Teija Kivekäs
LT, psykiatrian dosentti, ylilääkäri
Työterveyslaitos,
Työn ja työorganisaatioiden
kehittäminen

Osatyötyökykyiset mielenterveyskuntoutujat avoimille työmarkkinoille

Moniin mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöihin liittyy jo nuorella iällä alkavaa pitkäkestoista ja merkittävää toimintakyvyn haittaa. Vaikeista mielenterveyden häiriöistä kärsivien avoimille työmarkkinoille työllistymisen tukemiseksi on kehitetty vaikuttavaksi osoitettuja tuetun työllistymisen ohjelmia ("sijoita ja valmenna"-malli), joissa kuntoutuja siirtyy suoraan työhön avoimille työmarkkinoille ja psykiatrinen kuntoutus tapahtuu työssäkäyntiin integroituna. Tuetun työllistymisohjelman keskeinen elementti on työhönvalmentaja, joka auttaa sopivan työn löytämisessä ja tukee kuntoutujaa pitkäjänteisesti. Mielenterveyskuntoutujan jäljellä olevaa työkykyä voidaan hyödyntää räätälöimällä työn sisältöä oikealla tavalla – huomioiden osatyökyisen henkilön vahvuudet ja toisaalta sairaudesta aiheutuvat rajoitteet. Tähän työpaikat tarvitsevat työterveyshuollon asiantuntija-apua. Työterveyshuolto tarvitsee puolestaan uusia toimintakäytäntöjä pitkäaikaisista mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöistä kärsivien työkyvyn tukemiseksi.

Työurien pidentäminen ja työllisyysasteen nostaminen ovat merkittäviä yhteiskunnallisia tavoitteita. Työikäisen väestön pienentyessä yhdeksi keskeiseksi huolenaiheeksi on noussut työntekijöiden ennenaikainen työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen (1). Keinoja on viime aikoina etsitty erityisesti pitkittyvän työkyvyttömyyden ehkäisyyn (2,3). Kuntoutustuella ja työkyvyttömyyseläkkeellä olevista suomalaisista jopa 30 000 henkilön on arvioitu haluavan palata työhön.

Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelmassa on sovittu, että osatyökykyisten ja vaikeasti työllistyvien henkilöiden mahdollisuuksia työntekoon ja kuntoutukseen parannetaan. Myös työmarkkinakeskusjärjestöt sopivat keväällä 2012 työurasopimuksessa osatyökykyisten työllistymistä helpottavista toimista. Työurasopimuksessa korostettiin työssä jatkamista tukevien prosessien kehittämiseen liittyen työterveyshuollon roolia sekä työpaikan ja työterveyshuollon välistä työterveysyhteistyötä.

Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt työkyvyttömyyden perusteena

Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt ovat yleisin työkyvyttömyyseläkkeiden perusteena oleva sairausryhmä Suomessa. Myös maailmanlaajuisesti ne ovat keskeinen toimintakyvyttömyyttä aiheuttava sairausryhmä (4).

Vuoden 2011 lopussa mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriön vuoksi oli eläkkeellä noin 115 600 suomalaista, mikä vastaa 46 prosenttia kaikista työkyvyttömyyseläkkeistä. Uusia työkyvyttömyyseläkkeitä myönnettiin Suomessa vuonna 2011 mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden perusteella noin 8 000 henkilölle.

Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden osuus alle 25-vuotiaiden työkyvyttömyyseläkkeistä on lähes 80 prosenttia. Yleisin työkyvyttömyyden peruste alle 25-vuotiaiden ikäryhmässä on älyllinen kehitysvammaisuus. Muita keskeisiä syitä ovat mielialahäiriöt ja niistä erityisesti masennustilat, skitsofrenia ja muut psykoottiset häiriöt sekä autismi ja muut psyykkisen kehityksen häiriöt (Taulukko 1).

Tavoitteena avoimille työmarkkinoille työllistyminen

Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen merkitsee työelämästä syrjäytymistä ja sosiaalisen osallisuuden vähenemistä. Eläkkeelle siirtyminen merkitsee yleensä myös tulotason

heikkenemistä; työkyvyttömyyseläkeläisten köyhyysriski on huomattavasti suurempi kuin työssäkäyvän väestön (5).

