



MONINKERTAINEN ONGELMA

MITÄ ALKOHOLIONGELMAISELLE TAPAHTUU
KUNTOUTUSTUKIJAKSON JÄLKEEN?

KEVAN TUTKIMUKSIA 1/2017

Saija Turtiainen, Tapio Ropponen, Katinka Lybäck,
Petra Sohlman, Niina Inkinen ja Helena Vormaa

Kevan tutkimuksia 1/2017: Moninkertainen ongelma. Mitä alkoholiongelmaiselle tapahtuu kuntoutustukijakson jälkeen

Tekijät:

Saija Turtiainen, asiantuntijalääkäri, Vakuutuslääketieteen ja kuntoutuksen yksikkö, Keva

Tapio Ropponen, johtajalääkäri, Vakuutuslääketieteen ja kuntoutuksen yksikkö, Keva

Katinka Lybäck, tilastopäällikkö, Rahoitusyksikkö, Keva

Petra Sohlman, tilastoanalyytikko, Rahoitusyksikkö, Keva

Niina Inkinen, kuntoutusasiantuntija, Vakuutuslääketieteen ja kuntoutuksen yksikkö, Keva

Helena Vormo, lääkintöneuvos, Hyvinvointi- ja palveluosasto, Aikuiset-tulosryhmä, STM

ISBN 978-952-5933-47-5 (nid.)

ISBN 978-952-5933-48-2 (PDF)

ISSN-L 2242-0851

ISSN 2242-0851 (painettu)

ISSN 2242-086X (verkkójulkaisu)

MONINKERTAINEN ONGELMA
MITÄ ALKOHOLIONGELMAISELLE TAPAHTUU
KUNTOUSTUKIJAKSON JÄLKEEN?

KEVAN TUTKIMUKSIA 1/2017

Sisältö

TIIVISTELMÄ 4

SAMMANFATTNING 5

JOHDANTO 6

TAUSTAA 6

Alkoholin riskikäyttäjää on paljon 9

Alkoholiingelman hoidosta 10

Ammatillisesta kuntoutuksesta 11

Lausunnoista 12

TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSMENETELMÄT 13

Tavoitteet 13

Menetelmät 13

KUEL-KUNTOUSTUUELLA OLLEET 2000–2010 15

KUEL-KUNTOUSTUET 15

KUEL-KUNTOUSTUSTUKIJAKSOA SEURAAVAT VUODET 16

ALKOHOLIN KÄYTTÖHÄIRIÖDIAGNOOSIN SAANEET 17

ALKOHOLIN KÄYTTÖHÄIRIÖDIAGNOOSIN SAANEET KUNTOUSTUSTUKIJAKSOLTA
TÖIHIN PALANNEET 19

AMMATILLINEN KUNTOUS JA ALKOHOLIN KÄYTTÖHÄIRIÖ 21

JOHTOPÄÄTÖKSIÄ JA POHDINTAA 23

LÄHTEET 26

LIITE 1 Selvityksessä käytetty ammattiryhmittely 28

LIITE 2 Selvityksessä käytetty ammattiryhmittely 30

LIITE 3 F10-diagnoosit 32

Tiivistelmä

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin henkilöitä, joilla Kevan myöntämä KuEL (Kunnallinen eläkelaki)¹ -kuntoutustukijakso päättyi ensimmäisen kerran vuosina 2000–2010. KuEL-kuntoutustuen päättäneitä henkilöitä seurattiin päättymistä seuraavien vuosien aikana alkaneiden eläkkeiden, ansiojaksojen, etuusjaksojen ja kuolemien osalta aina vuoteen 2014 saakka. Työhön palaamisen (työelämän käytettävissä oleva) kriteereinä pidettiin sitä, että kuntoutustuen päättymisen jälkeen neljän ensimmäisen seurantavuoden aikana ei ollut alkanut pysyvää eläkettä eikä osaeläkettä, ja että neljäntenä vuotena pääasiallinen toimeentulo muodostui työansioista tai työttömyyspäivärahoista.

KuEL-kuntoutustuen vuosina 2000–2010 päättäneistä henkilöistä poimittiin tarkempaan tarkasteluun ne henkilöt, joilla yhtenä työkykyyn vaikuttavana sairautena oli alkoholin käyttöhäiriö. Usein nämä ovat juuri niitä henkilöitä, joita tutkimuksiin ei oteta. Yhteensä alkoholin käyttöhäiriödiagnoosin (F10-ryhmä) saaneita oli 1 210 henkilöä eli 4,2 % tarkasteltavista henkilöistä, mikä on odotettua vähemmän. Näyttää siltä, että jostakin syystä alkoholin käyttöhäiriöt ovat tässä aineistossa aliedustettuna. Alkoholin käyttöhäiriön alidiagnostiikka tai alikirjaaminen voi tarkoittaa sitä, ettei se ole riittävästi ja riittävän varhain hoidon ja kuntoutuksen kohteena. Alkoholin käyttöhäiriödiagnoosin

saaneiden tärkeimpänä toisena diagnoosina olivat muut mielenterveyshäiriöt.

Tästä ryhmästä selvitimme, kuinka monta työhön palaavaa löytyy ja millä tavalla työhön palanneet eroavat eläkkeelle jääneistä tutkittavien taustatietojen osalta, ammatillisen kuntoutuksen tukikeinojen osalta ja tutkittavien omien odotusten osalta.

Alkoholin käyttöhäiriödiagnoosin saaneiden kuntoutustukijakson päättäneiden tilanaseuranta paljasti suuria eroja kaikkien kuntoutustukijakson päättäneiden tilanjakaumaan verrattuna. Tässä ryhmässä merkittävä osa tutkittavista joutuu kaikkien saatavilla olleiden rekisterien ulkopuolelle, kuolleisuus on suuri, vanhuuseläkkeelle pääseminen on vähäistä ja työhön palaavia löytyy vain vähän. Tässä aineistossa työelämään palanneet alkoholin käyttöhäiriödiagnoosin saaneet ovat muita F10-diagnoosin saaneita nuorempia, useammin naisia, palvelusuhteessa kuntoutustukijakson alkaessa tai päättyessä, useammin töissä kuntayhtymässä ja hoitoalan ammatissa. Ammatillisesti kuntoutettavia oli vähän, mikä voi osittain johtua siitä, että Kevan myöntämällä kuntoutustuella oleva ei välttämättä ole oikeutettu työeläkekuntoutukseen, vaan kuuluu Kelan tai TE-toimiston kuntoutettaviin. Ammatilliseen kuntoutukseen lähteminen on voinut estyä myös sen takia, että sitä ei ole pidetty oikea-aikaisena.

¹ 1.1.2017 tuli voimaan eläkeuudistus. Eläkeuudistuksessa Kunnallinen eläkelaki (KuEL), Valtion eläkelaki (VaEL) ja Kirkon eläkelaki (KiEL) yhdistettiin ja käyttöön otettiin Julkisten alojen eläkelaki (JuEL). Julkisten alojen eläkelaki koskee myös Kansaneläkelaitoksen henkilökuntaa.

Sammanfattning

I denna undersökning granskades sådana personer vars rehabiliteringsperiod enligt KomPL (lagen om kommunala pensioner)² Keva beviljat och som för första gången upphörde under åren 2000–2010. De personer vars KomPL-rehabiliteringsstöd upphört följdes upp under åren efter att stödet upphört vad gällde nya pensioner, inkomstperioder, förmånsperioder och dödsfall fram till 2014. Kriteriet för återgång till arbetet (stå till förfogande för arbetslivet) ansågs vara att personen under de fyra närmast påföljande uppföljningsåren efter att rehabiliteringsstödet upphört inte hade beviljats fortlöpande pension eller delpension och att den primära utkomsten under det fjärde året bestod av arbetsinkomster eller arbetslöshetsdagpenning.

Av de personer vars KomPL-rehabiliteringsstöd upphörde 2000–2010 plockades de ut för närmare granskning som hade haft beteendestörning på grund av alkohol som en av de sjukdomar som påverkade arbetsförmågan. Det är ofta just dessa personer som inte tas med i undersökningar. Totalt fanns det 1 210 personer som hade fått en beteendestörningsdiagnos på grund av alkohol (diagnosgrupp F10) dvs. 4,2 % av de personer som granskades, vilket var mindre än väntat. Det förefaller som om beteendestörningar på grund av alkohol är underrepresenterade i detta material. Underdiagnostisering eller underregistrering av beteendestörningar på grund av alkohol kan betyda att störningarna inte i tillräcklig utsträckning och tillräckligt tidigt blir föremål för behandling och rehabilitering.

Den viktigaste andra diagnosen för dem som fått beteendestörningsdiagnos på grund av alkohol var övriga mentala störningar.

I denna grupp redde vi ut hur många personer som återgår till arbetet och på vilket sätt de skiljer sig från dem som gått i pension med beaktande av de undersökta personernas bakgrundsuppgifter, metoder för yrkesinriktad rehabilitering och de undersökta egna förväntningar.

Uppföljningen av läget för dem som fått beteendestörningsdiagnos på grund av alkohol vilkas rehabiliteringsperiod upphört avslöjade stora skillnader jämfört med lägesfördelningen för alla vars rehabiliteringsperiod upphört. En betydande del av de undersökta i denna grupp hamnar utanför alla tillgängliga register, dödligheten är hög, få får ålderspension och antalet personer som återgår till arbete är lågt. I detta material var de som fått en beteendestörningsdiagnos på grund av alkohol och som återgått till arbetslivet yngre än de andra som fått en F10-diagnos, de var oftast kvinnor, i ett anställningsförhållande i början eller i slutet av rehabiliteringsperioden, oftast anställda hos samkommuner och i vårdyrken. Antalet personer som får yrkesinriktad rehabilitering var få, vilket delvis kan bero på att en person som får rehabiliteringsstöd från Keva inte nödvändigtvis är berättigad till arbetspensionsrehabilitering utan ska få rehabilitering via FPA eller TE-byrån. Yrkesinriktad rehabilitering har också kunnat förhindras av att tidpunkten för den inte ansetts vara rätt.

² 1.1.2017 trädde pensionsreformen i kraft. I pensionsreformen sammanslogs lagen om kommunala pensioner (KomPL), lagen om statens pensioner (StaPL) och pensionslagen för evangelisk-lutherska kyrkan (KyPL) i pensionslagen för den offentliga sektorn (OffPL). Pensionslagen för den offentliga sektorn gäller också Folkpensionsanstaltens personal.

