateltavaa. Työ tarjosi taukoa vaikeista asioista ja antoi mahdollisuuden tehdä asioita, jotka sujuivat hyvin ja joista sai onnistumisen kokemuksia.

”mulla melkein tää työ oli semmonen, mikä tuki jaksamista. Enempi mulla oli se, että kotona oli niin paljon asioita, mitkä kuormitti. Että mä koin, että se työ, työ pikemminkin auttoi.”

Odotuksiin vastaaminen

Kolmantena motivaation herättäjinä toimivat omat tai muiden ihmisten odotukset, joihin työhön palaamisella pystyttiin vastamaan. Työssäkäynti nähtiin tavallaan jokaisen velvollisuutena ja jonakin, jota myös työnantaja edellytti. Työhön palaaminen vahvisti itsetuntoa ja toi uskoa omiin kykyihin vastata odotuksiin.

”musta tuntu et koko aika minuun oltiin tyytymättömiä, minulta odotettiin jotain ja minä en saanut kuitenkaan aikaiseksi kun olin sairauslomalla... siinä vaiheessa sitten, kun mä jonkun aikaa olin siellä siivoomassa , niin mä katsoin, että no, että nyt minä tein työtä”

Sairauslomalle jääminen itsessään oli saatettu kokea jonkinlaisena epäonnistumisena sekä omissa että muiden silmissä ja sen vuoksi työhön palaamisen ajateltiin olevan muutos, joka korjasi tilannetta parempaan suuntaan. Kyky palata nopeasti työhön ehkä lisäsi myös uskoa siihen, että asiat selviävät eikä vaikea tilanne jää pysyväksi.

”se tuntu hyvältä sillain kun pysty palaamaan heti sinne töihin, niin se oli itsetunnolle jotenkin sellainen hyvä asia...”

Pitkän sairausloman pelättiin myös heikentävän omaa työkykyä ja suhteellisen nopean työhön palaamisen nähtiin ylläpitävän oman työn ja ammattitaidon hallintaa. Työntekijällä oli tarve säilyttää osaamistaan etenkin silloin, kun esimies oli aiemmin kyseenalaistanut sitä.

”Ja kuitenkin niinku tavallaan tässä osasairauslomalla jollain tavalla pysy kiinni siinä työssä, mikä oli juttu. Et jos mä oisin ollut niinku kauheen pitkään sit kokonaan pois ja tullut töihin, niin sithän mä olisin ollut ihan pihalla kaikesta.”

6.3.2 Prosessin sujuvuus

Etuuden hakeminen

Osasairauspäiväraajakson toteuttamiseen sisältyy myös itse etuuden hakemisprosessi, jonka sujuminen edisti jakson toteutumista. Osasairauspäivärahaa haetaan Kelasta, joten Kelan rooli oli

tässä vaiheessa keskeinen. Aikaisemmat huonot kokemukset saattoivat vaikuttaa niihin odotuksiin, joita henkilöillä oli etuuden hakemisesta tai yleisesti Kelan kanssa asioinnista. Aiemmistä kokemuksista syntyneet ennakoasenteet heijastuivat tilanteeseen siten, että henkilö saattoi etukäteen varautua siihen, että joutuu kamppailemaan Kelan kanssa saadakseen asiansa hoidettua. Kelaan ei oikein luotettu, vaan sen pelättiin yrittävän evätä jotakin henkilölle kuuluvaa. Kun asiointi ja etuuden saaminen sujuivatkin ongelmitta, se koettiin positiivisena yllätyksenä.

”No ei oo tarvinnut tapella, niin kuin yleensä Kelan kanssa pitää tapella kaikesta, niin ei oo tarvinnu tapella niitten kans.”

Odotukset Kelan toimintaa kohtaan eivät siten olleet erityisen korkealla, myönteiseksi koettiin jo selviytyminen ilman ongelmia.

”Yllättävän sujuvasti sekin meni, että mä sain sen hakemuksen tehtyä ja se meni niitten normaalien käsittelyaikojen puitteissa ne vastaukset sieltä ja sain sitten ihan normaalisti ne tuet, mitkä mulle kuulu sen sairasloman aikana.”

Kela saattoi olla myös vieras taho, jos aiempaa asiointia sen kanssa ei ollut ollut. Tällöin prosessin sujuminen ensin mietitytti. Pääasiassa Kelan rooliksi prosessissa nähtiin se, että etuus myönnettiin normaalissa käsittelyajassa ja hakija sai sen, minkä katsoi itselleen kuuluvan. Osasairauspäiväraajakson toteutumisen kannalta Kelan ratkaisu oli silti keskeisessä roolissa, sillä hylkäävä päätös olisi muuttanut suunnitelmaa merkittävästi ja voinut estää koko työhön palaamisen onnistumisen.

”Se kun mä en hirveesti ole Kelan kanssa asioinut, niin tavallaan myös se prosessi Kelan kanssa niinku mietitytti, että onnistuuko se ja hylkääkö ne ja maksaako ne ja muuta, mut sekin meni sit loppujen lopuks ihan hyvin.”

Prosessin sujumista edisti se, että hakemisessa sai apua esimerkiksi sosiaalityöntekijältä. Ilman apua hakemuksen täyttäminen olisi saattanut olla hankalampaa ja heikentää tunnetta asioiden sujumisesta.

”Ei tässä osasairauspäivärahassa ollu mitään ongelmaa, koska oli se sosiaalityöntekijä, joka autto mua täyttään ne paperit, et niissä... se sujui ihan hyvin... ei ollu kyllä vaikeeta”

Etuuden hakuprosessissa juuri hakemuksen täyttäminen näyttäytyi keskeisenä. Jos siitä vaiheesta pääsi eteenpäin, loppu sujui jouhevasti.

”No mulla meni se hakemus hyvin läpi, kun se oli täytetty.”

Hakemuksen täyttämistä ei kuitenkaan aina koettu helpoksi. Masennus saattoi heikentää kognitiivista toimintakykyä ja silloin hakemuksen täyttäminen tuntui tavallista vaikeammalta. Lomakkeen kieli koettiin vaikeatajuiseksi virkakieleksi. Kysymysten tarkoitusta oli vaikea

hahmottaa ja samalla ehkä ajateltiin, että niihin pitäisi osata vastata juuri oikein ja sillä tavalla kuin Kela odottaa. Hakemuksen täyttämisen näyttäytyi aikaa vievänä haasteena.

”Mutta toisaalta se Kelan kaavake... nehän on semmosia, että silloin kun ihminen on kaikkein heikommillaan, niin sit pitäis osata täyttää just kaikennäköisiä tommosia, kaikennäköisiä kapulakielisiä kaavakkeita, niin se ei ollut kauheen hyvä juttu, et se... vaikka on yksinkertainen kaavake, niin sen tekemiseen meni ihan hirveen kauan aikaa, ei niinku tiennyt, että mitä ne hakee jollain tietyllä kysymyksellä. Ja se oli niinku semmonen hankala tilanne.”

Kelan neuvontarooli nähtiin kuitenkin toimivana. Työhön paluuta suunniteltaessa tarvittiin tietoa siitä, minkä verran henkilöllä on sairauspäiväraha- tai osasairauspäivärahopäiviä vielä käytettävissä ja silloin oli tärkeätä saada selkeä vastaus asiaan.

”...Kelan kanssa sujui ainakin tosi hyvin se ja sieltä sai hyvin vastauksia, kun kysyttiin niitä sairauspäivärahan ja osasairauspäiviä, että paljonko on käytetty ja se oli sillain tosi hyvä...”

Aineistosta saattoi havaita, että osasairauspäivärahaa hakeneilla oli tiettyjä käsityksiä siitä, millä perusteella Kela hyväksyy tai hylkää hakemuksen. Hyvin täytetyn hakemuksen tai lääkärin ansiokkaasti laatiman B-lausunnon ajateltiin puoltavan etuuden myöntämistä. Myös työnantajan suosituksella arveltiin olevan suotuisa vaikutus. Kun sekä hakija, työnantaja että työterveyshuolto osoittivat Kelalle tukevansa osasairauspäivärahasuunnitelmaa, uskottiin Kelankin olevan varmemmin mukana hankkeessa.

”Mulla onneks meni se hyvin läpi, ilmeisesti sen takia, että mun työterveyslääkäri oli tehnyt B-lausunnon niin hyvin.”

”Ja mullahan niinku työnantaja kirjotti sinne semmosen erikseen vielä semmosen puoltavan niinkun oman näkemyksen, miks niinku kokis, että se on hyvä.”

Toimijoiden yhteistyö

Eri tahojen välinen yhteistyö edisti myös osasairauspäivärahajakson toteuttamista ja yhteistyön sujuminen tuli esiin etenkin tiedonkulussa. Tiedonkulun sujuminen vaikutti sekä työterveyshuollon ja työnantajan yhteistyöhön että muun hoitotahon ja työterveyshuollon väliseen toimintaan. Sujuvalla tiedonkululla voitiin tarkoittaa myös sitä, että eri osapuolet olivat yksimielisiä etenemisestä eikä mikään taho yrittänyt estää suunnitelman toteutumista.

”se kulki tieto kyllä sitten työterveyden ja työnantajan välillä kyllä hyvin”

”Et kyllä siellä kulki niinku tieto ihan sieltä, missä mä olin kuntoutusjaksolla niin sinne työterveyteen ja... siinä mä en kokenut mitään ongelmaa.”

Yhteistyön sujuminen saattoi tarkoittaa myös työhön palaajan ja työterveyshuollon välisen yhteistyön toimivuutta. Työterveyshuollon aktiivisuus ja aloitteellisuus osasairauspäivärahavaihtoehdon esittämisessä koettiin hyvänä asiana ja se saattoi olla myös

edellytys koko prosessin käynnistämiseksi. Luottamuksellisen suhteen kehittyminen tuki työhön palaamisen sujumista, koska palaajan luottamus avun ja tuen saamiseen kasvoi.

”en tiedä, olisinko sitten niin avoimesti ruvennut edes koko prosessiin, jos ei siellä (työterveyshuollossa) myös se tietämys ja tuki ja muu ois ollut niin hyvä.”

”...se aktiivinen työterveyshuolto ja siellä ne ihmiset, keneen oli jo muodostunut hyvät suhteet ja mulla se luottamus heihin ja muuta.”

Työterveyshuollolla oli työhön palaamisessa eräänlainen portinvartijan rooli, se ohjasi prosessia ja arvioi, milloin työhön palaaminen oli oikea-aikaista. Hoitava lääkäri saattoi olla työhön palaamisen ajankohdasta eri mieltä kuin henkilö itse. Jos tässä tilanteessa toimittiin kuitenkin henkilön toiveen mukaisesti, se koettiin myönteisenä ja luottamuksenosoituksena.

”Ja se et päästettiin töihin, vaikka lääkäri yritti jatkaa sairauslomaa, niin siitä iso kiitos.”

6.3.3 Työnantajan toiminta

Työnantajan asenne

Yhdeksi merkittävimmäksi tekijäksi osasairauspäiväraajakson onnistumisessa nousi tässä aineistossa työnantajan toiminta, joka vaikutti sekä työhön paluuta vaikeuttavasti että edistävästi. Työnantajan asenteella oli merkitystä osasairauspäiväraajakson suunnittelussa ja työhön palaajan kokemuksen muovautumisessa jakson aikana. Pääosin työnantajat suhtautuivat myönteisesti osasairauspäivärahalla työhön palaamiseen siinä vaiheessa, kun työhön paluuta suunniteltiin. Myönteinen asenne tulikin esille siinä, miten ehdotukseen osasairauspäivärahalla työhön palaamisesta suhtauduttiin.

”työnantaja niinku suhtautu siihen minun mielestä tosi hyvin.”

Työnantajan asenne saatettiin kuitenkin joissain tilanteissa kokea syyllistäväksi tai epäkunnioittavaksi. Ristiriita syntyi etenkin siitä, jos henkilön mielestä hänen sairastumisesta oli seurausta työn vaatimuksista, mutta työnantaja ei myöntänyt, että työssä olisi mitään ongelmaa. Tällöin vaikutti siltä, että työnantaja ajatteli vian olevan työntekijässä. Työn ongelmien myöntäminen olisi johtanut myös siihen, että työnantaja olisi joutunut vastuuseen tilanteesta. Se saattoi olla ainakin osasyys, miksi asia kiellettiin.

”koin, että minua ei kohdeltu oikein niinku kunnioittaen”

”Et se miten mä sen koin, oli se, että minua syytettiin, että minussa oli jotain vikaa. Ja työnantaja näissä neuvotteluissakin silleen yritti, että eihän tässä työssä mitään vikaa ole.”

Työnantajan koettiin myös epäilevän, onko työntekijä oikeasti sairas vai yrittääkö hän vain päästä eroon töistä. Työnantaja ei näyttänyt luottavan työntekijään, vaan halusi arvion sairaudesta kolmannelta osapuolelta eli työterveyshuollosta tai muulta lääkäriltä. Ylipäättään ymmärrys masennusta ja sitä sairastavaa henkilöä kohtaan oli puutteellista ja näyttäytyi epäluuloisuutena työntekijää kohtaan.

”työnantaja halusi pistää jonkun arvion, että missä määrin minä nyt oikeasti olen jotenkin mielenterveysongelmainen ja missä määrin minä yritän jotain vedättää...”

”...ehkä se mun esimiehen asenne. Että lähinnä niinku nimenomaan juuri se, että ei hänen mielestä... ei ihminen voi uupua työstä, joka ei ole fyysisesti, fyysisesti niinkun raskasta ja koko se niinku asenne, että yritetään luistaa jollain tavalla, niin se ei ollut kiva.”

Työnantajan ymmärtämättömyys tuli esille myös siinä, että työnantaja yritti kaunistella työpaikan tilannetta työhön paluuta suunniteltaessa, jotta olisi saanut työntekijän nopeammin takaisin töihin. Toipilaalle asioiden oikean tilan selviäminen oli järkytys. Väärän kuvan antaminen työolojen paranemisesta aiheutti pettymystä ja epäluottamusta työnantajaa kohtaan ja saattoi myös vaikeuttaa sairaudesta toipumista. Työnantaja ei näyttänyt hahmottavan, että sairaudesta toipuminen oli vielä kesken ja työntekijä tarvitsi myös työssä sellaiset olosuhteet, joissa toipumista voi tapahtua. Mahdollisesti työpaikan työtilanne oli niin vaikea, että työnantaja katsoi tärkeämmäksi pyrkiä saamaan työntekijät takaisin työhön kuin tukea yksittäisen työntekijän paranemista.

”työnantaja ikään kuin viilaa linssiin, et työolot ois parantunut, kun sit se tulee tämmöselle toipilaalle aikamoisena iskuna vasten kasvoja.”

Työntekijän yritys pitää huolta omista oikeuksistaan nähtiin ylimääräisten vaatimusten esittämisenä. Mahdollisesti työnantajan toimintaan vaikutti tässä myös kokonaisuuden hallinta. Yhden työntekijän vuoksi tehdyt joustot lisäsivät muiden työntekijöiden kokemaa kuormitusta. Tällöin tilanne oli työnantajalle haasteellinen, etenkin jos muillakin työntekijöillä oli uupumusoireilua. Osasairauspäivärahalla työhön palannut koki työnantajan suhtautumisen syyllistävänä, koska tietyistä joustoista oli jo aiemmin sovittu, eivätkä ne hänen näkökulmastaan olleet uusia tai lisävaatimuksia.

”lähinnä mitä kommentteja oon saanut, niin minä vaan vaadin ja vaadin ja vaadin.”

Sopimuksen noudattaminen

Vaikka osa-aikatyöstä laadittiin sopimus työnantajan ja työntekijän välille, saattoi työnantaja poiketa sopimuksen ehdoista joissain tilanteissa. Ehtojen rikkominen koettiin haitalliseksi, koska osa-aikatyön sopimuksen tarkoitus oli nimenomaan keventää työtä, jotta siinä jaksaisi paremmin, kun toipuminen oli vielä kesken. Sopimuksen rikkominen haittasikin toipumista ja omista oikeuksista kiinni pitäminen saattoi aiheuttaa lisää henkistä kuormitusta. Yhdessä tapauksessa

alkuperäisestä, työtehtävien muutosta koskevasta sopimuksesta poikkeaminen oli alkusysäys, jonka seurauksena koko työhön palaaminen epäonnistui.

”...mistä se lähti oikeestaan menemään niinku jos sanotaan.. pyrstölleen kokonaan se homma. Eli tota siinä sovittiin ihan selkeesti, että miten mun työtehtävät niinku muuttuu. ... tarkoitus oli sitten se, että mä niinkun pelkästään niihin... tai siis... en pelkästään, vaan hyvin pitkälle niihin esimiestehtäviin, et saan niinkun ne ajantasalle ne kehityskeskustelut ja nämä muut esimiestyöt. Eli se aika useesti keskeyty se minun toiminta ja piti mennä ihan sinne operatiiviseen työhön takasin.”

Työntekijä saattoi joutua turvautumaan työsuojeluvaltuutettuun, jotta sai työnantajan pitämään kiinni sopimuksen ehdoista. Tämä on hieman yllättävääkin, koska osa-aikatyön sopimuksen tulisi sitoa osapuolia samalla tavalla kuin työsopimus yleensä. Työnantaja ilmeisesti näki taustalla olevan kokoaikatyön sopimuksen kuitenkin vahvempana kuin väliaikaisen sopimuksen ja katsoi sen mahdollistavan työpanoksen joustavan käytön.

”mä oon taistellut esimiehen päähänpistoja vastaan, et saatiin se loppujen lopuks menemään sit sen sopimuksen mukaisesti ne viikkotyötunnit, kun mä otin työsuojeluvaltuutetun tähän mukaan.”

Kieltäytyminen lisätyövuoroista koettiin hankalana etenkin silloin, jos työnantaja oli muutoin suhtautunut joustavasti ja tukevasti osasairauspäivärahalta työhön palaavaan työntekijään. Työntekijä saattoi kokea, että hänen tulisi olla myös vastavuoroisesti joustava työnantajan suuntaan.

