



2011

Review om effekter af  
beskæftigelsesindsatser til personer  
med svær psykisk sygdom

## Indholdsfortegnelse

Resumé.....	3
1.0 Introduktion.....	5
2.0. Metode.....	6
2.1. Målgruppe .....	6
3.0. Beskæftigelsesindsatser .....	7
4.0. IPS og Evidens.....	10
4.1. Europæiske erfaringer med IPS .....	13
5.0. Andre gevinster, begrænsninger og udviklingsmuligheder ved IPS .....	17
5.1. IPS og kognitiv remediering .....	18
5.2. IPS og Social færdighedstræning.....	18
5.3. Behandlingsindsatser der fremmer et liv med arbejde og uddannelse .....	19
6.0. Prognosen for målgruppen – recovery og arbejde .....	20
7.0. Prædiktorer for arbejde blandt personer med svær psykisk sygdom.....	21
7.1. Særlige personlige karakteristikas betydning for arbejde.....	21
7.2. Sociokulturelle faktorerers betydning for arbejde .....	24
8.0. Andvendelse af prædiktorer i beskæftigelsesindsatsen .....	25
9.0. Self-efficacy Motivation og Empowerment.....	26
12.0. Perspektivering.....	27
13.0. Litteratur .....	29

## Resumé

Dette review præsenterer en gennemgang af beskæftigelsesindsatser til personer med svær psykisk sygdom og effekter af disse, samt kendte prædiktorer for målgruppens tilknytning til det ordinære arbejdsmarked.

Overordnet kan beskæftigelsesindsatsen til målgruppen opdeles i to grundlæggende forskellige kategorier: Pre-vocational training (PVT) og Supported Employment (SE). PVT er en beskæftigelsesindsats, hvor antagelsen er, at deltagerne har behov for genoptræning i beskyttede miljøer, inden der kan søges job på det ordinære arbejdsmarked. Supported Employment (SE) er i modsætning hertil en indsats, som sigter mod, at deltagerne finder job på det ordinære arbejdsmarked hurtigst muligt. Dette sker uden eller med kun få måneders forberedelse, hvor deltageren får støtte og træner færdigheder, efter inklusion på arbejdsmarkedet er opnået. Den bedst definerede og mest undersøgte metode inden for Supported Employment er Individual Placement and Support (IPS).

De overordnede konklusioner fra reviewet er:

1. Der er stærk evidens for, at Supported Employment og Individual Placement and Support er demest effektive metoder i forhold til at skabe ansættelse på det ordinære arbejdsmarked blandt personer med svær psykisk sygdom. RCT forsøg, systematiske reviews og metaanalyser har konsekvent demonstreret signifikante effekter sammenlignet med andre typer af interventioner, og opnår derfor det højeste evidensniveau.
2. Der er stærk evidens for, at deltagelse i et IPS program ikke leder til øget stress, opblussen i symptomer eller har andre negative følger hos den enkelte deltager.
3. Der er evidens for at Pre-Vocational Training ikke skaber større tilknytning til det ordinære arbejdsmarked end standardbehandling. Lange optræningsforløb i beskyttede miljøer påviser kun begrænset effekt, og hvis effekt opnås er det typisk ikke på det ordinære arbejdsmarked.

4. Der er ingen evidens for, at den psykiatriske, medicinske og psykologiske behandling fører til ansættelse på det ordinære arbejdsmarked, uden at der har været tilføjet en arbejdsrettet beskæftigelsesindsats. Der er derimod stærk evidens for, at SE og IPS bør være en integreret del af den evidensbaserede psykiatriske behandling og trofast mod IPS manualen for at opnå de bedste effekter.
5. Der er evidens for, at IPS kan skabe signifikante positive effekter i områder med høj ledighed, men den lokale arbejdsløshed kan have negativ indflydelse på målgruppens tilknytning til arbejdsmarkedet. Derudover er der indikation for, at det kan være en udfordring at overfører de positive resultater af SE og IPS til alle typer økonomier og arbejdsmarkeder. I europæiske forsøg angiver forfatterne økonomiske incitamenter, samt udbuddet af ufaglært arbejde, som mulig forklaring på begrænsede effekter.
6. Der er evidens for at tidligere arbejdsevne, psykotiske og negative symptomer, social og kognitivt funktionsniveau, samt mestringssevner er væsentlige faktorer, som kan have indflydelse på effekter af beskæftigelsesindsatser samt svært psykisk syges chance for inklusion på arbejdsmarkedet, men effekter af SE og IPS er påvist uafhængigt af disse variabler.

