

Eläketurvakeskuksen  
monisteita 50

# Mielenterveys ja työkyvyttömyyseläkkeet

Raija Gould ja Heidi Nyman



Eläketurvakeskuksen  
monisteita 50

# Mielenterveys ja työkyvyttömyyseläkkeet

Raija Gould ja Heidi Nyman

Helsinki 2004

**Eläketurvakeskus**

00065 ELÄKETURVAKESKUS

Puhelin 010 7511 • Faksi (09) 148 1172

---

**Pensionsskyddscentralen**

00065 PENSIONSSKYDDSCENTRALEN

Tfn 010 7511 • Fax (09) 148 1172

---

**Finnish Centre for Pensions**

FI-00065 Eläketurvakeskus Finland

Tel. +358 10 7511, Fax +358 9 148 1172

Paino Edita Oy

Helsinki 2004

ISSN 1238-4984

## **ABSTRAKTI**

Raportissa tarkastellaan työkyvyttömyyseläkkeiden ja erityisesti mielenterveyseläkkeiden kehitystä viime vuosina. Selvitys perustuu pääasiassa työeläkejärjestelmän rekisteritietoihin. Työkyvyttömyyseläkkeille siirtyminen väheni lähes koko 1990-luvun ajan, mutta vuosikymmenen lopulla työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus kääntyi loivaan kasvuun. Eläkkeiden perusteena olevien sairausryhmien suhteelliset osuudet ovat muuttuneet siten, että mielenterveysyiden merkitys on korostunut. Muutos liittyy viime vuosikymmenen kehitykseen: somaattisiin sairauksiin perustuvien eläkkeiden alkavuus väheni nopeasti, sen sijaan mielenterveyseläkkeiden alkavuus pysyi ennallaan. Näin mielenterveyseläkkeiden suhteellinen osuus kaikista työkyvyttömyyseläkkeistä kasvoi. 1990-luvun lopulta lähtien työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus on kasvanut kaikissa sairausryhmissä verenkiertoelinten sairauksia lukuun ottamatta. Työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuuden ja sairausryhmien painotuksen muutokset liittyvät suurtyöttömyyteen, pitkäaikaistyöttömien toimenpideohjelmiin, työelämän ja muun elämänpiiriin kuormituksen vaikutuksiin sekä sairastavuuden muutoksiin.

## **ABSTRACT**

The report investigates the recent development of disability pensions and, in particular, the development of pensions granted for mental disorders. The data is mainly drawn from the registers of the earnings-related pension scheme. The inflow rate of disability pensions decreased in the 1990s; towards the end of the decade, however, the incidence began to increase gently. Mental health reasons have become the most important causes for disability pensions. This change is related to the development in the past decade: the incidence of pensions based on somatic illnesses decreased rapidly, whereas the incidence of pensions granted for mental disorders remained unchanged. Thus, the relative role of pensions based on mental causes grew. As of the late 1990s, the incidence of disability pensions has increased in all disease groups, except for diseases of the circulatory system. Changes in the incidence of disability pensions and in the disease groups are associated to mass unemployment, the action programmes for the long-term unemployed, the effect of distress at work or outside of work, as well as to changes in morbidity.



# SISÄLTÖ

<b>1</b>	<b>Johdanto</b> .....	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>Työkyvyttömyyseläkkeiden kehitys 1996–2003</b> .....	<b>9</b>
	Työkyvyttömyyseläkeläisten väestöosuus pienentynyt .....	9
	Työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuudessa kasvua .....	12
	Työttömyydellä ja työkyvyttömyyseläkkeillä ristikkäinen kehitys .....	15
<b>3</b>	<b>Työkyvyttömyyseläkkeiden sairausryhmät</b> .....	<b>18</b>
	Mielenterveyseläkkeiden merkitys kasvanut .....	18
	Masennus yleisin diagnoosi.....	22
	Hylkäysten osuus kasvanut mielenterveyshakemuksissa.....	23
<b>4</b>	<b>Mielenterveyseläkkeet, sektori ja ammattiasema</b> .....	<b>25</b>
	Mielenterveyseläkkeet yleisempiä julkisella sektorilla .....	25
	Mielenterveyseläkkeet yleisempiä palkansaajilla .....	26
<b>5</b>	<b>Mielenterveyseläkkeet ja työura</b> .....	<b>28</b>
	Mielenterveyseläkeläisillä lyhyempi työura.....	28
	Mielenterveyseläkkeet keskimääräistä pienempiä .....	29
<b>6</b>	<b>Kuntoutus ja työssä jatkaminen mielenterveyseläkkeissä</b> .....	<b>31</b>
	Mielenterveysystävät eivät korostu työeläkekuntoutuksessa .....	31
	Mielenterveyseläkkeet usein määräaikaisia .....	32
	Osaeläkkeitä käytetään vähän mielenterveysongelmissa.....	34
<b>7</b>	<b>Yhteenveto</b> .....	<b>36</b>
	<b>Kirjallisuus</b> .....	<b>38</b>





# 1 Johdanto

Mielenterveysongelmat ovat saaneet viestintävälineissä paljon huomiota. On pohdittu työn, työttömyyden tai muun modernin elämänpiirin vaikutusta mielenterveyteen, on keskusteltu psykiatrisen hoidon tilasta ja mielenterveyden häiriöiden aiheuttamista yhteiskunnallisista kustannuksista. Julkisuuden henkilöiden kertomukset omista psyykkisistä oireistaan ja sairauksistaan ovat puolestaan vähentäneet mielenterveysongelmiin liittyvää salailua ja lisänneet niiden hyväksyttävyyttä.

Tutkimusnäyttöä löytyy työn vaativuuden ja vähäisen hallinnan yhteydestä psyykkiseen oireiluun. Samoin on todettu mm. organisaation oikeudenmukaisuuden liittyvän mielenterveysoireiluun (Talala ym. 2003). 1990-luvun puolivälissä todettiin psyykkisen oireilun lisääntyneen sekä työssä käyvillä että työttömällä. Työttömät kokivat masentuneisuutta ja unettomuutta, työllisillä ehdottomasti yleisin oire oli ylirasittuneisuus (Aalto ja Häkkinen 1999). Työn ulkopuolisen elämänpiirin alueelta esimerkiksi sosiaalisen tuen puute ja vaikeat elämäntapahtumat lisäävä psyykkisen oireilun riskiä (Talala ym. 2003).

Riippumatta siitä vaikuttaako työ mielenterveysongelmien syntyyn, nykyisessä työelämässä ne aiheuttavat runsaasti sairauspoissaoloja ja työkyvyttömyyseläkkeitä. Vuonna 2003 työeläkejärjestelmän työkyvyttömyyseläkemenot olivat kaikkiaan 2 206 miljoonaa euroa. Yksittäisistä sairausryhmistä mielenterveyden häiriöihin perustuvien eläkkeiden meno oli suurin, 728 miljoonaa euroa. Kolmasosa työeläkejärjestelmän koko työkyvyttömyyseläkemenosta kului siis mielenterveyseläkkeisiin.

Tämän selvityksen tarkoituksena on kuvata työkyvyttömyyseläkkeiden viimeaikaista kehitystä. Kiinnostus kohdistuu ensinnäkin työkyvyttömyyseläkkeiden yleiseen kehitykseen. Miten työkyvyttömyyseläkkeellä olevien osuus väestöstä on muuttunut, ja onko työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen yleistymässä vai vähenemässä? Toinen kiinnostuksen kohde liittyy työkyvyttömyyseläkkeiden perusteena oleviin sairauksiin ja erityisesti mielenterveyssyistä myönnettyihin eläkkeisiin. Miten mielenterveyden häiriöiden sairausryhmän merkitys on muuttunut, ja miten mielenterveyseläkkeille siirtyneet poikkeavat muista työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneistä?

Selvitys perustuu pääasiassa työeläkejärjestelmän rekisteritietoihin. Ainoastaan työkyvyttömyyseläkeläisten väestöosuudet on esitetty käyttäen kaikkia työkyvyttömyyseläkeläisiä eli sekä työeläkkeen että kansaneläkkeen saajia koskevia lukuja. Syy siihen, että tarkastelu pääosin rajattiin työeläkejärjestelmän työkyvyttömyyseläkeläisiin, on sekä sisällöllinen että tekninen. Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä haluttiin selvittää aikaisemman työuran ja mahdollisen työssä jatkamisen näkökulmasta; tähän työeläkejärjestelmän aineisto soveltuu parhaiten. Teknisempi perustelu liittyy aineiston saatavuuteen. Työeläkejärjestelmää koskevia eläkkeelle siirtyneiden tietoja on vuodesta 1996. Koko eläkejärjestelmän kattavia tilastotietoja vuosittain eläkkeelle siirtyneistä on saatavissa vasta muutamalta vuo-

delta. Tarkastelujaksona ovatkin lähinnä vuodet 1996–2003. Joiltakin osin tarkastelussa mennään kuitenkin kauemmas taaksepäin käyttäen pelkästään yksityistä sektoria koskevia tietoja.

Selvityksen luvussa kaksi tarkastellaan työkyvyttömyyseläkkeiden viimeaikaista kehitystä yleisesti. Miten työkyvyttömyyseläkeläisten väestöosuus on kehittynyt eri-ikäisillä ja toisaalta naisilla ja miehillä, ja miltä kehitys Suomessa näyttää pohjoismaisiin naapureihimme verraten? Samalla tavoin tarkastellaan myös vuosittaista työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen kehitystä. Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä pyritään myös suhteuttamaan työttömyystilanteen muutoksiin.

Kolmannesta luvusta lähtien mielenterveyseläkkeet ovat tarkastelun keskipisteessä. Aluksi kuvataan mielenterveyden häiriöiden sairausryhmän merkityksen kasvua työkyvyttömyyseläkkeissä. Luvuissa neljä ja viisi tarkastellaan mielenterveyssyistä eläkkeelle siirtyneiden työtaustaa, lähinnä ammattiasemaa, työnantajasektoria ja työuran kestoa. Kuudennessa luvussa selvitetään työeläkekuntoutuksen ja työssä jatkamista tukevien eläkemuo-  
ten merkitystä mielenterveyden sairauksissa.

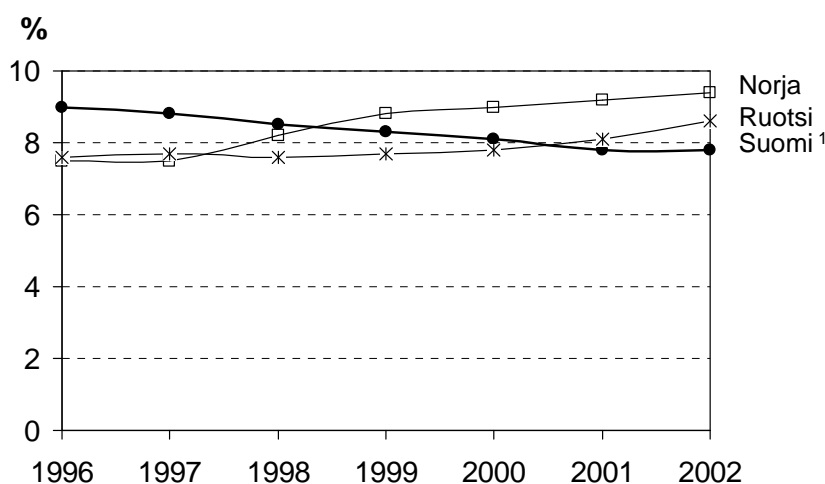
## 2 Työkyvyttömyyseläkkeiden kehitys 1996–2003

### Työkyvyttömyyseläkeläisten väestöosuus pienentynyt

Vuoden 2003 lopussa Suomessa maksettiin työkyvyttömyyseläkettä kaikkiaan 267 000 henkilölle. Heistä naisia oli hiukan alle puolet, 47 prosenttia. Valtaosa, 251 000 henkilöä sai varsinaista työkyvyttömyyseläkettä. Yksilöllisen varhaiseläkkeen saajia oli noin 16 000 eli kuusi prosenttia kaikista työkyvyttömyyseläkeläisistä.

Työkyvyttömyyseläkeläisten lukumäärä ei 1980-luvun alkuvuosiin verrattuna ole muuttanut kovin paljoa: vuoden 1981 lopussa työkyvyttömyyseläkkeellä oli 269 000 henkilöä. Sen sijaan työkyvyttömyyseläkeläisten osuus 16–64-vuotiaasta väestöstä on selvästi pienentynyt. Suomessa asuvasta työkäisestä väestöstä oli vuoden 2003 lopussa työkyvyttömyyseläkkeellä 7,4 prosenttia. Runsaat kaksikymmentä vuotta aikaisemmin, vuonna 1981, vastaava osuus oli 8,4 prosenttia. Kun otetaan huomioon ikärakenteen muutos, ero kasvaa entisestään: vuoden 2003 väestöllä ikävakioiduna työkyvyttömyyseläkeläisten osuus vuonna 1981 oli 10,3 prosenttia. Työkyvyttömyyseläkeläisten väestöosuus onkin parin viikymmenen aikana tasaisesti pienentynyt lukuun ottamatta yksilöllisen varhaiseläkkeen voimaantulon aiheuttamaa tilapäistä kasvua 1980-luvun lopulla ja 1990-luvun alussa (Eläketurvakeskus ja Kansaneläkelaitos 2004).

**Kuva 1.** Työkyvyttömyyseläkeläisten väestöosuus Suomessa, Ruotsissa ja Norjassa 1996–2002.



<sup>1</sup> Suomen lukuihin sisältyvät myös yksilölliset varhaiseläkkeet.  
Lähde: Nososco 2004

Naapurimaihimme Ruotsiin ja Norjaan verrattuna Suomen kehitys on ollut myönteistä. Vielä 1990-luvun puolivälissä työkyvyttömyyseläkeläisten väestöosuus oli Suomessa korkeampi kuin muualla pohjolassa, mutta 2000-luvulla sekä Norja että Ruotsi ovat ohittaneet Suomen (Nososco 2004). Norjassa ja Ruotsissa työkyvyttömyyseläkeläisten osuus väestöstä on viime vuosina kasvanut, kun se on Suomessa pienentynyt (kuva 1). Mikäli yli vuoden kestäneet sairauspäiväraha-kaudet olisivat mukana Ruotsin luvuissa, ero Suomen ja Ruotsin välillä olisi vielä suurempi (ks. Nio ja Hytti 2004).