Johdanto

TAUSTAA

Alle vuoden kestävästä työkyvyttömyyden aikaisesta ansionmenetyksestä Kela maksaa sairauspäivärahaa. Työkyvyttömyyden jatkuessa vähintään vuoden ajan työeläkelaitos ja/tai Kela maksaa kuntoutustukea tai työkyvyttömyyseläkettä. Työkyvyttömyyseläke voidaan myöntää joko toistaiseksi tai määräaikaisena kuntoutustukena. Kuntoutustuki myönnetään, jos voidaan olettaa, että työkyky pystytään hoidolla tai kuntoutuksella ainakin osittain palauttamaan. Kuntoutustuen myöntäminen edellyttää aina hoito- tai kuntoutussuunnitelmaa.

Hakija voi saada työkyvyttömyyseläkkeen, vaikka kykenisikin johonkin toiseen virkaan tai työhön.

Julkisella puolella on käytössä kaksi työkyvyttömyysmääritelmää: ammatillinen ja yleinen. Työkyvyttömyys arvioidaan ammatillisesti, kun hakijan työkyvyttömyys on alkanut palvelussuhteen kestäessä. Arviointi perustuu siihen, onko eläkkeen hakija sairauden, vian tai vamman johdosta tullut kykenemättömäksi omaan virkaansa tai työhönsä. Hakija voi saada työkyvyttömyyseläkkeen, vaikka kykenisikin johonkin toiseen virkaan tai työhön.

Yleistä työkyvyttömyyden määritelmää sovelletaan, jos työkyvyttömyys on alkanut vasta palvelussuhteen päättymisen jälkeen, eläkkeen saaminen edellyttää kykenemättömyyttä työhön, jota ikä, ammattitaito ja muut seikat huomioon ottaen on pidettävä eläkkeensaajalle sopivana ja kohtuullisen toimeentulon turvaavana.

Sekä julkisella että yksityisellä puolella on käytössä 60 vuotta täyttäneiden työkyvyttömyysmääritelmä. Pitkän ansiotyöuran tehneen 60 vuotta täyttäneen eläkkeenhakijan arvioinnissa tarkastellaan hakijan jäljellä olevaa työkykyä suhteessa hänen omaan työhönsä. Kokonaisarvioinnissa otetaan huomioon eläkkeenhakijan itseensä liittyviä tekijöitä, kuten sairauden, vian tai vamman vaikeusaste, työn aiheuttama rasittuneisuus sekä ikääntyneisyys.

Pysyvää työkyvyttömyyseläkettä edeltää usein määräaikainen kuntoutustuki. Vuosina 2012–2014 myönnetystä työkyvyttömyyseläkkeistä runsas puolet myönnettiin suoraan pysyvinä työkyvyttömyyseläkkeinä. Kuntoutustuista noin puolet muutetaan lopulta työkyvyttömyyseläkkeiksi³.

³ <http://www.etk.fi/elakejarjestelmat/suomi/elake-etuudet/tyoelake-etuudet/tyokyvyttomyyselake/>

Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneen henkilön tilastointi sairauden mukaan tapahtuu eläkkeen perusteena olevan pääsairauden perusteella.

2000-luvun alkuvuosina yksityisellä sektorilla päättyneistä kuntoutustuista runsas 70 prosenttia muuttui toistaiseksi myönnetyiksi työkyvyttömyyseläkkeiksi (Gould ym. 2007).

Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyi vuoden 2015 aikana 21 000 henkilöä (Eläketurvakeskus 2016). Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneen henkilön tilastointi sairauden mukaan tapahtuu eläkkeen perusteena olevan pääsairauden perusteella. Suomessa asuvista vuonna 2015 työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneistä 31,6 %:lla päädiagnoosi kuului ryhmään tuki- ja liikuntaelinten sekä sidekudoksen sairaudet ja 33,0 %:lla ryhmään mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt (Eläketurvakeskus 2016).

Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden määrä on vähentynyt neljänneksen vuodesta 2008 vuoteen 2015, mutta nyt tämä kehitys näyttää ainakin toistaiseksi pysähtyneen⁴. Suurin muutos aikavälillä 2008–2015 tapahtui mielenterveysperusteisessa siirtymisessä, joka vähentyi kolmanneksen. Mielenterveysyistä yleisin on masennus, joka vei korkeimmillaan vuonna 2007 eläkkeelle yli 4 300 henkilöä vuodessa. Sen jälkeen trendi on ollut tasaisen laskeva: vuonna 2015 masennuserustein eläkkeelle siirtyi noin 2 900 henkilöä – kolmannes vähemmän, mutta silti kahdeksan henkilöä päivässä. Masennus sairautena ei ole vähentynyt, joten syitä hyvään kehitykseen voi etsiä kuntoutuksesta ja tehostuneesta työterveyshuollosta. Aktiivista ja ennaltaehkäisevää työterveyshuoltoa on vahvistettu lakimuutoksilla ja hankkeilla.

Kuntoutustukien osuus uusista työkyvyttömyyseläkkeistä on 2000-luvulla hiukan kasvanut samalla kun kuntoutustukien muuttuminen jatkuvaksi työkyvyttömyyseläkkeeksi on vähentynyt (Gould ym. 2011). Tämä myönteinen kehitys voi osin selittyä osatyökyvyttömyyseläkkeiden lisääntymisellä (Koski-Pirilä 2011).

Työkyvyttömyyseläkkeelle jäämisen riski nelinkertaistuu henkilöillä, joilla on samanaikaisesti sekä tuki- ja liikuntaelinten sairaus että mielenterveyden häiriö, kun heitä verrataan sellaisiin, joilla ei näitä sairauksia ole (Kaila-Kangas ym. 2014).

Alkoholiriippuvaisilla on moninkertainen riski siirtyä työkyvyttömyyseläkkeelle kohtuukäyttäjii verrattuna, erityisesti mielenterveyden häiriön perusteella. Sama riski on myös alkoholinkäytön lopettaneilla (Kaila-Kangas

⁴ <http://www.etk.fi/tiedote/elakkeellesiirtymisika-pysynyt-ennallaan/>

ym. 2015). Myös elintavoilla on selvä yhteys työssä jatkamiseen ja hyvinvointiin (Harkonmäki ym. 2008).

Raija Gould ym. tutkivat työkyvyttömyyttä edeltäviä vaiheita. Tutkimuksessa tarkasteltiin työkyvyttömyyden perusteena olevista sairausr ryhmistä kahta suurinta eli psykiatrisia häiriöitä ja tuki- ja liikuntaelinten sairauksia. Mielenterveyden häiriöistä kuitenkin poissuljettiin päihdehäiriöt ja skitsofreniaspektrin häiriöt. Tutkimuksessa tehtiin myös pieni kurkistus työhön paluuseen. Vuonna 2010 hylkäyspäätöksen saaneista eläkkeenhakijoista 43 % oli työssä vuoden 2011 aikana. Tutkimuksessa työhön palanneiksi luokiteltiin ne hylkäyspäätöksen saaneet, jotka olivat työsuhteessa vuonna 2011 ja joilla ei ollut samanaikaisesti mitään täysiaikaista eläkettä (ei tietoa ansiotuloista). Niistä työkyvyttömyyseläkehylkäyksen saaneista, joilla oli työeläkekuntoutuskytkentä, työhön palanneiksi luettiin kaksi kolmasosaa. Mikäli työterveyshuolto oli toiminut aktiivisesti työhön paluun mahdollisuuksien selvittämisen suhteen, lähes kaikki eläkehylkäyksen saaneet palasivat työhön. Nämä hylkäyspäätöksen jälkeistä työhön palaamista koskevat tiedot ovat vain suuntaa antavia, sillä ne perustuvat hyvin pieniin lukumääriin. (Gould ym 2014).

Mikko Laaksosen ja Raija Gouldin tutkimuksessa vuodelta 2014 selvitettiin työhön paluuta kuntoutustuen jälkeen (Laaksonen ja Gould, 2014). Laaksosen ja Gouldin tutkimuksessa 25 % määräaikaisella työkyvyttömyyseläkkeellä olevista palasi takaisin töihin vähintään kuukauden ajaksi neljän vuoden sisällä kuntoutustuen alkamisesta. Työhön palaaminen oli yleisintä niillä, joiden eläkkeen syynä oli tapaturma tai tuki- ja liikuntaelimestön sairaus ja harvinaisinta mielenterveysongelmista kärsivillä. Alhaisen koulutustason omaavat ja ne, jotka eivät olleet töissä ennen työkyvyttömyyseläkettä, tarvitsivat muita enemmän tukea työhön paluussa. Vain 9 % oli osallistunut ammatilliseen kuntoutukseen määräaikaisella eläkkeellä, mutta se yli kaksinkertaisti todennäköisyyden, että henkilö palasi töihin. Mielenterveyssyistä johtuneiden eläkkeiden kohdalla kuntoutus osoittautui muita sairausr yhmiä hyödyllisemmäksi.

Tutkimuksessa ei mielenterveyden häiriöiden osalta erikseen käsitelty päihdehäiriöiden diagnosoisryhmää, mutta aiemmin on nähty, että pienin todennäköisyys työhön palaamiseen on päihdeongelman ja skitsofrenian kohdalla (Virtanen ym. 2011).

Riku Perhoniemen ym. tutkimuksessa tarkasteltiin niiden suomalaisten tilannetta, jotka olivat saaneet työkyvyttömyyseläkehakemukseensa Kevasta tai muusta julkisesta eläkelaitoksesta hylkäävän päätöksen 2009–2013. Noin joka neljännellä oli työsuhde voimassa vielä kolme vuotta hylkäävän eläkepäätöksen jälkeen. Neljännes hylkäävän päätöksen saaneista sai myönteisen

Jos hakijalla on oikeus ammatilliseen kuntoutukseen, annetaan hänelle oikeuspäätös ilman hakemusta.

eläkepäätöksen kolmen vuoden sisällä hylkäävästä päätöksestä (Perhoniemi 2015).

Näiden tutkimusten julkaisemisen jälkeen on astunut voimaan kuntoutuksen ensisijaisuutta painottava lainmuutos (laki 1228/2014, voimaan tammikuussa 2015). Nyt eläkelaitoksen tulee ennen työkyvyttömyyseläkepäätöksen antamista selvittää henkilön oikeus työeläkelakien mukaiseen ammatilliseen kuntoutukseen ja varmistaa, että hakijan mahdollisuudet myös muun lainsäädännön mukaiseen kuntoutukseen on selvitetty. Jos hakijalla on oikeus ammatilliseen kuntoutukseen, annetaan hänelle oikeuspäätös ilman hakemusta. Lakimuutoksen tarkoituksena on parantaa ohjautumista ammatilliseen kuntoutukseen.