Mielenterveyden häiriöihin sairastutaan usein nuorella iällä, ja siksi erityisesti vaikeampien mielenterveyden häiriöiden vaikutukset työkykyyn voivat muodostua pitkäkestoisiksi. Osa vaikeaa mielenterveyden häiriötä sairastavista ei kykene työllistymään avoimille työmarkkinoille. Siirtymävaiheen työ, sosiaalinen yritys tai osallistuminen klubitalon toimintaan voi tuolloin vahvistaa potilaan päivärytmiä, edistää yhteisöllisyyttä ja ehkäistä yhteiskunnasta syrjäytymistä.

Suuri osa esimerkiksi skitsofreniaan sairastuneista haluaisi kuitenkin työllistyä avoimille työmarkkinoille (7). Työssä käyminen liittyy skitsofreniapotilailla parempaan elämänlaatuun ja itsetuntoon (8). Eurooppalaisissa tutkimuksissa skitsofreniapotilaiden työllistymisaste on vaihdellut 8–35 prosentin välillä (9,10).

Suomessa sairaalasta avohoitoon siirtyneiden skitsofreniapotilaiden työhön osallistuminen väheni 1980-luvun jälkeen, vaikka skitsofrenian hoito, kuntoutuksen laatu ja potilaiden toimintakyky olivat kohentuneet. Heikentyneet työllistymisnäkymät eivät selittyneet potilaiden voinnin huononemisella (11).

Työmarkkinatilanne ja stigma haittaavat työllistymistä

Vakavia mielenterveyden häiriöitä, kuten psykooseja, sairastavat ajautuvat herkästi työelämän ulkopuolelle työmarkkinatilanteen ja muiden yhteiskunnassa tapahtuvien muutosten seurauksena (12). Korkea työttömyysaste vaikeuttaa osatyökykyisten ja pitkään työttömänä olevien kiinnittymistä työelämään (13). Myös mielenterveyden häiriöihin liittyvän häpeäleiman, stigman, on arvioitu vaikuttavan vakavista mielenterveyden häiriöistä kärsivien työssä käyntiin (14).

Vaikeita mielenterveyden häiriöitä sairastavista skitsofreniaa sairastavien työllistyminen on ollut heikointa (15). Puolet skitsofreniaa sairastavista jää Suomessa työkyvyttömyyseläkkeelle viiden vuoden kuluessa sairastumisesta (16). Kymmenen vuotta sairastaneista skitsofreniapotilaista lähes 60 prosenttia on eläkkeellä (17).

Osatyökykyisten nuorten työllistymisen edistäminen

Alle 25-vuotiaana mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriön perusteella eläkkeelle päätyneistä suomalaisnuorista suurin osa ei ole koskaan ollut työelämässä. Heillä ei ole ollut minkäänlaista työeläkettä kartuttavaa työsuhdetta ennen eläkkeelle siirtymistä (18). Heidän työllistymisensä ja työkykynsä tukemiseksi tarvittavat toimenpiteet vaihtelevat sairauden luonteen ja vaikeusasteen mukaan hyvinkin paljon.

Vuoden 2013 alussa voimaan tulleen nuorisotakuun perusteella jokaiselle alle 25-vuotiaalle nuorelle ja alle 30-vuotiaalle vastavalmistuneelle tarjotaan työ-, harjoittelu-, opiskelu-, työpaja- tai kuntoutuspaikka viimeistään kolmen kuukauden kuluessa työttömäksi joutumisesta (2). Osatyökykyisiä nuoria ei nuorisotakuun toimeenpanon raportissa tarkastella erityisryhmänä, mutta vammasta tai sairaudesta aiheutuva erityisen tuen tarve on tuotu esille nuorisotakuun toimeenpanon suunnittelussa (3).

Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) strategian Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020 mukaisesti kaikilla työikäisillä ja osittainkin työkykyisillä on oltava mahdollisuus osallistua omien voimiensa mukaan työelämään. STM:n asettaman työryhmän tehtävänä on laatia toimintaohjelma osatyökykyisten työmarkkinoiden kehittämiseksi. Työryhmä on välimietinnössään käsitellyt osatyökykyisten työllistymisen edistämistä sekä työelämässä että työelämän ulkopuolella olevien osatyökykyisten näkökulmasta (3). Kelan järjestämän ammatillisen kuntoutuksen myöntöedellytykset (työkyvyttömyyden uhka tai työkyvyn ja ansiomahdollisuuksien olennainen heikentyminen) eivät nykyisin mahdollista ammatillisen kuntoutuksen myöntämistä työelämään kiinnittymättömille henkilöille. Työryhmä selvittääkin jatkotyössään mm. mahdollisuuksia Kelan ammatillisen kuntoutuksen kriteerien lieventämiseksi (3).

Osatyökykyisten työllistymistä pyritään edistämään myös vuonna 2009 käynnistyneen, sittemmin valtakunnalliseksi toiminnaksi laajentuneen työpankkikokeilun avulla. Myös kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa (Mieli) on nostettu esille monia toimenpiteitä osatyökykyisten mielenterveyskuntoutujien työllistymisen edistämiseksi.

Mielenterveyden häiriöiden erityispiirteitä työn muokkaamisen näkökulmasta

Moniin mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöihin liittyy kognitiivisen toimintakyvyn ongelmia (19). Neurokognitiivisilla toiminnoilla tarkoitetaan tiedon vastaanottoon, käsittelyyn, säilyttämiseen ja käyttöön liittyviä psyykkisiä toimintoja. Niiden heikkeneminen voi ilmetä esimerkiksi tarkkaavuuden, muistitoimintojen ja toiminnanohjauksen vaikeuksina.

Sosiaalinen kognitio on erillinen kognition laji (20). Sillä tarkoitetaan ryhmää taitoja, joita tarvitaan ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa. Sosiaalisen kognition osa-alueita ovat muun muassa tunteiden tunnistaminen ja muiden ihmisten motivaa-

Taulukko 1. Kaikki alle 25-vuotiaina työkyvyttömyyseläkkeelle vuonna 2011 siirtyneet (Lähde: Eläketurvakeskus)

Sairausryhmä	n	%
Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt	1391	78
masennustilat	283	16
muut mielialahäiriöt	75	4
neuroottiset, stressiin liittyvät ym. häiriöt	99	6
skitsofrenia ym. psykoosit	284	16
älyllinen kehitysvammaisuus	441	25
autismi ym. psyykkisen kehityksen häiriöt	149	8
muut mielenterveyden häiriöt	60	3
Synnynnäiset epämuodostumat	115	6
Hermoston sairaudet	107	6
Vammat ja myrkytykset	56	3
Muut sairaudet	116	6
Kaikki	1785	100

tioiden ja ajatusten ymmärtäminen. Mielenterveyden häiriöihin liittyvät sosiaalisen kognition ongelmat voivat olla työssä selviytymistä ajatellen jopa merkityksellisempiä kuin neurokognitiiviset puutteet (21).

Kognitiiviset ongelmat haittaavat kaiken kaikkiaan selviytymistä nykyisessä työelämässä eri tavalla kuin perinteisemmissä työtehtävissä, koska vaatimukset nimenomaan henkisen suorituskyvyn suhteen ovat monilla toimialoilla kasvaneet. Yhä useamman työ sisältää nykyisin jatkuvaa informaatiotulvaa, uuden tiedon prosessointivaatimuksia sekä monimuotoisia vuorovaikutus- ja ryhmätyötilanteita. Esimerkiksi skitsofreniaa sairastavilla kognitiivinen toimintakyky on todettu merkittäväksi työllistymistä ennustavaksi tekijäksi (22).

Kognitiivisella kuntoutuksella lupaavia tuloksia

Psykoosista ja muista vakavista mielenterveyden häiriöistä kärsivien henkilöiden hoito toteutetaan erikoissairaanhoidossa kunkin häiriön edellyttämällä tavalla. Osana hoidon kokonaisuutta voidaan esimerkiksi skitsofreniapotilaalle tarjota tarpeen mukaan kognitiivista kuntoutusta. Myös Suomessa on kehitetty skitsofreniapotilaiden kuntoutukseen kognitiivisia kuntoutusmalleja (23).