Työkyvyttömyyseläkeläisten väestöosuus on Suomessa pienentynyt erityisesti 55–64-vuotiaiden ikäryhmässä. Tämän ikäisistä oli vuonna 1996 työkyvyttömyyseläkkeellä 33 prosenttia, mutta vuonna 2003 enää 22 prosenttia. Vähentymiseen on vaikuttanut yksilöllisen varhaiseläkkeen käytön supistuminen alaikärajan korotusten myötä, mutta myös varsinaisella työkyvyttömyyseläkkeellä olevien osuus väestöstä on tässä ikäryhmässä pienentynyt. Alle 55-vuotiaiden joukossa väestöosuuden pienentyminen on ollut paljon vähäisempää. Varsinkin naisten keskuudessa nuorten ja keski-ikäisten työkyvyttömyyseläkeläisten väestöosuus on pysynyt lähes muuttumattomana 1990-luvun puolivälin jälkeen (taulukko 1).

**Taulukko 1.** Työkyvyttömyyseläkeläisten väestöosuus Suomessa ikäryhmittäin vuosina 1996 ja 2003.

	Väestöosuus, %		Muutosindeksi (1996 = 1)
	1996	2003	
<b>16–44-vuotiaat</b>			
Miehet	2,7	2,4	0,89
Naiset	2,0	1,9	0,95
Kaikki	2,3	2,2	0,96
<b>45–54-vuotiaat</b>			
Miehet	9,5	9,3	0,98
Naiset	7,7	7,7	1,00
Kaikki	8,6	8,5	0,99
<b>55–64-vuotiaat</b>			
<b>Varsinainen työkyvyttömyyseläke</b>			
Miehet	25,1	20,5	0,82
Naiset	21,1	17,8	0,84
Kaikki	23,1	19,1	0,83
<b>Yksilöllinen varhaiseläke</b>			
Miehet	10,1	2,4	0,24
Naiset	10,7	2,5	0,23
Kaikki	10,4	2,5	0,24
<b>16–64-vuotiaat<sup>1</sup>, ikävakioitu<sup>2</sup></b>			
Miehet	10,4	7,9	0,76
Naiset	9,3	7,0	0,75
Kaikki	9,8	7,4	0,76

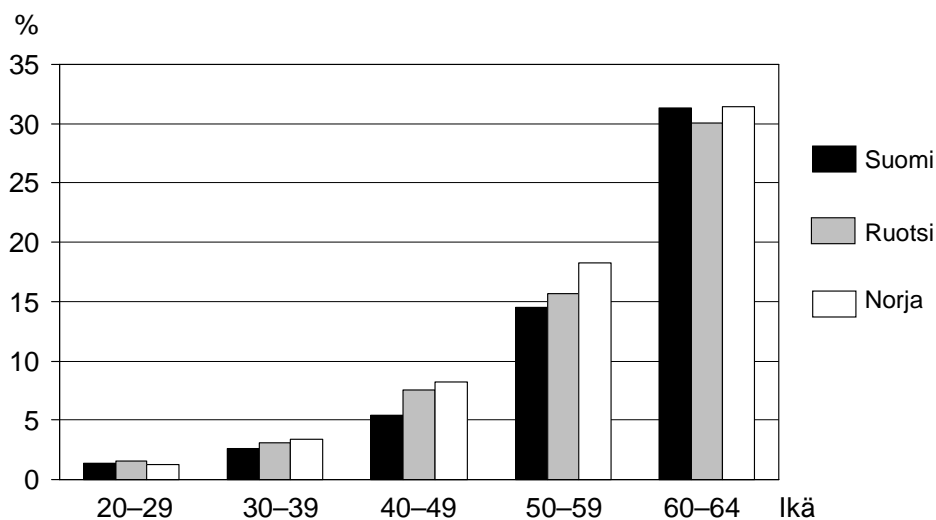
<sup>1</sup> Sisältää myös yksilölliset varhaiseläkkeet

<sup>2</sup> Vakioväestönä vuoden 2003 väestö

Ikäryhmittäiset erot työkyvyttömyyseläkeläisten väestöosuuden muutoksen suuruudessa kertovat työkyvyttömyyseläkkeen vaihtelevasta merkityksestä eri ikäryhmissä. Nuoremmilla työkyvyttömyyseläkkeen käyttö on liittynyt kiinteästi sairastavuuteen ja sen aiheuttamiin toimintakyvyn muutoksiin. Vanhimmillä työikäisillä työkyvyttömyyseläkkeen ja erityisesti yksilöllisen varhaiseläkkeen käyttö on sen sijaan ollut osa yleistä varhaisen työelämästä poistumisen suuntausta (ks. Hytti 1998). Sairastavuuden ohella esimerkiksi eläkejärjestelmän muutokset, työllisyystilanne, työelämän rakenteiden muutokset ja ikääntyneiden työsäilyttämistoimenpiteet ovat vaikuttaneet työkyvyttömyyseläkkeiden käyttöön (Hytti 1998, 2002, Gould 2001).

Nuorten ja keski-ikäisten työkyvyttömyyseläkeläisten väestöosuus ei siis viime vuosina ole juurikaan muuttunut. Ruotsiin ja Norjaan verrattuna nuorempien ikäluokkien työkyvyttömyyseläketilanne on Suomessa kuitenkin varsin hyvä. 30–59-vuotiaiden työkyvyttömyyseläkeläisten osuus vastaavanikäisestä väestöstä on Suomessa selvästi pohjoismaisia naapureitamme pienempi (Nososco 2004) (kuva 2).

**Kuva 2.** Työkyvyttömyyseläkeläisten väestöosuus Suomessa, Ruotsissa ja Norjassa ikäryhmittäin vuonna 2002.



Lähde: Nososco 2004

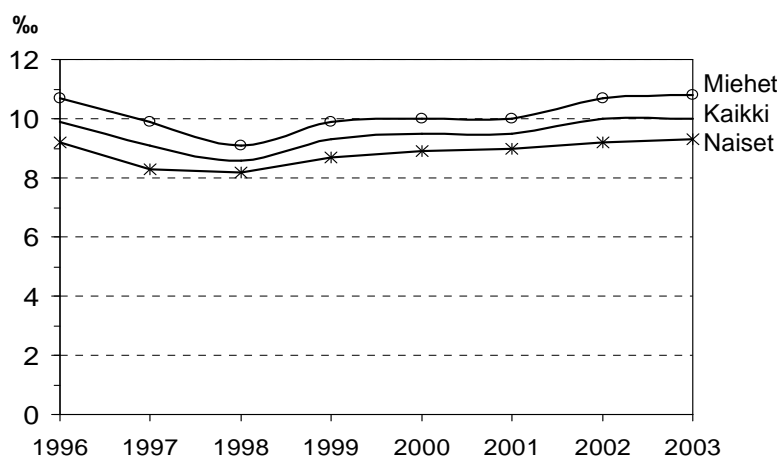
## Työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuudessa<sup>1</sup> kasvua

Vuosittain alkaneiden uusien työkyvyttömyyseläkkeiden lukumäärä pieneni aina 1990-luvun loppupuolelle asti, mutta viime vuosien aikana uusien työkyvyttömyyseläkeläisten lukumäärä on jälleen kasvanut. Työeläkejärjestelmän työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyi vuonna 1996 noin 21 000 henkilöä, ja vuonna 2003 heitä oli noin 26 000. Valtaosa siirtyi varsinaiselle työkyvyttömyyseläkkeelle; yksilölliselle varhaiseläkkeelle siirtyi vuonna 2003 vain noin 2 300 henkilöä.

Työkyvyttömyyseläkeläisten lukumäärän kasvu selittyy osittain väestön vanhenemisella: suuret ikäluokat ovat saavuttaneet kohonneen työkyvyttömyysriskin iän. Ikärakenteen muutos selittää kuitenkin vain osan työeläkejärjestelmän uusien työkyvyttömyyseläkkeiden viimeaikaisesta kasvusta, sillä myös ikävakioiduissa alkavuusluvuissa on hiukan kasvua. Työeläkejärjestelmän työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus eli eläkkeelle siirtyneiden osuus ei-eläkkeellä olevasta työeläkevakuutetusta väestöstä oli vuonna 2003 kymmenen promillea. Vuodesta 1998 ikävakioitu alkavuus on kasvanut puolellatoista promilleyksiköllä (kuva 3). Ennen vuotta 1998 työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus sen sijaan pieneni koko 1990-luvun ajan (Gould ja Nyman 2002).

Naisten työkyvyttömyyseläkealkavuus on pienempi kuin miesten. Vuodesta 1998 alkavuus on kasvanut naisilla yhdellä promilleyksiköllä ja miehillä runsaalla puolellatoista promilleyksiköllä.

**Kuva 3.** Työkyvyttömyyseläkkeiden ikävakioitu alkavuus miehillä ja naisilla työeläkejärjestelmässä 1996–2003.

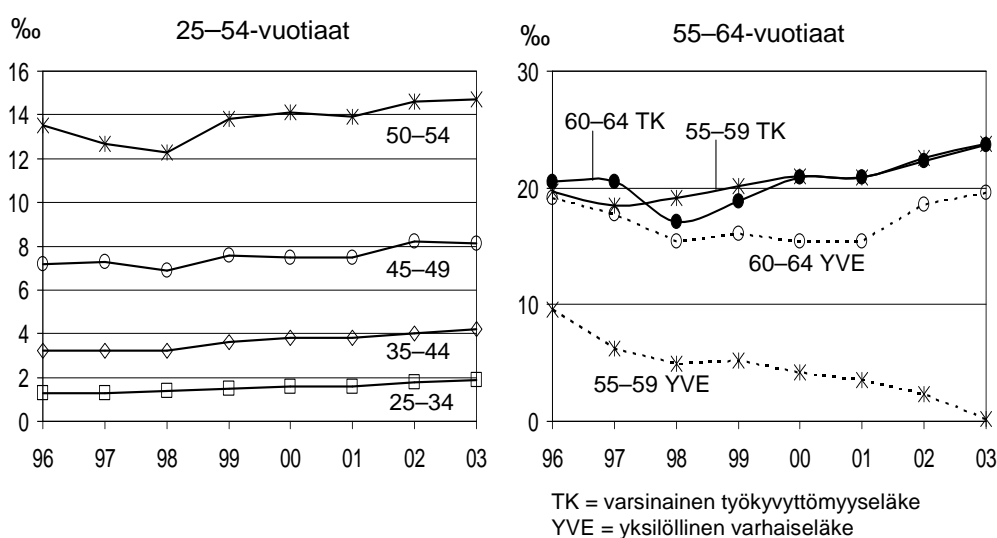


Vakioväestö = ei-eläkkeellä oleva työeläkevakuutettu väestö vuonna 2003.

<sup>1</sup> Alkavuudella tarkoitetaan kalenterivuoden aikana alkaneiden työeläkejärjestelmän työkyvyttömyyseläkkeiden osuutta ei-eläkkeellä olevasta työeläkevakuutetusta väestöstä kalenterivuoden alussa.

Ikäryhmittäinen tarkastelu osoittaa, ettei viime vuosien työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuuden muutos ole ollut kaikissa ikäryhmissä samanlainen. Alle 45-vuotiailla työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus on kasvanut melko tasaisesti vuodesta 1996. Alkavuus on tämän ikäisillä edelleen varsin pieni: ei-eläkkeellä olevista 35–44-vuotiaista runsas neljä promillea ja 25–35-vuotiaista noin kolme promillea siirtyi vuonna 2003 työkyvyttömyyseläkkeelle (kuva 4). Vaikka työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus alle 45-vuotiailla on vähäistä, vuosien 1996–2003 alkavuuden kasvu on kuitenkin ollut suurempi kuin 45 vuotta täyttäneillä.

**Kuva 4.** Työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus työeläkejärjestelmässä ikäryhmittäin 1996–2003.



Alle 25-vuotiaat eivät sisälly kuvan 4 tarkasteluun. Yksityistä sektoria koskevien tietojen perusteella näyttää kuitenkin siltä, että juuri kaikkein nuorimmilla työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen on kasvanut eniten. Vuosien 1998 ja 2003 välillä alle 25-vuotiaiden työkyvyttömyyseläkealkavuus lähes kaksinkertaistui. Lukumääräisesti alle 25-vuotiaita yksityisen sektorin työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneitä on kuitenkin hyvin vähän; vuonna 2003 heitä oli vajaa sata (Gould ja Nyman 2004).

45–54-vuotiailla työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen riski on jo selvästi kohonnut. 45–49-vuotiailla alkavuus oli noin kahdeksan promillea vuonna 2003 ja 50–54-vuotiailla lähes 15 promillea. Näissä ikäryhmissä alkavuus kääntyi varsinaisesti kasvuun vasta vuoden 1998 jälkeen (kuva 4). Siihen asti alkavuus pieneni aina vuodesta 1986 lähtien (Gould ja Nyman 2002).

55 vuotta täyttäneet ovat voineet siirtyä joko varsinaiselle työkyvyttömyyseläkkeelle tai yksilölliselle varhaiseläkkeelle. Yksilöllisen varhaiseläkkeen alaikäraja muuttui tarkastelujaksolla siten, että vuonna 1996 tälle eläkkeelle voivat siirtyä 57 vuotta täyttävät, vuosina

1997–2001 ikäraja oli vuotta korkeampi, 58 vuotta, vuonna 2001 jälleen vuotta korkeampi eli 59 vuotta, ja vuonna 2003 nuorimmat eläkkeeseen oikeutetut täyttivät 60 vuotta. Ikärajan korotukset näkyvät 55–59-vuotiailla yksilöllisen varhaiseläkkeen alkavuuden jyrkkänä vähenemisenä (kuva 4).

