



Päihteiden rooli työkyvyttömyydessä

Maarit Gockel
Lääketieteellinen johtaja
22.1.2019



Taustastani

- Elon lääketieteellinen johtaja 1.1.2014 lähtien, eläkkeelle 1.10.2019
- Ylilääkäri Eläke-Tapiola ja Lähi-Tapiola Eläkeyhtiö, erikoislääkäri Orton
- Fysiatrian erikoislääkäri, LT
 - Kivunhoidon, kuntoutuksen ja vakuuslääketieteen erityispätevyys
- Sidonnaisuudet: Sijoittajana noin 1-5% osuudella start-up-yrityksissä Goodwiller, Olento, Videoly, CHAOS architects, WhatCharity.



Suomessa on paljon työkyvyttömyyttä, mikä johtuu etenkin tuki- ja liikuntaelinten ja mielenterveyden sairauksista

- Suomessa on kolmanneksi eniten työkyvyttömyyseläkkeitä Euroopassa (OECD 2016)
- Työikäisestä väestöstä on työkyvyttömyyseläkkeellä noin 6,4%
- 2018 työkyvyttömyys on lisääntynyt vuoteen 2017 verrattuna mielenterveyssyistä 13%



Riskirajat Suomessa korkeammat kuin monessa muussa maassa

- **Viikossa** miehillä ≥ 23 ja naisilla $\geq 12-16$ annosta, ikääntyneillä 8 annosta viikossa
 - **Päivittäin** miehillä ≥ 3 ja naisilla ≥ 2 annosta säännöllisesti
 - **Kerralla** toistuen viikoittain miehillä ≥ 7 ja naisilla ≥ 5 annosta
- Liikakäytön merkkejä arjessa** (miehistä joka 5. ja naisista joka 10 suurkuluttajia)
- Ihon punoitus, ylipaino, verenpaineen kohoaminen, rytmihäiriöt ja painon nousu
 - 2 tuopillista olutta päivässä tuottaa 1,5-2 lisäkiloa kuukaudessa.
 - Unettomuus, masentuneisuus
 - Naisilla miesmäiset piirteet vahvistuvat testosteronin nousun myötä (ääni ja karvoitus) ja miehillä sen lasku aiheuttaa kivesten surkastumista, rintojen kasvua ja impotenssia
 - Toimintakyvyn ja suoritusten heikkeneminen, työstä poissaolot, ihmissuhdeongelmat, tapaturma-alttius



Pohjois-Suomen kohortti-66 tutkimus

Työkyvyn kehitys 1997-2012 näyttää elintapojen merkityksen (*Seitsalo ym. 2015*)

- **Huonontuneeseen työkykyyn 46-vuotiaana oli yhteydessä**

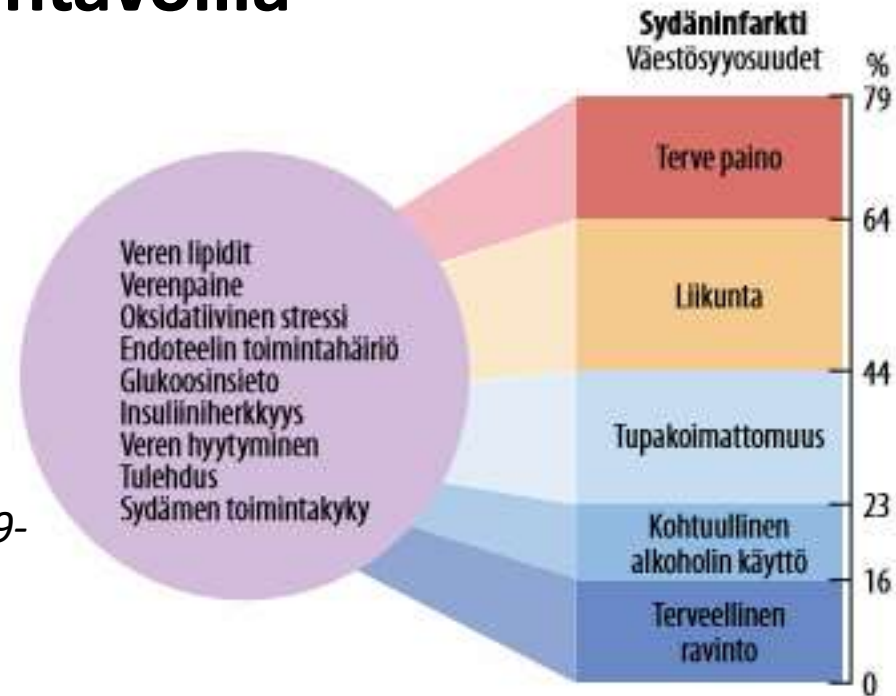
- **Stressisyöminen ja -juominen** aikuisiässä
- **Epäterveelliset elintavat** nuoruudesta varhaiseen keski-ikään miehillä ja naisilla aikuisiän epäterveelliset elintavat
- **Ylipaino** 31-vuotiaana tai **lihominen** ylipainoiseksi