”pahana aikana sit se ehkä tavallaan kuitenkin unohtu ja sit ehkä kuitenkin pyydettiin tekemään vaikka jotakin ekstravuoroja... ... ja siitä kieltäytyminen oli ehkä entistä haastavampaa siinä kohtaa, mutta...”

Esimiehen tuki

Esimieheltä saatu tuki koettiin myönteiseksi silloin, jos sitä saatiin. Positiiviseksi koettiin välittämisen osoittaminen esimerkiksi kuulumisia kysymällä, empaattisuus, ymmärrys tilannetta kohtaan sekä joustaminen työajoissa. Tällainen tuen osoittaminen helpotti työssä jaksamista, koska työntekijä koki, että hänen ymmärrettiin olevan vielä toipumassa eikä työssä tarvinnut yrittää antaa itsestään kaikkea irti. Ymmärrystä osoittamalla esimies tavallaan kevensi työn vaatimuksia ja osoitti olevansa työntekijän puolella.

”hän silloin oli hyvin ymmärtäväinen ja niinku tavallaan puheen tasolla koko aika sitä, että ottaa ihan rauhassa ja ei tarvi antaa itestä 150 prosenttia niinku koko aika.”

”juteltiin paljon myös hänen kanssaan. Ja hän kyllä kyseli paljon sitä vointia ja sillä lailla... että oli kyllä hyvin tukena.”

Ymmärtäväinen esimies herätti luottamuksen tunnetta ja edisti avointa keskustelua työntekijän ja esimiehen välillä. Esimiehen tuki vahvisti myös työhön palaajan uskoa siihen, että sairastumisesta selvitään ja työhön palaaminen onnistuu. Luottamuksellinen suhde oli ehkä syntynyt pitemmän ajan

kuluessa ja taustalla saattoi olla aikaisempia haastavia tilanteita työssä, joista oli kuitenkin yhdessä selvitty. Aiemmin rakentunut luottamus kantoi eteenpäin myös tällä kertaa.

”hän sit soitti mulle ja kysy, et mikä mun vointi niinku ylipäättäsä on, ja näin... Mun mielestä meillä on toiminu aina tosi loistavasti se.”

”se kommunikaatio ja molemminpuolinen ymmärrys ja tavallaan se luotto molemminpuolin, että kyllä tästäkin selvitään ja niinku näin.”

Esimieheltä saadun tuen puuttuminen oli kuitenkin myös tavallista ja se itsessään saattoi vaikeuttaa työssä jatkamista osasairauspäiväraajakson aikana. Esimiehen tukea olisi kaivattu, mutta sinänsä vaatimukset tuen laajuudesta eivät olleet suuria. Jo kuulumisten kysyminenkin olisi voinut olla riittävää. Pienikin huomion ja kiinnostuksen osoittaminen olisivat kertoneet siitä, että esimies välittää työntekijän hyvinvoinnista.

”Sitä ei kyllä oikein ollut sitä tukea, olisi voinut vaikka edes kysyä, miten sulla on nyt mennyt.”

”Ja sitten niinkun siihen omaan jaksamisen tukeen... se on niinkun ihan olematonta ollut meidän talossa niinku koko ajan... Siis työyhteisössä olisin nimenomaan kaivannut sitä esimiehen tukea.. ja sitä mä niinku koin, että sitä mä en saanut.”

Esimiehen heikot sosiaaliset taidot vaikeuttivat kommunikaatiota ja antoivat vaikutelman tuen puuttumisesta. Silloin, kun työntekijä katsoi sairastumisensa johtuvan työstä, esimieheltä odotettiin erityistä empaattisuutta. Myötätuntoinen käyttäytyminen olisi kertonut siitä, että esimies myöntää olleensa jollain tasolla vastuussa sairastumisesta ja pahoillaan siitä.

”Just niinkun puuttui semmosia niin kuin sosiaalisia kykyjä, mitkä mun mielestä kannattais nyt esimiehellä aina olla. Siis jo niin kuin vaikei... jos nytei puhuta mistään konkreettisista toimista tai näin... ihan vaan siitä, miten puhuu ihmiselle. Et siinäkin, jos jollain on, joku on sairauspäivärahalla tai on sairaana ja sanoo, että syy johtuu työstä, siinä kohtaa pitää jollain tavalla yrittää osoittaa, että on jonkinlaista empatiaa.”

Kokonaisvaltainen esimiehen tuen puuttuminen saattoi johtaa jopa työtaistelutilanteeseen. Tällöin tilanteessa oli mukana myös osa-aikatyötä koskevan sopimuksen noudattamatta jättäminen. Osapuolet ajautuivat vastakkaisille puolille ja saattoivat kääntyä toisiaan vastaan, kun kumpikin halusi pitää kiinni omista oikeuksistaan.

”ei ihan hirveesti oo tukea saanut... et tässä on tää työtaistelu nyt tällä hetkellä käynnissä.”

Esimiehen rooliin katsotaan tavallisesti kuuluvan, että häneltä saa apua vaikeissa tilanteissa. Jos esimies toimikin vastoin rooliaan ja antoi ymmärtää olevansa itsekin tuen tarpeessa, työntekijän luottamus avun saamiseen heikentyi. Aikaisempi kokemus esimiehen heikkoudesta seurasi mukana myös uuteen tilanteeseen ja jätti työhön palaajalle ajatuksen, että hän joutuu jälleen selviytymään yksin vaikeassa paikassa.

”...sellaisia muutoksia oli työnantajan puolelta tehty, et ne ei mun mielestä ollut hyviä ja menin sitten niinku esimiehen kans juttelemaan ihan... ihan silleen, et mä olin purskahtamaisillani itkuun ja mä sanoin hänelle ihan suoraan, et must tuntuu nyt, et mä en jaksan.. Ja hän vaan totes sit mulle, et mites sä kuvittelet sit, et mä jaksan. Se keskustelu oli niinku siinä, mä lähin sitten sieltä niinku itku kurkussa pois, et aha, tää oli tässä.”

6.3.4 Työn vaatimukset

Oman työn keventäminen

Osasairauspäiväraajakson aikana työkuormitusta on tarkoitus vähentää lyhentämällä työaikaa ja mahdollisesti myös keventämällä työtehtäviä. Haastatellut kokivat etenkin lyhyemmän työajan työssä jaksamista ja toipumista tukevaksi. Palautumiselle ja levolle jäi enemmän aikaa ja työstä aiheutuva kuormitus tuntui henkisesti helpommalta. Oma psyykkinen vointi oli vielä heikentynyt ja lyhyempi työaika vastasi paremmin omia resursseja. Kokoaikaisen työn aloittaminen olisi saattanut aiheuttaa enemmän stressiä ja työn aloittamisen kynnyks olisi ehkä ollut korkeampi.

”mä katsoin että psykeni ei ollut ihan kunnossa, mutta se osittainen työ nyt vaikutti, että se on vähän niinku kevyempi, helpompi... helpompi pärjätä.”

”lyhyempi työaika toimi myös, oli henkisesti helpompi”

Muutamalla henkilöllä sovittiin työtehtävien sisällön muutoksesta tai rajaamisesta siten, että tavallisesta työstä jätettiin joitain tehtäviä pois. Tehtävien rajaamisella tavoiteltiin toisaalta työnkuvan yksinkertaistamista, jolloin se olisi helpompi sovittaa lyhyempään työaikaan ja toisaalta työn vaatimusten vähentämistä, joka tukisi jaksamista. Osa muutoksista koettiin kuitenkin melko merkityksettöminä etenkin silloin, jos ne pelkästään vähensivät työtehtävien määrää ilman, että vähennystä oli kohdistettu haastavimpiin töihin. Jos masennukseen liittyi työperäistä kuormitusta, työtehtävien muutoksilla oli suurempi merkitys. Masennukseen sairastunut saattoi kokea sairastumisensa johtuneen pääasiassa työn liiallisista vaatimuksista ja silloin työnkuvan muutos näyttäytyi ratkaisuna ongelmaan.

”se työnkuvan muuttaminen sai aikaan sen, että se uusi työnkuva ei sitten ennen kuin tämä korona alkoi olla ongelma, niin ei sinänsä ahdistanut”

Osa sovituisista työn sisällön muutoksista nähtiin pikemminkin haitallisina kuin jaksamista tukevina. Työtä saatettiin rajata osasairauspäiväraajakson ajalle siten, että siitä karsittiin pois sellaiset tehtävät, jotka henkilö oli aiemmin kokenut itselleen mieluisiksi ja jotka hän koki työssään palkitseviksi. Mukautettu työ koettiin vähäpätöisenä ja vähemmän merkityksellisenä ja siirtyminen siihen alennuksena työroolissa. Mahdollisesti muutos saatettiin katsoa työnantajan suunnalta jonkinlaiseksi rangaistukseksi tai seuraamukseksi sairauslomalle jäämisestä.

”Joo mä oisin kaivannut nimenomaan mielekkäämpää työtä. Sellasta työtä, mikä ois niinku ollut, ollut tavallaan niinku... et niinku mä tunsin sillä lailla, että multa vietiin se viimeinenkin, että muhun ei luotettu enää.”

Työn joustavuus

Työtehtävien järjestämiseen liittyvä joustavuus vaikutti myös siihen, millaisena työkuormitus koettiin. Mahdollisuus vaikuttaa omiin työaikoihin nähtiin myönteisenä, koska joustavan työajan ansiosta työskentelyrytmiä saattoi sovittaa omaan jaksamiseen sopivaksi. Sairauden tilanne voi vaihdella päivittäin ja silloin oli helpompi selvitä tilanteesta eteenpäin ilman uutta sairauslomaa, jos työhön menoa pystyi järjestelemään työnantajan kanssa. Työstä ei tällöin muodostunut henkistä pakkoa, jonka olisi koettu velvoittavan tilanteesta riippumatta.

”Ja pystyi sit niitä tunteja... tunteja... menikö aamusta töihin vai vähän myöhemmin, niin ei tarvinnu niinku... pysty nukkuun vähän pidempään, jos halus... Just sitä omaa palautumista niinku tukemaan... että siinä työajassa oli pelivaraa.”

Työaikojen joustamattomuus puolestaan hankaloitti työssä käymistä. Työnantaja saattoi edellyttää aiemmasta työajasta poikkeavia työaikoja osa-aikatyön ajalle. Jos muutos ei sopinut helposti yhteen muun elämäntilanteen kanssa, ei työntekijä ollut halukas mukautumaan työnantajan vaatimukseen. Taustalla oli osittain myös työnantajan syyllistävä suhtautuminen työntekijään, mikä ehkä heikensi työntekijän halua joustaa. Lisäksi ylempään esimiehen vaatimus vaikutti jossain määrin mielivaltaiselta ja perusteettomalta ja työntekijä koki sen lähinnä esimiehen tarkoituksellisena yrityksenä vaikeuttaa työssäkäyntiä.

”sit tää ylempi esimies jossain vaiheessa viesti, että mun pitäis tulla töihin semmoseen kellonaikaan, mikä oli mun hyvin vaikee järjestää, kun mun muksut... yksi lapsi päiväkodissa ja näin että mun ois pitänyt jotenkin... muuttaa tätä elämän kokonaisuuspalettia sitä varten”

Työpaikan kuormitustekijät

Työpaikan yleiset kuormitustekijät vaikeuttivat työhön palaamista siitä huolimatta, että omaa työtehtävää oli kevennetty. Yleinen kiire, stressi ja lukuisat sairauspoissaolot työpaikalla lisäsivät myös työhön palaajan kokemaa kuormitusta. Muutamilla työpaikoilla henkilökunta oli kauttaaltaan melko uupunutta ja sairauslomalle jääneiden työntekijöiden työt jäivät työssä jatkaneiden harteille. Työmäärän lisääntyminen koronapandemian vuoksi jotenkin hyväksyttiin, mutta kun siihen liittyi vielä huonoksi koettua johtamista, näyttäytyi työpaikan tilanne lähes kaottisena.

”koronavuosi nyt itessään jo... järkyttävät poissaolomäärät ja... tämmönen... huono johtaminen.”

Uupuneiden työtovereiden vaikea tilanne välittyi myös työhön palaajalle ja alensi mielialaa heti työpäivän alkaessa. Työn aloittaminen ei tällaisessa tilanteessa toiminut enää toipumista tukevana

vaan pikemminkin vaikeutti paranemista masennuksesta. Epätoivoinen tunnelma työpaikalla tarttui kaikkiin ja heikensi luottamusta työhön palaamisen onnistumisesta.

”ja jos työkaverit itkee siellä heti, kun työpäivä alkaa, niin se on jo itessään niin kuormittavaa...”

Myös työvälineiden puutteet tekivät tavanomaisen työn tekemisen rasittavammaksi ja lisäsivät kiireen tunnetta. Kun puutteellisten välineiden lisäksi painetta kasvattivat myös toisten työntekijöiden poissaolot, tuntui työn hallinta haastavammalta. Aikaa työn tekemiseen ei ollut tarpeeksi ja työ näyttäytyi paikasta toiseen juoksemisena.

”Se on... meillä on käytännössä joka päivä kahden henkilön... työntekijän vaje ja sit me yritetään paikata se ja meidän... meillä on tämä mobiilikirjausjärjestelmä, mikä on ollut kaatuneena nyt kaks kolme kuukautta.”

6.3.5 Sairauden tilanne

Sairauden paheneminen

Sairauden paheneminen osasairauspäiväraajakson aikana vaikutti jakson toteutumiseen. Ahdistuksen paheneminen tai ilmaantuminen uutena oireena johti jakson keskeytymiseen muutamassa tapauksessa. Ahdistus ei kuitenkaan välttämättä liittynyt lainkaan työhön, vaan se saattoi johtua kokonaan työn ulkopuolisista asioista. Voimakas ahdistus kuitenkin heikensi työkykyä siinä määrin, ettei työssä jatkaminen enää onnistunut.

”siihen tuli sitä semmosta ahdistusta, että en sitten pystynytäkään sitä.. enää sitä jatkamaan.”

Muutama koki itse tilanteensa enemmän työuupumuksena kuin masennuksena, vaikka lääkäri oli määritellyt työkyvyttömyyden syyksi masennuksen. Tällöin liialliseksi koetun työkuormituksen jatkuminen osasairauspäiväraajakson aikana hidasti toipumista tai saattoi aiheuttaa voinnin heikentymistä.

”Lääkäri kirjoitti paperiin masennusta ja ahdistusta, se oli se minkä diagnoosin hän teki. Itse nyt käytin sanaa ja käytän sanaa työuupumus.”

Toimiva hoito ja hoitosuhteesta saatu tuki

Sopivaa hoitoa ei aina ollut löytynyt ennen työhön palaamista ja silloin palaaja saattoi kokea, että joutuu palaamaan työhön ilman, että on saanut mitään apua tilanteeseensa. Toimivan lääkityksen löytäminen vaati välillä useamman eri lääkkeen kokeilua ja kesti sen vuoksi pitkään. Aina sopivaa lääkitystä ei löytynyt lukuisista kokeiluista huolimatta.

”ei sais palata takas ennen kuin on löytynyt jonkunlainen niinku apu... ..eli tässä tapauksessa mä oisin tarvinnut sen toimivan lääkityksen, vähintään sen terapian alkamaan ja mielellään me ois tarvittu kotiin myös apua.”

”Mää oon kokeillut aika monia lääkkeitä, mutta en oo hyötynyt yhdestäkään, että... Oonkohan yhdeksää eri lääkettä kokeillut nyt tähän.”

Lääkehoidon aloittamiseen ja lopettamiseen liittyi myös sivuvaikutuksia, jotka koettiin psyykkistä vointia huonontaviksi. Lääkitys ei siten ollutkaan yksinomaan helpotus tilanteeseen, vaan siitä saattoi muodostua lisäkuormitusta vaihtelevien oireiden vuoksi.

”Niin sit mulle määrättiin sieltä joku psyykenlääke ja sit se... mä söin sitä kaks viikkoo ja kun se kaks viikkoo tuli täyteen, niin mä olin sen lääkkeen ansiosta valmis käveleen junan alle..”

”...mä sain hirveitä vieroitusoireita ja aloitus... vieroitusoireita vanhoista lääkkeitä ja aloitusoireita uusista, sit mä pistin niinkun tavallaan pelin poikki, et mä sanoin, et mä haluan nyt vähän aikaa olla ihan ilman, et mä pääsen näistä kaikista, niinkun ylimääräisistä oireista eroon.”

Sopivan hoidon löytämisen lisäksi ongelmana oli, että hoidon alkaminen kesti liian pitkään. Psykoterapian käynnistysprosessi eteni hitaasti eikä siitä ehtinyt olla apua vielä ennen osasairauspäiväraajaksoa. Ilman hoidon saamista tilanne jäi jollain tavalla avoimeksi ja ongelmat ratkaisematta. Työ oli osa useamman ongelman kokonaisuutta ja sen ratkaiseminen olisi edellyttänyt myös muiden osa-alueiden selkiytymistä.

”hain tohon psykoterapiaan, mutta se kesti ja kesti, se hakemus juuttu jonnekin tonne byrokratiaan ja mä sitten palasin osasairauspäivärahalla töihin oikeestaan ennen kuin olin saanut minkäänlaista apua kuitenkaan.”

Myös omalla suhtautumisella hoitoon oli merkitystä, koska hoidon saaminen saattoi edellyttää omaa aktiivisuutta hoitoon hakeutumisessa ja kykyä ottaa tarjottua hoitoa vastaan. Hoidon hyväksyminen edellytti sitä, että myönsi itselleen olevansa sairas ja tarvitsevansa jotakin apua tilanteeseensa.

”mulla henkilökohtaisesti kesti aika kauan, että tavallaan suostuin sitten oikeesti ottamaan sitä apua vastaan, vaikka moni taho sitä tarjosi”

Toisaalta avun saaminen näyttäytyi välillä vaikeana silloinkin, kun sairastunut itse koki tarvitsevansa hoitoa kipeästi. Aina työntekijän ensisijaiset hoitoväylät, kuten työterveyshuolto eivät vastanneet riittävästi avun tarpeeseen, vaan henkilö joutui turvautumaan esimerkiksi perusterveydenhuollon kiireelliseen päivystykseen. Vasta sitten asiat alkoivat edetä. Vastuu avun löytämisestä jäi siten itselle.