Myös 60–64-vuotiailla yksilöllisen varhaiseläkkeen alkavuus väheni jakson alussa, mutta kääntyi uudelleen kasvuun 2000-luvun alkuvuosina. (kuva 4). Yksi osaselitys tähän kasvuun lienee ollut ennakkohuoli yksilöllisen varhaiseläkkeen lakkauttamisesta eläkeuudistuksen myötä. Lakkauttamista peläten yksilölliselle varhaiseläkkeelle saatettiin hakeutua aiottua aikaisemmin.<sup>2</sup>

Varsinaiselle työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen yleistyi tarkastelujaksolla sekä 55–59-vuotiailla että 60–64-vuotiailla. Vaikka kehitys polveili näissä ikäryhmissä hiukan eri tavoin, alkavuus oli vuonna 1996 kummassakin ryhmässä noin 20 promillea ja vuonna 2003 lähes 24 promillea (kuva 4).

Edellä todettiin, että työkyvyttömyyseläkeläisten väestöosuudella mitattuna Suomen kehitys on viime vuosina ollut pohjoismaisia naapureitamme suotuisampi. Suomen työkyvyttömyystilanne näyttää jossain määrin suotuisammalta myös eläkkeiden alkavuutta tarkasteltaessa. Norjassa työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus kasvoi koko 1990-luvun, ja vuosituhaten taitteen lyhyen notkahduksen jälkeen on viime vuosina taas jatkanut kasvua. Vuonna 2003 uusien työkyvyttömyyseläkeläisten osuus ei-eläkkeellä olevasta väestöstä oli Norjassa 11 promillea (Rikstrygdeverket 2004) eli selvästi suurempi kuin Suomen vastaava yhdeksän promillen osuus<sup>3</sup> (Eläketurvakeskus ja Kansaneläkelaitos 2004). Myös Ruotsissa uusien työkyvyttömyyseläkkeiden (vuoden 2003 uudistuksen jälkeen aktiivointi- ja sairauskorvauksien) määrä on viime vuosina kasvanut ripeästi. Vuodesta 1998 vuoteen 2002 uusien työkyvyttömyyseläkeläisten lukumäärä kasvoi Ruotsissa peräti 85 prosenttia (Riksförsäkringsverket 2003), kun kasvu Suomessa vastaavana aikana oli vajaa 30 prosenttia. Ruotsin tuoreimmat tilastotiedot kertovat kasvun jatkumisesta edelleen (Riksförsäkringsverket 2004).

---

<sup>2</sup> Yksilöllinen varhaiseläke lakkautettiin vuoden 2004 alusta siten, että vuonna 1944 ja sen jälkeen syntyneille ei enää myönnetty yksilöllisiä varhaiseläkkeitä. Vuonna 2003 ikäryhmään 60–64 kuuluneet säilyttivät kuitenkin oikeuden tähän eläkkeeseen.

<sup>3</sup> Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden osuus koko ei-eläkkeellä olevasta 16–64-vuotiaasta väestöstä oli vuonna 2003 yhdeksän promillea, kun otetaan huomioon sekä kansaneläkkeelle että työeläkkeelle siirtyneet. Tämä luku vastaa parhaiten Norjan lukua. Muualla tässä raportissa on käytetty työeläkejärjestelmän alkavuuslukuja. Työeläkejärjestelmän työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden osuus ei-eläkkeellä olevasta työeläkevakuutetusta väestöstä oli kymmenen promillea vuonna 2003 (ks. kuva 3).

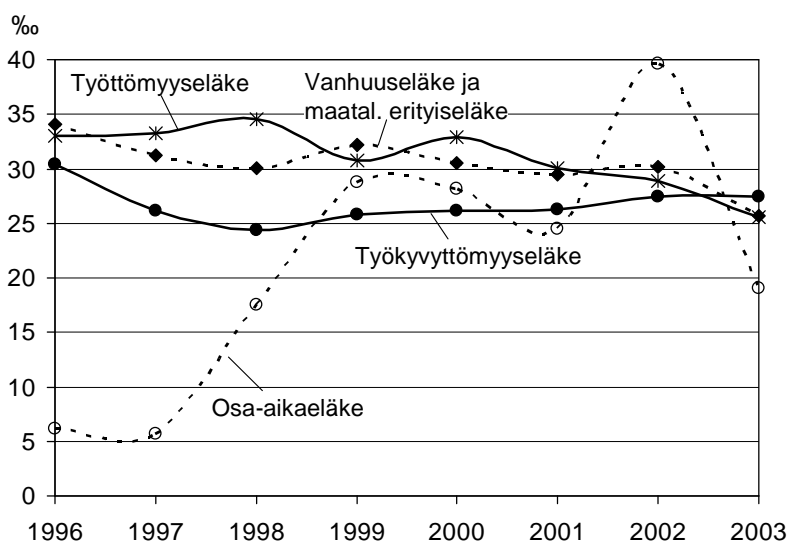


## Työttömyyden ja työkyvyttömyyseläkkeiden erisuuntainen kehitys

Työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuuden kasvua on aiemmin selitetty mm. lamavuosien jälkeisen tilanteen normalisoitumisella. Suurtyöttömyyden aikana, 1990-luvun alkupuolella työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus pieneni: työttömyysputki toimi osittain korvaavana varhaisen työstä poistumisen väylänä (Hytti 1998, Gould 2001). 1990-luvun loppupuolella työllisyyden käännyttyä kasvuun työkyvyn ongelmat eivät enää peittyneet työttömyyteen, vaan tulivat selvemmin esille.

Vanhimpien työikäisten työttömyyden ja työkyvyttömyyseläkkeiden erisuuntainen kehitys näkyy myös viime vuosien eläkkeiden alkavuuksissa. Vuosina 1996–1998 työttömyyseläkkeelle siirtyminen suurtyöttömyyden seurauksena kasvoi jonkin verran, kun taas työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen jatkoi vähenemistä vuosikymmenen alkupuolen tapaan. Aivan 1990-luvun lopulla ja 2000-luvun alkuvuosina kehitys on ollut päinvastainen: työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus on kasvanut samalla kun työttömyyseläkkeiden alkavuus on pienentynyt (kuva 5).

**Kuva 5.** Työeläkkeiden ikävakioitu alkavuus 55–64-vuotiailla 1996–2003.



Vakioväestö = Vuoden 2003 ei-eläkkeellä oleva työeläkevakuutettu väestö.

Kokonaiskuvan saamiseksi ikääntyneiden eläkkeelle siirtymisestä kaikkien eläkelajien alkavuus on ikärajoista riippumatta laskettu suhteessa koko 55–64-vuotiaiden ikäluokkaan.

Kuvasta 5 näkyy myös osa-aikaeläkkeen alkavuuden kasvu, joka 1990-luvun lopulla selittyy pitkälti osa-aikaeläkkeen ikärajan alenemisella 58 ikävuodesta 56 vuoteen. Vuoden 2002 kasvupiikki liittyy puolestaan eläkeuudistuksen ennakkointiin. Huoli osa-aikaeläkkeen ehtojen muuttumisesta lisäsi osa-aikaeläkkeelle hakeutumista (Takala 2004). Osa-aikaeläkkeen käytön kasvu on saattanut myös vaikuttaa kokoikäisten eläkkeiden alkavuu-

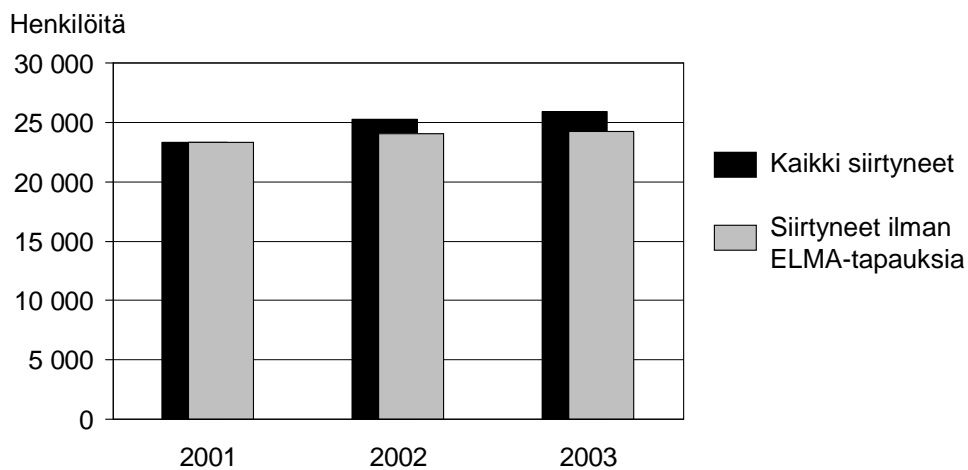
den vähenemiseen. Osa-aikaeläkkeelle siirtyminen on ilmeisesti toiminut vaihtoehtona työttömyysputkelle, mutta sillä on mahdollisesti ollut myös merkitystä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisessä. Osa-aikaeläkkeeseen liittyvä työajan lyhentäminen on voinut estää tai hidastaa työkyvyn heikkenemistä ja siten vähentää tai myöhentää työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä. Tätä ajatusta tukee Rantalan ja Knuutin (2004) havainto siitä, että nimenomaan työstä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen todennäköisyys pieneni ikääntyneillä 1990-luvun jälkipuoliskolla, kun taas työttömyydestä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen todennäköisyys kasvoi. Mikäli osa-aikaeläkkeen käytöllä on ollut merkitystä, se on liittynyt juuri työstä eikä työttömyydestä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen.

Työttömyydestä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistodennäköisyyden kasvaminen 1990-luvun lopulla (Rantala ja Knuuti 2004) selittänee myös 2000-luvun työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuuden kasvua. Kyse voi olla laman ja pitkäaikaistyöttömyyden vaikutuksista sairastavuuteen ja huono-osaisuuden kasautumiseen (ks. Kortteinen ja Tuomikoski 1998) sekä toisaalta uusien toimintamallien vaikutuksista. Lamavuosien jälkeen on käynnistynyt useita pitkäaikaistyöttömien toimenpideohjelmiä. Joihinkin ohjelmiin kuten esimerkiksi työministeriön Ikääntyneiden pitkäaikaistyöttömien palvelutarvekartoitukseen ja ELMA-hankkeeseen on sisältynyt myös eläkemahdollisuuksien selvittelyä ja työkyvyttömyyseläkkeiden ohjaamista työttömien ohjaamista työkyvyttömyyseläkkeen hakijoiksi (Työministeriö 2004). Tällaiset ohjelmat ovat todennäköisesti kasvattaneet työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuutta (Hytti ym. 2003), sillä monet niiden piiriin kuuluvista hakijoista tuskin olisivat ilman ohjaustoimenpiteitä eläkettä hakeneet (ks. Taipale 2001). Esimerkiksi ELMA-hankkeen piiristä siirtyi vuosina 2001–2003 noin 2 900 henkilöä työkyvyttömyyseläkkeelle (Työministeriö 2004). Ilman näitä tapauksia eläkkeelle siirtyneiden lukumäärän kasvu olisi viime vuosina ollut melko vähäistä (kuva 6)<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Tässä on oletettu, että kaikki ELMA-hankkeen kautta työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneet olisivat jossakin elämänvaiheessaan olleet ansiotyössä ja kuuluisivat siten työeläkejärjestelmän piiriin. Joukossa voi kuitenkin olla myös henkilöitä, joilla ei ole lainkaan ansiotyötaustaa ja jotka saavat eläkkeensä yksinomaan kansaneläkejärjestelmästä. Tämä ryhmä lienee kuitenkin pieni. Esimerkiksi Ikääntyneiden pitkäaikaistyöttömien palvelutarvekartoitushankkeesta työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneistä vain puolitoinen prosentti sai pelkkää kansaneläkettä (Lind ym. 2004).

**Kuva 6.** Pitkäaikaistyöttömien ELMA-hankkeen merkitys työkyvyttömyyseläkkeelle vuosina 2001–2003 siirtyneiden lukumäärissä.



Sisältää varsinaiset työkyvyttömyyseläkkeet ja yksilölliset varhaiseläkkeet.  
ELMA = pitkäaikaistyöttömien eläkemahdollisuuksien selvittämisprojekti

### 3 Työkyvyttömyyseläkkeiden sairausryhmät

#### Mielenterveyseläkkeiden merkitys kasvanut

Vaikka työkyvyttömyyseläkeläisten väestöosuus kokonaisuudessaan on viime vuosina vähentynyt, mielenterveyden häiriöiden perusteella työkyvyttömyyseläkettä saavien osuus on kasvanut. Vuonna 1996 mielenterveysdiagnoosien perusteella varsinaista työkyvyttömyyseläkettä sai 2,9 prosenttia 16–64-vuotiaista (vuoden 2003 ikärakenteella vakioituna) ja vuonna 2003 vastaava osuus oli 3,1 prosenttia. Mielenterveyseläkeläisten väestöosuus kasvoi erityisesti 45 vuotta täyttäneillä, sen sijaan nuorempien mielenterveyssyistä eläkkeellä olevien osuus väestöstä pysyi ennallaan (taulukko 2).