- Säännöllinen **tupakointi**, jatkuvasti **vähäinen liikkuminen** ja **alkoholin** runsas kulutus (miehillä jo 31-vuotiaana, naisilla 46-vuotiaana)

Riskit koholla fyysisesti kuormittavassa työssä, jossa työkyky laski nopeammin



11-vuoden seurantatutkimuksessa sydäninfarktin riskistä 79% selittyy elintavoilla



Åkesson A et al, JACC 2014.64:1299-
Vuori Ilkka, Duodecim 2015

Lifestyle factors and risk of sickness absence from work: a multicohort study



Marianna Virtanen, Jenni Ervasti, Jenny Head, Tuula Oksanen, Paula Salo, Jaana Pentti, Anne Kouvonen, Ari Väänänen, Sakari Suominen, Markku Koskenvuo, Jussi Vahtera, Marko Elovainio, Marie Zins, Marcel Goldberg, Mika Kivimäki



Summary

Background Lifestyle factors influence the risk of morbidity and mortality, but the extent to which they are associated with employees' absence from work due to illness is unclear. We examined the relative contributions of smoking,

Lancet Public Health 2018; 3: e545-54

Runsaat kerralla juodut alkoholimäärät ovat yhteydessä sairauslomiin, joita on myönnetty masennukseen tai onnettomuuksiin liittyen

	Assessment criteria				Overall rating*
	Strength of association (RR)	Consistency (I ² [%]; p value)	Robustness (adjustments-multiple testing)	Impact (PAF _{external})	
Musculoskeletal diseases					
Smoking	1.4	90%; <0.0001	yes-yes	6.3%	0
High alcohol consumption	1.0	80%; 0.002	no-no	Not estimated	0
Heavy episodic drinking†	1.0	0%; 0.58	no-no	Not estimated	0
Overweight	1.3	0%; 0.48	yes-yes	8.9%	+
Obesity	1.6	62%; 0.048	yes-yes	7.8%	0
Low physical activity	1.2	0%; 0.48	yes-yes	7.8%	+
Depressive disorders					
Smoking	1.7	32%; 0.22	yes-yes	11.8%	++
High alcohol consumption	1.3	74%; 0.010	no-no	7.2%	0
Heavy episodic drinking†	1.9	0%; 0.59	yes-yes	15.2%	++
Overweight	1.1	55%; 0.08	no-no	Not estimated	0
Obesity	1.4	24%; 0.27	yes-no	5.6%	+
Low physical activity	1.7	0%; 0.95	yes-yes	19.8%	++
External causes					
Smoking	1.4	40%; 0.17	yes-yes	6.3%	+
High alcohol consumption	1.2	73%; 0.012	yes-no	6.0%	0
Heavy episodic drinking†	1.6	0%; 0.79	yes-yes	11.3%	++
Overweight	1.2	39%; 0.18	yes-yes	6.2%	+
Obesity	1.5	56%; 0.08	yes-yes	6.6%	+
Low physical activity	0.9	29%; 0.24	no-no	Not estimated	0



Suurkulutus nostaa työkyvyttömyysriskiä

- Sydän- ja verenkiertosaingaudet
 - Sydänlihassrappema: alkoholiperäisenä riski kuolla ilman alkoholinkäytön lopetusta
 - Aivoverenvuodot
- Haimatulehdukset; 60- 80% aiheutuu alkoholista, Alkoholimaksasairaus (kuolleita noin 1000), monen syövän riski lisääntyy
- Aivovammat, dementia, pikkuaivoatrofia, ääreishermon vauriot
- Ylipainon ja heikon kunnan kautta vaikutus tuki- ja liikuntaelinsairauksissa
- Mielenterveysongelmat
 - **Masentuneilla (F32) eri tutkimusten mukaan 10-30 %:lla on alkoholiongelma**
 - **Alkoholiongelmaisista 30-60% on masentunut**
 - **Alkoholi yleensä ylläpitää tai pahentaa psyykkistä oireilua ja estää hoidon vaikutusta**