”Sit mä sain vihdoin apua, kun mä itse itseni järjestin akuuttiin psykiatriseen hoitoon tonne päivystykseen... olin siellä pari tuntia kääntymässä ja sit ohjattiin kaupungin psykiatrisen hoidon alle, niin sit alko asiat aukeamaan.”

Hyvä hoitosuhde näyttäytyi useammassa kertomuksessa merkittävänä toipumista tukevana tekijänä, koska henkilöt kokivat saavansa apua eikä heitä jätetty tilanteessa yksin. Toimiva hoitosuhde saattoi olla muodostunut yksittäisen lääkärin, hoitajan tai kokonaisuudessaan työterveyshuollon kanssa. Tärkeää hoitosuhteessa oli se, että henkilö koki, että häntä ymmärretään ja avun saamisen jatkumiseen saattoi luottaa.

”oli... yksi lääkäri, joka vähän aikaa meni, et mä päädyin jotenkin samalle aaltopituudelle, mut lopulta hän oli minusta oikein hyvä ja auttavainen”

Lupaus tuen saamisesta nähtiin positiivisena silloinkin, vaikka varsinainen hoito oli siirtynyt muualle. Tällöin toinen hoitopaikka toimi ikään kuin takaporttina, jos toinen pettäisi. Masennusta sairastavalle se lisäsi turvallisuuden tunnetta, koska hoito ei ollut silloin yhden tahon varassa.

”Ja työterveys on ollut siitä hyvä, että sieltä oma työterveyshoitaja ilmoitti, et jos tonne psykiatriselle ei pääse jutteleen tarpeeks usein, niin pääsee sitten työterveyshoitajien jutteleen, jos tarve vaatii”

Sairastunut henkilö ei ollut pelkästään passiivinen avun vastaanottaja, vaan myös hänellä itsellään oli rooli siinä, että hoito tehoi ja toipuminen eteni. Hyödyn saaminen työhön paluun tukitoimista edellytti myös, että työhön palaaja itse oli valmis antamaan oman panoksensa toipumiselle ja tekemään tarvittavia muutoksia elämässään.

”Et tietysti siinä oli sitten, et niinku omalta kantilta piti niinku huomioida se, että sä oikeesti laitat sen elämän sellaseks, että sä pystyt siihen työhön palaamaan. Et sulla on esimerkiks, unirytmä on kunnossa ja jätät riittävästi aikaa sille lepäämiselle ja niinkun huolehdit muuten siitä omasta jaksamisestas.”

6.3.6 Työyhteisö

Työyhteisön tuki

Työyhteisö saattoi helpottaa työhön palaamista sairausloman jälkeen antamalla tukea palaajalle. Aineistossa kokemus työyhteisön tuen saamisesta vaihteli, osa koki saavansa paljon tukea, osa ei sitä edes erityisesti kaivannut. Työyhteisön tuki saatettiin nähdä toisaalta ymmärtäväisenä suhtautumisena, toisaalta konkreettisena auttamisena ja avun tarjoamisena työtehtävissä. Positiivista työyhteisön suhtautumista luonnehtivat aineistossa esimerkiksi adjektiivit ymmärtäväinen, huomioiva, asiallinen ja auttavainen.

”ymmärrys siihen tilanteeseen ja se, ettei kukaan sairastu tahallaan tai se, jos ei pysty ja kykene, niin se ei oo laiskuutta vaan sitä sairautta... ja sit se, että kysytään, miten sä jaksat ja miten sä voit ja voink mä auttaa sua... niinku, jos tiedetään, että on haastava tilanne, niin tullaan tueksi tai vaikka hoidetaan puolestakin se. Semmonen avoin keskustelu sit myös just heidän kanssa, jotka tilanteesta tiesi enemmän”

”He on suhtautunut tosi hyvin ja ymmärtäväisesti ja yrittänyt auttaa ja selvittää.”

”jos mä oon jotakin kysynyt, jotakin jos mä en osaa esimerkiksi tehdä, niin ne on ollut heti valmiita neuvomaan ja auttamaan”

Työyhteisön tukeen liittyi myös vastavuoroisuutta, sillä työpaikan ongelmat koettiin yhteisinä ja tilanteessa pyrittiin auttamaan toinen toistaan vuoronperään. Toisen samassa tilanteessa olevan oli helpompi ymmärtää uupumiseen johtaneita syitä. Sairauslomalle jääminen koettiin ehkä myös jollain tavalla hyväksyttävämpänä, koska muutkin olivat niin tehneet.

”Vuoron perään meillä on kaikki uupumuksen takia lomalla, et se on vähän... yritetään parhaamme mukaan tukea toisiamme.”

Työhön palaajalla saattoi olla ollut ennen sairauslomaa työyhteisössä tietynlainen rooli ja mahdollisesti työtoverit odottivat, että rooli säilyy entisellään osasairauspäiväraajakson aikana. Tästä aiheutui lisäkuormituksen kokemusta. Aikaisempi muiden tukijan rooli vaikeutti keskittymistä omaan toipumiseen ja kavensi mahdollisuutta osoittaa muille, että on vielä toipilas ja heikko työpaikan haasteiden edessä. Tiivis suhde työyhteisöön saattoi siten olla myös eräänlainen taakka työhön palaajalle.

”Tietysti sitten välillä tuli se, että kun meillä on joitain asioita, joissa aika paljon tykkäävät turvautua minuun, niin se sit saatto olla se, et ollaan ootettu, et sä tuut töihin ja välillä se jopa tuntu, että se vähän kuormittikin.”

Työyhteisön tueksi yleensä riitti kuitenkin myönteinen suhtautuminen. Kun työntekijä koki itsensä tervetulleeksi työpaikalle, hänen oli helpompi palata työhön osa-aikaisesti. Osasairauspäiväraahajärjestelyyn liittyi jonkin verran huolta siitä, miten työtoverit suhtautuvat siihen, että työaika on vajaa ja ehkä muitakin työn muokkauksia on tehty. Myönteinen suhtautuminen kertoi työntekijälle, että muiden mielestä tällainen järjestely on hyväksyttävä eivätkä he koe sitä ongelmaksi.

”Se muun työyhteisön suhtautuminen siihen niinkun palaamiseen sen osasairauspäivärahan turvin, niin se oli mun mielestä erittäin hyvä... se suhtautuminen oli niinku äärimmäisen hyvää ja asiallista. Ja tota... ihan sellasta, et kiva, kun tulit takaisin ja kiva, kun oot taas täällä ja näin...”

Tiedottaminen

Suhde muuhun työyhteisöön saattoi aiheuttaa lisähuolta, koska työhön palaava työntekijä joutui miettimään omaa tilannettaan myös työyhteisön näkökulmasta. Työtovereita kiinnosti työhön palaajan tilanne ja palaaja saattoi itsekin kokea, että työyhteisölle pitäisi kertoa edes jotakin. Omasta tilanteesta ei kuitenkaan haluttu tuoda esiin kaikkia yksityiskohtia, joten muiden kysymysten käsittely oli ajoittain hankalaa. Sairauteen liittyvät seikat nähtiin henkilökohtaisina eikä sellaisina, jotka kuuluisivat kaikille. Sairauteen liittyvien asioiden läpikäyminen yhä uudestaan eri

ihmisten kanssa olisi voinut jopa pahentaa sairauden tilannetta ja vaikeuttaa pääsemistä eteenpäin vaativasta vaiheesta. Työhön palaamisen hetki oli muutenkin haasteellinen, koska oma työkyky oli vielä vajavainen ja oli epävarmaa, riittävätkö omat voimavarat työssä jatkamiseen.

”en mä heille tota siitä suoraan viestinyt, se asia tuntui sen verran tota... henkilökohtaiselta ja jotenkin ahdistavalta...”

”luonnollisesti ihmistä kiinnostaa, että miks sä oot ollut niin kauan poissa ja miks sä et tee täyttä listaa, niin sit se semmonen ympäröree vastailu siinä, jos sä et kuitenkaan halunnu kertoa ihan kaikkee. Se oli välillä tosi työlästä siinä aluks.”

Osasairauspäiväraahajaksosta ja työhön palaajan tilanteesta tiedottamisen katsottiin kuuluvan ainakin osaksi esimiehen tehtäviin. Esimiehellä oli kuitenkin vaitiolovelvollisuus, joka rajoitti tiedottamisen mahdollisuuksia. Muut työntekijät kuitenkin huomasivat esimerkiksi poikkeavat työajat ja niistä heräsi kysymyksiä. Esimiehelle saatettiin antaa erikseen lupa viestiä työtovereille vähän laajemmin kuin vaitiolovelvollisuuden rajat olisivat mahdollistaneet. Tällöin osasairauspäivärahalla oleva ei joutunut itse vastaamaan hankalaksi koettuihin kysymyksiin, vaan hän saattoi keskittyä itse työhön.

”Mä sanoin myös niinku työnjohtajalle, että hän voi ihan avoimesti puhua, että miks mulla on eri työaika ja muuta. Se on ennemminkin kuormittavaa se, että joutuu itse kaikille erikseen selittää, että miksi... Pääsee vähemmällä, kun sanoo kaikille, että saa avoimesti kertoa...”

Työpaikan toimintakulttuuri ja oma suhtautuminen siihen näkyi myös siten, että osa halusi itse kertoa mahdollisimman avoimesti työtovereille tilanteestaan. Työpaikan tiedottaminen oli saatettu kokea liian niukkana ja siksi ajateltiin, että ainakin itse pyritään kertomaan riittävästi työkavereille. Esimiehen tiedottamiseen ei ehkä myöskään luotettu, vaan haluttiin tuoda esille oma näkökulma ja taustaa tilanteelle. Tuolloin esihenkilö oli aiemmin tuonut esille epäluuloisen suhtautumisensa sairauteen eikä työntekijä halunnut, että esimies siirtää tämän ajatuksen muulle työyhteisölle oman viestintänsä kautta.

”...kun mä jäin sairaslomalle silloin marraskuussa, niin mä laitoin mun, meidän tiimille meidän työkavereille, työkavereille laitoin sähköpostia, et hei mulla on nyt tämmönen ongelma, että olen uupunut, sairastunut, olen kaikkee, että tota koittakaa nyt kestää mua, että mä en oo laiska enkä tyhmä, mutta tää aiheuttaa tiettyjä ongelmia, että tota... Lähinnä sen takia, kun mä inhoon sitä, kun meillä töissä on ollut semmonen ongelma, että siellä ei puhuta mistään, siellä oh ollut hirvee tämmönen vaikenemisen... siis lähinnä johtuu tästä esimiehestä, ei niinku puhuta, meillä ei jaeta tietoa tarpeeksi.”

Leimautuminen

Mielenterveyden häiriöihin liittyvän stigman pelättiin vaikuttavan muiden suhtautumiseen. Masennus sairautena koettiin ainakin jonkin verran leimaavana ja työtovereiden pelättiin muuttavan suhtautumistaan, jos he saavat tietää sairauspoissaolon syyn.

”Se on semmonen asia, mikä on niinku kuitenkin vähän leimaava.”

Leimautumisen pelko heräsi usein kuitenkin enemmän omista tuntemuksista kuin todellisista kokemuksista. Masennusta sairastava saattoi itse nähdä sairautensa jollain tavalla hävettävänä ja hänellä oli ehkä vaikeuksia hyväksyä sairaus itsellään. Tällöin asian työstäminen oli kamppailua erilaisten tunteiden kanssa, välillä sairastumista juuri masennukseen ei koettu ongelmana, välillä se taas oli sitä. Tunteiden vaihtelu oli todennäköisesti osittain yhteydessä masennukseen muutoinkin liittyviin mielialavaihteluihin. Huonona päivänä kaikki vaikutti huonommalta.

”Välillä tuntuu, että mua hävettää tämä sairaus, välillä mä oon ihan sujut tämän kanssa, mutta välillä on sitten taas, että se hävettää.”

Mielenterveysongelmien paljastumisen pelättiin vaikuttavan jopa uramahdollisuuksiin jatkossa. Vaikka masennukseen liittyvän leimautumisen ajateltiin jonkin verran vähentyneen aikaisemmasta, sen uskottiin silti vaikuttavan siihen, miten masennukseen sairastunutta arvotetaan työelämässä. Sairastuminen ja siihen liittyvä työkyvyttömyysjakso voidaan työelämässä katsoa heikkouksiksi ja epäily työssä selviytymisestä jää olemaan, vaikka työhön palaaminen olisikin onnistunut.

”se sairauden stigma...se on sellanen asia, joka rasittaa ja mietityttää ja...se on se mikä niinku oli semmonen, mitä paino vähän mieltä... Esimerkiks semmonen asia, että pystyykö tästä mihinkään niinkun vaikka etenemään sit urallaan.”

Osasairauspäiväraahajaksolla huoletti myös, miten työtoverit suhtautuvat siihen, jos työpanos ei ole yhtä laaja tai laadukas kuin muilla työntekijöillä. Eri työtehtäviin voitiin liittää eräänlainen standardi- tai vähimmäissuoritus ja toipilaana työhön palaavan työsaavutus ei ehkä ylettynyt aivan tälle tasolle. Tällainen oli todennäköistä etenkin, jos kyse oli mukautetusta tai osa-aikatyön ajalle sovitusta kokonaan eri työtehtävästä kuin mitä henkilö oli aikaisemmin tehnyt. Työpanoksen mitoitusta tehdään yleensä sen mukaisesti, että kaikki tekevät oman osuutensa yhteisestä työkuormasta. Jos jonkun panos on vähäisempi, merkitsee se isompaa taakkaa muille. Tällöin heikomman suorituksen tehnyt saattaa olla huolissaan siitä, että muut väheksyvät häntä tai suhtautuvat suorastaan vihamielisesti.

”mun työpanos oli semmonen selkeästi vajaa, koska mä nyt en ollut niin nopea ja niin tehokas samalla tavalla kuin ne muut. Ja mä aattelin, että ei ne varmaan millä tasolla haluakaan tai voi ottaa minua siihen tekemään sitä niinku ihan täysimittaisesti sitä työtä”

6.3.7 Yksityiselämä

Yksityiselämän tuki

Osasairauspäiväraajakson sujumiseen oli yhteydessä myös työhön palaavan henkilön yksityiselämän tilanne. Palaaja saattoi saada perheeltään tai läheisiltään sellaista tukea, joka edisti jaksamista työssä. Henkinen tuki oli esimerkiksi huomion kiinnittämistä hyviin asioihin. Puoliso auttoi suhtautumaan tilanteeseen myönteisesti ja antoi uskoa toipumisen edistymiseen. Sairastunut itse ei ehkä huomannut tilanteessaan tapahtuneita myönteisiä muutoksia ja silloin läheinen toimi peilinä, jonka kautta kehityksen havaitsi helpommin. Lisäksi vahva puoliso kannatteli perhettä ja antoi sairastuneelle mahdollisuuden olla heikompi.

”puoliso oli semmonen iso tukipilari, joka sitten niinku tavallaan keskitty enemmän niihin onnistumisiin ja siihen hyvään mikä vei niinku eteenpäin”

Ylipäättään sairaudesta ja siihen liittyvistä asioista keskustelu perheen kanssa nähtiin omia voimavaroja tukevana. Avoin keskustelusuhde tarjosi tilaisuuden kertoa rehellisesti omista vaikeuksista ja voimavaroista eikä läheisille tarvinnut esittää tilannetta kaunisteltuna tai parempana kuin se todellisuudessa oli. Läheiset hyväksyivät sairastuneen sairaudesta riippumatta. Keskustelutuen saaminen kotona saattoi myös hieman paikata psykoterapian tai muun psykologisen hoidon käynnistymisen hitautta.

”semmoinen avoin keskustelu täällä kotona.”

Tuki oli jossain tilanteissa myös taloudellista, jolloin huoli perheen toimeentulosta osasairauspäivärahan aikana oli vähäisempi. Kun työhön palaaja ei ollut yksin vastuussa perheen toimeentulosta, vajaan työajan tekeminen ei aiheuttanut taloudellisia haasteita. Työhön palaamiseen saattoi suhtautua myös rauhallisemmin, koska mahdollinen epäonnistuminenkaan ei olisi kaatanut perheen taloutta.

”vaimolla oli niinku hyväpalkkanen työ, niin se vähän helpotti sitä mun taloudellista tilannetta, niin ei tarvinnu ihan täyttää päivää tehdä. Että se oli semmonen asia, mikä niinku helpotti.”

Läheisten tuki oli myös konkreettista apua tavanomaisissa kotitöissä. Mahdollisuus jättää kotivelvoitteet vähemmälle auttoi jaksamista, koska silloin sai keskittyä lepoon ja palautumiseen työstä. Perheen apu kevensi kokonaiskuormitusta työhön palatessa.

”Ja sitten se tuki täällä kotona, että tavallaan sai keskittyä niinä työpäivinä siihen työhön ja sitten siitä työstä palautumiseen täällä kotona eikä tarvinnu hirveesti tehdä mitään, mitä ei sitten jaksanut niiden työpäivien jälkeen.”

Yksityiselämän vaatimukset

Toisaalta yksityiselämässä saattoi olla sellaisia kuormitustekijöitä, jotka lisäsivät taakkaa ja vaikeuttivat työhön palaamista. Jos muillakin perheenjäsenillä oli terveysongelmia, työhön palaaja joutui huolehtimaan heidän hyvinvoinnistaan eikä omalle toipumiselle jäänyt niin hyvin tilaa. Huolehtiminen oli sekä henkistä huolta että konkreettista avustamista esimerkiksi lääkärikäynneissä ja etuusasioissa. Vähemmän sairaalle saattoi jäädä suurempi vastuu myös perheen lapsista. Puolison sairastaminen heijastui perheeseen myös siten, että toisen vanhemman piti yrittää selviytyä työssä, koska vastuu toimeentulosta jäi isommaksi osaksi hänelle.