*Taulukko 2. Mielenterveyssyistä varsinaisella työkyvyttömyyseläkkeellä olevien väestöosuus vuonna 1996 ja 2003.*

	Väestöosuus, % Mielenterveyden häiriöt		Muutosindeksi (1996=1) Mielen- terveyden häiriöt		Kaikki sairaus- ryhmät <sup>1</sup>
	1996	2003			
<b>16–44-vuotiaat</b>					
Miehet	1,7	1,6	0,94	0,89	
Naiset	1,3	1,3	1,00	0,95	
Kaikki	1,5	1,5	1,00	0,96	
<b>45–54-vuotiaat</b>					
Miehet	3,9	4,5	1,15	0,98	
Naiset	3,7	4,1	1,11	1,00	
Kaikki	3,8	4,3	1,13	0,99	
<b>55–64-vuotiaat</b>					
Miehet	5,3	6,0	1,13	0,82	
Naiset	6,1	6,6	1,08	0,84	
Kaikki	5,7	6,3	1,11	0,83	
<b>16–64-vuotiaat, ikävakioitu<sup>2</sup></b>					
Miehet	2,9	3,1	1,07	0,87 <sup>3</sup>	
Naiset	2,8	3,0	1,07	0,92 <sup>3</sup>	
Kaikki	2,9	3,1	1,07	0,90 <sup>3</sup>	

<sup>1</sup> vrt. taulukko 1

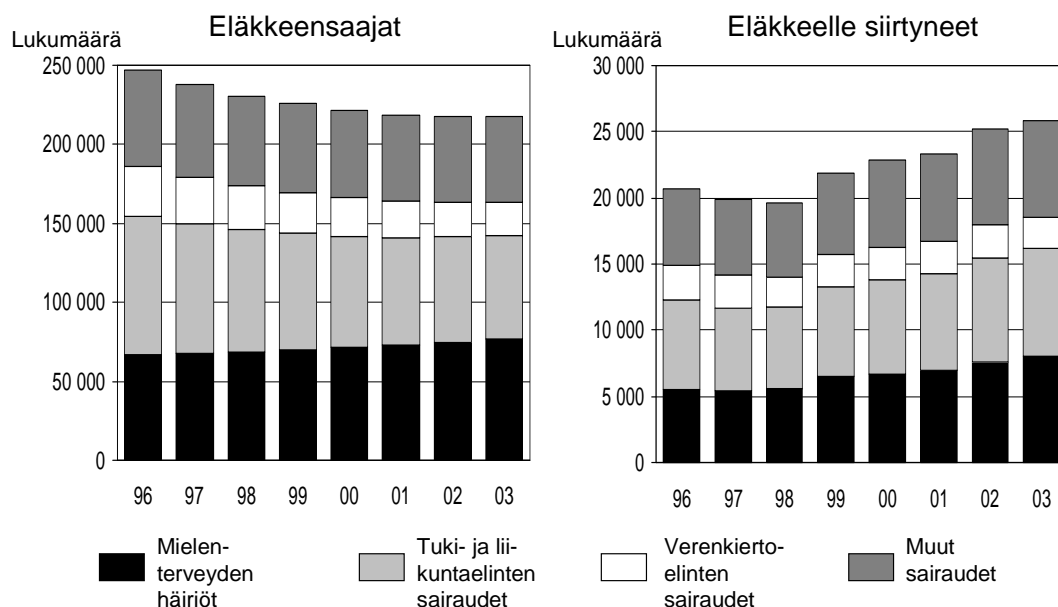
<sup>2</sup> Vakioväestönä vuoden 2003 väestö

<sup>3</sup> Luvut poikkeavat taulukon 1 vastaavista luvuista, koska tässä taulukossa ovat mukana vain varsinaiset työkyvyttömyyseläkkeet.

Mielenterveyden häiriöiden sairausryhmän merkityksen kasvu näkyy myös eläkeläisten lukumäärissä. Vuonna 1996 mielenterveyseläkeläisiä oli työeläkejärjestelmässä noin 67 000 ja vuonna 2003 jo 77 000 (kuva 7). Mielenterveyseläkeläisten osuus kaikista työkyvyttömyyseläkeläisistä kasvoi vastaavasti 27 prosentista 35 prosenttiin. Myös vuosittain alkaneiden mielenterveyseläkkeiden lukumäärä on kasvanut (kuva 7), mutta koska uusien

eläkkeiden lukumäärä on myös kokonaisuudessaan kasvanut, mielenterveystapausten osuus kaikista alkaneista eläkkeistä on muuttunut vain vähän, 27 prosentista 31 prosenttiin.

**Kuva 7.** Työeläkejärjestelmän työkyvyttömyyseläkkeellä olevat ja eläkkeelle siirtyneet vuosina 1996–2003 sairausryhmittäin.



Kaikkein selkeimmin mielenterveyseläkkeiden merkityksen kasvu näkyy eläkkeiden alkavuudessa. Mielenterveyden häiriöt ovat viime vuosina nousseet sekä lukumääräisesti että alkavuudella mitattuna suurimmaksi työkyvyttömyyseläkkeiden perusteena olevaksi sairausryhmäksi. Vielä 1990-luvun alussa mielenterveyden sairausryhmän merkitys oli paljon pienempi: tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin perustuvien eläkkeiden alkavuus oli kaksinkertainen mielenterveyseläkkeisiin nähden. Mielenterveyseläkkeiden merkityksen voimistuminen ei kuitenkaan selity niiden alkavuuden kasvulla; verenkiertoelinten sairauksia lukuun ottamatta kaikissa muissakin sairausryhmissä eläkkeiden alkavuus on viime vuosina kasvanut. Suurin muutos eläkkeiden sairausryhmittäisessä alkavuudessa tapahtuikin jo aikaisemmin viime vuosikymmenellä. Mielenterveyseläkkeiden merkitys voimistui 1990-luvulla siksi, että muihin sairauksiin, erityisesti tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin perustuvien eläkkeiden alkavuus pieneni. Mielenterveysongelmiin perustuvien eläkkeiden alkavuus pysyi sen sijaan hyvin tasaisena aina vuosikymmenen lopun kasvuvaiheeseen asti (kuva 8).

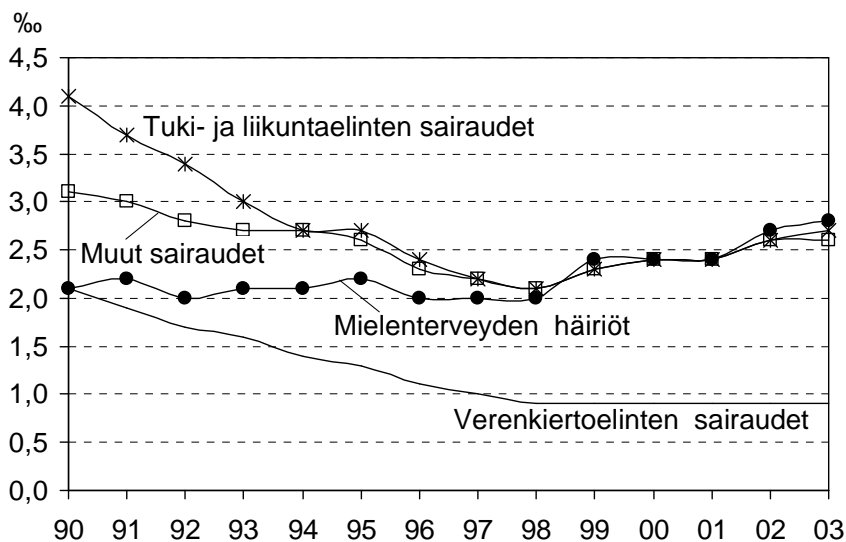
On mahdollista, että mielenterveyden häiriöiden vakaana pysynyt tilanne muiden sairausryhmien supistuessa kertoo diagnosointikäytäntöjen muutoksista 1990-luvun työkyvyttömyyseläkkeissä. Osa somaattisten sairausryhmien vähenemisestä saattoi olla liukumaa psyykkisiin syihin viimeksi mainittujen muuttuessa aiempaa hyväksyttymmiksi ja julkiemmiksi sairauksiksi (vrt. Aalto ja Häkkinen 1999). Mielenterveyssyistä tapahtuvassa työkyvyn heikkenemisessä on usein mukana myös somaattisia sairauksia. Esimerkiksi ma-

sennuksen vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle vuosina 1993–1994 siirtyneistä lähes puolella oli myös jokin muu kuin mielenterveysryhmään kuuluva sairaus (Isometsä ym. 2000). Sairastavuuteen liittyvät kulttuuriset muutokset saattavat vaikuttaa siihen, mikä diagnooseista kirjataan tärkeimmäksi työkyvyttömyyden syyksi.

Toinen mahdollinen selityslinja liittyy työelämän ja työllisyystilanteen muutoksiin. Yksi viime vuosikymmenien työelämän muutossuunnista on ollut toimihenkilöistyminen (Lehto ja Sutela 2004). Työ on muuttunut entistä enemmän henkistä työkykyä vaativaksi, ja samalla psyykkisten syiden merkitys työkyvyn heikkenemisessä on korostunut. Viime vuosikymmenen suurtyöttömyys puolestaan painottui enemmän sellaisille aloille, joissa fyysisen työkyvyn merkitys oli suuri. Raskaamman ruumiillisen työn aloilta siirryttiin työttömyyteen, toimihenkilövaltaisilta aloilta puolestaan työkyvyttömyyseläkkeelle (Hytti 1998, 2002). Työttömyyden kasvuun liittynyt työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen väheneminen kohdistui siten voimakkaammin somaattisiin sairauksiin perustuviin eläkkeisiin. Tämä näkyy myös lamavuosien sairausvakuustilastoissa: erityisesti tuki- ja liikuntaelinsairauksiin perustuvat sairauspäiväraha-aikaudet vähenivät jyrkästi (Salminen 2000).

Kolmas selityslinja liittyy sairastavuuden muutoksiin. Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan 1980- ja 1990-luvuilla monet kansansairaudet kuten sepelvaltimotauti ja useat tuki- ja liikuntaelinsairaudet vähenivät, kun sen sijaan mielenterveysongelmien yleisyys pysyi ennallaan (Aromaa ja Koskinen 2002).

**Kuva 8.** Varsinaisten työkyvyttömyyseläkkeiden ikävakiointu alkavuus yksityisellä sektorilla sairausrhyhmittäin 1990–2003.



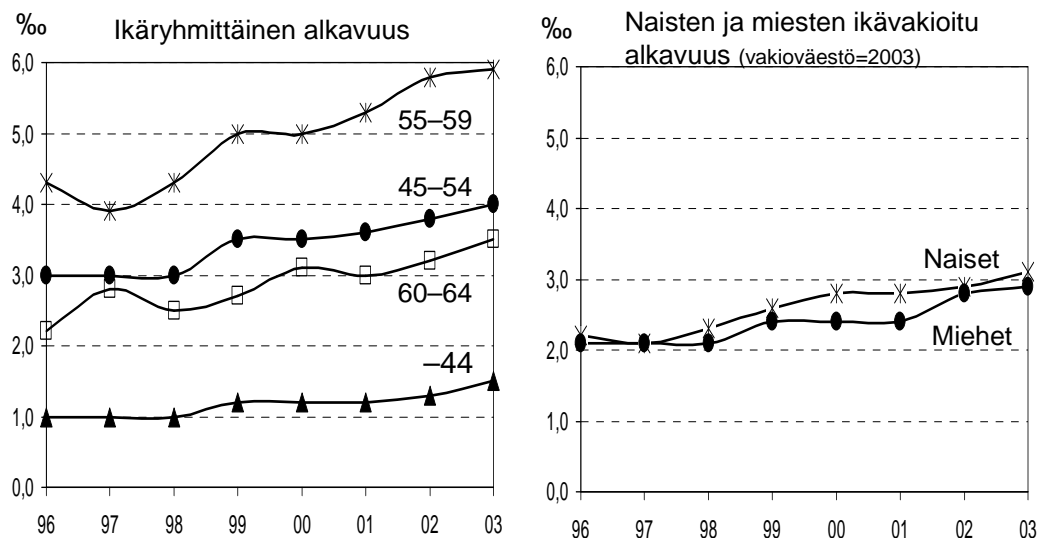
Vakioväestö = Yksityisen sektorin ei-eläkkeellä oleva työeläkevakuutettu väestö vuonna 2003

1990-luvun lopulla alkanut työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuuden kasvu oli mielenterveyden häiriöiden sairausryhmässä jonkin verran suurempaa kuin muissa sairausryhmissä. Vuodesta 1998 vuoteen 2003 tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin perustuvien yksityisen sektorin varsinaisten työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus kasvoi 24 prosenttia, mielenterveyseläkkeissä vastaava alkavuuden kasvu oli 40 prosenttia. Mielenterveyseläkkeiden alkavuuden hiukan ripeämpi kasvu saattoi osittain liittyä edellä kuvattuun pitkäaikaistyöttömyydestä eläkkeelle siirtymiseen (ks. s. 16–17): suurella osalla työttömien ohjaustoimenpiteiden kautta eläkkeelle siirtyneistä on ollut eläkkeen sairausperusteena jokin mielenterveyden häiriöiden ryhmään sijoittuva diagnoosi (Taipale 2001).

Toisaalta myös työn ja muun elämänpiirin psyykkistä toimintakykyä kuormittavat tekijät ovat yhdessä työn henkisen vaativuuden kanssa saattaneet vaikuttaa mielenterveyssyiden korostumiseen työkyvyttömyyseläkkeissä. Työn vaativuuden ja erityisesti organisaation oikeudenmukaisuuden on todettu olevan yhteydessä psyykkiseen oireiluun (Talala ym. 2003). Vaikka psyykkisen oireilun ja psykososiaalisten terveysriskien on todettu lisääntyneen viime vuosikymmenellä (Aalto ja Häkkinen 1999, Vahtera ja Kivimäki 2002), niin työn henkinen rasittavuus ei tuoreiden tutkimusten mukaan ole viime vuosina kovin paljoa muuttunut. Työolotutkimuksen mukaan henkinen rasittavuus on viime vuosina jonkin verran kasvanut naisilla mutta ei miehillä (Lehto ja Sutela 2004). Työ ja terveys-tutkimuksessa havaittiin puolestaan, että noin puolella toimialoista henkinen rasittavuus oli tällä vuosituhannella kasvanut ja puolella vähentynyt (Kauppinen ym. 2004). On kuitenkin esitetty arveluita, ettei henkinen hyvinvointi työelämässä kokonaisuudessaan ole ainakaan parantunut. Esimerkiksi nopeutuneiden muutosten on arvioitu aiheuttavan uudentyyppistä henkistä räsitusta (Kauppinen ym. 2004).

1990-luvun lopulta lähtien mielenterveyseläkkeiden alkavuus on kasvanut kaikissa ikäryhmissä ja sekä miehillä että naisilla (kuva 9). Mielenterveysongelmiin liittyvät eläkkeet poikkeavat kuitenkin sekä sukupuolen että iän suhteen muista työkyvyttömyyseläkkeistä. Työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus on kokonaisuudessaan suurempi miehillä kuin naisilla (vrt. kuva 3), mutta mielenterveyssyihin perustuville eläkkeille naiset siirtyvät hiukan miehiä yleisemmin. Mielenterveyseläkkeille siirrytään myös nuorempina kuin muille työkyvyttömyyseläkkeille: mielenterveyssyistä eläkkeelle siirtyvät ovat keskimäärin 48-vuotiaita, muiden sairausryhmien perusteella työkyvyttömyyseläkkeelle siirrytään keskimäärin 52,5-vuotiaana. Samoin varsinaisten työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus on kaikki sairausryhmät huomioon ottaen suurin kahdessa vanhimmassa viisivuotiskäryhmässä (vrt. kuva 3). Mielenterveyseläkkeille kaikkein vanhimmat työkäiset, 60–64-vuotiaat sen sijaan siirtyvät vähemmän kuin 45–59-vuotiaat (kuva 9).