Alkoholin riskikäyttäjää on paljon

On arvioitu, että alkoholin riskikäyttäjää on Suomessa noin 500 000 (Halme ym. 2008). Riskikäyttö viittaa Käypä hoito -suosituksessa käyttöön, joka sisältää riskin saada päihdehaittoja (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Alkoholi-ongelman hoito. Käypä hoito -suositus 4.11.2015). Se voi olla suurkulutusta tai runsasta kertakäyttöä. Käypä hoito -suosituksen termi ongelmakäyttö taas kattaa riskikäytön, haitallisen käytön ja riippuvuuden. Alkoholin käyttöhäiriöistä puhutaan, kun ollaan diagnosoitavan häiriön tasolla eli potilaalla on riippuvuus tai haitallinen käyttö.

Terveydenhuollon naispotilaista noin 10 % ja miespotilaista lähes 20 % on alkoholin ongelmakäyttäjää (Halme ym. 2008). Suurin osa (60–70 %) alkoholista riippuvaisista on työelämässä (Halme ym. 2008).

Juomisen riskit eivät kosketa vain pientä vähemmistöä. Merkittävä osa terveyttä uhkaavasta alkoholin suurkulutuksesta ei liity alkoholiriippuvuuteen. Vain harva alkoholin suurkuluttaja on alkoholiriippuvainen, mutta juuri suurkuluttajilla on suuri riski sairastua riippuvuuteen ja alkoholin aiheuttamiin elinkomplikaatioihin. Onko sitten riippuvainen aina suurkuluttaja? Yleensä on, sillä suuri osa riippuvaisista käyttää alkoholia niin paljon, että he kuuluvat ilman muuta suurkuluttajien ryhmään. Luokittelun kannalta hankalan ryhmän muodostavat myös nk. tuurijuopot, jotka ovat pitkiä aikoja raittiina mutta juodesaan käyttäytyvät riippuvaisten tavoin ja silloin juomamäärät täyttävät suurkulutuksen kriteerit (Sillanaukea ym. 1996).

Merkittävä osa terveyttä uhkaavasta alkoholin suurkulutuksesta ei liity alkoholiriippuvuuteen.

Aino Salonsalmi tarkasteli väitöstutkimuksessaan alkoholinkäytön, toimintakyvyn ja työkyvyn yhteyttä keski-ikäisten kuntatyöntekijöiden keskuudessa. Runsas juominen tai ongelmajuominen (mitattuna CAGE-kyselyn avulla) ovat yhteydessä mielenterveyssyistä johtuviin työkyvyttömyyseläkkeisiin. Salonsalmen tutkimuksessa runsaana juomisenä pidettiin, jos nainen juo 16 annosta tai enemmän ja mies 24 annosta tai enemmän viikossa (Käypä hoito -suosituksen korkean riskin taso naisilla 12–16 annosta viikossa, miehillä 23–24 annosta viikossa). Tutkimus osoitti, että runsas juominen, humalajuominen sekä ongelmajuominen olivat kaikki yhteydessä heikentyneeseen psyykkiseen toimintakykyyn, kun taas vain ongelmajuominen oli yhteydessä fyysiseen toimintakykyyn. Väitöstutkimuksen tulokset painottavat alkoholinkäytön tunnistamisen ja ennaltaehkäisyn tarvetta työterveyshuollossa, perusterveydenhuollossa sekä työpaikoilla (Salonsalmi 2016). Myös kokemuksesta tiedetään, että kun alkoholiongelma näkyy työssä, se on jo sairausnäkökulmasta pitkälle kehittynyt (Kaarne 2013).

Alkoholiongelman hoidosta

Ongelman varhainen havaitseminen on tehokkaan hoidon edellytys.

Tämänhetkinen suomalaisten asiantuntijoiden arvioima tutkimusnäyttö alkoholiongelmaisen hoidosta on koottu aihetta käsittelevään Käypä hoito -suositukseen. Suosituksen tuorein versio on julkaistu marraskuussa 2015. Käypä hoito -suosituksen mukaan ongelman varhainen havaitseminen on tehokkaan hoidon edellytys. Psykososiaaliset hoidot ovat alkoholiriippuvuuden hoidon perusta, mutta tulosta voidaan parantaa edelleen merkitsevästi lääkityksellä.

Valvottu disulfiraamilääkitys parantaa merkitsevästi pelkillä psykososiaalisilla hoidoilla saatuja tuloksia. Naltreksoni lisää lumelääkkeeseen verrattuna merkitsevästi raittiiden päivien lukumäärää ja vähentää retkahduksia, erityisesti kun lääkitykseen on liitetty kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuva psykososiaalinen hoito. Akamprosaatin tiedetään parantavan pelkällä psykososiaalisella hoidolla saatua hoitotulosta lumelääkkeeseen verrattuna, mutta akamprosaattia on Suomessa saatavilla vain erityisluvalla. Psykososiaalinen hoito on tehokkaampaa kuin hoitamatta jättäminen, mutta toistaiseksi ei tunneta sellaisia kriteereitä, joiden perusteella yksittäiselle alkoholiongelmaiselle voitaisiin valita hänelle parhaiten sopiva psykososiaalinen hoitomuoto.

Päihdehuoltolain mukaan kunnan on huolehdittava päihdehuollon järjestämisestä siten, että palvelut vastaavat sisällöltään ja laajuudeltaan

kunnassa esiintyvää tarvetta⁵. Käytännössä hoitojen toteutuminen riippuu kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteista ja toimintakäytännöistä. Suomessa n. 30 % alkoholiriippuvaisista potilaista saa hoitoa sairauteensa (Heinälä 2001).

Monisairastaminen eli samanaikainen mielenterveyden häiriö ja päihdeongelma on tavallista. Lievät ja yleiset päihdepsykiatriset liitännäisongelmat, kuten masentuneen potilaan alkoholin liikakäyttö tai alkoholin suurkuluttajan unihäiriö tai paniikkikohtaukset, tulisi tunnistaa ja hoitaa perusterveydenhuollossa, tarvittaessa päihdepsykiatrisen konsultaatioyhteistyön tuella. (Vorma ja Aalto 2013.)

Ammatillisesta kuntoutuksesta

Tuloksellisen ammatillisen kuntoutuksen edellytyksiä ovat riittävän varhainen liikkeellelähtö ja eri toimijoiden keskinäinen yhteistyö.

Ammatillisen kuntoutuksen tarkoituksena on auttaa työntekijää pysymään työelämässä työkykyongelmista huolimatta ja palaamaan työhön sairauslomalta tai kuntoutustuelta ja säästää näin eläkemenoja. On myös mahdollista (mutta harvinaista) auttaa jo työkyvyttömyyseläkkeellä oleva takaisin työelämään. Tuloksellisen ammatillisen kuntoutuksen edellytyksiä ovat riittävän varhainen liikkeellelähtö ja eri toimijoiden keskinäinen yhteistyö.

Ammatillinen kuntoutus voi olla työkokeilu, työhönvalmennus, oppisopimuskoulutus, lisäkoulutus tai uudelleen koulutus. Lisäksi yhtenä vaihtoehtona on yrittäjyys. Valtaosalla kuntoutus toteutuu työpaikkakuntoutuksena. Työeläkekuntoutus edellyttää aina, että kuntoutujalla on sairaus, vika tai vamma, joka aiheuttaa hänelle uhan tulla työkyvyttömäksi lähivuosina ja että ammatillinen kuntoutus pienentää oleellisesti tätä uhkaa. Työeläkekuntoutus edellyttää myös, että työntekijä on ollut vakiintuneesti työelämässä. Vuoden 2015 tuli voimaan lakimuutos, joka velvoittaa eläkelaitoksen oma-aloitteisesti selvittämään työkyvyttömyyseläkettä hakevan oikeuden työeläkekuntoutukseen eli nyt kuntoutuspäätös voidaan antaa sekä työkyvyttömyyseläkeratkaisun että kuntoutushakemuksen yhteydessä. Tämän lakimuutoksen tarkoituksena on nopeuttaa kuntoutukseen pääsyä. Vireille tulleiden kuntoutushakemusten määrä on yli kaksinkertaistunut vuodesta 2000 vuoteen 2015 (ETK 2016, Saarnio).

Kuntoutuksen tuloksellisuutta arvioitaessa kiinnitetään huomiota siihen, kuinka moni kuntoutuja palaa töihin, mitä kuntoutus maksoi ja miten

⁵ <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>

pitkään työelämässä pysytään. Kuntoutus on tarkoituksenmukaista, jos se estää tai myöhentää eläkkeelle siirtymistä ja säästää näin eläkemenoa. Kuntoutuksen kustannukset eivät saa olla suuremmat, kuin siitä saatava eläkemeno säästö. Jotta tähän päästään, työntekijän pitää kuntoutuksen jälkeen pystyä jatkamaan työssä pitempään kuin kuntoutukseen käytetty aika.

Eläketurvakeskuksen raportti Työeläkekuntoutus vuonna 2015 koskee sekä yksityisen että julkisen sektorin työeläke-kuntoutusta (ETK 2016, Saarnio). Kuntoutustietoja on julkaistu vuodesta 1992. Raportissa tarkastellaan työeläkekuntoutuksen kehitystä vuodesta 2000 lähtien, mutta pääpaino on vuodessa 2015.

Ammatillisen kuntoutuksen päättymistilanne ilmoitetaan ETK:lle lopetuskoodilla. Kuntoutujan tilanne rekisteröidään ammatillisen kuntoutuksen päättymisen hetkellä ja onnistuneeksi kuntoutukseksi luokitellaan myös tapaukset, jossa henkilö jäi työttömäksi.

Viimeisen kymmenen vuoden aikana työhön palanneiden kuntoutujien osuus on vakiintunut reilusti yli 60 %:n tasolle (ETK 2016, Saarnio). Tämä tieto siis perustuu laitoksilta saatuihin ilmoituksiin, ne eivät sisällä seurantatietoa.

Julkisen sektorin osuus annetuista kuntoutuspäätöksistä vuonna 2015 oli 31 %. Vuonna 2015 yksityisen sektorin hylkäysprosentti oli 20 % ja julkisen sektorin 14 % (ETK 2016, Saarnio).

Lausunnoista

Kuntoutustuen myöntäminen edellyttää sairauden ja toimintakyvyn heikentymisen osoittamista.

”Hoitavan erikoissairaanhoidon lääkärin tehtävä on lausunnoissa kuvata sairauden diagnostiikkaa, sen aiheuttamaa toimintakyvyn vajausta, annettua hoitoa ja hoitovastetta sekä kuvata myös sairauden ennustetta.