## 1.0 Introduktion

Der er mange myter og fordomme om, at personer med en svær psykisk sygdom herunder skizofreni og andre psykoselidelser, har behov for massiv støtte gennem hele livet uden muligheder for at komme sig eller få et liv med arbejde eller uddannelse. Skizofreni og psykoselidelser er nogle af de mest invaliderende og omkostningstunge lidelser, og er historisk set ofte blevet ligestillet med et liv på offentlig forsørgelse. Disse fordomme er i kraft af de seneste årtiers udvikling i den psykiatriske behandling til dels blevet afkræftet. I dag ved vi, at en tidlig og specialiseret indsats gør recovery muligt, og en del ender på et funktionsniveau som inden sygdommens indtræden. Nyere prognostiske undersøgelser viser, at 30 % med nydebuteret skizofreni er fri for psykotiske symptomer to år efter debut, og at 20 % herudover kan betragtes som recovered i den forstand, at de er i arbejde eller i uddannelse, ikke har symptomer, ikke har været indlagt det sidste år og er i stand til at bo i egen bolig (Nordentoft et al, 2009).

Et liv med svær psykisk sygdom behøver således ikke at betyde et liv på førtidspension, og de fleste personer med en svær psykisk sygdom anser arbejde og uddannelse som en af de vigtigste faktorer i recoveryprocessen, og når arbejde defineres som mål, foretrækkes jobs på det ordinære arbejdsmarked frem for beskyttet beskæftigelse (Bond, 2004). Men på trods af den forbedret prognose for målgruppen, er der fortsat en stigende andel af svært psykisk syge som overgår til passiv offentlig forsørgelse i Danmark. Nærværende review vil forsøge at danne et overblik over, de faktorer der bedst kan forudsige chancen for arbejde blandt målgruppen, samt hvilke indsatser der skaber de bedste effekter i forhold til ansættelse på det ordinære arbejdsmarked.

Reviewet er struktureret som følgende: Først er der være en kort gennemgang og beskrivelse af de forskellige beskæftigelsesindsatser, herunder Pre-vocational Training, Supported Employment og Individual Placement and Support. I alt 17 RCT-forsøg af indsatserne gennemgås, og begrænsninger og udviklingspotentialer ved indsatserne beskrives. Derefter følger en beskrivelse af prognosen og de mest robuste prædiktorer for målgruppens tilknytning til det ordinære arbejdsmarked. Afslutningsvis er der en opsummering af evidensen af SE og IPS, samt en perspektivering vedrørende overførelse af interventionerne og effekterne i dansk kontekst.

## 2.0. Metode

En stor andel af den litteratur, som danner baggrunden for nærværende review, er fundet ved en søgning på PubMed med følgende søgeord: "Mental Disorders"[Mesh] AND ("Rehabilitation, Vocational"[Mesh] OR "Employment, Supported"[Mesh]) AND (Meta-Analysis[ptyp] OR Randomized Controlled Trial[ptyp] OR Review[ptyp]) Afgrænset med Review, RCT og Meta-analysis.