**Kuva 9.** Varsinaisten työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus yksityisellä sektorilla *mielenterveyden häiriöiden sairausryhmässä* iän ja sukupuolen mukaan 1996–2003.



Suomi ei ole ainoa maa, jossa mielenterveyden häiriöiden merkitys on kasvanut. Suuntaus näyttää olevan sama myös muualla Euroopassa. Esimerkiksi Britanniassa, Hollannissa, Itävallassa, Norjassa, Ruotsissa ja Saksassa mielenterveyssyiden osuus uusien eläkkeiden perusteista kasvoi 1990-luvulla (OECD 2003). Ainakin Britanniassa, Hollannissa ja Ruotsissa kasvu on jatkunut myös tällä vuosituhannella. Esimerkiksi Ruotsin uusista työkyvyttömyyseläkeläisistä vuosituhaten vaihteessa 24 prosenttia sai eläkkeensä mielenterveyssyistä, vuonna 2002 vastaava osuus oli 28 prosenttia (Riksförsäkringsverket 2000, 2003). Vastaavasti Britanniassa mielenterveyssyiden osuus on kasvanut 26 prosentista 33 prosenttiin (Howard 2004).

### Masennus yleisin diagnoosi

Mielenterveyssyistä alkaneissa eläkkeissä masennus on kaikkein yleisin diagnoosi. Vuonna 2003 yksityisellä sektorilla alkaneista mielenterveyseläkkeistä 50 prosentissa ensimmäisenä diagnoosina oli masennus<sup>5</sup>. Kaikista yksityisellä sektorilla alkaneista työkyvyttömyyseläkkeistä tämä merkitsee 16 prosenttia. Masennusdiagnoosien perusteella alkaneiden yksityisen sektorin työkyvyttömyyseläkkeiden lukumäärä on vuodesta 1998 lähtien puolitoistaistunut ja 1990-luvun alusta lähtien lähes kolminkertaistunut (kuva 10).

Mielenterveyden ryhmään sisältyvistä diagnooseista myös alkoholisairauksien lukumäärä uusien eläkkeiden perusteena on viime vuosina kasvanut nopeasti. Alkoholisairauksien perusteella myönnettyjen eläkkeiden lukumäärä on viime vuosikymmenen lopulta kaksin-

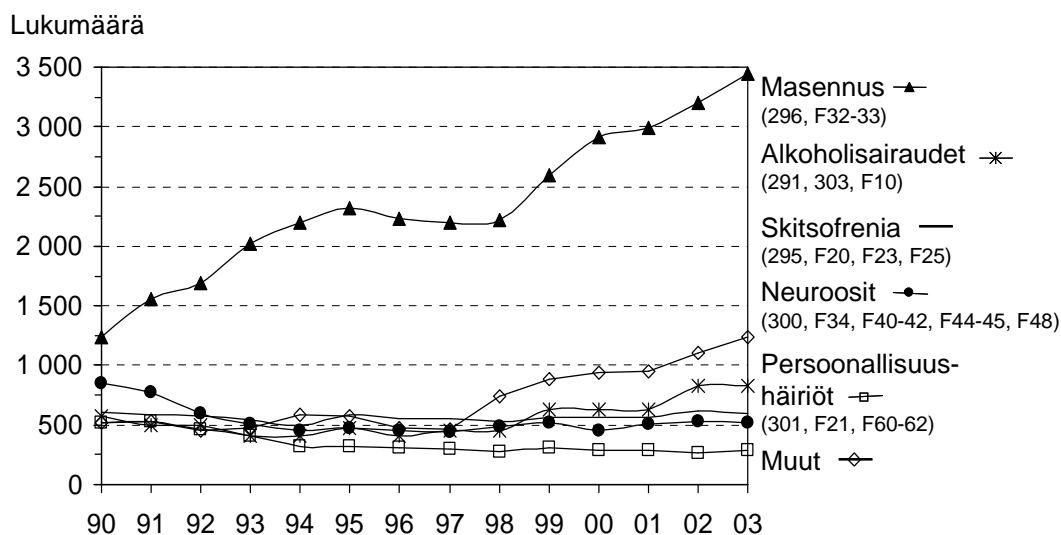
<sup>5</sup> Masennukseksi on tässä luokiteltu vain ICD-10 koodit F32 ja F33.



kertaistunut. Sen sijaan esimerkiksi skitsofreniadiagnoosilla myönnettyjen uusien työkyvyttömyyseläkkeiden lukumäärä on pysynyt viime vuodet ja koko 1990-luvun hyvin tasaisena (kuva 10).

Diagnoosien yleisyyden muutokset saattavat osittain selittyä diagnoosiluokitusten, diagnosointikäytäntöjen sekä diagnoosien kulttuurisen hyväksyttävyyden muutoksilla (ks. Iso-metsä 1999, Salminen 2000). Joissakin sairauksissa kyse saattaa kuitenkin olla myös eläkkeelle siirtyvien joukon rakenteellisista muutoksista. Esimerkiksi alkoholisairauksien ja mahdollisesti myös masennusdiagnoosien lukumääräinen kasvu viime vuosina saattaa osittain liittyä pitkäaikaistyöttömien ohjaustoimenpiteiden kautta tapahtuneeseen työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen.

**Kuva 10.** Yksityisellä sektorilla vuosina 1990–2003 alkaneet varsinaiset työkyvyttömyyseläkkeet mielenterveyden häiriöiden diagnoosiryhmissä.



Vuonna 1996 siirryttiin diagnoosiluokituksessa ICD-9 versiosta ICD-10 versioon. Uusissa eläkkeissä esiintyi parin vuoden ajan kummankin luokituksen diagnoosikoodoja. Kuvassa esitetyt sairaudet on pyritty luokittelemaan siten, että luokitusmuutos mahdollisimman vähän vaikuttaisi niihin.

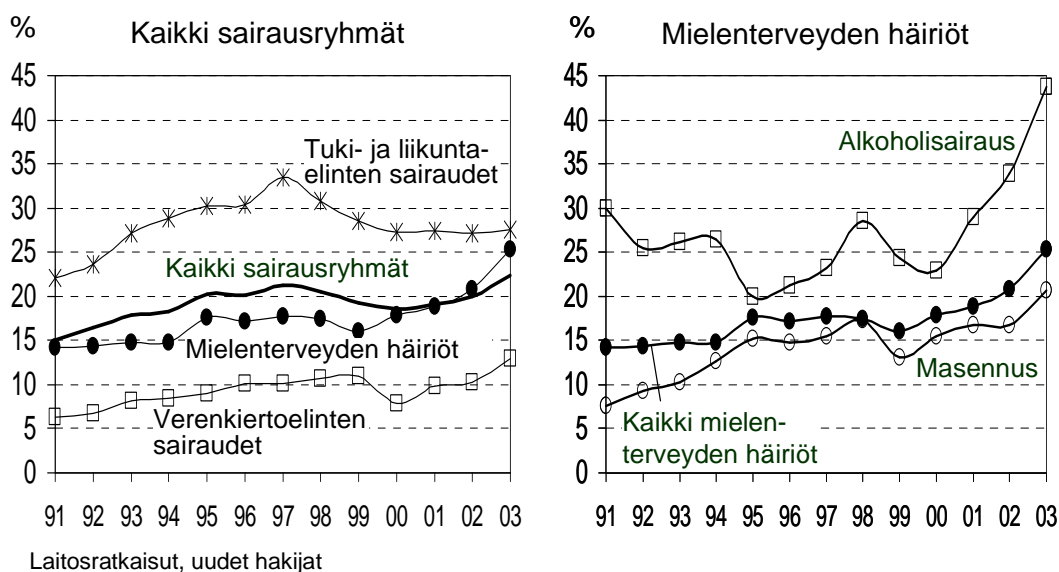
## Hylkäysten osuus kasvanut mielenterveyshakemuksissa

Uusien työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuuden kasvu ylipäänsä tai erityisesti mielenterveyssyyiden osuuden kasvu ei selity hylkäysten vähenemisellä. Yksityisen sektorin varsinaisten työkyvyttömyyseläkkeiden hylkäysosuus on vuodesta 1991 kasvanut kokonaisuudessaan lähes 50 prosenttia, mutta mielenterveyden häiriöiden sairausryhmässä hylkäysosuuden kasvu on ollut vielä suurempi, lähes 80 prosenttia. Mielenterveyssyyihin perustuvien eläkehakemusten hylkäykset ovat lisääntyneet erityisesti tällä vuosituhannella (kuva 11) samanaikaisesti, kun eläkkeiden alkavuus on kasvanut. Tämä kertoo siitä, että mielenterve-

yssyistä eläkettä hakeneiden määrä on kasvanut vielä enemmän kuin eläkkeelle siirtyneiden määrä.

Mielenterveys sairauksien ryhmän sisällä hylkäysosuus on viime vuosina kasvanut eniten alkoholisairauksiin perustuvissa eläkehakemuksissa: tässä sairausryhmässä hylkäysosuus on lähes kaksinkertaistunut tällä vuosituhannella. Masennusdiagnooseissa hylkäysten osuus on kasvanut aina 1990-luvun alusta lähtien (kuva 11).

**Kuva 11.** Varsinaisten työkyvyttömyyseläkkeiden hylkäysprosentti yksityisellä sektorilla sairausryhmittäin vuosina 1991–2003.

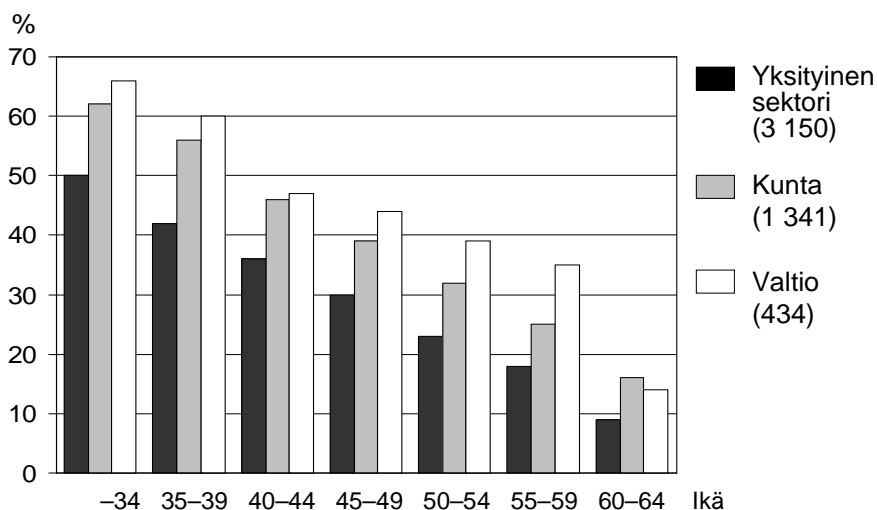


## 4 Mielenterveyseläkkeet, sektori ja ammattiasema

### Mielenterveyseläkkeet yleisempiä julkisella sektorilla

Sektoreittain tarkasteltuna mielenterveyseläkkeiden osuus työkyvyttömyyseläkkeistä on kaikkein suurin valtiosektorilla. Lukumääräisesti valtiosektori on kuitenkin huomattavasti kunta-alaa ja yksityisaloja pienempi. Mielenterveyseläkkeiden osuus on myös kuntasektorilla suurempi kuin yksityisellä (kuva 12). Mielenterveyden häiriöihin perustuvien eläkkeiden osuus kaikista vuonna 2003 alkaneista täysitehoisista<sup>6</sup> varsinaisista työkyvyttömyyseläkkeistä oli valtiolla 39 prosenttia, kunta-alalla 32 prosenttia ja yksityisellä sektorilla 24 prosenttia. Mielenterveyseläkkeiden suurempi osuus julkisella sektorilla näkyy kaikissa ikäryhmissä (kuva 12) ja sekä miehillä että naisilla.

**Kuva 12.** Mielenterveyden häiriöihin perustuvien eläkkeiden osuus vuonna 2003 alkaneista täysitehoisista varsinaisista työkyvyttömyyseläkkeistä eri sektoreilla.



Suluissa mielenterveyden häiriöiden perusteella alkaneiden eläkkeiden lukumäärä.

Mielenterveyssyiden korostuminen julkisella sektorilla näkyy myös eläkkeiden alkavuudessa. Mielenterveysperusteisten eläkkeiden ikävakiointi alkavuus on julkisella sektorilla selvästi korkeampi ja muihin sairauksiin perustuvien eläkkeiden alkavuus puolestaan pienempi kuin yksityisellä sektorilla (taulukko 3).

<sup>6</sup> Eläke on täysitehoinen, jos työkyvyttömyys alkaa työsuhteen aikana tai pääsääntöisesti vuoden sisällä työsuhteen päättymisestä. Mikäli väliin jäävä aika on pitempi, eläke maksetaan vapaakirjana (Hietaniemi ja Vidlund 2003).

**Taulukko 3.** Varsinaisten työkyvyttömyyseläkkeiden ikävakioitu alkavuus sairausryhmittäin yksityisellä ja julkisella sektorilla vuonna 2003.

	Yksityinen sektori ‰	Julkinen sektori ‰
Mielenterveyden häiriöt	2,8	3,4
Verenkiertoelinten sairaudet	0,8	0,7
Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet	2,6	2,4
Muut sairaudet	2,6	2,4
Kaikki	8,9	8,9

Osaselitys mielenterveyseläkkeiden sektorieroihin lienee raskaan ruumiillisen työn ja siihen liittyvien sairauksien vähäisempi merkitys ennen kaikkea valtiosektorilla. Julkisen sektorin työt koetaan puolestaan henkisesti kuormittavammiksi kuin yksityisen sektorin työt (Forma ym. 2004). Naiset kokevat työnsä psyykkisesti raskaimmaksi kunta-alalla, miehet valtiosektorilla (Lehto ja Sutela 2004). Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan valtiosektorilla koetaan myös vakavaa työuupumusta enemmän kuin muilla sektoreilla (Ahola ym. 2004).