Työterveyslääkäri puolestaan tuntee työn terveysvaatimukset ja mahdoll-

lisuudet työn muokkaamiseen sekä sosiaalivakuutuksen eri tukimuodot työhön paluun tuessa. Vakuutuslääkäri tuntee sosiaalivakuutuslainsäädännön ja aiemman ratkaisukäytännön ja ottaa näiden pohjalta kantaa potilaan toimeentuloturvaetuuksiin. Hyvin täytetystä B-lausunnosta vakuutuslääkärin tulisi saada ratkaisunsa pohjaksi tarvittavat tiedot potilaan sairaudesta ja sen vaikutuksesta toimintakykyyn (Kivekäs, Rokkanen 2016).”

Omassa lausunnossaan hoitava lääkäri jo tulkitsee löydöksiä. Samanaikaissairastavuudessa erotusdiagnostiikka on

**Samanaikais-
sairastavuudessa
erotusdiagnos-
tiikka on erityisen
vaativaa ja vie
usein paljon aikaa.**

Puutteellinen lausunto pidentää hakemuksen käsittelyaikaa.

erityisen vaativaa ja vie usein paljon aikaa. Se, miten potilaan todellisuus välittyy vakuutusyhtiöön, riippuu suurelta osalta hoitavan lääkärin lausunnosta ja hänen käyttämistään objektiivisista käsitteistä (Nokso-Koivisto 2001).

Tutkimuksessa, jossa selvitettiin työterveyshuollossa ja erikoissairaanhoidossa työkyvyttömyyseläkettä tai kuntoutustukea varten laadittujen B-lääkärinlausuntojen laatua sekä niiden lääketieteellisen sisällön, että hakijan työhön ja työkykyyn liittyvien tietojen osalta havaittiin, että 20 %:ssa kaikista lausunnoista esiintyi merkittäviä puutteita ja 18 %:ssa tapauksista jouduttiin tilaamaan lisäselvityksiä ennen etuushakemuksen ratkaisemista. Puutteellinen lausunto pidentää hakemuksen käsittelyaikaa merkittävästi ja saattaa aiheuttaa katkon hakijan toimeentuloon (Kivekäs ym 2012).

TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSMENETELMÄT

Tavoitteet

Tämän tutkimuksen tavoitteena on kuvata KuEL-kuntoutustukijakson päättäneiden henkilöiden tilannetta jakson päättymistä seuraavina vuosina, kun yhtenä diagnoosina on ollut alkoholin käyttöhäiriö.

Selvityksessä kuvataan KuEL-kuntoutustukijakson päättäneitä henkilöitä joukkona ja tarkastellaan kuntoutustuen jälkeistä aikaa työssäkäynnin, etuuksien ja eläkkeiden näkökulmasta. Näiden avulla pyritään löytämään kriteerit työhön paluulle, eli määrittelemään, milloin henkilöä voi pitää tosiasiallisesti työelämään palanneena ja siellä pysyvänä. Tämän jälkeen kuvaamme näillä kriteereillä KuEL-kuntoutustukijaksolta työelämään palanneiden joukkoa ja pyrimme tunnistamaan heidän erityispiirteitään.

Selvityksen kohteena ovat erityisesti alkoholin käyttöhäiriödiagnoosin saaneet. Tämän joukon kuvailemisen lisäksi selvitämme, voidaanko tunnistaa heidän työelämään palaamisensa edellytyksiä. Lisäksi tarkasteltiin ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteiden yleisyyttä ja tuloksia alkoholin käyttöhäiriödiagnoosin saaneilla.

Menetelmät

Eläketurvakeskuksen (ETK) eläkerekisteristä poimittiin henkilöt, jotka ovat päättäneet Kevan myöntämän KuEL-kuntoutustukijakson vuosina 2000–2010 (kaikkia tarvittavia tietoja ei voitu saada Kevan rekistereistä). Heidän

ansio- ja etuusjaksojensa tiedot samalta ajanjaksolta lisättiin eläkerekisterin tietoihin ETK:n ansaintarekisteristä. Kevan palvelussuhderekisteristä etsittiin tiedot ammatista ennen ja jälkeen kuntoutustukijakson, ja Kevan eläkerekisteristä täydennettiin diagnoositietoja. Ammattitarkastelua varten henkilöt on ensin ryhmitelty Tilastokeskuksen ammattiluokituksen 2010 perusteella ja näiden pohjalta koottu suurempiin ryhmiin (liite 1), jotta vertailu olisi mielekkäämpää.

Alkoholidiagnoosien yleisyyttä masennusta sairastavien joukossa arvioitiin käymällä lisäksi läpi 200 satunnaisen kuntoutustuen päättäneen, masennusdiagnoosin saaneen eläkepääötietoja liitteineen.

Ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteitä tarkastellessa käytiin läpi 180 alkoholidiagnoosin omaavan tapauksen ammatillisen kuntoutuksen tiedot.

KuEL-kuntoutustuella olleet 2000–2010

Eläketurvakeskuksen mukaan vuonna 2014 Kevassa maksussa olleet KuEL-työkyvyttömyyseläkkeet (50 000 kpl) muodostivat 26 % koko työeläke-sektorin maksussa olleista työkyvyttömyyseläkkeistä. Vastaavasti samana vuonna alkaneista uusista eläkkeistä Kevan KuEL-työkyvyttömyyseläkkeiden osuus oli noin 31 %.

Vuoden 2014 lopussa Kevassa maksussa olleista työkyvyttömyyseläkkeistä vajaat 10 % (4 300 kpl) oli täysii määräaikaista työkyvyttömyyseläkkeitä eli kuntoutustukia. KuEL-kuntoutustukijaksoja päättyi vuosina 2000–2010 keskimäärin 5 100 vuosittain, kuntoutustuen päättäneitä henkilöitä oli keskimäärin 2 500 vuodessa.

KUEL-KUNTOUTUSTUET

**Yhteensä
tarkasteltavia
KuEL-kuntoutus-
tuen päättäneitä
henkilöitä
selvityksessä oli
28 570.**

Selvityksen ensimmäisessä osassa kerättiin havaintoja rekisteriaineistosta kaikkien KuEL-kuntoutustuen aikavälillä 2000–2010 päättäneiden henkilöiden seuraavien vuosien tapahtumista vuoteen 2014 saakka. Mukaan tarkasteluun otettiin vain alle 60-vuotiaat henkilöt, koska 60 vuotta täytäneen henkilön työkyvyttömyyttä arvioitaessa painotetaan työkyvyttömyyden ammatillista luonnetta. Kirkon ja valtion kuntoutustuen saajat rajattiin pois erityispiirteidensä takia. Yhteensä tarkasteltavia KuEL-kuntoutustuen päättäneitä henkilöitä selvityksessä oli 28 570.

Yleisimmin kuntoutustuki on myönnetty mielen-terveyden häiriöiden, toiseksi eniten tuki- ja liikuntaelin-sairauksien perusteella. Näiden kahden sairausryhmän osuus on ollut keskimäärin 74 % kaikista kuntoutustuen päättäneiden ensisijaisista diagnooseista, eikä sairausryhmien osuuksissa ole tarkasteluajana tapahtunut juuri muutoksia. Kun tarkastellaan kaikkia tarkastelujaksolla kuntoutustuen päättäneitä, yleisin ensi- ja toissijaisten diagnoosien yhdistelmä on mielen-terveyden häiriö ilman toista diagnoosia (21,3 % henkilöistä). Seuraavaksi yleisin on kahden eri mielenterveysdiagnoosin yhdistelmä (16,4 %), ja kolmanneksi yleisin tuki- ja liikuntaelinsairauden diagnoosi ilman toista sairautta (16,3 %).

Kymmenen yleisintä diagnoosia kattaa noin 60 % kaikista kuntoutustuen taustalla olevista syistä. Osuuksissa on tapahtunut muutoksia siten, että mm. toistuva masennus on yleistynyt masennustilan osuuden vähentyessä.

KUEL-KUNTOUTUSTUKIJAKSOA SEURAAVAT VUODET

KuEL-kuntoutustuen päättäneitä henkilöitä seurattiin päättymistä seuraavien vuosien aikana alkaneiden eläkkeiden, ansiojaksojen, etuusjaksojen ja kuolemien osalta. Kunkin seurantavuoden perusteella henkilöt luokiteltiin ansio- ja etuuspäivien lukumäärän, vuosiansioiden suuruuden ja voimassa olevien eläkkeiden tietojen pohjalta ryhmiin, jotka kuvaavat, muodostiko pääasiallisena toimeentulon töissä tai työttömyysetuudella olo, muu etuus tai pysyvästi tai määräajaksi myönnetty eläke.

Tavoitteena oli luoda kriteerit sille, milloin henkilö voidaan katsoa työelämään palanneeksi. Kuntoutustukijakson päättymisen jälkeisten ensimmäisten vuosien aikana tyypillisesti alkavat uudet kuntoutustukijaksot muuttuvat usein täysiksi työkyvyttömyyseläkkeiksi ja myöhemmin vanhuuseläkkeiksi. Työssä käyvien ja työttöminä työnhakijoina olleiden osuus on suurimmillaan yhteensä noin 14 prosentissa neljän vuoden kuluttua kuntoutustuen päättymisestä, kun samaan aikaan yhteensä 71 % henkilöistä on jo päätenyt työvoiman tai rekisteritietojen ulkopuolelle. Kun tarkasteltiin saatavilla olevien seurantavuosien tietoja, havaittiin neljännen vuoden jälkeen täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle päättymisen riskin tarkasteluajana alkavan jo olla samaa suuruusluokkaa kuin mitä se on ollut kaikilla KuEL-vakuutetuilla keskimäärin, ja työelämässä pysyminen hyvin todennäköistä.

Työssä olevaksi laskettiin tässä selvityksessä henkilö, jolla oli yli 120 ansiopäivää vuodessa sekä yli 6 000 euron vuosiansiot, ei riittävän suuria etuuksia eikä voimassa olevaa eläkettä. Pääasiallisesti etuudella (työttömyys- etuus tai muu etuus) olevaksi katsottiin henkilöt, joilla oli yli 120 etuuspäivää vuodessa eikä riittävästi työansioita eikä ansiopäiviä, eikä myöskään voimassaolevaa eläkettä. Tämä työhön paluun määrittely on hyvin tiukka verrattuna siihen, että tarkasteltaisiin vain palvelussuhteen voimassaoloa tai ansioita kuntoutustuen päättyessä tai lähitulevaisuudessa. Se kuvaa kuitenkin näitä paremmin todennäköisyyttä päätyä työvoimaan ja olla joutumatta täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle.