Søgningen gav i alt 355 artikler. Ud af disse blev der foretaget en afgrænsning til forsøg, som inkluderer personer med svær psykisk sygdom, og undersøger effekten af Pre-vocational Training (PVT), Supported Employment (SE) og Individual Placement and Support (IPS). Derudover er der inddraget forsøg fra 1995 og frem, samt en studiepopulation på over 40 personer. I alt 17 RCT studier af SE og IPS imødekom disse inklusionskriterier. En oversigt over de inkluderede studier ses i figur 1. Derudover inddrages 5 reviews og metaanalyser af SE og IPS (Cambell et al, 2011; Crowther et al, 2010; Bond et al, 2008; Bond et al, 2004; Twamley et al, 2003), samt en række artikler og reviews om prædiktorer for arbejde blandt personer med svær psykisk sygdom. Referencerne blev krydstjekket blandt artiklerne, hvilket tilførte yderligere relevant materiale, herunder bl.a. PORT rekommandationer fra 2010. Derudover inddrages artikler fra en søgning på tre nøglepersoner på området: Robert E Drake, Deborah R Becker og Gary R Bond

### 2.1. Målgruppe

Rapporten omhandler personer med svær psykisk sygdom, der defineres som personer med en lidelse inden for F.2. og dele af F.3. i diagnosesystemet ICD 10. Dette omhandler bl.a. personer med diagnoserne skizofreni, skizotypi, bipolare lidelser eller svær depression med psykotiske symptomer, hvilket ligeledes er den afgrænsning, som anvendes i den internationale litteratur om beskæftigelsesindsatser til personer med svær psykisk sygdom - *Severe mental illness* (Crowther et al, 2001).

### 3.0. Beskæftigelsesindsatser

Gennem tiden er der udviklet en række forskellige metoder og tilgange, der har til formål at skabe tilknytning til arbejdsmarkedet blandt personer med svær psykisk sygdom. Disse kan groft opsplittes i to kategorier: *Pre-vocational training* og *Supported employment* herunder også *Individual Placement and Support*, som er en videreudviklet og manualiseret variation af Supported Employment. Det følgende giver en kort beskrivelse af de forskellige interventioner, og herefter følger en egentlig gennemgang af effekterne.

#### **Pre-vocational Training**

*Prevocational training* (PVT) er en af de mere traditionelle rehabiliteringsformer. Metoden er en *train-and-place* model, og er defineret som en tilgang til erhvervmæssig rehabilitering, hvor deltagerne skal igennem en længere forberedelsesperiode inden de motiveres til at søge arbejde på det ordinære arbejdsmarked (Burns et al, 2007). Denne forberedelse kan involvere enten arbejde på beskyttede værksteder eller ved brug af clubhouse-modellen eller andre psykosociale rehabiliteringsprogrammer, hvor man i beskyttede omgivelser træner forskellige opkvalificerende kompetencer eller sociale færdigheder. Tidligere tilbød man i de store psykiatriske institutioner beskyttet arbejde til patienterne gartnerier, workshops ol. Personer som udviste fremgang blev på et senere tidspunkt i forløbet gradvist reintroduceret til arbejde ofte på særlige vilkår (Crowther et al 2010). Senere startede Clubhouse-bevægelsen først i USA og senere introduceret i Danmark. Clubhouses var en reaktion på den traditionelle psykiatriske manglende tilbud og fokus på arbejde. Bevægelsen bebudede, at man kunne opnå bedre outcome for patienter med psykisk sygdom ved at styrke deres autonomi i et ikke psykiatrisk miljø. Modellen består i at man i et beskyttede miljø får arbejdstræning gennem sidemandsoplæring i forhold til deltagelse i driften på stedet, med henblik på at træne kompetencer, som senere kan bringes i anvendelse i ordinær beskæftigelse. Pre-vocational training er fortsat den mest udbredte metode både international og i Danmark, selv om man kun har kunnet påvise begrænset effekter, som typisk ikke er på det ordinære arbejdsmarked men i beskyttede omgivelser (Burns et al, 2007).