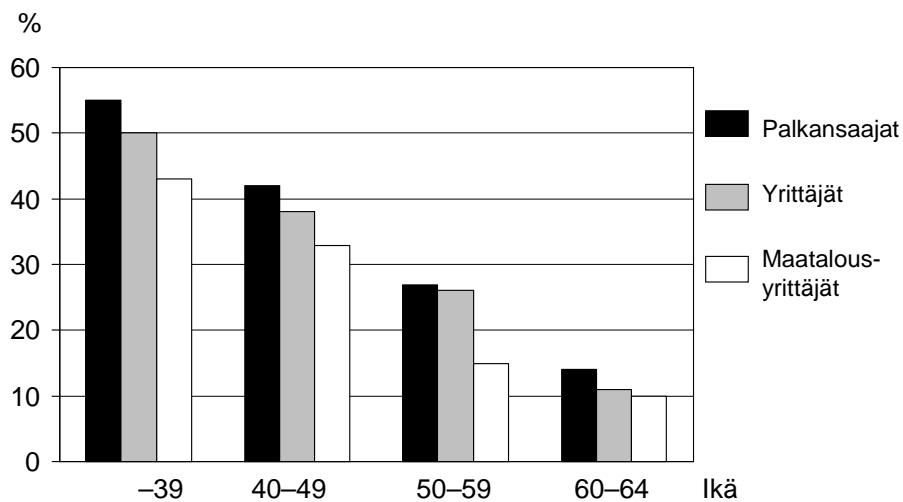
Työolojen ja työelämän laadun ohella myös työkyvyttömyyseläkkeiden myöntökäytännöllä saattaa olla merkitystä. Vuonna 2003 mielenterveyshakemusten hylkäysosuus oli valtiosektorilla yli kymmenen prosenttiyksikköä pienempi kuin yksityisellä sektorilla, sen sijaan toiseen suureen sairausryhmään, tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin perustuvien hakemusten hylkäysosuudessa ei ollut eroa.

### Mielenterveyseläkkeet yleisempiä palkansaajilla

Paitsi sektoreittain mielenterveyseläkkeiden osuudessa on eroa myös palkansaajien ja yrittäjien välillä. Palkansaajilla mielenterveyseläkkeet ovat yleisempiä kuin yrittäjillä; kaikkein harvinaisimpia ne ovat maatalousyrittäjillä. Yksityisellä sektorilla vuonna 2003 alkaneista täysitehoisista varsinaisista työkyvyttömyyseläkkeistä oli mielenterveyseläkkeitä palkansaajilla 33 prosenttia, maatalousyrittäjillä 19 prosenttia ja muilla yrittäjillä 27 prosenttia. Erot olivat samansuuntaisia myös ikäryhmittäin tarkasteltuna (kuva 13).

Maatalousyrittäjien ja palkansaajien välinen ero mielenterveyseläkkeiden yleisyydessä liittyy näiden ryhmien sairastavuuseroihin. Maatalousyrittäjät kokevat terveytensä ylipäänsä huonommaksi kuin palkansaajat, ja maataloustyötä tekevillä on myös muita ammattiryhmiä yleisemmin työtä haittaavia pitkäaikais­sairauksia. Nämä sairaudet ovat useimmin tuki- ja liikuntaelintensairauksia (Kauppinen ym. 2004). Kyseinen sairausryhmä on myös maatalousyrittäjien työkyvyttömyyseläkkeissä selvästi suurin ryhmä: vuonna 2003 alkaneista täysitehoisista varsinaisista työkyvyttömyyseläkkeistä 45 prosenttia perustui tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin.

**Kuva 13.** Mielenterveyden häiriöihin perustuvien eläkkeiden osuus vuonna 2003 alkaneista täysitehoisista varsinaisista työkyvyttömyyseläkkeistä yksityisen sektorin palkansaajilla ja yrittäjillä.

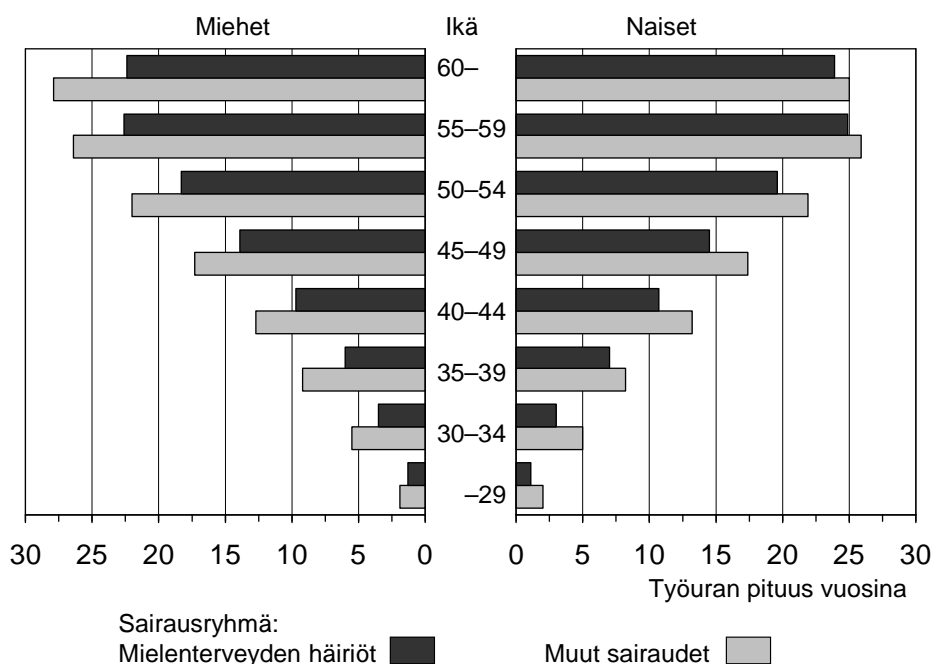


## 5 Mielenterveyseläkkeet ja työura

### Mielenterveyseläkeläisillä lyhyempi työura

Eläkettä edeltäneiden työvuosien määrän perusteella tarkasteltuna mielenterveyssyistä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneet ovat olleet muita löyhemmin työmarkkinoille kiinnittyneitä. Kaikissa ikäryhmissä ja sekä miehillä että naisilla mielenterveyden perusteella työeläkkeelle siirtyneillä on takanaan lyhyempi työura kuin muihin sairausryhmiin kuuluvilla (kuva 14).

**Kuva 14.** Vuonna 2003 työeläkejärjestelmän varsinaiselle työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden keskimääräinen työuran pituus sairausryhmittäin.



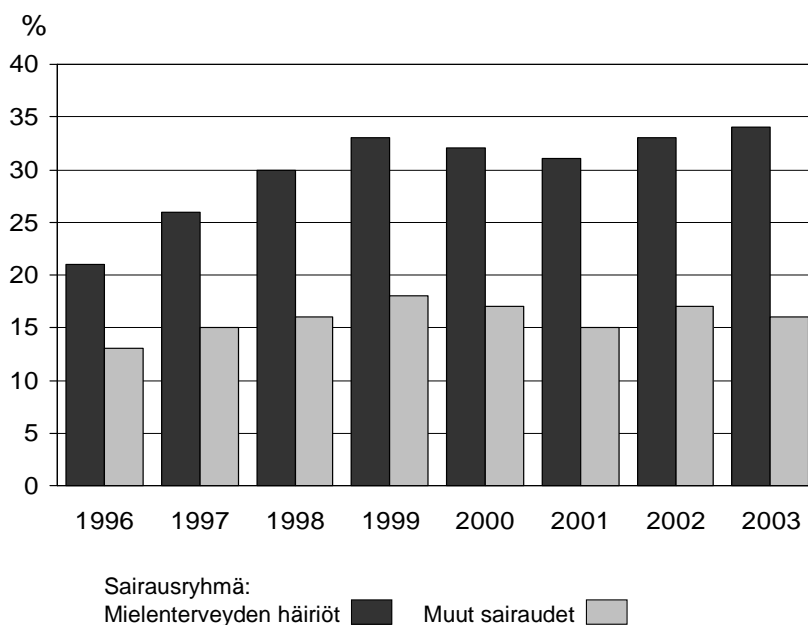
Mielenterveyseläkeläisten työuran lyhyys tai rikkonaisuus näkyy myös ns. vapaakirjaeläkkeitä ja täysitehoisia eläkkeitä verrattaessa. Täysitehoisella eläkkeellä tarkoitetaan sellaista työeläkettä, joka alkaa vuoden sisällä työsuhteen päättymisestä. Ansiosidonnaiset työttömyysraha-, koulutus- tai kuntoutuspäivät voivat tätä vuoden määräaikaa pidentää. Mikäli työsuhteen päättymisestä taas on eläkkeen alkaessa pitempi aika, eläkettä kutsutaan vapaakirjaksi. Vapaakirjaeläkkeet kertovat näin ollen löyhemmästä työelämänsidoksesta.

Viime vuosina alkaneista uusista työeläkejärjestelmän mielenterveyseläkkeistä noin kolmannes on ollut vapaakirjaeläkkeitä. Niiden osuus on mielenterveyseläkkeissä selvästi suurempi kuin muissa työkyvyttömyyseläkkeissä. Vuonna 2003 vapaakirjaeläkkeiden osuus

mielenterveyden häiriöiden perusteella alkaneissa eläkkeissä oli yli kaksinkertainen muiden sairauksien perusteella alkaneisiin eläkkeisiin verrattuna (kuva 15).

Vapaakirjaeläkkeiden osuus kasvoi nopeasti 1990-luvun loppupuolella. Vuoteen 1996 verrattuna vapaakirjojen osuus oli vuonna 1999 mielenterveyseläkkeissä 1,6-kertainen ja muihin sairauksiin perustuvissa eläkkeissä 1,4-kertainen (kuva 15). Tämä liittyy ainakin osittain lamavuosina työelämästä syrjäytyneiden työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen. Pienen notkahduksen jälkeen vapaakirjojen osuus kääntyi uudelleen kasvuun vuonna 2001, mikä puolestaan saattaa liittyä pitkäaikaistyöttömien eläkkeelleohjaustoimenpiteisiin.

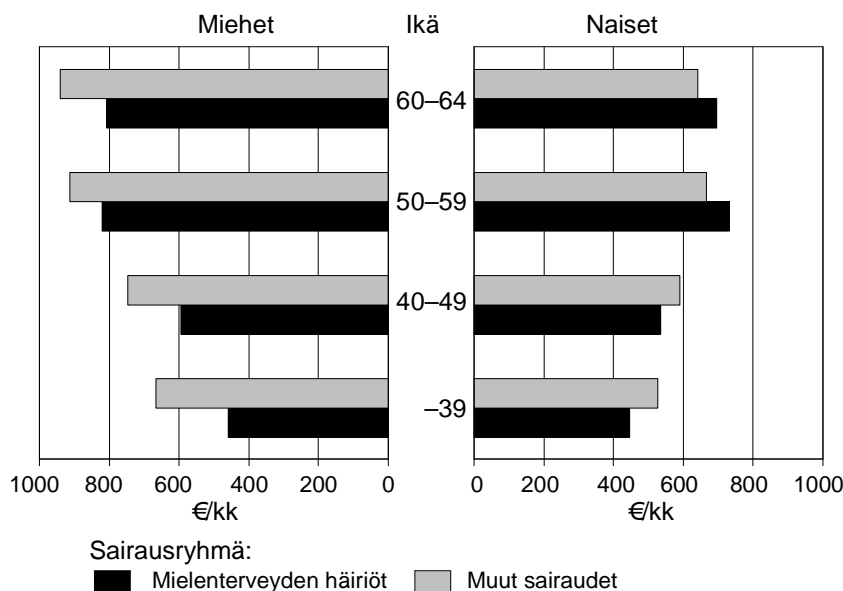
**Kuva 15.** Vapaakirjaeläkkeiden osuus vuosina 1996–2003 työeläkejärjestelmän työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneillä sairausryhmittäin.



### Mielenterveyseläkkeet keskimääräistä pienempiä

Lyhyempi tai katkonaisempi työura näkyy mielenterveyseläkkeiden euromäärissä. Kun otetaan huomioon kaikki niin vapaakirjoina kuin täysitehoisinakin vuonna 2003 alkaneet työeläkejärjestelmän varsinaiset työkyvyttömyyseläkkeet, mielenterveyssyistä alkaneet eläkkeet ovat keskimääräistä pienempiä. Kaikkien ikäryhmien miehillä ja alle 55-vuotiailla naisilla mielenterveyden häiriöiden sairausryhmään sijoittuvat eläkkeet ovat selvästi kaikkein pienimpiä; pienempiä kuin esimerkiksi verenkiertoelinten tai tuki- ja liikuntaelinten sairausryhmiin sijoittuvat eläkkeet. Poikkeuksena ovat kuitenkin 55 vuotta täyttäneet naiset. Heillä mielenterveyden sairausryhmässä alkaneet eläkkeet ovat muiden sairausryhmien eläkkeitä suurempia (kuva 16).

**Kuva 16.** Vuonna 2003 alkaneiden työeläkejärjestelmän varsinaisten työkyvyttömyyseläkkeiden keskiarvo sairausryhmittäin.



Edellä kuvattu mielenterveyseläkkeiden keskiarvo kertoo kuitenkin vain osan totuudesta. Kun tarkastellaan pelkästään täysitehoisia eläkkeitä, joissa eläkkeelle siirtyminen on siis tapahtunut kutakuinkin suoraan työelämästä, mielenterveyseläkkeet ovat sairausryhmittäisessä vertailussa sekä naisilla että miehillä selvästi yli keskitason. Kaikkien mielenterveyseläkkeiden keskimääräistä pienempi euromäärä liittyy siten mielenterveyseläkeläisten keskimääräistä lyhyempään tai jo selvästi ennen eläkkeen hakemista katkenneeseen työhistoriaan. Mikäli mielenterveyseläkkeelle siirrytään suoraan työelämästä, eläkkeen euromäärä on keskimääräistä suurempi, mikä puolestaan liittyy mielenterveyseläkeläisten muita eläkkeelle siirtyjiä paremmin palkattuihin ammatteihin.