Alkoholi, sairauslomat ja työkyvyttömyysriski

- Noin **70% alkoholin haitoista kohdistuu muihin kuin suurkuluttajiin**. Alkoholin takia menehtyneistä keski-ikäisistä suurin osa oli 10 v ennen kuolemaansa normaalisti töissä.
- Yli 250 g alkoholia (25 annosta) käyttäjillä kaksinkertainen **eläkesuuntautuneisuus**
Humaltuminen vähintään kerran viikossa kaksinkertaistaa eläkehakemukset ja työkyvyttömyysriskin. Etenkin vahvojen viinujen käyttö lisää riskiä
- Riskit kasautuvat: Alkoholia runsaasti ja humalahakuisesti käyttävät ovat useammin ylipainoisia, tupakoivat, harrastivat vähemmän liikuntaa ja heillä unenlaatu on huonompaa kuin kohtuukäyttäjillä
Harkonmäki K ym. Kuntien Eläkevakuutuksen raportteja 3/2008
- Australiassa ja Norjassa on myös raportoitu alkoholin liiallisen käytön lisäävän sairauslomia

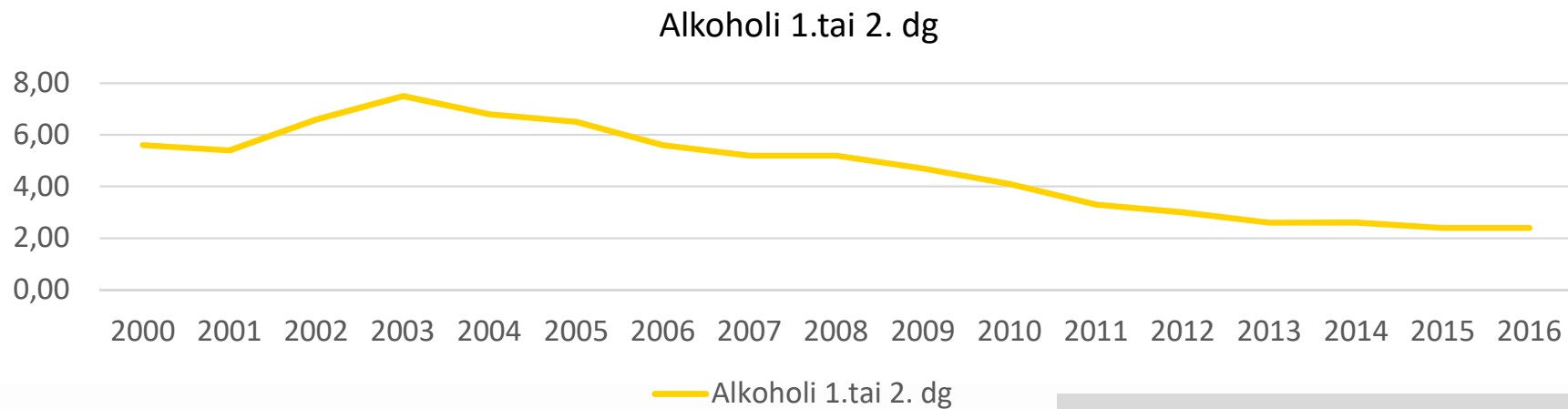


Työkyvyttömyystilastot

- Eläketurvakeskus tilastoi vain kaksi ensimmäistä diagnoosia. Hoitavat lääkärit kirjaavat harvoin alkoholin haitallisen käytön tai siihen liittyvät sairaudet. Tilastointi jää epäluotettavaksi.
- Vuosina 2000-2016 työkyvyttömyyseläkehakemuksissa alkoholisairauksien osuus 1. tai 2. dg:na oli matalimmillaan vuonna 2015 2,4% (n=545) ja korkeimmillaan vuonna 2003 7.5% (n=2310)



Työkyvyttömyyshakemuksissa alkoholi-diagnoosi (1. tai 2. diagnoosina (N= 545-2310). Hylkäysosuus on vaihdellut 18.9% ja 40.9% välillä



F10=alkoholin aiheuttamat elimelliset aivo-oireyhtymät ja käyttäytymishäiriöt
T51= alkoholimyrkytys, K70= krooniset maksasairaudet ja maksakirroosi
K86= haiman sairaudet, Z50, Z71 ja Z72= muut alkoholisairaudet



Numerot puhuvat

Ehkäisevä päihdetyö , Aleksi Miettinen ja Elias Rantapuska 2018

- 6-12% työpaikalla arvioidaan olevan riskikäyttäjiä
- Kustannuksia poissaoloista, heikentyneestä työpanoksesta, tapaturmista, rekrytointikustannuksista, sosiaalisista konflikteista, mainehaitasta.
- Sairauspoissaolokustannuksiksi Suomessa alkoholin käyttöön liittyen on arvioitu olevan noin 300-400 milj. euroa vuodessa ja presentismin liki 300 miljoonaa euroa (tässä arvioitu, että 20% riskikäyttäjistä (9%) olisi alentunut työteho)
- Riskikäyttäjät joutuvat helpommin onnettomuuksiin, mutta tätä ei ole Suomessa tilastoitu
- Lisätyö muille työyhteisössä arviolta noin 60 milj. euroa vuosittain
- Ennenaikaiset eläköitymiset ja kuolemat arviolta yli 900 milj. euroa