## Supported Employment og Individual Placement and Support

Supported Employment (SE) defineres som en tilgang til erhvervsmæssig rehabilitering, hvor deltagerne støttes i at finde job på det ordinære arbejdsmarked hurtigst muligt. Dette sker uden eller med kun få måneders forberedelse. Principperne følger dermed *Place-and-train* modellen, hvor deltagerne støttes i at komme direkte i job, typisk i funktioner som ikke kræver nogen uddannelse eller særlig oplæring. Støtten løber kontinuerligt, hvor optræning af færdigheder sker når deltageren er startet på jobbet (Burns et al, 2007; Crowther et al, 2010). Det er en inkluderingsproces, hvor den grundlæggende erkendelse er, at læring og kundskabsudvikling er et relationelt fænomen, som bedst foregår i social interaktion med andre på en arbejdsplads eller i et studiemiljø og ikke på et forberedende kursus eller skærmede enheder (Spjelkavik et al, 2011).

To af de store bidragsydere i forhold til konceptualiseringen af SE er Robert Drake og Deborah Becker i form af udviklingen af *Individual Placement and Support* (IPS) (Becker og Drake, 2003). IPS-modellen er den form for SE, der er bedst undersøgt, men de fleste randomiserede undersøgelser på området er foretaget i USA, og der er ikke udført et studie af metoden i dansk kontekst. Inkluderingsprocessen i IPS bliver koordineret af en job-coach, som har til opgave at hjælpe målgruppen til at få og beholde et lønnet job på det ordinære arbejdsmarked. I denne proces medvirker arbejdssøgeren aktivt i at identificere egne færdigheder og jobønsker for at finde et passende job. Job-coachen sørger for, at arbejdssøgeren får en vellykket inklusion på arbejdspladsen, og yder støtte til både deltageren, arbejdsgiveren og kollegaerne. Det er job-coachens opgave at reducere betydningen af kognitive deficits ved at hjælpe med at skrive jobansøgninger og støtte til samtaler og matche den jobsøgende med et relevant job og yde den nødvendige støtte (Becker og Drake 2003). Det er derudover job-coachens opgave at skabe kontakt til arbejdsgivere, og være med til at facilitere arbejde for den enkelte med svær psykisk sygdom. Flere undersøgelser påviser sammenhæng mellem job-coachens opsøgende tilgang overfor arbejdsgivere, og antallet af personer der kommer i arbejde, og de bedste resultater opnås når der er IPS modeltrofasthed (Bond et al, 2008).



## **IPS modellen hviler på syv veldefinerede principper:**

### **1 Princip: Målet er beskæftigelse på det ordinære arbejdsmarked.**

Job-coachen hjælper deltagerne med at finde job på det ordinære arbejdsmarked, som ikke er specielt konstrueret til psykisk syge, og derfor ikke er på beskyttede værksteder eller lignende. Det kan være jobs med varierende timetal, men målet er ifølge den Amerikanske model, at deltageren aflønnes med mindstelønnen, som kan indeholde et supplement af sociale ydelser. Ordinær beskæftigelse er målet, fordi der blandt målgruppen er et stort ønske om dette, og da det fremmer social inklusion og reducerer stigmatisering. Ordinær beskæftigelse kan også øge deltagerens selvværd med en erkendelse af, at indsatsen bliver værdsat og at der bidrages til samfundet generelt.

### **2 Princip: Inklusion IPS-programmet er deltagerens eget valg.**

Det eneste krav til inklusion i IPS-programmet er et ønske om arbejde på det ordinære arbejdsmarked. Der er ikke nogen der ekskluderes på baggrund af psykiatriske diagnoser, symptomer og arbejdshistorik, da undersøgelser har vist, at der kan opnås gode effekter uafhængig af dette.

### **3 Princip: IPS programmer bruger en hurtig jobsøgningstilgang.**

Deltagerne forventes at komme direkte i arbejde, i stedet for at dette sker efter en lang arbejdsafprøvning og træning. Job-coachen hjælper deltagerne med, at undersøge jobmuligheder inden der er gået en måned. Hurtig jobsøgning skal sikre, at deltagerens aktuelle motivation bliver udnyttet optimalt. I mange tilfælde vil det ikke være muligt at opnå job inden for en måned, men her vil deltageren fortsat være tilknyttet programmet.