”perheen tilanne oli hyvin hankala, että... avovaimo on ollut jo viis vuotta aika sairaana, ei pysty töihin”

Lapsista huolehtiminen ja työn ja perhe-elämän yhteensovittaminen toivat lisää haasteita arkeen silloinkin, kun muut perheenjäsenet olivat terveitä. Perhevelvoitteet veivät oman osansa masennuksesta toipujan resursseista. Lisäksi toisen vanhemman työtilanne vaikutti kokonaisuuteen. Jos toinen teki pitkiä työpäiviä, jäi lapsista huolehtiminen enemmän toiselle.

”todellisuudessa mä joudun läheisiäni myös ikään kuin vähän niin kuin tehostetusti hoitamaan ja myös nyt ylipäättään, jos nyt on lapsiperhe, niin kyllähän siinä aika paljon menee resursseja lasten hoitoon, vaikka olis minkälaiset lapset niin tota... Se on vähän hankala konsepti sovittaa yhteen ton työelämän kanssa.”

Henkilö saattoi tehdä myös tietynlaista arvovalintaa siitä, käyttääkö aikansa työhön vai vanhemman läsnäoloa kaipaavan lapsen kanssa olemiseen. Jos työ koettiin liian kuormittavana ja ei-palkitsevana, saattoi valinta kallistua helpommin aikaan lapsen kanssa. Näin oli etenkin silloin, jos toinen vanhemmista oli kokoaikaisesti työssä. Tällöin perhevelvoitteet saattoivat heikentää työhön palaamisen motivaatiota.

”...minun lapsenikin on sellainen, että vaatii vähän enemmän vanhemman seuraa, mikä ei olisi mahdollista, jos molemmat vanhemmat tekis koko aika täysaikasta työtä.”

Perheen taloudelliset vaikeudet koettiin kuormitusta lisääviksi. Ongelmat saattoivat kasautua ja kertautua, jos molempien vanhempien kyky suoriutua arjesta oli sairauden vuoksi alentunut ja lisäksi tulotaso heikentynyt aiemmasta. Pyrkimys hankkia apua vaati myös voimavaroja. Useat yhtäaikaiset ongelmat tekivät kokonaisuudesta työläästi hallittavan.

”Ja sit myöskin niinkun taloudelliset ongelmat ja tämmöset... Niitten hoitaminen taas vaatii sitten lisää voimia, mitä ois sitten tarvinnut taas siihen omaan palautumiseen ja sit joutuu käydä näitä täällä sosiaalitoimiston tapaamisia ja lääkäreitten kans tapaamisia.”

Vaikka perhe olisi hakenut apua vaikeaan tilanteeseen, saattoi avun saaminen kestää kovin pitkään. Apua ei saatu heti tai tarjottu apu ei ehkä ollut juuri sellaista kuin mitä kyseisessä tilanteessa olisi

eniten kaivattu. Hyödylliseksi koettua apua saatiin ehkä vasta useita kuukausia vaikeimman tilanteen jälkeen. Toisaalta voi olla, että saatu apu alettiin kokea toimivaksi vasta siinä vaiheessa, kun asiat alkoivat muutenkin kehittyä myönteiseen suuntaan.

”...me ois tarvittu kotiin myös apua. Että nyt vasta tammikuussa, tänä vuonna, me on saatu kotiin oikeesti apua.”

Myös parisuhteen ongelmat heijastuivat mielialaan. Suhteen vaikeudet eivät kuitenkaan välttämättä haitanneet työhön palaamista, vaan työllä saattoi olla jopa vointia kohentava vaikutus. Työn ansiosta elämässä oli muutakin ajateltavaa kuin päättymässä oleva parisuhde. Liiton päättyminen voitiin myös kokea epäonnistumisena ja työssä jatkamisella tavoiteltiin onnistumisen kokemusta. Työssä voi olla edelleen menestyvä, vaikka toisella elämän osa-alueella olikin tullut pettymyksiä. Myös toimivat työelämän ihmissuhteet olivat ehkä tärkeitä tilanteessa, jossa parisuhde oli päättymässä.

”sen aikaisessa parisuhteessa alettiin olemaan... olemaan aika lailla niinku loppusuoralla. ... Jos ajatellaan sitä yksityiselämän puolta, niin koin sen, että kun sain olla siellä töissä ja sain niinku vähän muuta ajateltavaa, niin se oli niinku siinä tilanteessa positiivinen juttu...”

Henkilöllä saattoi olla parisuhteen ja perheen lisäksi myös muita yksityiselämän velvoitteita tai tavoitteita, joiden edistymättömyys huoletti. Esimerkiksi keskeneräiset opinnot koettiin painolastiksi. Samalla ne saattoivat näyttäytyä myös toisena elämänalueena, jolla koettiin epäonnistumista. Vaikeudet suoriutua tavanomaisina pidetyistä opintojen ja työelämän urapoluista ehkä heikensivät itsetuntoa ja aiheuttivat huonommuuden kokemusta.

”...mun opinnot on aika pitkälti viivästyneet, että mun pitäis saada se gradu sinne yliopistolle tehtyä. Se oli yks kuormittava tekijä siinä.”

6.3.8 Ajoitus

Työhön palaamisen ajankohta

Ajoituksen merkitys osasairauspäiväraajakson sujumisessa liittyi siihen, että se oli oikea suhteessa toipumiseen. Työhön palaamisen edellytyksenä pidettiin, että toipumista oli ehtinyt tapahtua riittävästi eli työhön paluuta edeltävän sairausloman oli ollut riittävän pitkä ennen työhön palaamista. Vaikka työhön palaamisen ajankohta oli vaikuttanut oikealta siinä vaiheessa, kun sitä suunniteltiin, monet kokivat jälkikäteen, että työhön palaaminen oli tapahtunut liian varhaisessa vaiheessa. Siitä huolimatta työhön palaaminen ei välttämättä epäonnistunut.

”Se oli ihan liian pian, näin kun sitä katsoo niin ihan liian pian...”

Muutamassa tapauksessa lääkäri oli pitänyt työhön palaamista vielä liian aikaisena, mutta osa-aikatyö oli siitä huolimatta aloitettu, koska työntekijä itse sitä toivoi. Lääkärin näkökulmaa ymmärrettiin jälkikäteen paremmin, koska työn aloittaminen oli ehkä antanut paremman käsityksen oman jaksamisen rajoista ja toipumisen vaiheesta. Vastuu liian varhaisesta aloittamisesta otettiin kuitenkin tällöin itselle.

”...ehkä tämä nykyminä ois kuunnellu vielä niitä lääkäreitä ja ehkä jatkanut sitä sairaslomaa vielä jonkin aikaa.”

Osa-aikaisuuden kesto

Myös osa-aikaisen työskentelyn kestolla oli merkitystä osasairauspäiväraajakson onnistumisessa. Toteutunut jakso saatettiin kokea liian lyhyeksi tai osasairauspäivärahan enimmäiskesto riittämättömäksi. Työhön palaaja tiesi, että osa-aikaista työtä voi jatkaa korkeintaan osasairauspäivärahan enimmäisajan verran ja sen jälkeen pitäisi pystyä palaamaan täyteen työaikaan. Tämä aiheutti stressiä, etenkin jos näytti siltä, että toipuminen ei edistynyt toivotulla tavalla. Osa-aikaisen työskentelyn aikana oli tavallaan hyväksytyä tuntoa itsensä vielä jossain määrin sairaaksi tai toipilaaksi, mutta täyden työajan alettua olisi pitänyt olla kokonaan parantunut.

”...aika äkkiä siinä silloin pitäs parantua, jos 120 päivän aikana paranee. Et mä oisin tarvinnu kyllä vähintään tuplaten sen ajan.”

Myös liian nopea työajan kasvattaminen saattoi tuntua raskaalta. Siirtymä osa-aikaisesta työstä kokoaikaiseen työhön saatettiin kokea liian isona yhtäkkisenä muutoksena ja myös tähän väliin olisi kaivattu työajan porrastusmahdollisuutta.

”mä olisin just portaittain halunnu palata siihen täyteen työaikaan, mut sit... sithän siinä oli joku raja niinku Kelan näkökulmasta... Et tavallaan mä hyppäsin siitä kolmesta päivästä suoraan siihen viiteen päivään. Mä olisin ehkä halunnut sen neljännen päivän, et eka tekee kolme ja sit neljää ja sitten sitä viittä.”

6.3.9 Yllättävät ulkopuoliset tekijät

Osasairauspäiväraajakson sujumista määrittivät myös sellaiset yllättävät tekijät, joiden vaikutusta ei ollut pystytty ennalta huomioimaan. Aineistossa tällaisena yllätyksellisenä tekijänä näyttäytyi keväällä 2020 Suomeen levinnyt koronapandemia, joka vaikeutti muutamilla osa-aikaisessa työssä jatkamista. Muita osasairauspäiväraajaksoon liittyviä tekijöitä oli pystytty suunnittelemaan ja ennakoimaan etukäteen, mutta koronaan ei ollut kukaan osannut varautua. Se nähtiinkin prosessista ulkopuolisena, mutta silti hyvin merkittävänä tekijänä.

”Paitsi koronajuttu nyt on sitten erikseen, mut siinä nyt ei kukaan osannut ennakoida.”

Pandemia vaikutti työssä jatkamiseen esimerkiksi sitä kautta, että työhön kuului paljon kontakteja muiden ihmisten kanssa ja pelko tartunnan saamisesta synnytti kasvavaa ahdistusta. Tällöin tilanteessa oli kuitenkin mukana myös muita tekijöitä, joiden vuoksi osa-aikainen työskentely oli jo aiemmin koettu ongelmallisena. Koronavirusuhka oli ikään kuin viimeinen pisara, joka ratkaisi työskentelyn lopettamisen. Aineistossa muutamat osasairauspäiväraajakset osuivat juuri koronapandemian alkuvaiheeseen, jolloin tartuntatilanteen kehittyminen ja vakavuus oli vielä epäselvää. Tilanne näytti vaikeutuvan vähitellen ja pandemiaan yleisesti liittynyt huoli tarttui myös osasairauspäivärahalla oleviin.

”...jossain vaiheessa alko olla se koronatilanne sellainen, että minua ahdisti myös sen takia työnteke.”

Huoli ei aina liittynyt omaan työhön ja sen kontakteihin, vaan myös oman perheenjäsenen kuuluminen riskiryhmään saattoi huolettaa ja lisätä toipilaan kokemaa stressiä. Pelko läheisten puolesta ehkä herätti tunteen, että henkilön pitäisi olla kotona pitämässä huolta heistä.

”korona alko silloin ja tietenkin se aiheutti... koska avovaimolla on myös sellanen sairaus, etä hällä on tää immuunijärjestelmä puutteellinen, niin... ja tois.. meidän lapsista on myös sama. Niin tää tietenkin aiheutti kyllä stressiä paljon.”

Koronapandemian myöhemmässä vaiheessa pelko sairastumisesta oli jo hieman hälventynyt ja silloin sairauslomalta työhön palaaminen näyttäytyi myös mahdollisuutena päästä eroon tartuntatautia seuranneesta eristäytyneisyydestä ja tavata ihmisiä kasvokkain. Tällöin pandemia toimikin tavallaan yhtenä työhön palaamisen motivaatiota synnyttävänä tekijänä.

”no nyt kun on korona-aika tietysti, kaikki paikat on kiinni, ei ihmisiä paljon nähnyt, ei niitä nähnyt sielläkään, kun suurin osa on etänä, mutta näki kuitenkin edes heitä. Että tota... se oli semmonen niinku positiivinen juttu.”

Taulukossa 6. kuvataan tiivistetysti ne keskeiset teemat, joiden aineiston perusteella havaittiin olevan osallisena osasairauspäiväraajakson sujumiseen. Osa tekijöistä edisti jakson toteutumista ja osa vaikeutti. Eri tekijöiden merkitys vaihteli tilannekohtaisesti. Eri teemat ovat myös yhteydessä toisiinsa, esimerkiksi motivaatio liittyi läheisesti muihin teemoihin ja niillä saattoi olla motivaatiota lisäävä tai pienentävä merkitys.

Taulukko 6. Yhteenveto osasairauspäiväraajakson sujumiseen yhteydessä olevista tekijöistä

Motivaatio	Taloudellinen motivaatio
	Toipumiseen liittyvä motivaatio
	Odotuksiin vastaaminen
Prosessin sujuvuus	Etuuden hakeminen
	Toimijoiden yhteistyö
Työnantajan toiminta	Työnantajan asenne
	Sopimuksen noudattaminen
	Esimiehen tuki
Työn vaatimukset	Oman työn keventäminen
	Työn joustavuus
	Työpaikan kuormitustekijät
Sairauden tilanne	Sairauden paheneminen
	Toimiva hoito ja hoitosuhteesta saatu tuki
Ajoitus	Työhön palaamisen ajankohta
	Osa-aikaisuuden kesto
Työyhteisö	Työyhteisön tuki
	Tiedottaminen
	Leimautuminen
Yksityiselämä	Yksityiselämän tuki
	Yksityiselämän vaatimukset
Yllättävät ulkopuoliset tekijät	Koronavirus

Kokemus osasairauspäiväraajakson onnistuneisuudesta tai epäonnistuneisuudesta muodostui yksilöllisesti. Haastatellut henkilöt arvioivat osasairauspäiväraajaksonsa onnistuneisuutta osittain sen perusteella, pystyivätkö he jatkamaan työskentelyä vai eivät. Osasairauspäiväraajakson päätavoite oli toimia työhön palaamisen keinona ja jos se epäonnistui, myös koko jakso nähtiin

epäonnistuneena. Jakson keskeytymiselle nähtiin kuitenkin myös selvä syy, jonka vastuulle epäonnistuminen laitettiin. Kun pelisääntöjä ei noudatettu, lopputuloksena oli epäonnistuminen.

”Mä pidin... tai siis loppujen lopuksi, mikä se tulos oli minun kannalta, niin sehän oli niin, että se kokemus epäonnistui. Koska jouduin jäämään sairauslomalle enkä pystynyt siihen työhön palaamaan. Et tota... mut sikäli se oli mun mielestä niinkun kokemuksena hyvä ja se ajatus siinä oli erittäin hyvä, mut se vaan sitten, kun se sovittiin siinä, et miten se toteutuis... kun se ei niitten pelisääntöjen puitteissa mennyt, niin se oli sitten niinku harmi.”

Vaikka yhden henkilön työhön palaaminen sinänsä onnistui, voinnin heikkenemisen vuoksi kokemus osasairauspäiväraahajaksosta kääntyi kielteiseksi. Työhön palaamisen oli ajateltu edistävän masennuksesta toipumista ja sen vuoksi voinnin heikkeneminen työhön paluun jälkeen vaikutti epäonnistumiselta. Osasairauspäiväraajakson onnistuminen tai epäonnistuminen oli siten yhteydessä niihin tavoitteisiin, jota sille oli asetettu.

”no epäonnistunut sillä tavalla, että kun osasairauspäivärahan ideahan on palata töihin vähän niin kuin toipumaan, niin mulla on kunto menny huonompaan suuntaan koko ajan.”

Toisaalta vaikka työhön palaaminen epäonnistui, nähtiin osasairauspäivärahalla työhön palaamisen mahdollisuus kuitenkin myönteisenä ja toipumista tukevana. Osa-aikainen työ oli helpompaa jaksaa ja sen ansiosta uusia sairauspoissaoloja ei tarvittu.

”Kyllä, jos aatellaan sitä, että siinä sitten ei niinku tavallaan tullut niitä... et jakso sitten sen, ettei tullut niitä, että niinku esimerkiks olis joutunut lisäksi olemaan, tullut sairauslomajaksoja.”

”No must se oli kyllä onnistunut sikäli, että se oli just sitä, mitä mä tarvin siihen tilanteeseen.”

6.4 Osasairauspäivärahaetuuden kehittämismahdollisuudet

Haastateltavilta kysyttiin, havaitsivatko he oman kokemuksensa perusteella osasairauspäivärahaetuudessa tai etuusjärjestelmässä jotakin kehittämistarpeita tai –mahdollisuuksia. Järjestelmän rajoituksia tuli esille myös muiden kysymysten kohdalla. Nykyinen mahdollisuus osasairauspäivärahalla töihin paluuseen nähtiin enimmäkseen hyvänä ja kaikkia osapuolia hyödyttävänä järjestelynä.

”Et ylipäätään mun mielestä on hienoa, et tommonen etuus on käytettävissä ja sehän ois oikeen niinku ihanne, jos se toimis ja palvelis, niin sehän ois niinkun kaikille osapuolille ihan selkeä win-win-tilanne.”

Osasairauspäivärahajärjestelystä sopiminen koettiin myös vaivattomana etenkin silloin, jos lääkäri tunsu järjestelmän ja osasi laatia edullisen suunnitelman. Myös sopimuksen tekeminen arvioitiin yksinkertaiseksi.

”Tavallaan tää on tosi helpoks tehty tää systeemi ja tän niinku osasairauspäivärahan aloittaminen on helppoo, jos on vaan fiksu lääkäri, et ei tuu mitään karenssipäiviä, jos osasairauspäivärahalle siirtyy suoraan sairauslomalta. Et niinku... et tavallaan se on siltä puolelta helppo ja sopimuksen tekeminen oli helppoo.”

Yhdellä vastaajalla oli kokemusta useammasta vajaatyökykyisille tarkoitettusta etuudesta. Hän oli huomannut, että osasairauspäiväraha on taloudellisesti joustavampi etuus verrattuna esimerkiksi osakuntoutustukeen. Osasairauspäivärahassa ei ole tulorajoja, joten työpäiviä voi sijoittaa vapaasti viikonlopuille ja muille pyhä- tai iltatyökorvauksen piirissä oleville ajoille. Työaikajärjestelyillä olikin mahdollista optimoida omaa tulotasoa osa-aikatyön ajalla.

”Et kun oot osakuntoutustuella, sulla on tietty raja, minkä sä saat hankkia ja siinä sairauspäivärahassa sitä ei ole.”