Mitä nuorempana kuntoutustukijakson päättää, sitä useammin päätyy työelämään. Naiset palasivat työelämään keskimäärin hieman useammin

**Tämä työhön
paluun määrittely
on hyvin tiukka.**

kuin miehet. Työelämään palaaminen on tarkasteluvuosina yleistynyt samalla, kun täysien työkyvyttömyyseläkkeiden alkaminen harventunut. Sairausryhmien väliset erot työelämään palaamisessa ovat melko suuria. Verenkiertoelinten ja hermoston sairauksien vuoksi kuntoutustuelle päätyneet palaavat työelämään keskimääräistä harvemmin, vammojen ja myrkytysten vuoksi päätyneet keskimääräistä useammin.

ALKOHOLIN KÄYTTÖHÄIRIÖDIAGNOOSIN SAANEET

Termit suurkuluttaja ja alkoholin ongelmakäyttäjä eivät ole tautiluokituksen käsitteitä.

Edellä kuvattua perusjoukkoa pienemmästä ryhmästä halusimme kuvata tarkemmin niitä Kevan myöntämän kuntoutustuen päättäneitä, joilla yhtenä työkykyyn vaikuttavana sairautena oli alkoholin käyttöhäiriö (ICD-10-tautiluokituksen koodit F10.0–F10.9, liite 3). Termit suurkuluttaja ja alkoholin ongelmakäyttäjä eivät ole tautiluokituksen käsitteitä. Alkoholiongelman hoito Käypä hoito -suosituksessa ei enää puhuta alkoholin riskikäytön rajoista vaan alkoholin käytön riskitasoista: korkea, kohtalainen ja vähäinen. Termi suurkulutus on myös jätetty Käypä hoito -suosituksesta pois.

Halusimme selvittää, löytyykö tästä ryhmästä työelämään palaavia ja millä tavalla työhön palanneet eroavat eläkkeelle jääneistä tutkittavien taustatietojen osalta, ammatillisen kuntoutuksen tukkeinojen osalta ja tutkittavien omien odotusten osalta.

KuEL-kuntoutustuen vuosina 2000–2010 päättäneistä henkilöistä poimittiin ne, joilla on eläkepäätöksen yhtenä perusteena jokin F10-ryhmän diagnoosi. ETK:n rekisteritietojen ensi- ja toissijaisia diagnoositietoja täydennettiin Kevan rekistereistä, jolloin havaittiin, että merkittävä osuus F10-diagnoseista ei ole ensi- tai toissijaisena eläkepäätöksen tiedoissa (taulukko 1). Vuosille 2009–2010 täydentäviä tietoja ei saatu. Yhteensä

F10-diagnoosin saaneita oli 1 210 henkilöä, mikä on 4,2 % tarkasteltavista henkilöistä.

Alkoholinkäyttöhäiriöt saattavat olla aineistossa ali-edustettuna tai sitten rekistereistä saatava tieto ei kuvaa asiaa kunnolla. Alkoholiriippuvuus voidaan yleisyytensä perusteella määritellä suomalaisiksi kansansairaudeksi, mutta tästä aineistosta alkoholinkäyttöhäiriödiagnooseja löytyy vähemmän kuin väestötason tietojen perusteella luulisi.

Päihdetilastollisen vuosikirjan 2015 mukaan vuonna 2014 sellaisten yksityisen ja julkisen sektorin

Yhteensä F10-diagnoosin saaneita oli 1 210 henkilöä, mikä on 4,2 % tarkasteltavista henkilöistä.

Taulukko 1. KuEL-kuntoutustuen päättäneet 2000–2010, joilla yhtenä perusteena on ollut F10-diagnoosi. Kyseinen diagnoosi oli aineiston henkilöillä B-lausunnossa useimmiten toinen tai jäljempi. Vuosien 2009–2010 aineisto 3. tai jäljempien diagnoosien osalta oli puutteellinen.

	F10-diagnoosi ensimmäisenä	F10-diagnoosi toisena	F10-diagnoosi kolmantena tai jäljempänä	Yhteensä
2000	18	107	61	186
2001	10	64	35	109
2002	13	60	32	105
2003	10	60	47	117
2004	14	44	65	122
2005	11	37	75	123
2006	14	44	72	130
2007	15	36	78	129
2008	17	47	36	100
2009	8	29	22	59
2010	9	17	5	31
Kaikki	139	545	528	1 210

työkyvyttömyyseläkkeiden osuus, joissa esiintyy alkoholisairaus, oli 4,4 % kaikista voimassa olevista työkyvyttömyyseläkkeistä. Voimassa olevista työkyvyttömyyseläkkeistä alkoholisairaus oli pääsairautena 1,9 % :ssa (THL 2015).

Alkoholin merkityksestä työkyvyttömyyseläkkeissä on vaikea saada tietoa, koska ETK:n eläkerekisteriin voidaan tallentaa vain kaksi diagnoosia ja päihdehäiriön diagnoosi saattaa B-lausunnossa olla vasta kolmantena tai neljäntenä tai sitten tiedot alkoholin käytöstä puuttuvat kokonaan.

Kevan aineistossa F10-diagnoosin saaneet olivat keski-ikältään selvästi nuorempia kuin kaikki kuntoutustuen päättäneet, keskimäärin kolme vuotta nuorempia tarkasteluaikana. Joukossa oli myös selvästi enemmän miehiä. Kun kaikista kuntoutustuella olleista keskimäärin 78 % oli naisia, F10-diagnoosin saaneista naisia oli keskimäärin vain 56 %. Kuntoutustuella olleista naisista 3 % oli saanut F10-diagnoosin, miehistä lähes 9 %.

F10-diagnoosin saaneiden tärkeimpänä muuna diagnoosina olivat muut mielenterveyshäiriöt, 75 % tärkeimmistä muista diagnooseista kuului mielenterveyden häiriöiden ryhmään. Seuraavaksi yleisimpiä olivat tuki- ja liikuntaelinsairaudet (7 %), vammat ja myrkytykset jne. (6 %) sekä hermoston sairaudet (5 %).

Tässä aineistossa niistä, joilla oli masennus tai toistuva masennus B-lausunnon ensimmäisenä tai toisena diagnoosina, vain 6,5 %:lla oli myös

Merkittävä osa tarkasteltavista henkilöistä on ollut saatavilla olleiden rekisteritietojen ulkopuolella.

F10-diagnoosi. Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä luku oli 10,7 %. Tämä alkoholinkäyttöhäiriön ja depression tai kaksisuuntaisen mielialahäiriön yhtäaikainen esiintyminen oli vähäisempää kuin mitä Käypä hoito -suosituksista tiedetään.

Jonkin F10-diagnoosin saaneiden ammattiryhmä-jakauma poikkesi sekä kaikkien kuntoutustukijakson päättäneiden jakaumasta, että kaikkien KuEL-vakuutettuina olleiden ammattijakaumasta. Hoito- ja varhaiskasvatusaloilla F10-diagnoosit olivat keskimääräistä harvinaisempia, rakenuksen ja kiinteistönhuollon ammateissa taas yleisempiä verrattaessa kuntoutustuen päättäneiden ammattijakaumaan. Enemmistöllä F10-diagnoosin saaneista palvelussuhde ei ollut voimassa kuntoutustukijakson alkaessa eikä päättyessä. Keskimäärin 27 % henkilöistä palvelussuhde oli voimassa jompanakumpana ajanhetkenä, kun kaikilla kuntoutustuella olleilla osuus oli keskimäärin 58 %. Kuntoutustukijaksot ovat olleet keskimäärin 11 % pidempiä F10-diagnoosin saaneilla.

F10-diagnoosin saaneiden kuntoutustukijakson päättäneiden tilanne-seuranta paljastaa suuria eroja kaikkien kuntoutustukijakson päättäneiden tilannejakaumaan seurantavuosina. Merkittävä osa tarkasteltavista henkilöistä on ollut saatavilla olleiden rekisteritietojen ulkopuolella. Kuntoutustukijaksoa seuranneita vuosia luonnehtii ensimmäisten vuosien aikana uudet kuntoutustukijaksot ja alkavat täydet työkyvyttömyyseläkkeet, jonka jälkeen kuolleiden osuus alkaa olla merkittävä. Vanhuuseläkkeitä on hyvin vähän, eikä työelämässä tai erilaisilla etuuksilla olevia ole paljoa. Täysi työkyvyttömyyseläke alkaa keskimäärin yhtä nopeasti kuin kaikilla kuntoutustukijakson päättäneillä, vaikkakin suuri kuolleisuus ja rekisteritietojen ulottumattomiin päätyminen vaikuttavat siihen, että täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle päätyvien osuus on pienempi.

ALKOHOLIN KÄYTTÖHÄIRIÖDIAGNOOSIN SAANEET KUNTOUTUSTUKIJAKSOLTA TÖIHIN PALANNEET

F10-diagnoosin saaneista kuntoutustukijakson päättäneistä koko tarkastelujaksolla 92 henkilöä oli pääosin työssä tai työttömänä neljäntenä seurantavuonna ilman eläkettä, ja luettiin työmarkkinoilla olleiksi. Tämä on vain 8 % F10-diagnoosin saaneista, ja näin pienestä joukosta voimme poimia vain joitakin työelämään palanneiden osalta koko joukosta eroavia tunnuslukuja tarkasteltaviksi.

Tässä aineistossa työelämään palanneet F10-tapaukset ovat siis olleet F10-diagnoosin saaneiden joukossa keskimäärin nuorempia, useammin

Taulukko 2. F10-diagnoosin saaneiden, KuEL-kuntoutustukijakson vuosina 2000–2010 saaneiden ja työelämään palanneiden vertailutietoja.

	Työelämään palanneet	Kaikki F10-diagnoosin saaneet
Keski-ikä	41,4 v	45,8 v
Naisten osuus	68 %	56 %
Palvelussuhde voimassa kutujakson alussa tai lopussa	34 %	27 %
Työssä kunnassa	72 %	81 %
Työssä kuntayhtymässä	26 %	17 %
Hoitoalan ammatissa	22 %	12 %

naisia, palvelussuhteessa kuntoutustukijakson alkaessa tai päättyessä, useammin töissä kuntayhtymässä ja hoitoalan ammatissa (taulukko 2). Työnantajan kokoluokalla tai sillä, oliko F10-diagnoosi ensimmäisenä diagnoosina, välillä ei työhön palanneiden osuuksissa ollut eroa. Naisten vähän yleisempi töihin paluu sopii siihen tietoon, että naisilla depressio saattaa edeltää päihdehäiriötä useammin kuin miehillä (Helzer JE, Pryzbeck TR 1988). Yleisesti ottaen alkoholin käyttö kuitenkin useammin edeltää kuin seuraa depressiota (Fergusson DM ym. 2009).