### **4 Princip: IPS er en integreret del af den psykiatriske behandling.**

Et tæt samarbejde mellem IPS job-coachen og den psykiatriske behandling er ifølge modellen afgørende for at sikre behandlernes støtte og opbakning. Det er derfor vigtigt, at IPS job-coachen enten er en del af behandlingsteamet, regelmæssigt deltager ved konferencer, eller har individuel kontakt med primærbehandlerne. Denne kontakt giver anledning til, at diskutere kliniske faktorer og rehabiliteringsproblemer som f.eks. bivirkninger af medicin, symptomniveau eller kognitive deficienser, som kan være relevante i forhold til valg af job og timetal. Derudover kan andre behov, som tilførelse af socialfærdighedstræning planlægges igennem en dialog mellem IPS job-coachen og behandlerne.

### **5 Princip: Indsatsen er baseret på deltagerens egne præferencer og valg.**

Når jobbet matcher deltagerens interesser giver det større tilfredshed og længere jobforløb og derfor er deltagerens egne præferencer afgørende og styrrende for hele forløbet.

### **6 Princip: Støtten under beskæftigelse varer så længe der er behov for det.**

Symptomer og funktionsniveau kan varierer over tid, og den optimale behandling og rehabilitering kræver derfor længerevarende forløb. Derfor vil deltagerne, uafhængig af succes på arbejdsmarkedet, ikke blive ekskluderet medmindre der er et direkte ønske om dette. Støtten kan over tid gradueres i forhold til deltagerens behov.

### **7 Princip: Vejledning om sociale ydelser og arbejde.**

Frygten for at miste sociale ydelser antages af mange, primært i den amerikanske litteratur, at have en stor betydning for deltagerens motivation for at arbejde. I USA vil disse ydelser typisk være *Social Security* og *health insurance*, hvor det I Danmark vil være ydelser som kontanthjælp, førtidspension, boligsikring, medicintilskud og lignende, som kan blive påvirket. Derfor tilbydes der vejledning om, hvilke muligheder der er i social- og beskæftigelsesindsatsen, samt hvorledes ordinær beskæftigelse påvirker dette.

(Becker & Bond, 2002; Bond 1997, 2004; SAMSA 2009).

## 4.0. IPS og Evidens

Der er i alt 17 RCT-forsøg med SE og IPS, der lever op reviewets afgrænsning vedrørende kvalitet og årstal, jf. metodeafsnit. Tabel 1 giver et overblik over effekterne af disse studier. Som det fremgår af tabellen har alle studierne et ens outcome mål: Minimum en dags ansættelse på det ordinære arbejdsmarked på et tidspunkt i opfølgingsperioden, hvilket gør effekterne af de forskellige studier sammenlignelige. Derudover er der inddraget outcome mål, som varierer fra de forskellige studier. Dette er bl.a. timer/uger i arbejde, løn og sammenhængende ansættelse. Det ordinære arbejdsmarked er defineret, som jobs der ikke er specielt konstrueret til personer med nedsat funktionsniveau, og hvor den ansatte får minimum mindsteløn, som kan være suppleret med sociale ydelser.