Mielenterveysyistä eläkkeelle siirtyvissä näyttääkin olevan kaksi erilaista ryhmää. Toisaalta työmarkkinoilla vain lyhyesti tai katkonaisesti olleet, joiden tulotaso on jäänyt matalaksi ja joilla eläkkeelle siirtymistä usein edeltää pitkäaikaistyöttömyys. Ja toisaalta suoraan työelämästä, keskimääräistä paremman tulotason tehtävistä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyvät.



## 6 Kuntoutus ja työssä jatkaminen mielenterveyseläkkeissä

### Mielenterveyssyyt eivät korostu työeläkekuntoutuksessa

Työeläkejärjestelmän ammatillisella kuntoutuksella pyritään työkyvyn ylläpitämiseen ja parantamiseen. Kuntoutuksen tavoitteena on edistää ansiotyössä pysymistä tai sinne palamista ja ehkäistä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä.

Mielenterveyssyistä alkaneet työkyvyttömyyseläkkeet ovat viime aikoina olleet paljon esillä, mutta onko niitä pyritty kuntoutuksen keinoin ehkäisemään? Työeläkekuntoutuksen keinoin varsin rajoitetusti. Työeläkekuntoutuksessa mielenterveyden häiriöiden sairausryhmän osuus on selvästi pienempi kuin työkyvyttömyyseläkkeissä. Mielenterveyssyyt kattavat uusista kuntoutustapauksista noin viidenneksen, kun taas uusista työkyvyttömyyseläkkeistä ne kattavat kolmanneksen. Vastaavasti tuki- ja liikuntaelinsairauksien osuus on kuntoutustapauksissa selvästi suurempi kuin työkyvyttömyyseläkkeissä (taulukko 4).

**Taulukko 4.** Sairausryhmät työeläkekuntoutuksessa ja työkyvyttömyyseläkkeissä.

	Kuntoutusmyönnöt 1.1.–31.10.2004 <sup>1</sup> %	Työkyvyttömyyselä- kemyönnöt 2003 <sup>2</sup> %
Mielenterveyden häiriöt	20	31
Verenkiertoelinten sairaudet	3	9
Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet	53	30
Muut sairaudet	24	30
Kaikki	100	100
Lukumäärä	3 297	22 049

<sup>1</sup> Alustava tieto

<sup>2</sup> Varsinaista työkyvyttömyyseläkettä koskevat uudet laitosratkaisut koko työeläkejärjestelmässä

Mielenterveystapausten suhteellisen pieni osuus työeläkekuntoutuksessa liittyyneen tämän sairausryhmän tarpeisiin sopivien ammatillisten kuntoutuskeinojen vähäisyyteen. Työeläkekuntoutuksen yleisimmät toimenpiteet, työkokeilu ja koulutus, eivät ehkä ole parhaiten sovellettavissa juuri mielenterveyssyistä työkyvyttömyyden heikentyneiden kuntoutukseen. Uudenlaiset työvalmiuksien ja työssä selviytymisen kehittämisen keinot kuten esimerkiksi tuetun työllistymisen prosessi (Järvikoski ja Härkäpää 2004) saattavat lisätä ammatillisen kuntoutuksen merkitystä myös mielenterveysongelmissa.

Kuntoutushakemusten ratkaisukäytäntö sen sijaan ei näytä vaikuttaneen mielenterveyskuntoutujien osuuteen. Työeläkekuntoutuksen hakemusten hylkäysosuus 1.1.–31.10.2004

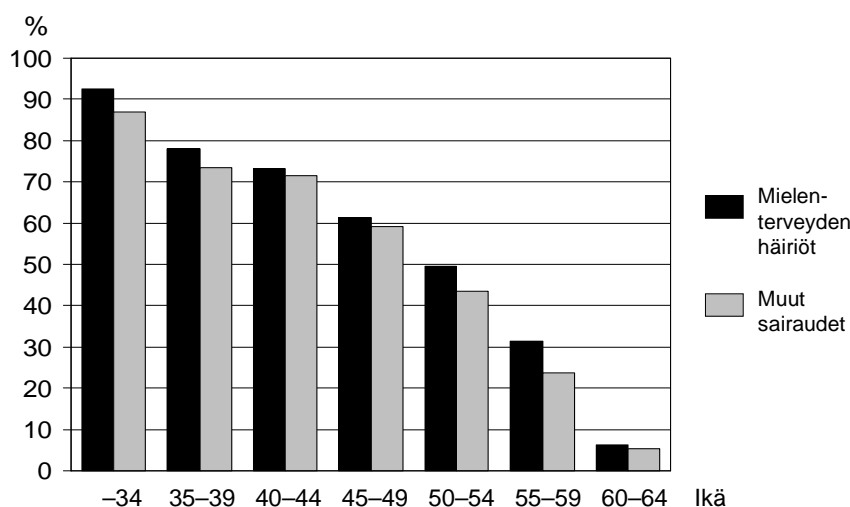
oli mielenterveysongelmiin perustuvissa hakemuksissa 25 prosenttia, mikä on viisi prosenttiyksikköä pienempi kuin kaikkien kuntoutushakemusten hylkäysosuus.

## Mielenterveyseläkkeet usein määräaikaista

Vaikka ammatillinen kuntoutus ei mielenterveyden sairausryhmässä ole ollut kovin yleistä, mielenterveyseläkkeitä myönnettäessä taustalla on usein kuitenkin toive työkyvyn palautumisesta. Työkyvyttömyyseläke voidaan myöntää joko määräaikaista kuntoutustukena tai toistaiseksi. Jälkimmäinen tarkoittaa käytännössä pysyvää eläkettä. Mielenterveyseläkkeissä määräaikaista kuntoutustuet ovat yleisempiä kuin muiden sairausryhmien eläkkeissä.

Vuonna 2003 yksityisellä sektorilla myönnettyistä työkyvyttömyyseläkkeistä oli kuntoutustukia kaikkiaan 43 prosenttia. Mielenterveyden häiriöiden perusteella myönnettyistä eläkkeistä kuntoutustukia oli 55 prosenttia. Kuntoutustukien osuus on suurempi nuoremmilla työkyvyttömyyseläkeläisillä, mutta kaikissa ikäryhmissä kuntoutustuet ovat mielenterveyssyistä myönnettyissä eläkkeissä jonkin verran yleisempiä kuin muihin sairauksiin perustuvissa eläkkeissä (kuva 17).

**Kuva 17.** Kuntoutustukien osuus yksityisellä sektorilla vuonna 2003 alkaneissa työkyvyttömyyseläkkeissä sairausryhmän mukaan.



Kuntoutustukea myönnettäessä ajatuksena on, että eläkkeen saaja mahdollisesti voisi hoidon tai kuntoutuksen avulla palata vielä työelämään. Useimmiten tämä ajatus on liian optimistinen: valtaosa kuntoutustukena alkaneista eläkkeistä muuttuu muutaman vuoden kuluttua jatkuvaksi eläkkeeksi. Vain noin neljännes yksityisen sektorin kuntoutustuista päättyi kokonaan yhden tai useamman määräaikaissajakson jälkeen.

Mielenterveyssyistä myönnettyt kuntoutustuet muuttuvat muita kuntoutustukia yleisemmin jatkuviksi eläkkeiksi ja päättyvät harvemmin kuntoutumiseen. Vuonna 2002 yksityisel-

lä sektorilla päättyneistä mielenterveyskuntoutustuista neljä viidestä muuttui jatkuvaksi eläkkeeksi, ja vain vajaa viidennes päättyi kokonaan kuntoutustuen määräajan jälkeen (taulukko 5).

**Taulukko 5.** Vuonna 2002 yksityisellä sektorilla päättyneet kuntoutustuet sairausryhmittäin.

Päätymistapa	Mielenterveyden häiriöt %	Muut sairaudet %	Kaikki sairaudet %
Päätynyt kokonaan, ei uutta eläkettä 31.8.2004 mennessä	19	27	24
Muuttunut jatkuvaksi työkyvyttömyyseläkkeeksi	81	73	76
Kaikki	100	100	100
Lukumäärä	3 439	5 201	8 640

Yksityisen sektorin kuntoutustukien keskimääräinen kokonaiskesto on lähes kaksi vuotta. Vuonna 2002 päättyneistä kuntoutustuista ne, jotka perustuivat muihin kuin mielenterveysyihin olivat jatkuneet keskimäärin 21 kuukautta. Mielenterveyskuntoutustuet olivat hiukan pitempiä, niiden keskimääräinen kesto oli vuonna 2002 päättyneissä kuntoutustuissa 25 kuukautta. Varsinkin jatkuviksi eläkkeiksi muuttuvat kuntoutustuet olivat mielenterveyden sairausryhmässä pitempiä kuin vastaavat muihin sairauksiin perustuvat kuntoutustuet. Ilmeisesti mielenterveystapauksissa toive kuntoutumisesta säilyy pitempään kuin muissa sairauksissa.

Kun kuntoutustuki päättyy kokonaan muuttumatta muuksi eläkkeeksi, tavoitteena on työhön paluu. Kaikista yksityisellä sektorilla vuonna 2002 kuntoutustukensa kokonaan päättäneistä runsas puolet oli työssä avoimilla työmarkkinoilla seuraavan vuoden lopussa. Tällä tavoin arvioituna mielenterveyskuntoutustuen päättäneet onnistuivat työhön paluussa yhtä hyvin kuin muidenkin sairausryhmien kuntoutustuen päättäneet, myös heistä runsas puolet oli työssä (taulukko 6). Avoimille työmarkkinoille työllistyneiden lisäksi osa kuntoutustuen päättäneistä saattoi olla tuetussa työssä. He eivät sisälly tässä esitettyihin työssä olevien lukuihin.

**Taulukko 6.** Kuntoutustuen päättymisen vuonna 2002 ja työhön paluu sairausryhmittäin.

Päättymistapa ja työssä olo	Mielenterveyden häiriöt	Muut sairaudet	Kaikki sairaudet
Päättynyt kokonaan vuonna 2002, ei uutta eläkettä 31.8.2004 mennessä	663	1 428	2 091
Työssä 31.12.2003			
Lukumäärä	363	812	1 175
Osuus kokonaan pääntyneistä, %	55	57	56

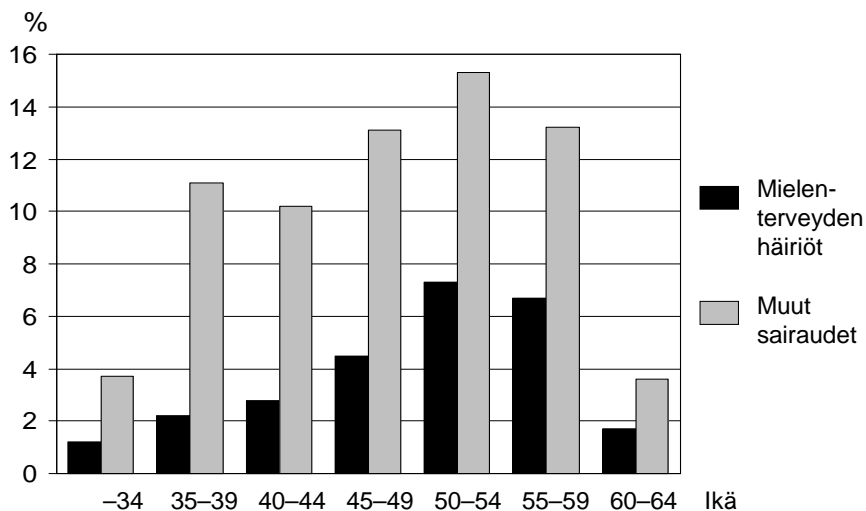
### Osaeläkkeitä käytetään vähän mielenterveysongelmissa

Työssä jatkaminen työkyvyn heikentymisen jälkeen on mahdollista myös osatyökyvyttömyyseläkkeen turvin. Työeläkejärjestelmässä työkyvyttömyyseläke myönnetään osaeläkkeenä, mikäli työkyky on heikentynyt vähintään kahdella viidenneksellä. Jos työkyky on heikentynyt enemmän, vähintään kolmella viidenneksellä, myönnetään täysi työkyvyttömyyseläke. Osatyökyvyttömyyseläke on suuruudeltaan puolet täydestä eläkkeestä.

Osatyökyvyttömyyseläkkeitä käytetään suhteellisen vähän. Vuonna 2003 yksityisellä sektorilla myönnettyistä työkyvyttömyyseläkkeistä kymmenen prosenttia oli osaeläkkeitä. Mielenterveyden häiriöiden sairausryhmässä osaeläkkeitä oli vielä vähemmän, viisi prosenttia. Kaikissa ikäryhmissä ja sekä miehillä että naisilla osaeläkkeinä myönnettyjen työkyvyttömyyseläkkeiden osuus on mielenterveyseläkkeissä pienempi kuin muihin sairausryhmiin perustuvissa eläkkeissä. Vuonna 2003 ero oli suurin 35–39-vuotiailla. Tämän ikäisille mielenterveyssyistä myönnettyistä eläkkeistä osaeläkkeitä oli runsas kaksi prosenttia, kun taas muiden sairausryhmien eläkkeissä vastaava osuus oli viisinkertainen, 11 prosenttia (kuva 18).

Vaikka osatyökyvyttömyyseläkevaihtoehtoa käytetään mielenterveyden häiriöiden sairausryhmässä vähän, osaeläke näyttää kuitenkin toimivan työssä jatkamisen suhteen tässä sairausryhmässä yhtä hyvin kuin esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinten sairauksien ryhmässä. Vuosi sitten tehdyn selvityksen mukaan yksityisen sektorin osatyökyvyttömyyseläkeläisistä oli työssä lähes kaksi kolmasosaa. Mielenterveyden häiriöiden ryhmässä työssä jatkavien osuus oli sama, runsas 60 prosenttia (Gould ym. 2003).

**Kuva 18.** Osaeläkkeiden osuus vuonna 2003 yksityisellä sektorilla alkaneista varsinaisista työkyvyttömyyseläkkeistä sairausryhmittäin.