Eniten kehitettävää vastaajat näkivät osasairauspäivärahan enimmäispituudessa, jota he pitivät tällä hetkellä liian lyhyenä (n=4). Vastauksissa pohdittiin, että varsinkin masennusta sairastavilla sairauden uusiutuminen tai toipumisen aaltoileminen voi olla tavallista ja silloin osasairauspäivärahan pidempi enimmäiskesto voisi olla hyödyllinen.

”Ja varsinkin, kun kyse masennuksesta, niin sehän on tavallista, että tulee niitä takapakkeja, et ei se...kellä se toipuminen menee niinkun tasasesti kohti parempaa, että se on ihan odotettavaakin, että siinä tulee niitä takapakkia sitten. Sillon se 120 päivää käy aika lyhyeksi sitten.”

Yksi vastaaja mainitsi myös, että masennus voi olla kehittynyt useiden vuosien aikana ja silloin toipumisaikakin voi olla pitkä. Tämä pitäisi ottaa huomioon myös osasairauspäivärahan enimmäisajassa.

”... mun mielestä se kyllä aivan liian lyhyt, kun aattelee...mullakin on tää masennus varmasti neljä vuotta sitten alkanut jo, niin aika äkkiä siinä silloin pitäis parantua, jos 120 päivän aikana paranee.”

Enimmäiskeston rajaa pidettiin myös liian ehdottomana. Olisi hyödyllistä, jos enimmäisaika voisi joustaa sairaus- tai tilannekohtaisesti. Pitempi aika varmistaisi sen, että toipuminen ehtisi edetä ja työhön palaamisen onnistuminen olisi todennäköisempää.

”Ainoa, mitä ehkä muuttaisin, niin sen, että toisaalta se neljä kuukautta on aika lyhyt aika, et se oli niin ehdottoman tuntuinen se 120 vuorokautta tai vähemmän, et... Tavallaan se, et jos se ois vaikka kuus kuukauttakin se aika, niin mä luulen, että se vois olla pidempi tai siis paremmat mahdollisuudet.”

Pitemmän enimmäiskeston lisäksi jotkut haastatellut katsoivat, että työajan porrastusmahdollisuuden pitäisi olla laajempi kuin nykyinen 40–60 % kokoaikatyöstä. Etenkin

siirtyminen kolmesta työpäivästä viikossa suoraan täyteen työviikkoon voi olla haastavaa, jos toipuminen on vielä kesken.

”Eikös siinä oo se, että joko nelkyt prosenttia töissä tai kuuskyt prosenttia töissä, että... onks se pakko olla noin, eiks siinä vois olla porrastusta enemmän.”

Varsinkin mahdollisuutta nelipäiväiseen työviikkoon ennen täyteen työaikaan siirtymistä kaivattiin. Täyteen työaikaan siirtyminen oli haastavaksi koettu vaihe työhön palaamisessa ja siinä kohtaa jonkinlaista työajan kevennysmahdollisuutta olisi vielä tarvittu.

”Mä en nyt ihan tarkkaan muista sitä, että miks mä tein, et miten ne meni ne prosentit, että Kela vielä korvas... et tavallaan just se, että mä en voinukkaan nostaa sitä siihen neljään päivään, koska sitten Kela ei ois korvannu enää.”

Yksi haastatelluista katsoi myös, että siirtymisen osasairauspäivärahalle tulisi olla nykyistä joustavampaa ja mahdollista matalammalla kynnyksellä. Osasairauspäivärahan edellytyksenä ei tällöin pitäisi olla täysi työkyvyttömyys, vaan etuutta olisi hyvä voida käyttää jo silloin, kun sairaus on alentanut työkykyä siinä määrin, ettei nykyisessä työssä jatkaminen entisin ehdoin onnistu, mutta toisaalta kokoaikaisen sairausloman perusteetkaan eivät aivan täyty.

”Että se olis niinku ihan hyvä, että pystyis oleen osasairauslomalla esimerkiksi silloin kun, jos tuntuu että tarttis vähän enemmän lepoa, niinku et nyt rupee pikkasen hommat kiristyy ja kaikkee sellasta. Et sitä vois tehdä niinku helpommin, kun että se... menee lääkärille, joka kirjottaa sitten kuukauden sairausloman, niin mieluummin vaikka alottas sillä, että paljon matalammalla kynnyksellä sen osasairausloman. Kun silloin, kun ihminen ei oo vielä niin uupunut, että ei pystyis tekemään vähän töitä, mutta ei pysty tekemään kokonaan, kokoviikkosta työtäkään, niin ei tarvis mennä niin pitkälle tässä asiassa.”

Muut kehittämistarpeet liittyivät etuuden hakemiseen (n=2) Yksi vastaaja piti Kelan hakemuslomakkeen täyttämistä työläänä.

”...vaikka on yksinkertainen kaavake, niin sen tekemiseen meni ihan hirveen kauan aikaa, ei niinku tiennyt, että mitä ne hakee jollain tietyllä kysymyksellä.”

Toinen haastateltu henkilö toivoi, että hakemuksen käsittelyaika ja etuuden maksupäivät olisivat paremmin tiedossa etukäteen. Oman talouden suunnittelua helpottaisi, kun tietäisi heti, milloin etuus maksetaan.

”Se tietenkin on tärkeätä, et nää päivärahatkin tulis... oikeesti pystyis tietään, milloin ne tulee, että pystyy jollain lailla suunnittelemaan.”

Muutammat vastaajat katsoivat, että osasairauspäivärahaetus tunnetaan liian huonosti ja tietoisuutta etuuden olemassaolosta pitäisi lisätä (n=3). Työhön palaamista osasairauspäivärahalla voisi ehdottaa esimerkiksi Kelan suunnalta. Muun tahon suosittelu voisi edistää suunnitelmaa silloinkin, kun työntekijä ja työnantaja ovat muutenkin tätä vaihtoehtoa punninneet. Riippumattoman osapuolen kannanotto ehkä vahvistaisi ajatusta siitä, että pyrkimys on kaikkien osapuolten etuun.

”Suosittelen sitä myös enemmän ehkä tuomaan niinkun jotenkin esille myös sieltä, no en mä tiedä, pystyykö sitä Kela tuomaan tai joku sitten näin, mut se jos sitä ite niinku mietit tai työnantaja suosittelee sitä, että se tuli vähän niinku jostain muualta, että ootko niinku miettinyt tämmöstä, että jos sulla riittäis voimavarat tähän.”

Vaikka aineistossa ei juurikaan tullut esille vaikeuksia selviytyä taloudellisesti osasairauspäivärahan aikana, koski yksi kehittämisehdotus myös osa-aikatyön aikaisen toimeentulon varmistamista. Etuuden pitäisi olla tasoltaan sellainen, ettei työhön palaamismahdollisuus osasairauspäivärahalla sen vuoksi jää käyttämättä. Haastateltujen kokemuksista saattoi päätellä, että osasairauspäivärahalle siirtymisen taloudellisia vaikutuksia voi olla vaikea hahmottaa etukäteen.

”Niin että kuitenkin pitäisi tietysti taloudellisesti pystyä tulemaan toimeen.”

Taulukossa 7. on kuvattu vielä yhteenveto kaikista esille tulleista kehittämismahdollisuuksista.

Taulukko 7. Yhteenveto osasairauspäivärahaetuuden kehittämistarpeista

Kehittämistarve	Mainintoja
Enimmäiskeston pidentäminen	4
Laajempi työajan porrastus	2
Joustavampi siirtyminen osasairauspäivärahalle (osatyökyvyttömyys)	1
Tietoisuuden lisääminen etuudesta	3
Helpommin täytettävä hakulomake	1
Parempi ennakkotieto etuuden maksuajankohdasta	1
Toimeentulon turvaava etuuden taso	1

7 Pohdinta

7.1. Keskeiset tulokset ja suhde aikaisempaan tutkimukseen

Tulosten perusteella on mahdollista laatia tyypillinen kuvaus osasairauspäivärahaprosessista. Tavallisesti henkilöllä on taustalla muutaman kuukauden pituinen kokoaikainen sairausloma siinä vaiheessa, kun työterveyshuolto ehdottaa työhön palaamista osasairauspäivärahalla. Masennuksen lisäksi henkilöllä on todennäköisesti jokin muu mielenterveyden häiriö ja hän saa sairauteensa lääkehoitoa. Hoitosuhde on työterveyshuollon kanssa, muuta hoitoa lääkityksen lisäksi ei ole ehditty aloittaa. Osasairauspäivärahan suunnitteluvaiheessa pidetään työterveysneuvottelu, johon

osallistuvat työnantajan edustaja, henkilö itse sekä työterveyslääkäri. Neuvottelussa sovitaan muutaman kuukauden pituisesta osasairauspäiväraajaksesta, jonka riittävyyttä arvioidaan jakson kuluessa. Viikoittaista työaikaa lyhennetään yleensä työviikkoa lyhentämällä, työtehtäviä muokataan harvemmin. Työhön palaaja hakee itse etuutta Kelasta ja se myös maksetaan hänelle itselleen. Osasairauspäiväraajakso toteutuu pääosin sopimuksen mukaisesti. Työhön palaaminen onnistuu, mutta ei välttämättä heti osasairauspäiväraajakson jälkeen eikä kokoaikaisesti.

Tutkimuksen tarkoitus oli myös selvittää, millaiset tekijät ovat yhteydessä masennuksesta aiheutuneen työkyvyttömyyden jälkeisen työhön paluun sujumiseen, kun paluu tapahtuu osaaikaisesti osasairauspäivärahalla. Tulosten perusteella työhön paluun sujumiseen on yhteydessä ainakin yhdeksän eri osa-aluetta. Nämä ovat motivaatio, prosessin sujuvuus, työnantajan toiminta, työn vaatimukset, työyhteisö, sairauden tilanne, yksityiselämä, ajoitus ja yllättävät ulkopuoliset tekijät. Eri teemojen sisällä voidaan eritellä yksityiskohtaisempia osa-alueita, jotka vaikuttavat työhön palaamisen sujumiseen joko myönteisesti tai kielteisesti. Tuloksista voidaan päätellä, että osasairauspäiväraajakson sujumiseen on yhteydessä monta osatekijää, joista osa lisää työhön palaajan kuormitusta ja osa puolestaan keventää sitä. Onnistunut palaaminen työhön ja toipumisen eteneminen edellyttävät, että nämä osatekijät ovat riittävästi tasapainossa.

Teemoista etenkin työnantajan toiminnalla näytti tässä aineistossa olevan keskeinen merkitys työhön paluun sujumisessa. Työnantaja saattoi helpottaa palaamista myönteisellä asenteella, joustavuudella ja esimiehen antamalla tuella. Toisaalta negatiiviseksi koettu asenne, esimiehen tuen puuttuminen tai osa-aikatyötä koskevan sopimuksen noudattamatta jättäminen haittasivat työhön palaamista. Työhön palaajan oma motivaatio oli tärkeä edellytys paluuprosessin käynnistymiselle ja sujuva yhteistyö työterveyshuollon, työnantajan ja Kelan kanssa edisti prosessia. Työhön palaajat toivoivat, että olisivat saaneet tehoavaa hoitoa sairauteensa ennen työhön palaamista, mutta useinkaan se ei toteutunut. Tämä saattoi hankaloittaa työhön palaamista. Myös ajoituksella oli merkitystä, toipumisen tuli olla sopivassa vaiheessa ennen osa-aikaisen työn aloittamista ja toisaalta osittaisen työajan jakson tuli olla riittävän pitkä. Masennusta sairastavia kuormitti oman sairautensa lisäksi usein perheen vaikeudet tai perheveloitteet ylipäättään, mutta perheeltä saatiin myös toipumista edistävää tukea. Työyhteisön osoittama tuki ja hyväksyntä olivat myös merkityksellisiä työhön palaajalle. Muutama aineiston osasairauspäiväraajakso sijoittui koronapandemian aikaan. Yllättäen myös koronan kaltainen poikkeuksellinen tekijä vaikutti masennusta sairastavan työhön paluun onnistumiseen.

Työhön paluun onnistuminen sairausloman jälkeen edellyttää palaajalta voimavaroja. *Voimavarojen tuen* voidaankin nähdä yhdistävän useampia tutkimuksessa keskeiseksi nousseita teemoja. Voimavarojen tarve on yhteydessä työn vaatimuksiin, yksityiselämän vaatimuksiin ja yksilön terveydentilaan. Voimavaroja on mahdollista tukea monin tavoin, tukea voi saada esimerkiksi esihenkilöltä, työyhteisöltä, läheisiltä ja hoitosuhteen kautta. Toinen eri teemoja yhdistävä yläteema näytti tässä tutkimuksessa olevan *hyväksyminen*. Hyväksyntää kaivataan omalta työnantajalta, työyhteisöltä, hoitotaholta sekä perheeltä ja läheisiltä. Lopulta myös itsensä hyväksyminen sairauksineen ja heikkouksineen voi olla avain muutokseen ja onnistuneeseen työhön palaamiseen. Hyväksymisen tarve liittyy todennäköisesti erityisesti masennukseen, koska siihen yhdistetään edelleen leimautumisen pelkoa ja häpeän tunteita.

Kolmas tutkimuskysymys koski sitä, miten nykyistä osasairauspäiväraahajärjestelmää tai –etuutta voisi käyttäjien näkökulmasta kehittää. Keskeiset kehittämiskohteet aineiston perusteella ovat enimmäiskeston pidentäminen, työajan porrastusmahdollisuuksien laajentaminen, työkyvyttömyys-edellytyksen lieventäminen, etuuden tunnettuuden lisääminen, hakemisen yksinkertaistaminen ja maksupäivätietojen parantaminen sekä etuuden tason määrittäminen siten, että se turvaa toimeentulon.

Tutkimuksen tulokset ovat linjassa aiemman tutkimuksen kanssa. Osa-aikaisen työhön palaamisen osasairauspäivärahalla on arvioitu tukevan työhön osallistumista sekä pitkien sairauspoissaolojen (Kausto ym. 2014) että lyhyiden, enintään 12 viikon pituisten sairauspoissaolojen jälkeen (Viikari-Juntura ym. 2019). Myös tämän tutkimuksen aineistossa mahdollisuus osa-aikaiseen työskentelyyn nähtiin pääasiassa toipumista tukevana ja työhön palaamista helpottavana. Motivaatio työhön palaamiseen syntyi myös taloudellisista tekijöistä ja mahdollisuudesta vastata omiin ja muiden odotuksiin. Työ rakentaa osaltaan ihmisen identiteettiä ja on yksi merkittävä rooli elämässä. Netto, Polly, Cocks & McNamara (2016) havaitsivat samansuuntaisesti, että mielenterveyden häiriötä sairastavat halusivat palata työhön, koska sen kautta haluttiin saada toimeentulo ja taloudellinen turvallisuus. Työstä haluttiin myös yhteisöllisyyttä ja kokemuksia tavoitteiden saavuttamisesta.

Lähimmäksi samantyyppisiä asioita on aiemmin selvitetty Kauston ja kumppaneiden (Kausto ym. 2009) kyselytutkimuksessa, joka oli ensimmäisiä Suomen osasairauspäivärahaa koskevia tutkimuksia. Tuolloin osasairauspäivärahaetus oli ollut käytössä vasta vajaan vuoden verran. Kyselyssä selvitettiin käyttäjien kokemuksia etuudesta ja heidän työhön osallistumisestaan osasairauspäivärahakauden jälkeen. Tärkeimpiä syitä, miksi tutkittavat tuolloin halusivat käyttää työhön paluuseen juuri osasairauspäivärahaa, olivat mahdollisuus lyhyempään työaikaan, halu

ylläpitää työkykyä tai ammattitaitoa ja pyrkimys ylläpitää yhteyttä työpaikkaan. Nämä samat tekijät tulivat jossain määrin esille myös tämän tutkimuksen motivaatio-teemassa. Kauston ja kumppaneiden kyselyyn vastanneet kokivat, että työjärjestelyt työpaikalla olivat sujuneet helposti ja työtoverit suhtautuivat niihin myönteisesti. Kuitenkin joidenkin kokemusten mukaan työmäärää ei ollut vähennetty, vaikka työaika olikin lyhyempi. Tässä tutkimuksessa esille tulleet puutteet sopimuksen noudattamisessa vastaavat siten aikaisempaa tutkimusta, mutta osoittavat myös, että työnantajien toiminta ei ole tältä osin kehittynyt myönteisesti. Tämä tutkimus täydentää aikaisempia tietoja, koska edellä mainitun tutkimuksen jälkeen osasairauspäivärahan ehtoja on muutettu.

Myöhemmät Suomen osasairauspäivärahaa käsittelevät tutkimukset ovat koskeneet esimerkiksi osasairauspäiväraajakson jälkeistä työhön osallistumista (Kausto ym. 2014, Ervasti ym. 2020) ja osasairauspäivärahan käytön yhteyttä sosiaaliturvakustannuksiin (Viikari-Juntura ym. 2019). Aikaisempi osasairauspäivärahaa koskeva tutkimus Suomessa on pääosin kvantitatiivista, tilastoihin perustuvaa tutkimusta, jolla on selvitetty osittaisen työhön palaamisen hyötyjä lähinnä yhteiskunnallisesta näkökulmasta. Tämä tutkimus täydentää olemassa olevaa tutkimusta etenkin masennukseen liittyvien erityispiirteiden osalta. Masennukseen liittyy edelleen jonkinlaista leimautumista tai ainakin pelkoa siitä, jonka vuoksi työhön palaajat kaipaavat voimavarojen tuen lisäksi sosiaalista hyväksymistä niiltä verkostoilta, joiden kanssa he ovat tekemisissä. Myös koronapandemian roolista työhön paluussa saatiin uutta tietoa. Hyvin suunniteltu ja valmisteltu osasairauspäiväraajakso saattaa joskus keskeytyä tällaisen yllättävän tekijän vuoksi.