Ammatillinen kuntoutus ja alkoholin käyttöhäiriö

Halusimme selvittää perusjoukkoa pienemmästä ryhmästä tarkemmin, millä tavalla työhön palanneet eroavat eläkkeelle jääneistä ammatillisen kuntoutuksen tukikeinojen osalta ja tutkittavien omien odotusten osalta. Ryhmä on pieni eikä tuloksia voi yleistää.

Työhön palanneita henkilöitä, joilla oli todettu alkoholin käytön aiheuttama häiriö (90 tutkittavaa), verrattiin tapauksiin, jotka eivät palanneet töihin (90 tutkittavaa). Näistä vertailujoukon valinta tehtiin ikä-, sukupuoli- ja ammattiryhmän mukaan kaltaistetulla satunnaisotannalla.

Kuntoutus selvitys tarkoittaa sitä, että kuntoutustuen käsittelyn yhteydessä arvioidaan, onko hakijalla oikeus ammatilliseen kuntoutukseen, tiedotetaan olemassa olevasta oikeudesta ja ohjeistetaan häntä hakemaan ammatillista kuntoutusta.

Puuttuvien tietojen osuus on suuri (22/180), mutta F10-diagnoosin saaneista kuntoutustukijakson päättäneistä kuntoutus selvitys oli tehty vain alle 10 prosentille (17/180). Kuntoutus selvitys tehdään, jos ammatillisen kuntoutuksen lääketieteelliset edellytykset täyttyvät ja lääketieteellisten ehtojen täytyttyä arvioidaan, onko hakija muilta osin oikeutettu ammatilliseen kuntoutukseen. Tässä ryhmässä on todennäköisesti monessa tapauksessa jo lääketieteellisesti arvioitu, että oikeutta ei ole, joka voi selittää tehtyjen selvitysten vähäisyyttä ja puuttuvien tietojen osuutta.

Ammatillisen kuntoutuksen oikeuspäätöksiä oli annettu 18 työhön palanneelle. Hylkäys päätöksiä on annettu vain neljälle, mutta varsinaisesti suurin osa ei-oikeuspäätöstä saaneista muodostuu henkilöistä, jotka eivät ole edes hakeneet kuntoutusta Kevasta. Vähäinen kuntoutettavien määrä voi osittain johtua siitä, että Kevan myöntämällä kuntoutustuella oleva ei välttämättä ole oikeutettu työeläkekuntoutukseen vaan kuuluu Kelan tai TE-toimiston kuntoutettaviin.

Lisäksi on todettava, että alkoholi ongelmaisten kohdalla kuntoutuksen oikea-aikaisuus ratkaistaan yksilöllisesti, mutta yleensä ammatillisen kuntoutuksen aloittamisen edellytyksenä pidetään varhaista remissiota eli 1–3 kuukauden aikaa, jolloin alkoholiriippuvuuden kriteerit eivät enää täyty.

Tavallisin kuntoutuksen muoto oli työpaikkakuntoutus, vain kolme työhön palannutta sai tukea koulutukselle.

Omista hakemuksista etsittiin merkkejä hakijan omasta toiveikkuu-

Vähiten
toiveikkuutta oli
niillä, jotka eivät
myöskään
palanneet työhön.

desta (hakemuksen kohta 5, Työssä jatkaminen ja työkyky) omaa työhön paluutaan ajatellen. Vähiten toiveikkuutta oli niillä, jotka eivät myöskään palanneet työhön.

Kaiken tämän liian myöhään hoitamattoman pompottelun jälkeen en suoraan sanottuna näe valoa tunnelissa.

E ole enää minusta mihinkään töihin.

Mahdollisuudet hyvät kuntoutumisen ja uusiin työtehtäviin siirtymisen jälkeen.

Kuntoutuminen on täysin mahdollista, mutta tarvitsen ja haen siihen tukea.

Hyväksi, kuntoutukseni on edennyt ja päihdeongelma sekä masennus lieventyneet.

Johtopäätöksiä ja pohdintaa

Meillä selvityksen kohteena olivat erityisesti alkoholin käyttöhäiriödiagnoosin saaneet. Yleisväestössä eli terveydenhuollon naispotilaista noin 10 % ja miespotilaista lähes 20 % on alkoholin ongelmakäyttäjää (Halme ym 2008). Toisaalta Terveys 2000 -tutkimuksessa (yleisväestö) DSM-IV-kriteereiden mukaisen alkoholiriippuvuuden esiintyvyys (The overall lifetime prevalence) on n. 8 % (Pirkola ym 2006). Tätä taustaa vasten tässä aineistossa alkoholin käyttöhäiriöitä (ICD-10:n F10-ryhmä) oli ennalta odotettua vähemmän (4,2 %). Kyse kuitenkin on erilaisista joukoista (yleisväestö vs. kuntoutustuella olevat) eikä alkoholin ongelmakäytön ja alkoholinkäyttöhäiriödiagnoosin yhteys ole suoraviivainen, joten sen selvittäminen, ovatko alkoholinkäyttöhäiriöt todella aliraportoituja, vaatisi jatkoselvityksiä.

Alkoholin käyttö-
häiriö vaikuttaa
toimintakykyyn
riippumatta sen
kirjaamiskohdasta
B-lausuntoon.

Voidaan siis ajatella, että F10-ryhmän häiriö saattaa olla mukana, vaikka sitä ei ole B-lausunnossa nostettu työkykyyn vaikuttavista sairauksista tärkeysjärjestyksessä korkealle. Alkoholin käyttöhäiriö vaikuttaa toimintakykyyn riippumatta sen kirjaamiskohdasta B-lausuntoon tai vaikka sitä ei olisi ollenkaan kirjoitettu esiin. Alkoholin käyttöhäiriön alihuumioiminen (alidiagnostiikka tai alikirjaaminen) voi myös tarkoittaa sitä, ettei se ole riittävästi ja riittävän varhain hoidon ja kuntoutuksen kohteena ja, että henkilön täytyy olla jo huomattavan huonossa kunnossa ennen kuin hän lopulta saa diagnoosin F10. Tätä ei kuitenkaan pystytty tässä tutkimuksessa selvittämään.

Kuntoutustuella oleminen tarkoittaa sitä, että henkilö on sairauden takia menettänyt työkyvystään vähintään 3/5 eli hän on sairas. Psykiatrisesta häiriöiden yhtäaikaisesta esiintyvyydestä (monihäiriöisyydestä) myös tiedetään, että se on suurempaa kuin tässä aineistossa. Depression Käypä hoito -suosituksen mukaan 10–30 %:lla depressiopotilaista on päihderiippuvuus. Vastaavasti kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä 14 %:lla on alkoholi-riippuvuus ainakin jossain vaiheessa. Tässä aineistossa niistä henkilöistä, joilla oli masennus tai toistuva masennus oli B-lausunnon ensimmäisenä tai toisena diagnoosina vain 6,5 %:lla oli myös F10-diagnoosi. Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä luku oli 10,7 %. Erikseen asiakirjat manuaalisesti läpikäyden löytyi masennuspotilailta jonkin verran lisää F10-ryhmän

Heitä olisi pitänyt hoitaa aiemmin ja intensiivisemmin.

diagnooseja. ETK:n rekisteriin viedään automattisesti vain kaksi ensimmäistä annettua diagnoosia. Tämän aineiston vähäisemmältä näyttävä yhtäaikainen esiintyminen voi merkitä alidiagnostiikkaa tai sitten vain jostakin syystä päihdehäiriön diagnoosi jätetään ilmoittamatta. Samanaikainen psykiatrinen ja päihdeongelma lisäävät riskiä jäädä hoidon ulkopuolelle tai saada riittämätöntä hoitoa ja mitä vakavampi päihdehäiriö on, sitä suurempi on muiden samanaikaisten mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys.

Vertailtaessa F10-ryhmän ja koko ryhmän tapahtumia kävi ilmi, että F10-ryhmälle käy huonommin; tätä suurempi kuolleisuus on vain syöpien ryhmässä, joten heitä olisi pitänyt hoitaa aiemmin ja intensiivisemmin. Merkille pantavaa on myös se, miten suuri osa F10-ryhmästä päätyy kuntoutustukijaksoa seuraavina vuosina ryhmään ”ei rekisteritietoa” tarkoittaen, että häntä ei löydy ETK:n eikä Kevan rekisteristä (ei työansioita, ei päivärahoja eikä etuusia, ei eläkettä, ei palvelussuhdetta) eikä hän myöskään ole kuollut. Tästä herää kysymys onko niin, että kuntoutustukea ei edes haeta, jos alkoholin käyttöhäiriö on merkittävästi mukana.

Tässä tutkimuksessa käytettiin huomattavan tiukkaa työhön paluun määrittelyä. Kaikista F10-diagnoosin saaneista kuntoutustukijakson päättäneistä (1 210 henkilöä) koko tarkastelujaksolla 92 henkilöä oli pääosin työssä tai työttömänä neljäntenä seurantavuonna ilman eläkettä, ja luettiin työelämän käytettävissä olleiksi. Tämä on vain 8 % F10-diagnoosin saaneista. Vastaavasti kaikista kuntoutustuen päättäneistä (29 000) 14 % oli luokiteltavissa ryhmään työssä käyvä tai työtön (so. työelämän käytettävissä oleva) neljäntenä seurantavuonna.

Kuntoutustuelta voi palata töihin, mutta usein työhön paluussa tarvitaan tukea. Jo aiemmin on nähty, että työkyvyttömyyseläkkeelle jääneiden saama ammatillinen kuntoutus on vähäistä ja painottuu viimeisiin vuosiin ennen eläkettä. Tässä aineistossa 90 työhön palanneen ja 90 ei-palanneen F10-ryhmään kuuluneen vaiheet tukevat tätä havaintoa. Kuntoutusselvitys oli tehty F10-ryhmässä alle 10 prosentille (17/180), ammatillisen kuntoutuksen oikeuspäätöksiä oli annettu 18 työhön palanneelle (18/90), työpaikkakuntoutusta oli saanut 17 työhön palannutta (17/90), koulutusta ammatillisena kuntoutuksena oli saanut 3 työhön palannutta (3/90) ja yhden kohdalla oli käytetty palveluntuottajan keinoja (1/90).

Suomessa 70 % alkoholiriippuvaisista potilaista ei edes ole hoidossa.

Ammatillisen kuntoutuksen edellytyksenä pidetään yleensä 1–3 kuukauden aikaa, jolloin alkoholiriippuvuuden kriteerit eivät enää täyty. Tämän ei pitäisi olla ylivoimainen

ongelma, jos hakija on asianmukaisen hoidon piirissä, mutta Suomessa 70 % alkoholiriippuvaisista potilaista ei edes ole hoidossa.