Kaiken kaikkiaan mielenterveyssyistä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneistä vain harva palaa työhön tai jatkaa työssä osaeläkkeen turvin. Samansuuntainen tulos saatiin pitkällä sairauslomalla masennuksen vuoksi olleiden seurantatutkimuksessa 1990-luvun jälkipuoliskolla. Keskimäärin puoli vuotta sairauspäivärahaa saaneista masennuspotilaista vain puolelle työkyky palautui vuoden kuluessa (Salminen ym. 2000, Raitasalo ym. 2004). Mielenterveyspotilaiden työkyvyttömyyden pitkittymisen on nähty osaltaan johtuvan siitä, ettei psykiatrisen hoidon mahdollisuuksia ole työkyvyttömyyden ehkäisemisessä kyetty täysin hyödyntämään (Heikman ym. 2004). Esimerkiksi työkyvyttömyyseläkkeelle masennuksen vuoksi siirtyneiden on todettu usein olleen vailla optimaalista hoitoa ennen eläkkeelle jäämistä (Isometsä ym. 2000).

## 7 Yhteenveto

Kansainvälisten vertailujen ja pidemmän aikavälin näkökulmasta katsottuna työkyvyttömyyseläkkeiden kehitys Suomessa näyttää hyvältä. Työkyvyttömyyseläkkeellä olevien osuus työikäisestä väestöstä on viime vuosikymmeninä pienentynyt huomattavasti. Myös verrattuna pohjoismaisiin naapureihimme, Ruotsiin ja Norjaan, Suomen kehitys vaikuttaa myönteiseltä. Ruotsissa ja Norjassa työkyvyttömyyseläkeläisten väestöosuus on viime vuosina kasvanut, kun se Suomessa on vähentynyt.

Kun siirrytään eläkkeellä olevien väestöosuuksista vuosittain alkaneiden uusien eläkkeiden tarkasteluun, tilanne ei näytä aivan yhtä valoisalta. Suurten ikäluokkien vanheneminen on kasvattanut vuosittain työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyvien lukumääriä. Kasvu ei kuitenkaan kokonaan selity väestön ikääntymisellä, sillä ikärakenteen muutokset huomioon ottaenkin työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen on jonkin verran yleistynyt. Viime vuosikymmenen lopulta lähtien työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus eli eläkkeelle siirtyneiden osuus ei-eläkkeellä olevasta väestöstä on loivasti kasvanut sekä miehillä että naisilla ja kaikissa ikäryhmissä.

Työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuuden muutosten ohella eläkkeiden kehityksessä on tapahtunut myös laadullinen, sairausryhmien keskinäiseen suhteeseen liittyvä muutos. Viime vuosikymmeneltä lähtien mielenterveysyiden merkitys työkyvyttömyyseläkkeissä on jatkuvasti korostunut. Ei kuitenkaan siksi, että mielenterveyseläkkeiden alkavuus olisi kasvanut huomattavasti muihin sairauksiin perustuvia eläkkeitä nopeammin. Syy löytyy pikemminkin somaattisiin syihin perustuvien eläkkeiden alkavuuden vähenemisestä. Varsinkin tuki- ja liikuntaelinsairauksiin sekä verenkiertoelinten sairauksiin perustuvien eläkkeiden alkavuus väheni nopeasti aina 1990-luvun loppupuolelle asti, sen sijaan mielenterveyseläkkeiden alkavuus pysyi ennallaan. Näin mielenterveyseläkkeiden suhteellinen osuus kaikista työkyvyttömyyseläkkeistä kasvoi.

1990-luvun lopulla työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus kääntyi kasvuun kaikissa sairausryhmissä verenkiertoelinten sairauksia lukuun ottamatta. Mielenterveyseläkkeissä kasvu on ollut hiukan suurempaa kuin esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin perustuvissa eläkkeissä. Erityisesti masennusdiagnooseihin perustuvien eläkkeiden lukumäärä on kasvanut.

Tämän selvityksen tarkoituksena on ollut kuvailla työkyvyttömyyseläkkeiden ja erityisesti mielenterveyseläkkeiden kehitystä viime vuosina. Tilastaselvitys tarjoaa myös viitteitä siitä, mistä muutokset johtuvat.

Ensinnäkin ratkaisukäytännön merkitys voidaan kutakuinkin sulkea pois viime vuosien työkyvyttömyyseläkealkavuuden kasvun syistä. Hylkäysosuuksien perusteella eläkkeelle siirtymisen yleistymisen ei selity ainakaan aiempaa liberaalimmalla ratkaisukäytännöllä.

Eläkehakemusten hylkäysosuus on viime vuosina kasvanut, ja eniten sitä on tapahtunut mielenterveysyihin perustuvissa työkyvyttömyyseläkehakemuksissa.

Yksi osaselitys työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuuden kasvulle löytyy työttömyydestä. Työttömyyden ja työkyvyttömyyseläkkeiden kehitys on viime vuosikymmeninä kulkenut pääosin eri suuntiin: työttömyyden kasvaessa työkyvyttömyyseläkkeelle on siirrytty vähemmän, kun taas parempina työllisyysaikoina työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus on kasvanut. 1990-luvun lopulla kasvuun kääntynyt työkyvyttömyyden alkavuus voidaan osittain tulkita suurtyöttömyyden jälkeiseksi tilanteen normalisoitumiseksi. Pitkäaikaistyöttömyys selittää myös jossain määrin työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuuden kasvua 2000-luvun ensimmäisinä vuosina. Viime vuosikymmenen lopulla ja vuosituhannen taitteessa käynnistyneiden pitkäaikaistyöttömien toimenpideohjelmien kautta on siirtynyt useita tuhansia henkilöitä työttömyydestä työkyvyttömyyseläkkeelle.

Työttömyys lienee myös mielenterveysyiden korostumisen taustalla. Lamavuosina työttömyys kohdistui voimakkaimmin aloille, joissa fyysisen työkyvyn merkitys oli suuri. Näin lama vähensi erityisesti somaattisiin sairauksiin perustuvilla työkyvyttömyyseläkkeille hakeutumista, jolloin psyykkisten syiden suhteellinen osuus kasvoi. Lisäksi pitkäaikaisyöttömien ohjaustoimenpiteiden kautta työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen lienee myös jossain määrin painottunut mielenterveyden häiriöiden sairausryhmään. Tätä näkemystä tukee havainto, että mielenterveysyistä eläkkeelle siirtyneet ovat muihin työkyvyttömyyseläkeläisiin verrattuna olleet löyhemmin työmarkkinoille kiinnittyneitä. Työurat ovat lyhyempiä, ja ansiotyön ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen väli on usein pitkä.

Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen yleistymisen ja sairausryhmittäiset muutokset liittyvät myös sairastavuuden ja sairauksien hyväksyttävyyden kulttuurisiin muutoksiin sekä työn ja muun elämänpiirin kuormituksen vaikutuksiin. Erityisesti toimihenkilöistymisen ja työn muuttuminen entistä enemmän mielen työksi lienee vaikuttanut mielenterveyseläkkeiden merkityksen kasvuun. Toimihenkilöistymisen yhteys mielenterveyseläkkeisiin näkyy sektorivertailussa: mielenterveysyistä alkavat eläkkeet ovat julkisella sektorilla yleisempiä kuin yksityisellä sektorilla.

Mielenterveyden häiriöihin perusteella eläkkeelle siirtyvät ovat keskimääräistä nuorempia. Mielenterveyseläkettä myönnettäessä toiveena on yleensä vielä työhön paluu, ja siksi eläkkeet alkavat usein määräaikaisena kuntoutustukena. Keskimäärin kahden vuoden kuntoutustuki muuttuu kuitenkin yleensä jatkuvaksi eläkkeeksi; kuntoutustuelta avoimille työmarkkinoille palaa vain joka kymmenes mielenterveyseläkeläinen. Hoidolla, kuntoutuksella ja työllistymisen tukemisella onkin mielenterveysperusteisen työkyvyn heikkenemisen ehkäisemisessä runsaasti haasteita.

## Kirjallisuus

**Aalto A. M., Häkkinen U.** 1999. Psykkinen oireilu työikäisessä väestössä vuosina 1987 ja 1996. Hyvinvointikatsaus 2/1999:14–17.

**Ahola K., Honkonen T., Kalimo R., Nykyri E., Aromaa A., Lönnqvist J.** 2004. Työuupumus Suomessa. Suomen Lääkärilehti 59:4109–4113.

**Aromaa A., Koskinen S., toim.** 2002. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002, Helsinki.

Eläketurvakeskus ja Kansaneläkelaitos. 2004 (tulossa). Tilasto Suomen eläkkeensaajista 2003. Helsinki.

**Forma P., Tuominen E., Väänänen-Tomppo I.** 2004. Työssä jatkamisen haasteet yksityisellä sektorilla. Teoksessa Tuominen E., toim. Eläkeuudistus ja ikääntyvien työssä jatkamisaikheet. Eläketurvakeskuksen raportteja 37, Helsinki.

**Gould R.** 2001. Työttömyys ikääntyneiden työkyvyttömyyseläkekäytännössä 1990-luvulla. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 38:172–185.

**Gould R., Nyman H.** 2002. Työkyvyttömyyseläkkeet. Eläketurvakeskuksen monisteita 38. Helsinki.

**Gould R., Nyman H.** 2004. Vastauksia työkyvyttömyyseläkkeitä koskeviin kysymyksiin. Eläketurvakeskus, muistio.

**Gould R., Nyman H., Takala M.** 2003. Osittain työkyvytön vai osittain työkykyinen? Eläketurvakeskuksen raportteja 33, Helsinki.

**Heikman P., Katila H., Kuoppasalmi K.** 2004. Toimintakyvyn mittausmenetelmät psykiatriassa. Teoksessa Matikainen E., Aro T., Huunan-Seppälä A., Kivekäs J., Kujala S., Tola S., toim. Toimintakyky. Duodecim, Helsinki.

**Hietaniemi M., Vidlund M., toim.** 2003. Suomen eläkejärjestelmä. Eläketurvakeskus, Helsinki.

**Howard M.** 2004. Trends in disability benefit reciprocity rates in post-industrial societies: Preliminary results of an ISSA research project. ISSA 2004.

**Hytti H.** 1998. Varhainen eläkkeelle siirtyminen – Suomen malli. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 32, Kansaneläkelaitos, Helsinki.

**Hytti H.** 2002. Early exit from the labour market through the unemployment pathway in Finland. Working Papers 2, Eläketurvakeskus, Helsinki.



- Hytti H., Pajunen R., Rojo M., Weck A.** 2003. Vastauksia STM:n kirjeessä 3.10.2003 esitettyihin työkyvyttömyyseläkkeiden ja sairauspäivärahojen kehitystä koskeviin kysymyksiin. Kansaneläkelaitos, muistio.
- Isometsä E.** 1999. Masennustilat – uusi kansantauti? Hyvinvointikatsaus 2/1999:11–13.
- Isometsä E., Katila H., Aro T.** 2000. Disability pension for major depression in Finland – a review and further findings. *Psychiatria Fennica* 31:71-86.
- Järvikoski A., Härkäpää K.** 2004. Kuntoutuksen perusteet. WSOY, Helsinki.
- Kauppinen T., Hanhela R., Heikkilä P., Lehtinen S., Lindström K., Toikkanen J., Tossavainen A., toim.** 2004. Työ ja terveys Suomessa 2003. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Kortteinen M., Tuomikoski H.** 1998. Työtön. Hanki ja Jää, Helsinki.
- Lehto A.-M., Sutela H.** 2004. Uhkia ja mahdollisuuksia. Työolotutkimuksen tulokisa 1977–2003. Tilastokeskus, Helsinki.
- Lind J., Koskinen P., Klaukka T.** 2004. Ikääntyneiden pitkäaikaistyöttömien työllistyminen. Kansaneläkelaitos, muistio.
- Nio I., Hytti H.** 2004. Työllisyysohjelman seuranta ja työssäoloajan pituus. Työpoliittinen Aikakauskirja 1/2004:51–80.
- Nososco. 2004. Social protection in the Nordic Countries 2002. Kööpenhamina.
- OECD. 2003. Transforming Disability into Ability. Pariisi.
- Raitasalo R., Salminen J. K., Saarijärvi S., Toikka T.** 2004. Masennuspotilaiden elämänhallinta, toipuminen ja työkyky. *Suomen lääkirilehti* 59:2795–2800.
- Rantala J., Knuuti J.** 2004. Julkaisematon käsikirjoitus.
- Riksförsäkringsverket. 2000. Nybeviljade förtidspensioner/sjukbidrag 1999. Statistikinformation Is-I 2000:2.
- Riksförsäkringsverket. 2003. Nybeviljade förtidspensioner/sjukbidrag 2002. Statistikinformation Is-I 2003:1.
- Riksförsäkringsverket. 2004. Långtidssjukskrivningarna minskar – många går över till sjukersättning. Pressmeddelandet 30/04.
- Rikstrygdeverket. 2004. Trygdestatistisk årbok 2003. Oslo.
- Salminen J.** 2000. Työkyvyttömyyden muuttunut kuva. Teoksessa Kalimo E., toim. Tutkimus suuntaa sosiaaliturvaa 2000-luvulle. Kansaneläkelaitos, Helsinki.

**Salminen J. K., Saarijärvi S., Tikka J., Raitasalo R., Toikka T., Puukka P., Rissanen S.** 2000. Sairauslomalla masennuksen vuoksi – entä vuoden kuluttua? Suomen lääkäri-lehti 55:311–317.

**Taipale I.** 2001. Sosiaalilääketieteellinen eläke-edellytysten selvittelyopas. Kustannus Oy Kunnia, Helsinki.

**Takala M.** 2004. Osa-aikaeläkeläisten eläkkeet ja ansiot. Eläketurvakeskuksen monisteita 47. Helsinki.

**Talala K., Lahelma E., Sarlio-Lähteenkorva S.** 2003. Psykososiaaliset tekijät ja psyykinen oireilu työntekijöillä. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 40:163–173.

Työministeriö 2004. Pitkäaikaistyöttömien eläkemahdollisuuksien selvittäminen (ELMA). Ohje nro O/2/2004 TM.

**Vahtera J., Kivimäki M.** 2002. Terveiden psykososiaalinen eriarvoisuus työelämässä. Teoksessa Kangas I., Keskimäki I., Koskinen S., Manderbacka K., Lahelma E., Prättälä R., Sihto M., toim. Kohti terveyden tasa-arvoa. Edita, Helsinki.