Kuten kappaleessa 4 kuvattiin, masennuksen jälkeisen työhön paluun onnistumisen on aiemmissa tutkimuksissa havaittu olevan yhteydessä ainakin sosioekonomiseen asemaan ja demografisiin tekijöihin, masennuksen vaikeusasteeseen ja muiden samanaikaisten sairauksien esiintymiseen, masennuksen hoitoon, työn vaatimukseen ja työpaikkaan liittyviin tekijöihin, persoonallisuuden piirteisiin sekä elintapatekijöihin (ks. esim. Ervasti ym. 2017). Tämän tutkimuksen tulokset vastaavat ja samalla syventävät aiempaa tietoa työhön palaamisesta ja yhdistävät masennuksen jälkeistä työhön palaamista ja osasairauspäivärahaa koskevat näkökulmat. Ne tarkentavat tietoa yksittäisten tekijöiden merkityksestä ja auttavat ymmärtämään kokonaisuutta työhön palaajan näkökulmasta. Tulokset avaavat myös sitä, miksi työhön palaaminen osa-aikajärjestelyilläkään ei aina onnistu tai miksi työkyvyttömyys voi uusiutua työhön palaamisen jälkeen.

Aikaisempien tutkimusten perusteella tiedetään, että työkyvyttömyyden uusiutuminen osasairauspäivärahalla työhön palanneilla on melko yleistä samoin kuin osa-aikaisen työskentelyn jatkuminen osasairauspäiväraajakson jälkeen (Ervasti ym. 2020). Tämän tutkimuksen tuloksista

voidaan erottaa joitakin mahdollisia syitä tälle. Masennusta sairastavan elämää saattavat rasittaa muutkin kuin työhön liittyvät tekijät. Hoidon saaminen voi olla hidasta tai vaikeaa tai hoito ei ehkä tehoa toivotusti. Työpaikalla saattaa olla laajempia ongelmia, jotka heijastuvat koko työyhteisöön ja mahdollisesti rajoittavat työjärjestelymahdollisuuksia tai esimiehen keinoja tukea vajaatyökykyistä osasairauspäiväraajakson jälkeen. Puutteet osa-aikatyötä koskevan sopimuksen noudattamisessa osasairauspäiväraajakson aikana ovat voineet kasvattaa työkuormitusta nopeammin kuin oli tarkoitus tai työhön palaaminen tapahtui ehkä liian nopeasti ennen kuin toipuminen oli edennyt riittävästi. Mahdollisesti työn kevennys ei ollutkaan riittävä. Edellä kuvatut ongelmat ovat voineet haitata masennuksesta toipumista eikä työkyky ehkä missään vaiheessa ole palautunut kovin korkealle tasolle. Tätä näkemystä tukee myös Kauston ym. (2009) tutkimuksessa tehty havainto siitä, että osasairauspäivärahalla työhön palanneiden koettu työkyky on alempi kuin muilla työntekijöillä.

Työhön palaamista koskevia tuloksia voidaan verrata myös terveyskäyttäytymisen muutosta koskevaan tutkimukseen. Esimerkiksi COM-B-mallissa käyttäytymisen muutoksen edellytyksenä ovat riittävä fyysinen ja psyykinen kyvykkyys, ympäristön tarjoama mahdollisuus sekä motivaatio. Nämä kolme tekijää ovat toisiinsa vuorovaikutuksessa olevia muutostekijöiden osatekijöitä (Michie, van Stralen & West 2011). Samat osatekijät voidaan havaita myös osasairauspäivärahalla työhön palaamisessa. Kyvykkyyttä määrittelee esimerkiksi sairauden tilanne, osa-aikaisen työskentelyn mahdollisuus taas voidaan nähdä muutoksen edellytyksenä olevana tilaisuutena ja motivaatio työhön palaamiseen voi herätä monista lähtökohdista. Tulokset osoittavat, että työhön palaaminen on myös eräänlainen muutos, joka edellyttää tiettyjen edellytysten täyttymistä onnistuakseen.

Samoin kuin tässä tutkimuksessa, myös aiemmissa laadullisissa tutkimuksissa on todettu, että mielenterveyden häiriön jälkeinen työhön palaaminen on monimutkainen ja monitekijäinen prosessi. Osa tekijöistä muodostaa esteitä työhön paluulle ja osa taas tukee työn aloittamista. On vaikea arvioida, missä vaiheessa tukevat tekijät ylittävät estävien tekijöiden määrän ja työhön palaamisen aika on oikea. Työhön paluun onnistumiseen vaikuttavat myös ennen sairauslomaa vallinneet olosuhteet, koska ne määrittävät sitä, miten henkilö itse suhtautuu tilanteeseen ja millaista sosiaalista tukea hän voi saada työhön palatessaan. Työhön paluun haasteena on usein myös se, että eri järjestelmät eivät muodosta yhtenäistä kokonaisuutta vaan kukin taho keskittyy vain omaan sektoriinsa. (Andersen, Nielsen & Brinkman 2012.)

7.2 Tulosten luotettavuus

Haastateltaviksi tarjoutuneiden joukko oli todennäköisesti jossain määrin valikoitunut, mikä saattaa vaikuttaa tulosten luotettavuuteen. Henkilöt rekrytoitiin masennukseen tai mielenterveyteen keskittyvien keskusteluryhmien kautta, joten luultavasti kyseisten henkilöiden masennus oli keskimääräistä pitkäkestoisempaa tai ainakin siten merkittävää, että he katsoivat tarpeelliseksi hakeutua aihepiiriin liittyviin yhteisökanaviin. Toisaalta masennus on tavallisestikin usein pitkäkestoista ja siihen saattaa liittyä voimien vaihtelua pitkällä aikavälillä. Todennäköisesti vertaistukiryhmiin hakeutuneet ja haastatteluun lupautuneet henkilöt edustivat masennuksen ja siihen liittyvän työkyvyttömyyden osalta keskimääräistä joukkoa, parhaiten ja heikoiten toipuneet olivat luultavasti karsiutuneet tästä ryhmästä pois. On mahdollista, että haastatteluihin valikoitui myös helpommin sellaisia henkilöitä, joilla oli ollut vaikeuksia esimerkiksi työnantajan kanssa ja jotka siksi halusivat kertoa kokemuksestaan eteenpäin. Muutamilla haastatelluista oli sairauden taustalla myös koettua työperäistä uupumusta, joka saattoi muokata suhtautumista työhön ja työnantajaan kriittisemmäksi.

Haastatteluihin osallistuneiden henkilöiden joukko oli kuitenkin suhteellisen monipuolinen. He työskentelivät eri ammateissa, monenlaisilla työnantajilla ja eri puolilla Suomea. Haastateltuihin lukeutui eri-ikäisiä miehiä ja naisia ja heidän osasairauspäiväraajaksoistaan oli kulunut vaihtelevan pituinen aika. Osalla työhön palaaminen osasairauspäiväraajakson jälkeen oli onnistunut, osalla ei. Muutamilla haastatteluun osallistuneilla osasairauspäiväraajakso oli vielä kesken eikä varsinaista lopputulosta työhön palaamisen onnistumisesta ollut tiedossa haastattelun aikana. Tutkimuksen tarkoitus ei kuitenkaan ollut tehdä tilastollisia päätelmiä työhön palaamisen onnistumisesta, vaan arvioida laadullisesti sitä, millainen kokemus osasairauspäivärahalla työhön palaaminen on ja miksi ja miten eri asiat vaikuttavat tähän kokemukseen. Tämän tyyppinen arviointi on mahdollista myös käynnissä olevasta jaksosta.

Aineiston puutteeksi voidaan katsoa se, että yrittäjät puuttuivat haastateltavien joukosta kokonaan. Työntekijäasemassa olevilla suhde työnantajaan näyttäytyi keskeisenä tekijänä osasairauspäiväraajakson sujumisessa. Yrittäjillä tätä suhdetta ei samanlaisena ole. Yrittäjillä on kuitenkin luultavasti muita olennaisia tekijöitä, joiden roolista olisi tarpeen saada lisää tutkimustietoa. Esimerkiksi oman työn järjestäminen ja priorisointi osa-aikatyön ajalla on yksi kiinnostava tutkimusalue. Toinen jatkotutkimusmahdollisuus olisi osasairauspäivärahalla työhön palaaminen esihenkilön näkökulmasta. Tässäkin tutkimuksessa havaittiin viitteitä siitä, että osasairauspäivärahalla työhön palaavat työntekijät muodostavat esihenkilölle oman haasteensa, kun paluu on sovittava työjärjestelyihin ja muuhun työyhteisöön. Näiden lisäksi aiheellinen

tutkimuskohde olisi osasairauspäivärahan käytön erot miesten ja naisten välillä. Lisää tietoa tarvitaan siitä, miksi miehet käyttävät osasairauspäivärahaa vähemmän kuin naiset ja miten miesten käyttöä voisi lisätä.

Tämän tutkimuksen vahvuutena voidaan nähdä se, että tutkimuksen avulla saadaan syvällisempää tietoa masennusta sairastavan työntekijän työhön paluun kokonaisuudesta, siihen yhteydessä olevista tekijöistä sekä osasairauspäivärahaajärjestelyyn liittyvistä seikoista. Aikaisempaa tutkimusta masennusta sairastavien työhön paluusta osasairauspäivärahalla on niukasti eikä aiemmassa tutkimuksessa ole juurikaan pyritty ymmärtämään kokonaisuutta masennusta sairastavan näkökulmasta. Tulokset osoittavat, että aihe on tärkeä ja sitä olisi tarpeen tutkia lisää. Esimerkiksi Kelan rekisteritietojen perusteella koottu erityyppisten tapausten joukko ja heidän haastattelunsa saattaisi valottaa ilmiön erityispiirteitä vielä kattavammin.

Tutkimuksessa noudatettiin eettisiä periaatteita kaikissa tutkimusvaiheissa (esim. Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019). Tutkimus toteutettiin suunnitelmallisesti ja siten, ettei siitä aiheutunut haittaa tutkittaville tai muille osallisille. Haastateltavat osallistuivat tutkimukseen vapaaehtoisesti ja heille kerrottiin ennen haastattelua tutkimuksen toteuttamisesta, sisällöstä ja aineiston käsittelystä. Haastateltavilta pyydettiin myös suostumus tutkimukseen osallistumiseen. Aineisto säilytettiin siten, että vain tutkijalla oli pääsy siihen. Alkuperäiset haastattelutallenteet hävitettiin tutkimuksen valmistumisen jälkeen. Tulosten raportoinnissa noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä ja etenkin tutkittavien yksityisyyden säilyminen pyrittiin varmistamaan mahdollisimman tarkasti.

7.3 Johtopäätökset

”Ideahan on palata töihin vähän niin kuin toipumaan”. Tässä lauseessa kiteytyy jotain olennaista työhön paluusta osasairauspäivärahalla. Se kertoo siitä, että työhön palaaja ei ole vielä terve, vaan toipuminen on edelleen käynnissä. Tämä tulisi etenkin työnantajien ottaa huomioon siten, että osa-aikatyötä koskevaa sopimusta kunnioitetaan ja noudatetaan. Jos toipumiselle ei jätetä tilaa siten kuin osa-aikatyötä koskevassa sopimuksessa on yhdessä sovittu, ei osasairauspäivärahan ajatus toteudu. Töihin palaaja on edelleen ainakin osittain työkyvytön ja olisi kokonaan sairauslomalla ilman tätä sovittua erityisjärjestelyä. Toisaalta sopivasti ajoitettu paluu työhön tukee kuntoutumista ja työkyvyn palautumista ja työssä saadut onnistumisen kokemukset vahvistavat työhön palaajan luottamusta omaan kykyyn selviytyä työssä. Työhön palaamisella on siten merkittävä rooli työkyvyn palautumisessa.

Esimiesasemassa olevien olisi myös tarpeellista tuntea mielenterveyden häiriöiden luonnetta ja vaikutusta työkykyyn. Esihenkilö saattaa suhtautua sairauden aiheuttamiin oireisiin epäilevästi, jos

hän ei tiedä niiden kuuluvan yleisesti sairauden kulkuun. Epäilevä suhtautuminen puolestaan voi johtaa työntekijän ja esimiehen väliseen epäluottamukseen ja vastakkainasetteluun, joka saattaa pahimmillaan estää työssä jatkamisen. Olisikin hyvä, jos esimiehillä olisi mahdollisuus saada koulutusta mielenterveyden häiriöistä ja oman roolinsa merkityksestä sairauslomien jälkeisessä työhön palaamisessa. Työhön paluun suunnitteluvaiheessa järjestettävä työterveysneuvottelu on tilaisuus, jossa työterveyshuolto voi tuoda tarkemmin esille mielenterveyden häiriöiden vaikutuksia työkykyyn ja etenkin kyseisen työntekijän kohdalla huomioitavia asioita. Työterveysneuvottelun järjestäminen ja esimiehen osallistuminen siihen tulisikin aina varmistaa ennen työhön palaamista.

Työterveyshuollon osuus työhön paluun järjestelyissä näyttäytyi tulosten perusteella melko toimivana. Työterveyshuollossa tunnettiin hyvin osasairauspäivärahamahdollisuus ja osattiin ehdottaa sitä vaihtoehdoksi. Työterveyshuollon osaamista voisi hyödyntää vielä laajemmin esimerkiksi työterveysneuvottelussa siten, että työterveyshuolto toimisi neutraalina osapuolena ja auttaisi lähentämään työnantajan ja työntekijän näkemyksiä. Mielenkiintoista aineistossa oli myös se, että vaikka työterveyshuolto arvioi työntekijän työkyvyn vielä liian huonoksi osa-aikaisen työn aloittamiseen, työhön palaaminen kuitenkin toteutettiin työntekijän toiveen mukaan. Saattaisi olla hyödyllistä määritellä tarkemmin, milloin työhön palaaminen osasairauspäivärahalla on suositeltavaa.

Tutkimuksen tulokset kertovat myös siitä, että masennukseen liittyy edelleen tietynlaista leimautumista tai leimautumisen pelkoa, jonka käsitteleminen pitäisi olla osa työhön palaamisen kokonaisuutta. Masennusta sairastava saattaa itse suhtautua sairauteensa häveten ja sen vuoksi tulkita ympäristön käyttäytymistä arvosteluna silloinkin, kun se ei ole sellaiseksi tarkoitettu. Masennukseen liittyvän stigman lieventyminen auttaisi myös työhön palaajia.

Aineiston perusteella osasairauspäivärahaetuuden kehittämistarpeet liittyvät enimmäiskeston pidentämiseen, työajan porrastusmahdollisuuksien laajentamiseen, joustavampaan etuudelle siirtymiseen myös osatyökyvyttömänä, tunnettuuden lisäämiseen, hakemisen yksinkertaistamiseen sekä toimeentulon turvaavaan etuuden tasoon ja ennakkotietoon tulevista maksuista. Enimmäiskeston pidentäminen, työajan porrastuksen laajentaminen sekä etuuden mahdollistaminen myös osatyökykyisille edellyttäisivät lainmuutosta. Myös etuuden taso on laissa määritelty. Muita kehittämistä vaativia asioita olisi sen sijaan mahdollista parantaa eri tahojen toimintaa kehittämällä.

Etuuden tunnettuutta olisi mahdollista lisätä tiedottamalla suoraan työnantajia, työterveyshuollon palveluntuottajia tai sairauslomalle jääneitä henkilöitä. Tiedottaminen myös ammattiliittojen kautta saattaisi olla hyödyllistä. Tiedotusta tulisi kohdistaa etenkin yrittäjiin, koska heillä ei aina ole

käytettävissään työterveyshuoltoa, jolta saisi neuvoja. Lisäksi työterveyshuollon palveluntuottajien tietoisuus yrittäjien oikeudesta osasairauspäivärahaan voi ylipäätään olla heikompi.

Koska etuudelle siirtymisen taloudellisia vaikutuksia on usein hankala arvioida etukäteen, Kela voisi esittää verkkosivustollaan esimerkkilaskelmia siitä, mikä kokonaistulotaso olisi eri kuukausituloilla ja osa-aikaisuusprosentteilla. Myös erillinen laskuri voisi olla havainnollistava. Ohjausta tällaiseen laskuriin pitäisi saada jo siinä vaiheessa, kun etuutta ei ole vielä haettu, vaan mahdollisuutta vasta selvitetään. Tietoa olisikin hyvä olla saatavissa työterveyshuollon kautta. Etuuden hakemisen helpottamiseksi olisi hyvä, jos etuutta hakeva henkilö voisi pyytää Kelalta suullista tai avustettua hakemista yksinkertaisesti verkkoasiointipalvelun kautta. Tällöin Kelan asiakaspalvelija soittaisi hakijalle ja täyttäisi hakemuksen yhdessä hakijan kanssa puhelun aikana. Hakemuksen käsittelyajasta ja tulevista maksueristä kaivattiin myös tietoa heti hakemuksen jättövaiheessa. Tähän toiveeseen voisi vastata esimerkiksi siten, että Kelan järjestelmä näyttäisi hakijalle heti hakemuksen jättämisen jälkeen käsittelytilanteeseen perustuvan arvion hakemuksen ratkaisupäivästä ja ensimmäisen erän maksupäivästä.

Kertomuksissa tuli esille, että riittävän ja oikea-aikaisen avun saaminen voi olla vaikeaa. Ensisijainen hoito on usein lääkehoitoa, mutta aina se ei yksistään riitä tai ylipäätään tehoa. Muun hoidon, kuten psykoterapian käynnistyminen on usein hidasta ja saattaa tulla niin jäljessä, ettei se ehdi tueksi työhön paluuvaiheeseen. Tehoavan hoidon järjestäminen ennen työhön palaamista olisi kuitenkin tärkeää, koska se edistäisi toipumista ja vahvistaisi työhön palaajan uskoa omaan voimavaroihinsa. Myös perheen avun saamista tulisi pyrkiä edistämään varhaisessa vaiheessa silloin, jos myös muilla perheenjäsenillä on ongelmia. Lisäksi masennusta sairastavan työhön paluusuunnitelmassa tulisi huomioida mahdollinen yksityiselämään liittyvä lisäkuormitus.