Suurin osa (60–70 %) alkoholista riippuvaisista on työelämässä, mutta kolmasosalla työkyvyttömyyseläkkeen hakijoista ei kuitenkaan ole työterveyshuoltoa, ja heidän hoitonsa on useimmiten perusterveydenhuollon vastuulla.

Terveystieteiden tutkimusten mukaan kaikissa hoitopaikoissa on tärkeää muistaa alkoholi-ongelman yleisyys ja etsiä ongelmaa aktiivisesti eri potilasryhmistä. Riskikäyttäjälle tehokas hoito on lyhytneuvonta, mutta alkoholista riippuvaiset potilaat tarvitsevat laaja-alaisempia hoitoja.

Työelämässä oleville riskikäyttäjille pitäisi aktiivisesti tarjota varhaista tukea. Tässä asiassa tarvitaan uusia avauksia ja innovaatioita aiempien hoitonojauksmallien rinnalle.

Opas juomisen hallintaan löytyy esimerkiksi Mielenterveystalon nettipalvelusta⁶.

Tässä aineistossa F10-diagnooseja on vähän, heille käy huonosti, naisille ehkä vähän paremmin kuin miehille.

Tiedetään, että alkoholiriippuvuus kaikkine seuraamuksineen on keskeinen kansanterveydellinen ongelma. Alkoholin käyttöhäiriö on huomattavan tappava tauti, kun katsotaan kuntoutustukijakson päättymisen jälkeisiä vuosia. Tässä aineistossa F10-diagnooseja on vähän, heille käy huonosti, naisille ehkä vähän paremmin kuin miehille.

Alkoholistiksi tullaan hitaasti, ”pitkän tien kautta” ja ennen työkyvyttömyyttä tarjoutuu lukuisia parempia vaihtoehtoja, sitä helpommalla, mitä varhemmin asiaan tartutaan.

⁶ https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-opaat/itsehoito/juomisen_hallinnan_opas/Pages/default.aspx

Lähteet

- Gould ym. (2007). Miksi masennus vie eläkkeelle? Eläketurvakeskuksen raportteja 2007:1. Helsinki
- Tilasto Suomen eläkkeensaajista 2015, Eläketurvakeskuksen tilastoja Suomen virallinen tilasto. Sosiaaliturva 2016
- Gould ym. (2011). Työhön paluu kuntoutustuen jälkeen. Työeläkejärjestelmän rekisteritietoihin perustuva selvitys.
- Keski-Pirilä. Osatyökyvyttömyyseläkkeiden käyttö kunta-alalla. Kevan tutkimuksia 5/2011
- Kaila-Kangas ym. (2014). Common mental and musculoskeletal disorders as predictors of disability retirement among Finns. *Journal of Affective Disorders*
- Kaila-Kangas ym. (2015). Abstinence and current or former alcohol use as predictors of disability retirement in Finland.
- Harkonmäki ym. Tahdon asia? Näkökulmia työssä jatkamiseen ja terveyteen. Kuntien eläkevakuutuksen raportteja. Helsinki: Kuntien eläkevakuutus 2008.
- Gould ym. Työkyvyttömyyseläkettä edeltävät vaiheet. 06/2014. Eläketurvakeskuksen raportteja.
- Laaksonen ja Gould. Return to Work After Temporary Disability Pension in Finland. *J Occup Rehabil.* 2014 Sep;25(3):471-80.
- Virtanen ym. (2011). Socioeconomic differences in long-term psychiatric work disability: prospective cohort study of onset, recovery and recurrence. *Occup Environ Med.* 2011; 68:791-8
- Perhoniemi ym. Kevan tutkimuksia 2/2015
- Halme ym. (2008). Hazardous drinking: prevalence and associations in the Finnish general population. *Alcohol Clin Exp Res* 2008; 32:1615-22
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Päihdeläketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Alkoholiongelmaisen hoito. Käypä hoito -suositus 4.11.2015
- Sillanaukee ym. (1996). Alkoholien suurkulutus ja alkoholismi. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim.* 1996;112(20):1918.
- Salonsalmi (2016). Alcohol drinking, health-related functioning and work disability
- Tiina Kaarne. Kirjassa Pääasiana alkoholi. Toim. Teuvo Peltoniemi. 2013. Alkoholi työpaikalla.
- Heinälä ym. (2001). Targeted use of naltrexone without prior detoxification in the treatment of alcohol dependence: a factorial double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychopharmacol.* 2001 Jun;21(3):287-92
- Vorma ja Aalto (2013). Päihdepsykiatrisen osaamisen tarve kasvaa. *Duodecim.* 2013;129(19):2049-50
- Saarnio. Eläketurvakeskuksen tilastoja 2016. Työeläkekuntoutus vuonna 2015.
- Kivekäs ja Rokkanen (2016). Työterveyslääkäri. 2016;34(4):37-39.
- Nokso-Koivisto (2001). Potilas ja kaksi hahmoa työkyvynarvioinnissa ja kuntoutussuunnitelmassa. Semioottinen tulkinta lääkärinlausunnosta. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 59. Väitöskirja. Kansaneläkelaitos 2001.

Kivekäs ym (2012). Pitkäaikaisen työkyvyttömyyden arviointi kannattaa keskittää työterveyshuoltoon. Suomen Lääkärilehti. 2012;67(33):2229-2233

Päihdetilastollinen vuosikirja 2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Suomen virallinen tilasto Sosiaaliturva 2015.

Helzer ja Pryzbeck (1988). The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. J Stud Alcohol 1988; 49:219-24

Fergusson ym (2009). Tests of causal links between alcohol abuse or dependence and major depression. Arch Gen Psychiatry 2009; 66:260-6

Pirkola ym (2006). Currently active and remitted alcohol dependence in a nationwide adult general population-- results from the Finnish Health 2000 study. Alcohol Alcohol. 2006; 41:315-20 41: 315-320.

Liite 1

Selvityksessä käytetty ammattiryhmittely

Taulukossa on listattu ryhmiin kuuluvat ammattiluokat, joissa on yli viisi vakuutettua, suuruusjärjestyksessä.

Hoitoala

Lähihoitajat
Sairaanhoidajat
Mielenterveyshoitajat
Terveystenhoitajat
Osastonhoitajat
Hammashoitajat
Sairaankuljetuksen ensihoitajat
Kättilöt
Suuhygienistit
Ylihoitajat

Siivous- ja keittiötyöntekijät

Siivoajat
Avustavat keittiötyöntekijät
Kokit, keittäjät ja kylmäköt
Toimistosiiivoajat ym.
Ravintolaesimiehet ja vuoropäälliköt
Pesulatyöntekijät
Ravintola- ja suurtaloustyöntekijät
Kahvila- ja baarimyyjät
Siivoustyön esimiehet
Keittiöpäälliköt

Sairaala- ja hoitopuolaiset

Sairaala- ja laitospuolaiset

Varhaiskasvatusala

Päiväkotien ja muiden laitosten lastenhoitajat ym.
Perhepäivähoitajat
Lastentarhanopettajat
Lastenkerhojen ohjaajat ym.
Lastenhoidon johtajat

Kotityöpalvelutyöntekijät ja avustajat

Kotityöpalvelutyöntekijät
Henkilökohtaiset avustajat

Sihteerit, assistentit

Yleissihteerit
Johdon sihteerit ja osastosihteerit
Toimistoavustajat
Tekstinkäsittelijät
Henkilöstöhallinnon avustavat toimistotyöntekijät
Toimistosihhteerit (terveydenhuolto)

Sosiaalialan hoitajat ja ohjaajat

Sosiaalialan ohjaajat
Kehitysvammaisten hoitajat
Sosiaalialan hoitajat
Nuorisotyön ohjaajat (ei srk.)
Psykologit
Sosiaalialan ohjaajat ja neuvojat ym.

Opetusala

Muut peruskoulun yläluokkien ja lukion opettajat
Opettajat ja muut opetusalan erityis-asiantuntijat
Muut opetuksen erityisasiantuntijat
Luokanopettajat
Muut kieltenopettajat
Opetusalan johtajat
Opinto-ohjaajat ja muut opetuksen erityisasiant.
Ammatillisen koulutuksen opettajat
Taito- ja taideaineiden opettajat
Erityisopettajat

Rakennus- ja maarakennustyöntekijät

Rakennusalan avustavat työntekijät
Kirkvesmiehet ja rakennuspuusepät
Maa- ja vesirakentamisen avustavat työntekijät
Rakennusalan työnjohtajat
Talonrakentajat
Rakennusmaalarit ym.
Talonrakentamisen asiantuntijat
Maa- ja vesirakentamisen asian-tuntijat
Teollisuuden ja rakentamisen avus-tavat työntekijät
Hitsaajat ja kaasuleikkaajat

Kiinteistöhuolto

Kiinteistöhuollon työntekijät
Muut laitosmiehet ym.
Isännöitsijät

Asentajat, koneasentajat ja huoltotyöntekijät

Maatalous- ja teollisuuskone-asentajat ja -korjaajat

Välinehuoltajat
Putkiasentajat
Pakkaus-, pullotus- ja etiköinti-koneiden hoitajat
Moottoriajoneuvojen asentajat ja korjaajat
Rakennussähköasentajat
Muut sähköasentajat
Linja-asentajat ja -korjaajat
Konetekniikan asiantuntijat
Ilmastointi- ja jäähdytyslaite-asentajat

Maatalouslomittajat

Maatalouslomittajat

Liikenne, kuljetus ja rahtityöntekijät

Linja-auton- ja raitiovaunun-kuljettajat
Rahdinkäsittelijät, varastotyöntekijät ym.
Henkilö-, taksi- ja pakettiauton-kuljettajat
Maansiirtokoneiden ym. kuljettajat
Kuorma-auton ja erikoisajoneuvojen kuljettajat
Satamaliikenteen ohjaajat ja satama-kapteenit
Veturinkuljettajat
Maa- ja metsätaloustyökoneiden kuljettajat
Nosturinkuljettajat
Konduktöörit, lipuntarkastajat ym.