Osa kognitiivisista kuntoutusohjelmista harjoittaa puhtaammin muistia, tarkkaavaisuutta, oppimista ja ongelmanratkaisua, toisissa keskitytään sosiaaliseen kognitioon. Tutkimustulokset ovat olleet lupaavia (24,25). Kognitiivinen kuntoutus voi parantaa skitsofreniapotilaiden toiminnanohjausta, tarkkaavaisuutta, sanallista muistia ja sosiaalista kognitiota sekä toimintakykyä muuhun kuntoutukseen yhdistettynä (26).

Työpaikka ja työterveyshuolto työkyvyn tukena

Terveydenhuollon toimet (hyvä hoito / kuntoutus) eivät yksin riitä työkyvyttömyyden vähentämiseksi, myös työpaikalla tarvitaan toimenpiteitä. Osatyökykyisen henkilön toimintakyvyn puutteet voidaan huomioida räätälöimällä työtä kuntoutujan voimavaroihin ja toimintakykyyn sopivaksi. Tässä työpaikka voi hyödyntää työterveyshuollon asiantuntija-apua.

Työnantajien mielestä työtehtävien räätälöinti vaatii ammattiosaamista ja on haaste työyhteisölle (3). Mielenterveyskuntoutujan työllistymisen ja työssä selviytymisen onnistumiseksi onkin tärkeää huomioida kuntoutujan tilanteen lisäksi esimiehen ja työyhteisön näkemykset. Työolosuhteisiin kohdistuneita interventiotutkimuksia on kuitenkin tehty niin vähän, ettei niistä voi tällä hetkellä tehdä johtopäätöksiä työpaikkatason toimenpiteiden vaikutuksista mielenterveyssyistä johtuvan työkyvyttömyyden ehkäisyyn. Tutkimukset ovat yleensä liittyneet lievempiin mielenterveyden häiriöihin (27,28).

Monien yksilöllisten ja kliinisten tekijöiden lisäksi työterveyshuollon kontaktin katkeamisen on todettu suurentavan mielenterveyden häiriöihin liittyvän pitkittyvän työkyvyttömyyden riskiä (29). Toipumisvaiheessa työsuhteessa olevan henkilön jatkohoito ja työhön paluun tuki on tarpeen toteuttaa erikoissairaanhoidon ja työterveyshuollon tiiviinä yhteistyönä. Toimivia yhteistyökäytäntöjä tarvitaan myös Kelan ja TE-toimistojen kanssa.

Tuettu työllistyminen työvalmentajan tuella

Työttömän työnhakijan määritelmä uudistettiin vuoden 2013 alussa voimaan tulleella julkisesta työvoima- ja yrityspalvelusta annetulla lailla (916/2012). Uuden määritelmän mukaan mm. työkyvyttömyyseläkkeellä ja kuntoutustuella olevat ovat työttömiä työnhakijoita ilmoittauduttuaan työnhakijoiksi TE-toimistooon. Heillä on tällöin mahdollisuus saada työttömille työnhakijoille tarkoitettuja palveluja, kuten työvoimakoulutusta ja työhönvalmentajapalvelua (3).

Vaikeista mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöistä kärsivien avoimille työmarkkinoille työllistymisen tukemiseksi on parin viime vuosikym-

menen aikana kehitetty vaikuttavaksi osoitettuja tuetun työllistymisen ohjelmia (”sijoita ja valmenna”), joissa kuntoutuja siirtyy suoraan työhön avoimille työmarkkinoille ja psykiatrinen kuntoutus tapahtuu työssäkäyntiin integroituna (30). Tuetun työllistymisohjelman keskeinen elementti on työhönvalmentaja, joka tukee pitkäjänteisesti potilasta koko työssäolon ajan.

Tuettu työllistyminen parantaa perinteistä työharjoittelua paremmin vaikeista mielenterveyden häiriöistä kärsivien työllistymistä avoimille työmarkkinoille ja lisää myös heidän työssäoloaikaansa (30). Kaikkiaan viisitoista satunnaistettua kontrolloitua tutkimusta sisältävässä Bondin ym. katsauksessa todettiin tuetun työllistymisen ryhmään (Individual Placement and Support, IPS) kuuluvista 56 prosentin työllistyneen avoimille työmarkkinoille, kun verrokkiryhmään kuuluvista työllistyi 23 prosenttia. Olennaista vaikuttavuuden kannalta on kuitenkin se, että tuetun työllistymisen toiminnassa noudatetaan vaikuttavaksi osoitettua toimintamallia (31).