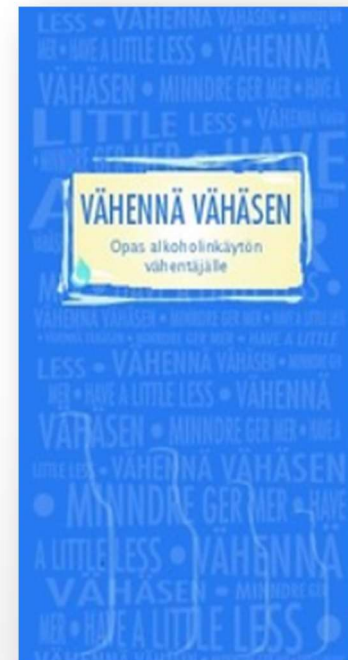
Huumeiden käyttö työkyvyttömyydessä

- Opioidit näkyvät yleisesti lääkelistoilla henkilöillä, jotka hakevat etenkin selän diagnoosilla työkyvyttömyyseläkettä.
- Vuonna 2017 THL:n mukaan huumeiden käytön vuoksi päihdehoitoon hakeutuneilla opioidit 77% asiakkailta oli ongelmapäihteenä (etenkin buprenorfiini), stimulantit 55% ja kannabis 52%



Alkoholin haitallista käyttöä ei usein huomata vastaanotolla eikä hoito aina toteudu tehokkaana

- Tietääkö työterveyshuolto työntekijöiden riskikäytöstä ja raportoidaanko ?
 - Audit (liikakäytön raja miehillä 8 ja naisilla 6), laboratorioarvoilla heikko sensitiivisyys suurkulutuksessa; S-CDT spesifein. P-GT, S-ASAT ja MCV nousuun voi olla muitakin syitä.
- Montako lyhytneuvontaa toteutetaan vuositasolla? Se sopii riskikäyttäjälle, muttei välttämättä auta alkoholiriippuvaista
- Miten hoitoonohjaus toteutuu?
- Runsaasti ohjeita ja esitteitä on mm terveystietosivustilla ja THL:n sivuilla, josta näitä voisi tilata esim. kahvitiloihin työpaikalle.





Mini-interventio 5-15 min, 1-3 kertaa

- Mitä potilas ajattelee omasta juomisestaan?
- Tiivistelmä tilanteesta (viikkokulutus, vaikutukset terveydentilaan, vaikutukset kotona ja työssä, mahdollisen toleranssin kehittyminen)
- Keskustelu laboratoriotuloksista, joita otetaan harkinnan mukaan
- Potilaan alkoholinkulutus suhteessa keskikulutukseen
- Potilaan alkoholinkulutus suhteessa muihin käyttäjiin ja omaan ystäväpiiriin
- Alkoholien terveysvaikutukset, kohonnut sairastumisriski (ylipaino, kohonnut verenpaine, maksasairaus, päänsärky, krapula, kouristukset, unettomuus, seksuaalivaikeudet, tapaturmat)
- Tuetaan uskoa muutoksen mahdollisuuteen, annetaan yksilöllistä tietoa, ollaan apuna, ymmärretään ja ollaan kiinnostuneita. Asiakas kantaa vastuun muutoksesta ja hänelle annetaan vaihtoehtoisia strategioita juomisen sijaan.
- Yksi kymmenestä suurkuluttajasta palaa kohtuukäyttöön tai lopettaa käytön.



**Työterveyshuolto on tärkein yhteistyökumppani
päihdeohjelman suunnittelussa.**

**Elon työhyvinvoinnin asiantuntijoihin voi olla
yhteydessä, kun yrityksessä halutaan päivittää
varhaisen tuen mallin ja päihdeohjelman käyttöä tai
lisätä näiden asioiden osaamista esimerkiksi
esimiestyössä.**



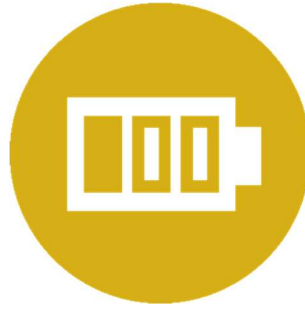
Elon työkykyjohtamisen palvelut



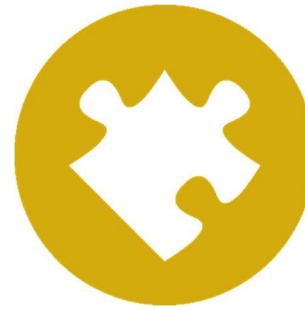
**Mittaamisen ja
kartoittamisen
palvelut**



**Valmen-
nukset**



**Ammatillista
kuntoutusta**



**Asiantuntija-
tuki**



**Kattavat
verkkopalvelut**