Kirjasto-, museo-, ja arkistotyöntekijät

Kirjastotyöntekijät
Kirjastonhoitajat, informaatikot ym.
Arkistotyöntekijät
Gallerioiden, museoiden ja kirjastojen tekniset työnt.
Arkistonhoitajat
Museoalan erityisasiantuntijat

Valmistustyöntekijät, tekniikan muut työt

Muut valmistusalan avustavat työntekijät

Käytön tukihenkilöt
Työkaluntekijät ja lukkosepät
Koru- ja muut tekstiilimpielijät
Huonekalupuusepät ym.
Tekniset piirtäjät
Jätteenpolto- ja vedenpuhdistus-
laitosten prosessinh.
Käytön operaattorit
Voima- ja jätteenkäsittelylaitosten
laitosmiehet
Valokuvatuotteiden valmistuksen
prosessityöntekijät

Vartiointityöntekijät

Toimistovahtimestarit
Muut suojelu- ja vartiointityöntekijät
Vartijat

Asiakaspalvelutyö

Vastaanoton ja neuvonnan hoitajat
Puhelinvaihteenhoitajat
Kassanhoitajat ja lipunmyyjät
Muut asiakaspalvelutyöntekijät
Myyjät
Muut toimisto- ja asiakaspalvelu-
työntekijät
Myyntiedustajat
Matkatoimistovirkailijat
Kuluttajaneuvojat ym.
Matkaoppaat

Terapeutit ja muut terveysalan työntekijät

Bioanalytikot (terveydenhuolto)
Fysioterapeutit ym.
Hieroijat ja kuntohoitajat
Ravitsemusalan erityisasiantuntijat
Terveys- ja työsuojelutarkastajat
Kuulontutkijat ja puheterapeutit
Muut terveydenhuollon erityis-
asiantuntijat
Farmaseutit
Apteekkien lääketyöntekijät
Toimintaterapeutit

Talous-, hallinto- ja lakialojen asiantuntijat

Palkanlaskijat
Kirjanpidon ja laskentatoimen asian-
tuntijat
Henkilöstön kehittämisen erityis-
asiantuntijat ja kouluttajat
Henkilöstöhallinnon erityisasiant.
urasuunnittelijat
Asiamiehet, toimitsijat ym. järjestö-
alan asiantuntijat
Sosiaaliturvaetuksien käsittelijät
Toimistotyön esimiehet

Laskentatoimen erityisasiantuntijat
ja tilintarkastajat
Taloushallinnon toimistotyöntekijät
Muut liike-elämän asiantuntijat

Sosiaalialan asiantuntijat ja sosiaalityöntekijät

Sosiaalityöntekijät ym.
Työn- ja askarteluohjaajat
Sosiaaliryönten erityisasiantuntijat
Sosiaalihuollon johtajat
Vanhustenhuollon johtajat

Lääkärit

Yleislääkärit
Erikoislääkärit
Hammaslääkärit
Yliääkärit
Eläinlääkärit

Muut työntekijät

Satunnaistöiden tekijät
Varastonhoitajat ym.
Sanomalehtien jakajat, lähetit ja
kantajat
Muut muualla luokittelemattomat
työntekijät
Hälytyspäivystäjät
Jätteiden kerääjät
Mallit
Jätteiden lajittelijat
Tuntematon
Muut työntekijät

Luonnontieteen ja tekniikan asiantuntijat

Lääketieteellisen kuvantamis- ja
laitetekniikan asiant.
Muut fysiikan, kemian ja teknisten
alojen asiantuntijat
Laborantit ym.
Muut tekniikan erityisasiantuntijat
Kartoituksen ja maanmittauksen
asiantuntijat
Yhdyskunta- ja liikennesuunnittelijat
Talonrakennuksen arkkitehdit
Sähkötekniikan asiantuntijat
Kemistit
Teollisuuden tuotantojohtajat

Palomiehet

Palomiehet

Metsä- ja maatalous- ja puutarhatyöntekijät

Puutarha- ja kasvihuonetyönjohtajat
ja -työntekijät
Metsurit ja metsätyöntekijät

Karjanhoitajat ym.
Avustavat puutarhatyöntekijät
Eläintenhoitajat ja lemmikkieläinten
trimmaajat
Peltoviljelytyönjohtajat ja -työn-
tekijät
Maa- ja kalatalousteknikot
Karjankasvattajat ym.
Maa-, metsä- ja kalatalouden erityis-
asiantuntijat
Karjankasvatuksen avustavat
työntekijät

Hallinnon ja elink. kehitt. sekä talous- ja lakias. erityisasiant.

Hallinnon ja elinkeinojen kehittäm.
erityisasiantuntijat
Asianajajat
Yhteiskunta- ja kulttuuritutkijat
Johtamisen ja organisaatioiden
erityisasiantuntijat

Kulttuuri, taide ja urheilu

Muusikot, laulajat ja säveltäjät
Liikunnan ja vapaa-ajan ohjaajat
Kuvaussihteerit ja muut näyttämö-
tekn. asiantuntijat
Kääntäjät, tulkit ja muut kielitieteilijät
Urheilu-, vapaa-aika- ja kulttuuri-
keskusten johtajat
Valokuvaajat
Näyttelijät
Kuvataiteilijat
Lehtien yms. toimittajat
Ohjaajat ja tuottajat

Hallinto- ja talousjohtajat, julkishallinnon johtajat

Alue- ja paikallishallinnon johtajat ja
ylimmät virkam.
Muut yhteiskunnan palvelujen
johtajat
Toimitusjohtajat ja pääjohtajat
Talousjohtajat
Tutkimus- ja kehitysjohtajat
Henkilöstöjohtajat
Muut hallintojohtajat ja kaupalliset
johtajat
Myynti- ja markkinointijohtajat
Politiikka- ja suunnittelujohtajat
Ravintolanjohtajat

Tutkimustyöntekijät

Tutkimustyöntekijät

Liite 2

Selvityksessä käytetty ammattiryhmittely

KuEL-kuntoutustukijakson vuosina 2000–2010 päättäneet, työelämään palanneiden osuus yleisimpien diagnoosien mukaan. Jokaisesta sairausryhmästä esitetty viisi yleisintä diagnoosia.

	Ei palannut työelämään	Palannut työelämään	Kaikki kuntoutus- tuen päättäneet	Töihin palanneiden osuus sairaus- ryhmästä %
(F00–F99) Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt	10 817	1 425	12 242	11,6
Masennustila	4 581	610	5 191	11,8
Toistuva masennus	2 352	381	2 733	13,9
Kaksisuuntainen mielialahäiriö	942	142	1 084	13,1
Skitsofrenia	621	43	664	6,5
Muut ahdistuneisuushäiriöt	353	44	397	11,1
Muut yhteensä	1 968	205	2 173	9,4
(M00–M99) Tuki- ja liikuntaelinten sekä sidekudoksen sairaudet	9 182	1 581	10 763	14,7
Muut selän nikamavälilevyjen sairaudet	1 429	266	1 695	15,7
Hartianseudun pehmytkudossairaudet	901	250	1 151	21,7
Polven nivelrikko	969	126	1 095	11,5
Spondyloosi	547	56	603	9,3
Lonkan nivelrikko	448	85	533	15,9
Muut yhteensä	4 888	798	5 686	14,0
(C00–D48) Kasvaimet	1 573	226	1 799	12,6
Rintasyöpä	447	69	516	13,4
Munasarjasyöpä	110	7	117	6,0
Aivosyöpä	95	6	101	5,9
Multippeli myelooma ja plasmaselujen pahanlaatuiset kasvaimet	83	7	90	7,8
Diffuusi non-Hodgkin-lymfooma	65	15	80	18,8
Muut yhteensä	773	122	895	13,6
(S00–T98) Vammat, myrkytykset ja eräät muut ulkoisten syiden seuraukset	1 409	383	1 792	21,4
Hartianseudun ja olkavarren lihas- ja/tai jännevammat	188	53	241	22,0
Polven ja/tai säären murtuma	171	38	209	18,2
Hartianseudun tai olkavarren murtuma	105	25	130	19,2
Polven alueen nivelten ja siteiden sijoiltaanmeno, nyrjähdys ja/tai venähdys	79	38	117	32,5
Kyynärvarren murtuma	91	26	117	22,2
Muut yhteensä	775	203	978	20,8

	Ei palannut työelämään	Palannut työelämään	Kaikki kuntoutus- tuen päättäneet	Töihin palanneiden osuus sairaus- ryhmästä %
(I00–I99) Verenkierroelinten sairaudet	1 029	93	1 122	8,3
Aivoinfarkti	188	18	206	8,7
Pitkäaikainen iskeeminen sydänsairaus	133	9	142	6,3
Lukinkalvonalainen verenvuoto	94	16	110	14,5
Aivoverisuonisairauden myöhäisvaikutukset	90	6	96	6,3
Angina pectoris	80	9	89	10,1
Muut yhteensä	444	35	479	7,3
(G00–G99) Hermoston sairaudet	954	117	1 071	10,9
Yläraajan yhden hermon sairaudet	145	38	183	20,8
Pesäkekovettumatauti	152	4	156	2,6
Epilepsia	100	20	120	16,7
Hermojuurten ja hermopunosten sairaudet	47	12	59	20,3
Muulla luokittamattomat muut hermoston rappeutumis- sairaudet	50		50	0,0
Muut yhteensä	460	43	503	8,5
Muut sairaudet	1 341	239	1 580	15,1
Astma	123	20	143	14,0
Nuoruustyypin diabetes	93	12	105	11,4
Psoriaasi	88	13	101	12,9
Lihavuus	66	6	72	8,3
Aikuistyyppin diabetes	64	4	68	5,9
Muut yhteensä	907	184	1 091	16,9
Kaikki yhteensä	24 732	3 838	28 570	13,4

Liite 3

F10-diagnoosit

Alkoholin käytön aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymisen häiriöt.

- F10.0** Alkoholin käytön aiheuttama akuutti päihtymystila
- F10.1** Alkoholin haitallinen käyttö
- F10.2** Alkoholin käytön aiheuttama elimellinen aivo-oireyhtymä tai käyttäytymisen häiriö;
riippuvuusoireyhtymä
- F10.3** Alkoholin käytön aiheuttamat vieroitusoireet
- F10.4** Alkoholin käytön aiheuttamat vieroitusoireet ja sekavuustila (delirium)
- F10.5** Alkoholin käytön aiheuttama psykoottinen häiriö
- F10.6** Alkoholin käytön aiheuttama amnestinen oireyhtymä
- F10.7** Alkoholin käytön aiheuttama jännöstilana esiintyvä tai viivästynyt psykoottinen häiriö
- F10.8** Alkoholin käytön aiheuttama muu elimellinen aivo-oireyhtymä tai käyttäytymisen häiriö
- F10.9** Alkoholin käytön aiheuttama määrittämätön elimellinen aivo-oireyhtymä tai käyttäytymisen häiriö

Alkoholin käyttöhäiriön diagnoosin saaneet palaavat harvoin kuntoutustuelta työelämään ja heidän kuolleisuutensa on suuri. Työelämässä oleville alkoholin ongelmakäyttäjille pitäisi tarjota nykyistä varhaisemmin ja tehokkaammin hoitoa.



Käyntiosoite Unioninkatu 43, Helsinki

Postiosoite Keva, 00087 KEVA

Nettiosoite www.keva.fi

Puhelin 020 614 21