Tuettuun työllistymisohjelmaan osallistumisen ei ole todettu lisäävän psykoosipotilaiden sairaalajaksoja; tuettu työllistyminen on enemmänkin kohentanut potilaiden vointia (32). Etenkin ensi kertaa psykoosiin sairastuneiden nuorten on todettu hyötyvän tuettuun työllistymisohjelman osallistumisesta (33), mutta myös keskiikäiset ja vanhemmat skitsofreniaa sairastavat potilaat saattavat hyötyä siitä (34).

Myös monet neuropsykiatrisista häiriöistä kuten Aspergerin oireyhtymästä kärsivät henkilöt olisivat halukkaita työskentelemään avoimilla työmarkkinoilla (35). Tuettu työllistyminen saattaa lisätä myös autismikirjon häiriöitä sairastavien nuorten työllistymistä avoimille työmarkkinoille (36, 37), joskin tutkimustieto on toistaiseksi niukkaa (38), ja seurantatutkimuksia tämän potilasryhmän osalta on toistaiseksi vähän (36).

Tukimahdollisuudet työnantajalle osatyökykyisen palkkaamiseksi

Työnantajat voivat saada monenlaista tukea osatyökykyisen henkilön palkkaamiseen. Yleisimmät työllistymistä tukevat toimet ovat palkkatuki, työolosuhteiden järjestelytuki ja työhönvalmentajan tuki (39). STM:n asettamassa työryhmässä etsitään parhaillaan myös uusia keinoja osatyökykyisten rekrytoinnin helpottamiseksi (3).

Työkyvyttömyyseläkkeellä olevien työhön paluuta pyritään edistämään myös vuoden 2013 loppuun voimassa olevalla määräaikaisella lailla (lepäämäänjättämislaki). Lain mukaan työkyvyttömyyseläkkeellä oleva voi ansaita eläkkeensä rinnalla tekemästään työstä enintään 733,80 euroa kuukaudessa (vuoden 2013 indeksin mukaan) sen vaikuttamatta hänen työkyvyttömyyseläkkeensä maksamiseen.

Jos eläkkeensaajan tulot ylittävät laissa säädetyt rajat, eläkkeen maksaminen keskeytetään ja eläke jätetään lepäämään vähintään kolmeksi kuukaudeksi ja enintään kahdeksi vuodeksi. Jos eläkkeen lepäämään jättäneen työhön paluu ei onnistu, työkyvyttömyyseläkkeen saa takaisin ilman uutta hakemusta. STM selvittää kokeilulain toimivuutta ja lainsäädännön muutostarpeita (3).

Työn räätälöintiä ja verkostoyhteistyötä

Jos mielenterveyden häiriöstä toipuva nuori on halukas työllistymään, tämä pitää ottaa hoidon ja kuntoutuksen tavoitteeksi. Sairauden aiheuttamista kognitiivisen toimintakyvyn puutteista huolimatta osatyökykyisen mielenterveyskuntoutujan on mahdollista selviytyä nykypäivänkin työelämässä. Tämä edellyttää laajaa verkostoyhteistyötä terveydenhuollon, työpaikan, kuntoutuksen ja työvoimahallinnon välillä. Työn löytämisen ja työllistymisen lisäksi tarvitaan ammattitaitoista työn räätälöintiä sekä pitkäkestoista tukea työssä selviytymiseen.