Sairauslomalla olleet henkilöt suhtautuivat työhön palaamiseen myönteisesti ja näkivät sen hyväksi omalle toipumiselleen. Työhön palaamisessa toipumista edistäviä seikkoja olivat esimerkiksi rutiinien ja aikataulujen saaminen arkipäiviin, se että työhön lähteminen pakotti liikkeelle ja toimintaan. Työhön palaaminen antoi myös uskoa omaan kykyihin; vaikka sairastuin ja jäin pois työstä, pystyn palaamaan ja jatkamaan. Työhön palaamista tulisikin tukea sekä hoitotahon että työnantajan suunnalta, sillä se voisi edistää myös sairaudesta toipumista paremmin kuin pitkä yhdenjaksoinen sairausloma.

Masennuksen jälkeinen työhön palaaminen on monesta tekijästä muodostuva kokonaisuus. Vertauskuvallisesti voidaan ajatella, että työhön palaajalla on kannettavanaan taakka, jonka suuruuteen vaikuttavat sairauden vaikeusaste, muiden sairauksien esiintyminen samaan aikaan, ikä,

sukupuoli ja sosioekonominen asema sekä perhevelvoitteet. Työhön paluu puolestaan on kynnyks, joka palaajan on kyettävä ylittämään taakka mukanaan. Kynnyksen korkeutta määrittelevät esimerkiksi työn vaatimukset, sairauteen liittyvä leimautumisen pelko ja työpaikan ilmapiiri. Mitä painavampi taakka on ja mitä korkeampi kynnyks, sitä vaikeampaa työhön palaaminen on. Tietyillä tekijöillä voidaan kuitenkin sekä keventää taakkaa että madaltaa kynnyksä. Esimerkiksi toimiva hoito ja avun saaminen perheelle sekä läheisiltä saatu tuki voivat pienentää työhön palaajan kuormaa. Työn keventäminen, esimiehen ja työyhteisön tuki sekä sujuva yhteistyö eri toimijoiden välillä puolestaan pienentävät työhön paluun kynnyksä ja helpottavat palaamista silloinkin, kun taakkaa ei ole kyetty kutistamaan.

Hyvästä suunnittelusta huolimatta työhön paluuta saattavat hankaloittaa sellaiset yllätykselliset tekijät, joiden vaikutusta ei ole kyetty etukäteen huomioimaan. Tämän tutkimuksen aineistossa tällaiseksi nousi koronapandemia. Vaikka yllättäviin tekijöihin ei sinänsä koskaan voida täysin varautua, olisi hyödyllistä, jos tällaisen ennakoimattoman tekijän osuessa kohdalle voisi mahdollisimman nopeasti laatia uuden, mukautetun suunnitelman, jossa ilmaantuneen tekijän vaikutukset voitaisiin huomioida.

Parhaimmillaan osasairauspäivärahalla työhön palaaminen on nopea, joustava ja kaikkia osapuolia hyödyttävä mahdollisuus, jonka käyttöä tulisi edelleen helpottaa ja laajentaa. Vaikka kaikkia jakson sujumiseen osallisia tekijöitä ei pystyttäisi optimoimaan, useimmiten riittävän hyvä kokonaisuus riittää ja toimii tarvittavana sysäyksenä takaisin työelämään. On sekä yhteiskunnan, työnantajan ja sairastuneen etu, jos poissaolo työstä jää lyhyeksi eikä työelämän ulkopuolelle päätyminen riski ehdi kasvaa.

Lähteet

Aaltonen T, Lind J. 2008. Miten työkyky muuttuu Kelan tukeman psykoterapiakuntoutuksen jälkeen? Rekisteriseuranta Kelan psykoterapiaa saaneiden työ- ja opiskelukyvystä vuosina 2002-2004. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 95.

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. *Journal of Affective Disorders* 134 (2011), 365-372.

Alasuutari, P. 2007. Laadullinen tutkimus. Tampere: Vastapaino.

Andersen M, Nielsen K, Brinkmann S. 2012. Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 2012, 38(2): 93–104.

Andrén D. 2014. Does part-time sick leave help individuals with mental disorders recover lost work capacity? *Journal of Occupational Rehabilitation* Jun;24(2): 344-60. <https://doi-org.libproxy.tuni.fi/10.1007/s10926-0139467-4>.

Bethge M. 2016. Effects of graded return-to-work: a propensity-score-matched analysis. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 2016-07-01, Vol.42 (4), s. 273-279.

Blank L, Peters J, Pickvance S, MacDonald E, Wilford J. 2008. Systematic review of the factors which predict return to work for people suffering episodes of poor mental health. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18:27–3416.

Boden J, Fergusson D. 2011. Alcohol and depression. *Addiction* (Abingdon, England), 2011-05, Vol.106 (5), p.906-914.

Bourin, Michel. 2012. Serotonin noradrenaline reuptake inhibitors. Teoksessa Stein D: Antidepressants and Major Depressive Disorder. Future Medicine Ltd.

Brohan E, Henderson C, Wheat K, Malcolm E, Clement S, Barley E ym. 2012. Systematic review of beliefs, behaviours and influencing factors associated with disclosure of a mental health problem in the workplace. *BMC Psychiatry* 12(1):11. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-12-11>.

Cancelliere C, Donovan J, Stochkendahl M.J, Biscardi M, Ammedolia C, Myburgh C, Cassidy J.D. 2016. Factors affecting return to work after injury or illness: best evidence synthesis of systematic reviews. *Chiropractic & manual therapies*, Vol.24 (1), p.32-32.

Crisp R. 2007. Depression and occupational disability in five diagnostic groups: a review of recent research. *Disability and rehabilitation*, Feb 28; Vol. 29 (4), s. 267-79.

Cook S, Schwartz A, Kaslow N. 2017. Evidence-Based Psychotherapy: Advantages and Challenges. *Neurotherapeutics*, volume 14, s. 537–545.

Cooper J, Sartorius N. 2013. *A Companion to the Classification of Mental Disorders*. Oxford : OUP Oxford. <https://web-aebscohost.com.libproxy.tuni.fi/ehost/ebookviewer/ebook/ZTAwMHh3d19fNjQyNDIyX19BTg2?sId=9a6a731f-fd22-4ef5-a1da-711bc7113f64@sdc-v-sessmgr01&vid=0&format=EB&rid=1>

Cornelius L, van der Klink J, Groothoff J, Brouwer S. 2011. Prognostic factors of long-term disability due to mental disorders: a systematic review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21, s. 259-274.

Cuijipers P, van Straten A, Warmerdam L, Andersson G. 2009. Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Depression & Anxiety*, vol 26 Issue 3, s. 279 – 288.

Depressio. 2020. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 14.10.2020: [Depressio \(kaypahoito.fi\)](https://www.kaypahoito.fi).

Dewa C, Goering P, Lin E, Paterson M. 2002. Depression- Related Short-Term Disability in an Employed Population. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, Issue: Volume 44(7), July 2002, pp 628-633.

Dewa C, Hoch J, Lin E, Paterson M, Goering P. 2003. Pattern of antidepressant use and duration of depression-related absence from work. *The British Journal of Psychiatry*, 2003-12-01, Vol.183 (6), p.507-513.

Dewa C, Loong D, Bonato S. 2014. Work outcomes of sickness absence related to mental disorders: a systematic literature review. *BMJ Open*, 4, p. e005533.

Di Fabio A. 2016. *Neuroticism: Characteristics, Impact on Job Performance and Health Outcomes*. Hauppauge, New York : Nova Science Publishers, Inc.

Dijkstra-Kersten S, Biesheuvel-Leliefeld K, van der Wouden J, Penninx B, van Marwijk H. 2015. Associations of financial strain and income with depressive and anxiety disorders. *Journal of epidemiology and community health* (1979), 07, Vol.69 (7), s. 660-665.

Dorrington S, Roberts E, Mykletun A, Hatch S, Madan I, Hotopf M. 2018. Systematic review of fit note use for workers in the UK. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 75:530-539.

Dunstan DA, MacEachen E. 2013. Bearing the brunt: co-workers' experiences of work reintegration processes. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 23:44–54.

- Ebrahim S, Guyatt G, Walter S, Heels-Ansdell D, Bellman M, Hanna S, Patelis-Siotis I, Busse J. 2013. Association of psychotherapy with disability benefit claim closure among patients disabled due to depression. *PLoS One*, 8, e67162.
- Ehrnroot, J. 1992. Intuitio ja analyysi. Teoksessa Mäkelä, K. (toim.). Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Helsinki: Gaudeamus.
- Eriksson M, Räikkönen K, Eriksson JG. 2014. Early life stress and later health outcomes--findings from the Helsinki Birth Cohort Study. *American Journal of Human Biology*, 26(2):111-6.
- Ervasti J, Kausto J, Koskinen A, Pentti J, Vahtera J, Joensuu M, Turunen J, Oksanen T, Kivimäki M. 2020. Labor Market Participation Before and After Long-Term Part-Time Sickness Absence in Finland: A Population-Based Cohort Study. *Journal of occupational and environmental medicine*, 04, Vol.62 (4), s.e142-e148.
- Ervasti J, Vahtera J, Pentti J, Oksanen T, Ahola K, Kivimäki M, Virtanen M. 2013. Depression-related work disability: socioeconomic inequalities in onset, duration and recurrence. *PLoS One*, 8, p. e79855.
- Ervasti J, Vahtera J, Pentti J, et al. 2015. Return to work after depression-related absence by employees with and without other health conditions: a cohort study. *Psychosomatic Medicine*, 77:126–35.
- Ervasti J, Joensuu M, Pentti J, Oksanen T, Ahola K, Vahtera J, et al. 2017. Prognostic factors for return to work after depression-related work disability: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 95:28–36.17.
- Ervasti J, Vahtera J, Virtanen P, Pentti J, Oksanen T, Ahola K, Kivimäki M, Virtanen M. 2014. Is temporary employment a risk factor for work disability due to depressive disorders and delayed return to work? The Finnish public sector study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*; Stockholm, Vol. 40, Iss. 4, 343-52.
- Eskola J. 2007. (Teema)haastattelututkimuksen toteuttamisesta. Teoksessa L. Viinamäki & E. Saari (toim.) Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen. Helsinki: Tammi, 32- 46.
- Eskola J & Suoranta J. 2014. Johdatus laadulliseen tutkimukseen (painettu ja ePub-versio). (10 painos) Tampere: Vastapaino.
- Fabri, C, Serretti A. 2020. Genetics of Treatment Outcomes in Major Depressive Disorder: Present and Future. *Clinical psychopharmacology and neuroscience : the official scientific journal of the Korean College of Neuropsychopharmacology*, 02-29, Vol.18 (1), s.1-9.
- Ferrari AJ, Somerville A, Baxter AJ, ym. 2013. Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychological Medicine*, 43:471 - 81.

Gasse C, Petersen L, Chollet J, Saragoussi D. 2013. Pattern and predictors of sick leave among users of antidepressants: a Danish retrospective register-based cohort study. *Journal of affective disorders*, Dec; Vol. 151 (3), pp. 959-66; Elsevier/North-Holland Biomedical Press; PMID: 24035488.

de Graaf R, Tuithof M, van Dorsselaer S ym. 2012. Comparing the effects on work performance of mental and physical disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47:1873-83.

Gragnano A, Negrini A, Miglioretti M, Corbière M. 2017. Common Psychosocial Factors Predicting Return to Work After Common Mental Disorders, Cardiovascular Diseases, and Cancers: A Review of Reviews Supporting a Cross-Disease Approach. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 06-06, Vol.28 (2), p.215-231.

Gran J, Lie S, Øyeflaten I, Borgan Ø, Aalen O. 2015. Causal inference in multi-state models—sickness absence and work for 1145 participants after work rehabilitation. *BMC public health*, 10-23, Vol.15 (1), p.1082-1082.

Hees H, Koeter M, Schene A. 2012. Predictors of long-term return to work and symptom remission in sick-listed patients with major depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73, e1048-e1055.

Hynninen Y, Voltti S, Pohjonen T, Tuovinen E, Leskelä R. 2020. Työntekijän koettu työkyky ennustaa sairauspoissaoloja ja työterveyshuollon kustannuksia. *Lääkärilehti* 41, vsk 75.

Hämäläinen J, Isometsä E, Sihvo S ym. 2009. Treatment of major depressive disorder in the Finnish general population. *Journal of Depression and Anxiety*, 26:1049-59.

Hämäläinen J, Isometsä E, Sihvo S, Pirkola S, Kiviruusu O. 2008. Use of health services for major depressive and anxiety disorders in Finland. *Journal of Depression and Anxiety*, 25 : 27 – 37.

Høgelund J, Holm A, Eplöv L. 2012. The effect of part-time sick leave for employees with mental disorders. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 15, 157-170.

Isometsä E. 2020. Depression hoito masennuslääkkeiden avulla. Näytönastekatsaus. Julkaistu 08.01.2020. <https://www.kaypahoito.fi/nak04327>. Viitattu 7.1.2021.

Joyce S, Modini M, Christensen H, Mykletun A, Bryant R, Mitchell P, Harvey S. 2016. Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. *Psychological Medicine*, 46, 683-697.

Kaldo V, Lundin A, Hallgren M, Kraepelien M, Strid C, Ekblom Ö, Lavebratt C, Lindfors N, Öjehagen A, Forsell Y. 2018. Effects of internet-based cognitive behavioural therapy and physical exercise on sick leave and employment in primary care patients with depression: two subgroup analyses. *Occupational and environmental medicine*, Jan; Vol. 75 (1), pp. 52-58; BMJ Pub. Group; PMID: 28951431.

Karolaakso T, Autio R, Näppilä T, Nurmela K ja Pirkola S. 2020. Socioeconomic factors in disability retirement due to mental disorders in Finland. European Journal of Public Health, ckaa132, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa132>. Julkaistu 15.9.2020.

Kausto J. 2013. Effect Of partial sick leave on work participation. People and Work Research Reports 102. Finnish Institute of Occupational Health.

Kausto J, Kaila-Kangas L, Leino-Arjas P, Oksanen T. 2018. Sairauspoissaolojen kesto, uusiutuminen ja onnistunut työhön paluu : Kuntatyöntekijöiden seurantalutkimus. Työterveyslaitos 05 / 2018. Pysyvä osoite: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-261-778-1>.

Kausto J, Miranda H, Martimo KP, Viikari-Juntura E. 2008. Partial sick leave-review of its use, effects and feasibility in the Nordic countries. Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, Aug;34(4):239-49. <https://doi-org.libproxy.tuni.fi/10.5271/sjweh.1266>.

Kausto J, Viikari-Juntura E, Virta L, Gould R, Koskinen, A ym. 2014. Effectiveness of new legislation on partial sickness benefit on work participation: a quasi-experiment in Finland. BMJ open, 12, Vol.4 (12), p.e006685-e006685.

Kausto J, Virta L, Joensuu M, Vuorinen H, Kivistö S, Jahkola A, Martimo K-P, Klaukka T, Viikari-Juntura E. 2009. Osasairauspäiväraha Suomessa. Etuutta saaneiden kokemuksia ja työhön paluu. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 67.

Kela. 2020. Mielenterveyden häiriöistä johtuvien sairauspoissaolojen kasvu jatkuu jyrkkänä. Lehdistöiedote 29.1.2020. Viitattu 26.9.2020: https://www.kela.fi/lehdistotiedotteet/-/asset_publisher/S3Q9IK5MESIT/content/mielenterveyden-hairioista-johtuvien-sairauspoissaolojen-kasvu-jatkuu-jyrkkana

Kela. Sairausvakuutusilasto 2019. Kela, Helsinki. Viitattu 9.8.2021: <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/317245>.

Kela. 2020. Ammatillinen kuntoutus. Viitattu 7.1.2021: <https://www.kela.fi/amatillinen-kuntoutus>.

Kela. 2020. Sairauspäivärahat. Viitattu 7.1.2021: <https://www.kela.fi/sairauspaivarahat>.

Kela. 2020. Työkyvyttömyyseläke ja kuntoutustuki. Viitattu 8.1.2021: <https://www.kela.fi/tyokyvyttomyyselake-ja-kuntoutustuki>.

Kela 2021. Ahdistuneisuushäiriöt johtavat entistä useammin sairauspoissaoloihin. Lehdistöiedote 3.5.2021. Viitattu 29.5.2021: [Ahdistuneisuushäiriöt johtavat entistä useammin sairauspoissaoloihin - Ajankohtaista - kela.fi](https://www.kela.fi/ahdistuneisuushairiot-johtavat-entista-useammin-sairauspoissaoloihin).

- Kendler KS, Gardner CO. 2014. Sex differences in the pathways to major depression: a study of opposite-sex twin pairs. *American Journal of Psychiatry* 171:426 - 35.
- Kessler R, Barber C, Birnbaum H, Frank R, Greenberg P, Rose R, Simon G, Wang P. 1999. Depression in the workplace: effects on short-term disability. *Health affairs (Project Hope)* Sep-Oct; Vol. 18 (5), s. 163-71.
- Kinn LG, Holgersen H, Aas RW, Davidson L. 2014. "Balancing on skates on the icy surface of work": a metasynthesis of work participation for persons with psychiatric disabilities. *Journal of Occupational Rehabilitation* 24(1):125–138. <https://doi.org/10.1007/s10926-013-9445-x>.
- Kivekäs J, Gould R, Pellinen M. 2008. Mielialahäiriöisenkin henkilön kuntoutus kannattaa. *Suomalainen Lääkärilehti*, 35: 2815–2819.
- Kizuki M & Fujiwara T. 2020. Quality of supervisor behaviour, workplace social capital and psychological well-being. *Occupational Medicine*, Volume 70, Issue 4, June, s. 243–250, <https://doi-org.libproxy.tuni.fi/10.1093/occmed/kqaa070>.
- Klein D, Kotov R, Bufferd S. 2011. Personality and depression: explanatory models and review of the evidence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, s. 269-295.
- Koopmans P, Bültmann U, Roelen C, Hoedeman R, van der Klink J, Groothoff J. 2011. Recurrence of sickness absence due to common mental disorders. *International archives of occupational and environmental health*, 84(2):193–201. <https://doi.org/10.1007/s00420-010-0540-4>.
- Koopmans P, Roelen C, Groothoff J. 2008. Sickness absence due to depressive symptoms. *International archives of occupational and environmental health*, 81 (6) (May), 711-719.
- Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N. (toim.). 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. RAPORTTI 68/2012. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.
- Kronström K, Karlsson H, Nabi H, Oksanen T, Salo P, Sjösten N, Virtanen M, Pentti J, Kivimäki M, Vahtera J. 2011. Optimism and pessimism as predictors of work disability with a diagnosis of depression: a prospective cohort study of onset and recovery. *Journal of Affective Disorders*, Volume 130, Issues 1–2, April, Pages 294-299.
- Laaksonen M, Blomgren J, Tuulio-Henriksson A. 2016. Sickness allowance histories among disability retirees due to mental disorders: A retrospective case–control study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 05-01, Vol.44 (3), s.291-299.
- Lagerveld S, Bültmann U, Franche R, van Dijk F, Vlasveld M, van der Feltz-Cornelis C, Bruinvels D, Huijs J, Blonk R, van der Klink J, Nieuwenhuijsen K. 2010. Factors associated with work

participation and work functioning in depressed workers: a systematic review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20, 275-292.