Kirjallisuutta

1. Valtioneuvoston kanslia. Työurat pidemmiksi – työeläkejärjestelmän kehittämisvaihtoehtojen tarkastelua. Työurien pidentämistä selvittävän työryhmän raportti. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 2011:4.
2. Työ- ja elinkeinoministeriö. Nuorten yhteiskuntatakuu 2013. Työ- ja elinkeinoministeriön raportteja 2012:8.
3. Sosiaali- ja terveysministeriö. Osatyökykyisten työllistymisen edistäminen. Toimintaohjelmaa valmistelevan työryhmän välimietintö. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:6.
4. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M ym. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2012;380:2163–96.
5. Rantala J, Suoniemi I. Eläkeläisen toimeentulo tulonjaon kokonaisuudessa. Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 2007;2. Helsinki: Eläketurvakeskus 2007.
6. McQuilken M, Zahniser JH, Novak J, Starks RD, Olmos A, Bond GR. The work project survey: consumer perspective on work. J Vocat Rehabil 2003;18:59–68.
7. Ramsay CE, Broussard B, Goulding SM ym. Life and treatment goals of individuals hospitalized for first-episode nonaffective psychosis. Psychiatry Res 2011;189:344–8.
8. Caron J, Mercier C, Diaz P, Martin A. Sociodemographic and clinical predictors of quality of life in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. Psychiatry Res 2005;137:203–13.
9. Marwaha S, Johnson S, Bebbington P ym. Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany. Br J Psychiatry 2007;191:30–27.
10. Salkever D, Karakus M, Slade E ym. Measures and predictors of community based employment and earnings of persons with schizophrenia in a multisite study. Psychiatr Serv 2007;58:315–24.
11. Honkonen T, Stengård E, Virtanen M, Salokangas RKR. Employment predictors for discharged schizophrenia patients. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2007;42:372–80.
12. Dewa CS, Trojanowski L, Cheng C, Loong D. Examining the factors associated with paid employment of clients enrolled in first episode of psychosis programs. Schizophr Res Treat 2012;2012:739616. doi: 10.1155/2012/739616. Julkaistu verkossa 21.6.2012.
13. Ollikainen AM. Marginaalin marginaalissa. Vammaiset ja osatyökykyiset henkilöt työllistymispalveluiden reunoilla. Helsinki: Vates-säätiö 2008.

14. Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M, INDOGO Study Group. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schiziophrenia: a cross-sectional survey. Lancet 2009;373:408–15.

15. Mechanic D, Blider S, McAlpine DD. Employing persons with serious mental illness. Health Aff (Millwood) 2002;21:242–53.

16. Kiviniemi M, Suvisaari J, Pirkola S ym. Five-year follow-up study of disability pension rates in first-onset schizophrenia with special focus on regional differences and mortality. Gen Hosp Psychiatry 2011;33:509–17.

17. Miettunen J, Lauronen E, Veijola J ym. Sociodemographic and clinical predictors of occupational status in schizophrenic psychoses – follow-up within the Northern Finland 1966 Birth Cohort. Psychiatry Res 2007;150:217–25.

18. Gould R, Nyman H. Nuorena työkyvyttömyyseläkkeelle. Työeläke 2010;5.

19. Green MF. Cognitive impairment and functional outcome in schizophrenia and bipolar disorder. Review. J Clin Psychiatry 2006;67 Suppl 9;3–8.

20. Penn DL, Sanna LJ, Roberts DL. Social cognition in schizophrenia. An overview. Schizophr Bull 2008;34(3):408–11.

21. Fett AKJ, Viechtbauer W, Dominquez MG, Penn DL, van Os J, Krabbendam L. The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcome in schizophrenia: A meta-analysis. Neuroscience Biobehav Rev 2011;35: 573–88.

22. Nuechterlein KH, Subotnik KL, Green MF ym. Neurocognitive predictors of work outcome in recent-oncet schizophrenia. Schizophr Bull 2011;37 Suppl 2: S33–40.

23. Muzio E, Oksanen J, Luoma L, Kimmelma-Paajanen T, Ruohonen M. Kognitiivinen remediaatioterapia – uusi menetelmä skitsofreniapotilaiden kuntoutukseen. Suom Lääkäril 2010;10:909–14.

24. Wykes T, Huddy V, Cellard C ym. A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. Am J Psychiatry 2011;168:472–85

25. Kurtz MM, Richardson CL. Social cognitive training for schizophrenia: a meta-analytic investigation of controlled research. Schizophr Bull 2012:38:1092–104.

26. Bowie CR, McGurk SR, Mausbach B, Patterson TL, Harvey PD. Combined cognitive remediation and functional skills training for schizophrenia: effects on cognition, functional competence and real-world behavior. Am J Psychiatry 2012;169:710–8.