Lallukka T, Kronholm E, Pekkala J, Jäppinen S, Blomgren J, Pietiläinen O, Lahelma E, Rahkonen O. 2019. Work participation trajectories among 1,098,748 Finns: reasons for premature labour market exit and the incidence of sickness absence due to mental disorders and musculoskeletal diseases. *BMC public health*, Oct 30; Vol. 19 (1), pp. 1418.

Lammerts L, Schaafsma F.G, Eikelenboom M, Vermeulen S.J, van Mechelen W, Anema J.R, Penninx B.W. 2016. Longitudinal associations between biopsychosocial factors and sustainable return to work of sick-listed workers with a depressive or anxiety disorder. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 26, s. 70-79.

Lehtinen V, Sohlman B, Nummelin T, Salomaa M, Ayuso-Mateos J-L, Dowrick C. The estimated incidence of depressive disorder and its determinants in the Finnish ODIN sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (2005) 40: 778–784 DOI 10.1007/s00127-005-0956-4.

Lorant V, Delié'ge D, Eaton W, Robert A, Philippot P ym. 2003. Socioeconomic inequalities in depression: A meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157: 98–112.

Mandelli L, Nearchou FA, Vaiopoulos C, Stefanis CN, Vitoratou S, Serretti A, Stefanis NC. 2015. Neuroticism, social network, stressful life events: Association with mood disorders, depressive symptoms and suicidal ideation in a community sample of women. *Psychiatry research*, Mar 30; Vol. 226 (1), 38-44.

Markkula N, Marola N, Nieminen T, ym. 2017. Predictors of new-onset depressive disorders - results from the longitudinal Finnish Health 2011 study. *Journal of Affective Disorders*, 208:255 - 64.

Markkula N, Suvisaari J, Saarni SI, ym. 2015. Prevalence and correlates of major depressive disorder and dysthymia in an eleven-year follow-up - results from the Finnish Health 2011 Survey. *Journal of Affective Disorders*, 173:73 - 80.

Mattila-Holappa P, Ervasti J, Joensuu M, Ahola K, Pentti J, Oksanen T, Vahtera J, Kivimäki M, Virtanen M. 2017. Do predictors of return to work and recurrence of work disability due to mental disorders vary by age? A cohort study. *Scandinavian journal of public health*, 03, Vol.45 (2), 178-184.

Mauramo E, Lahti J, Lallukka T, Lahelma E, Pietiläinen O, Rahkonen O. 2019. Changes in common mental disorders and diagnosis-specific sickness absence: a register-linkage follow-up study among Finnish municipal employees. *Occupational and environmental medicine*, Apr; Vol. 76 (4), 230-235; Publisher: BMJ Pub. Group; PMID: 30674604.

Michie S, van Stralen MM, West R. 2011. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6:42.

Mielenterveyden keskusliitto. 2020. Toimintamme. Viitattu 25.12.2020: <https://www.mtkl.fi/toimintamme/>.

Mäkelä K. 1992. Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa Mäkelä K. (toim.). *Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta*. Helsinki: Gaudeamus.

Netto J, Yeung P, Cocks E, Mcnamara B. 2016. Facilitators and barriers to employment for people with mental illness: a qualitative study. *Journal of Vocational Rehabilitation* 44(1):61–72. <https://doi.org/10.3233/jvr-150780>.

Nielsen MBD, Bültmann U, Madsen IEH, Martin M, Christensen U, Diderichsen F, et al. 2012. Health, work, and personal-related predictors of time to return to work among employees with mental health problems. *Disability and Rehabilitation*, 34:1311–6. doi:10.3109/09638288.2011.641664.

Niemelä H & Salminen K. 2006. Suomalainen sosiaaliturva. Viitattu 30.11.2020: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10250/3253/suomalainen.PDF?sequence=2&isAllowed=>

Nieuwenhuijsen K, Verbeek J, de Boer A, Blonk R, van Dijk F. 2004. Supervisory behaviour as a predictor of return to work in employees absent from work due to mental health problems. *Occupational and environmental medicine (London, England)*, 10, Vol.61 (10), 817-82.

Nieuwenhuijsen K, Faber B, Verbeek JH, Neumeyer-Gromen A, Hees HL, Verhoeven AC, van der Feltz-Cornelis CM, Bültmann U. 2014. Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database Syst Rev*, 12:CD006237.

Nigatu Y, Liu Y, Uppal M, McKinney S, Gillis K, Rao S, Wang J. 2017. Prognostic factors for return to work of employees with common mental disorders: a meta-analysis of cohort studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 10.1007/s00127-017-1402-0.

Nigatu YT, Liu Y, Uppal M, McKinney S, Rao S, Gillis K, et al. 2016. Interventions for enhancing return to work in individuals with a common mental illness: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychological Medicine*, 46:3263–74. doi:10.1017/S0033291716002269.

Nivard MG, Dolan CV, Kendler KS, ym. 2015. Stability in symptoms of anxiety and depression as a function of genotype and environment: a longitudinal twin study from ages 3 to 63 years. *Psychological Medicine*, 45:1039 - 49.

Nordenskjöld A, von Knorring L, Brus O, Engström I. 2013. Predictors of regained occupational functioning after electroconvulsive therapy (ECT) in patients with major depressive disorder—a population based cohort study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 67, 326-333.

Norman RE, Byambaa M, De R, ym. 2012. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*, 9:e1001349.

Ogawa T, Shigemura J, Yoshino A, Nomura S. 2013. Interpersonal sensitivity associated with return to work status following sick leave: a cross-sectional study among Japanese workers with major depressive disorder. *Asian Journal of Psychiatry*, 6, 146-150.

Pirkola S, Isometsä E, Suvisaari J ym. 2005. DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population--results from the Health 2000 Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40:1-10.

Pulkki-Råbäck L, Ahola K, Elovainio M, ym. 2012. Socio-economic position and mental disorders in a working-age Finnish population: the health 2000 study. *European Journal of Public Health*, 22:327 - 32.

Puri B. 2013. *Drugs in psychiatry*. Oxford : Oxford University Press.

Sairausvakuutuslaki 2004. Luku 7, § 4. Työnantajan oikeus päivärahaetuuteen. Viitattu 30.11.2020: Sairausvakuutuslaki 1224/2004 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX ®

Sairausvakuutuslaki. 2004. Luku 8 (8.6.2006) Sairauspäiväraha ja osasairauspäiväraha. Viitattu 30.11.2020: Sairausvakuutuslaki 1224/2004 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX ®

Schneider U, Linder R, Verheyen F. 2016. Long-term sick leave and the impact of a graded return-to-work program. *European Journal of Health Economics*, 7(5):629–43.

Silva-Junior J, Fischer F. 2014. Long-term sickness absence due to mental disorders is associated with individual features and psychosocial work conditions. *PLoS One*. 9, 115885.

Sorvaniemi M, Helenius H, Salokangas RK. 2003. Sick-leave certificates granted to psychiatric outpatients with major depression. *Depression and anxiety*, Vol. 17 (4), 220-3.

Stein, D. 2012. *Antidepressants and Major Depressive Disorder*. Future Medicine Ltd, Lontoo.

Suomen virallinen tilasto (SVT). 2020. Sairauspäiväraha [verkojulkaisu]. Helsinki: Kansaneläkelaitos [viitattu: 4.10.2020]. Saantitapa: <http://www.stat.fi/til/spraha/>.

Suomen virallinen tilasto (SVT). 2021 a. Sairauspäivärahojen alkaneiden kausien kesto 2019-. Tilastointijakso: 2019. Taulukko: Sairauspäivärahojen alkaneiden kausien kesto. Helsinki: Kela [viitattu 19.3.2021]. Saantitapa:https://tilastot.kela.fi/ibmcognos/bi/?pathRef=.public_folders%2FRaportit%2F91%2BEtuudet%2F9107%2BSairausp%25C3%25A4iv%25C3%25A4rahat%2FSairausp%25C3%25A4iv%25C3%25A4rahojen%2Balkaneiden%2Bkausien%2Bkesto%2B%25289107RS003%2529.

Suomen virallinen tilasto (SVT). 2021 b. Sairauspäivärahojen saajat ja maksetut sairauspäivärahat 1993–2019. Taulukko: Sairauspäivärahojen saajat ja maksetut sairauspäivärahat. Helsinki: Kela [viitattu 19.3.2021]. Saantitapa: http://raportit.kela.fi/ibi_apps/WFServlet?IBIF_ex=NIT098AL.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2011. Tautiluokitus ICD-10. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet. 3. painos, 5/2011.

Thisted C, Nielsen C, Bjerrum, M. 2018. Work Participation Among Employees with Common Mental Disorders: A Meta-synthesis. *Journal of occupational rehabilitation*, Vol.28 (3), 452-464.

Tuomi J, Sarajärvi A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi (painettu ja ePub-versio). Uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3/2019. Helsinki: TENK.

Vemer P, Bouwmans C, Zijlstra-Vlasveld M, van der Feltz-Cornelis C, Hakkaart-Van Roijen L. 2013. Let's get back to work: survival analysis on the return-to-work after depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 1637-1645.

The WHO World Mental Health Survey Consortium. 2004. Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA.*, 291(21):2581-2590. doi:10.1001/jama.291.21.2581.

WHO. 1993. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : Diagnostic Criteria for Research. World Health Organization 1993. Viitattu 8.1.2021: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37108>

Viikari-Juntura E, Leinonen T, Virta LJ, ym. 2019. Early part-time sick leave results in considerable savings in social security costs at national level: an analysis based on a quasi-experiment in Finland. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 45:203-208.

Viikari-Juntura E, Virta L, Kausto J, Autti-Rämö I, Martimo K-P ym. 2017. Legislative change enabling use of early part-time sick leave enhanced return to work and work participation in Finland. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health; Stockholm* Vol. 43, Iss. 5, 447-456. DOI:10.5271/sjweh.3664.

Virtanen M, Kawachi I, Oksanen T, Salo P, Tuisku K, Pulkki-Råback L, Pentti J, Elovainio M, Vahtera J, Kivimäki M. 2011. Socio-economic differences in long-term psychiatric work disability: prospective cohort study of onset, recovery and recurrence. *Occupational and Environmental Medicine*, 11, Vol.68 (11), 791-798.

Wang L & Lam R. 2012. Selective-serotonin reuptake inhibitors. Teoksessa Stein D: Antidepressants and Major Depressive Disorder. Future Medicine Ltd.

Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, Olesen J, Allgulander C, Alonso J, Faravelli C, Fratiglioni L, Jennum P, Lieb R, Maercker A, van Os J, Preisig M, Salvador-Carulla L, Simon R, Steinhausen H-C. 2011. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology* 21:655 - 79.

Liite 1. Haastattelukutsu

Haastattelukutsu

Haetaan haastateltavia osasairauspäivärahaa koskevaan opinnäytetyöhön

Kutsun sinua osallistumaan tutkimukseen **Masennusta sairastavien kokemuksia työhön paluusta osasairauspäivärahalla.**

Olen Miia Peltomäki, terveystieteiden maisterivaiheen opiskelija Tampereen yliopistosta ja haen tutkimukseeni haastateltavia, jotka ovat jääneet masennuksen vuoksi sairauslomalle ja saaneet työhön paluuvaiheessa Kelan osasairauspäivärahaa osa-aikaisen työskentelyn ajalta.

Haastattelun toteuttaminen

Haastattelun kesto on 30 - 45 minuuttia, eikä haastatteluun tarvitse valmistautua etukäteen. Haastattelut toteutetaan alkuvuoden 2021 aikana puhelimitse sinulle sopivana ajankohtana. Haastattelu voidaan toteuttaa myös esimerkiksi Teamsin välityksellä. Kaikki haastattelussa käsiteltävät asiat ovat täysin luottamuksellisia eikä tarkkoja henkilötietoja kerätä. Anonymiteettisi tullaan varmistetaan kaikissa tutkimuksen vaiheissa eivätkä haastateltavat ole tunnistettavissa tutkimuksen tulokset raportista.

Tutkimuksen tavoitteet ja tulosten hyödynnettävyys

Osallistumalla haastatteluun autat tuottamaan tärkeää tietoa siitä, miten masennuksen vuoksi sairauslomalle jääneet ovat kokeneet osa-aikaisen työhön paluun osasairauspäivärahalla ja mitkä tekijät ovat tukeneet tai vaikeuttaneet palaamista työhön. Kokemuksesi voi olla positiivinen, negatiivinen tai neutraali. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää työhön paluun järjestelyjen suunnittelussa ja mahdollisesti Kelan osasairauspäivärahaetuuden kehittämisessä.

Ota yhteyttä

Jos kiinnostuit, ota minuun yhteyttä joko sähköpostilla tai yksityisviestillä. Vastaan mielelläni myös tutkimusta koskeviin kysymyksiin.

Miia Peltomäki
Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö

Opinnäytetyön ohjaaja:
Kirsti Nurmela
Sosiaalipsykiatrian yliopisto-opettaja
Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö

Taustatiedot

- a. ammatti ja ala
 - b. ikä (sukupuoli)
 - c. perhetilanne
 - d. työnantajan tai oman yrityksen kokoluokka (henkilöstömäärä)
 - e. asuinalue (Etelä-, Itä-, Länsi-, Keski- tai Pohjois-Suomi)
-

Teema 1. Lähtötilanteen kartoitus

Voitko lyhyesti kuvailla minkälaisia tekijöitä masennuksesi taustalla oli?

Miten masennustasi hoidettiin ennen osa-aikaista työhön paluuta? (Esim. lääkitys, terapia)

Kuinka pitkään olit ollut sairauslomalla ennen osasairauspäiväraajaksoa?

Teema 2. Suunnitteluvaihe

Miten osasairauspäiväraajaksoon päädyttiin? Esim. kenen aloitteesta, miten prosessi eteni, miksi työhön paluu toteutettiin juuri osasairauspäivärahalla.

Käytiinkö työterveyshuollon, työnantajan ja sinun kesken työterveysneuvottelu? Keskusteltiinko korvaavan työn tekemisen mahdollisuudesta ennen osasairauspäivärahalle siirtymistä? Minkälaista keskustelua käytiin?

Kuinka pitkästä osasairauspäiväraajaksosta sovittiin? Kuka pituudesta päätti?

Sovittiinko työtehtävien muokkaamisesta jakson ajaksi?

Miten työaikaasi muutettiin osa-aikatyön ajalle?

Haitko itse osasairauspäivärahaa Kelasta?

Miten suhtauduit itse osasairauspäivärahalla työhön paluuseen? Mietityttikö jokin asia?

Teema 3. Osasairauspäiväraajakson toteutus ja kulku

Toteutuiko osasairauspäiväraajakso siten, kuin oli suunniteltu?

Maksettiinko osasairauspäiväraha sinulle vai työnantajallesi?

Koitko työpaikalla työnkuvaasi osa-aikatyön ajaksi tehdyt muutokset hyödyllisiksi? Miksi? Mitä muita muutoksia olisit toivonut?

Millaiseksi koit esimiehesi tuen osasairauspäiväraajakson aikana?

Millaiseksi koit työyhteisön tuen osasairauspäiväraajakson aikana? Tiesivätkö työtoverit tilanteestasi (riittävästi)?

Oliko yksityiselämässäsi sellaisia tekijöitä, jotka vaikuttivat työhön paluun onnistumiseen?

Mitä mieltä olet kokonaisuutena arvioiden osasairauspäiväraajaksojasi?

Millaiseksi koit yhteistyön eri tahojen kanssa? Esimerkiksi työnantajan, työterveyshuollon, Kelan ja erikoissairaanhoidon kanssa.

Teema 4. Osasairauspäiväraha ja toipuminen

Mitkä tekijät mielestäsi tukivat työssä jatkamistasi osasairauspäivärahan aikana?

Mitkä tekijät mielestäsi vaikeuttivat työssä jatkamistasi osasairauspäivärahan aikana?

Tukiko osa-aikainen työskentely mielestäsi toipumistasi masennuksesta? Miten mielestäsi jaksot työskennellä osa-aikaisesti? Olitko yhteydessä työterveyshuoltoon osasairauspäivärahaikauden aikana?

Toteutuiko osasairauspäiväraajakso mielestäsi oikeana ajankohtana (esimerkiksi sairaudesta toipumisen suhteen)?

Teema 5. Jakson jälkeen

Jatkoitko työskentelyä koko-aikatyössä osasairauspäiväraajakson jälkeen? Jos et, miksi?

Onko sinulla nyt joku muu etuus maksussa? Onko työhösi tai työnantajaasi tullut muutoksia?

Muuttuiko työnkuvasi pysyvämmiin järjestelyihin myötä?

Tuliko mieleesi jotain seikkoja, miten nykyistä osasairauspäivärahajärjestelmää voisi mielestäsi kehittää?