27. van Oostrom SH, Driessen MT, de Vet HC ym. Workplace interventions for prevent work disability. Cochrane Database Syst Rev 2009;15(2).CD006955.

28. Pomaki G, Franche RL, Murray E, Khushrushahi N, Lampinen TM. Workplace based work disability prevention interventions for workers with common mental conditions: a review of the literature. J Occup Rehabil 2012;22:182–95.

29. Cornelius LR, van der Klink JJL, Groothoff JW, Brouwer S. Prognostic factors of long-term disability due to mental disorders: A systematic review. J Occup Rehabil 2011;2:259–74.

30. Campbell K, Bond GR, Frake RE. Who benefits from supported employment: a meta-analytic study. Schizophr Bull 2011;37:370–80.

31. Bond GR, Drake RE, Becker DR. Generalizability of the Individual Placement and Support model of supported employment outside the US. Word Psychiatry 2012; 11:32–9.

32. Burns T. Catty J, White S ym. The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: results of an international study of individual placement and support. Schizophr Bull 2009;35:949–58.

33. Rinaldi M, Perkins R, McNeil K, Hickman N, Singh SP. The Individual Placement and Support approach to vocational rehabilitation for young people with first episode psychosis in UK. J Ment Health 2010;19:483–91.

34. Twamley E, Vella L, Burton C ym. The efficacy of supported employment for middle-aged and older people with schizophrenia. Schizophr Res 2012;135:100–4.

35. Hurlbutt K, Chalmers L. Employment and adults with Asperger syndrome. Focus Autism Other Dev Disabl 2004;19:215–22.

36. Howlin P, Alcock J, Burkin C. An 8 year follow-up of a specialist supported employment service for high-ability adults with autism or Asperger syndrome. Autism 2005;9:533–49.

37. Lawer L, Brusilovskiy E, Salzer MS, Mandell DS. Use of vocational rehabilitative services among adults with autism. J Autism Dev Disord 2009; 39:487–94.

38. Taylor JL, McPheeters ML, Sathe NA, Dove D, Veenstra-VanderWeele J, Warren Z. A systematic review of vocational interventions for young adults with autism spectrum disorders. Pediatrics 2012;130;531–38.

39. Varanka M, Saarinen J (toim.). Avotyötoiminnasta palkkatyöhön. Helsinki: Vates-säätiö 2012.

Keskusteluryhmä: LÄÄKÄRIN ALKOHOLIONGELMA

Omasta alkoholiongelmastaan kärsiville tai sitä epäileville lääkäreille järjestetään keskustelutilaisuuksia joka kuukauden ensimmäisenä arkilauantaina klo 13.00 Helsingissä osoitteessa Mäkelänkatu 2 A, 6. kerros.

Keskustelua alustaa omasta alkoholiongelmastaan toipunut lääkäri. Keskusteluryhmä on suljettu ja ehdottoman luottamuksellinen. Osanottajien nimettömyyttä suojellaan. Tilaisuuksiin ovat tervetulleita myös hammaslääkärit ja eläinlääkärit.

LÄÄKÄRIEN ITSEAPURYHMÄ

AA:n periaatteita noudattava Lääkärien itseapuryhmä, joka kokoontuu joka lauantai klo 16.00 Helsingissä osoitteessa, **HUOM! osoite muuttunut, Lääkäritalo, Mäkelänkatu 2 C, (5. kerros).**

Ryhmän toiminta perustuu nimettömyyteen, luottamuksellisuuteen ja kollegiaalisuuteen AA-filosofian mukaisesti. Myös hammaslääkärit ja eläinlääkärit ovat tervetulleita ryhmään.

APUA ALKOHOLIONGELMAISEN LÄHEISILLE

Kärsitkö läheisesi alkoholiongelmasta? Lääkäriperheiden itse-apuryhmässä saat tukea ja voit jakaa kokemuksiasi.

Alkoholiongelmaisen lääkäriperheen (myös hammaslääkäri-/ eläinlääkäriperheen) jäsen tai läheinen, tule mukaan Al-Anonin periaatteita noudattavaan ryhmään Lääkäritalolle, Mäkelänkatu 2 A (8. kerros), Helsinki.

Kokoukset joka kuukauden ensimmäisenä arkilauantaina kello 13.00.