**Tabel 1. Randomiserede forsøg af Supported Employment og Individual Placement and Support siden 1995.**

Forfatter (årstal) og land	Studie Population og diagnose	Intervention	Varighed (Måneder)	Outcome mål	Resultater
Bond et al. (1995), USA	N=74 Svær psykisk sygdom	Hurtig jobsøgning SE (sammenligning med IPS) vs. prevocational training (PVT)	12	1. Ansættelse på det ordinære arbejdsmarked på et tidspunkt i opfølgingsperioden. 2. Uger i arbejde 3. indtjening	1. IPS 56% PVT 29% 2. IPS 9 uger PVT 3 uger 3. IPS \$1525 PVT \$574
Drake et al. (1996), USA	N=143 Svær psykisk sygdom	IPS vs. PVT som indeholder Social færdigheds træning.	18	1. Ansættelse på det ordinære arbejdsmarked på et tidspunkt i opfølgingsperioden. 2. Timer i arbejde 3. Indtjening	1. IPS 78 % PVT 40% 2. IPS 607 timer PVT 205 timer 3. \$2294 vs. PVT \$1078
Drake et al. (1999), USA	N=152 Svær psykisk sygdom	IPS vs. Forbedret rehabilitering (FR)	18	Ansættelse på det ordinære arbejdsmarked på et tidspunkt i opfølgingsperioden	IPS 61% FR 9%
MacFarlane et al. (2000), USA	N=69 Svær psykisk sygdom	Familiebehandling og Assertive Community Treatment (ACT) + FACT (Sammenlignelig med IPS men kun tilbudt 1-2 mdr.) vs. Forbedret rehabilitering (FR)	2 + 16 (opfølgning)	1. Ansættelse på det ordinære arbejdsmarked på et tidspunkt i opfølgingsperioden 2. Jobfastholdelse (måneder) 3. Indtjening	1. IPS 46% FR 19% 2. IPS 12 måneder EVR 4.5. Måneder 3. IPS \$755 FR \$214
Lehman et al. (2002), Canada	N=219 Svær psykisk sygdom	IPS vs. Standard behandling som indeholder social færdighedstræning (SB)	24	Ansættelse på det ordinære arbejdsmarked på et tidspunkt i opfølgingsperioden	IPS 27% SB 7%

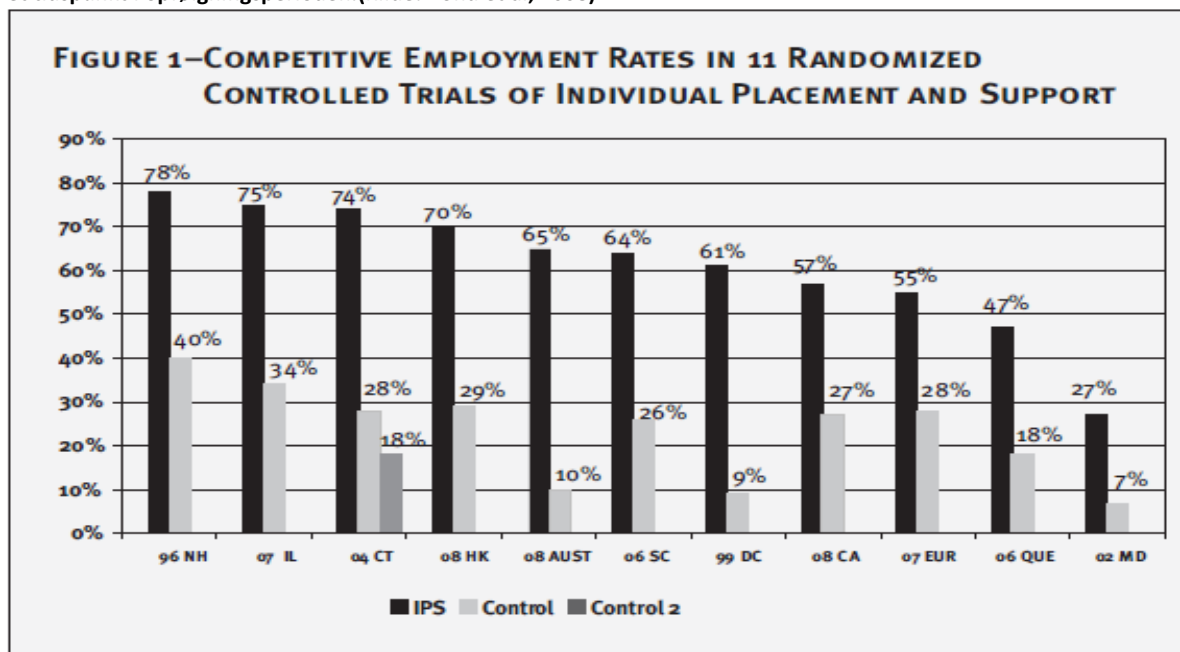
Forfatter (årstal) og land	Studie Population og diagnose	Intervention	Varighed (Måneder)	Outcome mål	Resultater
Mueser et al. (2004), USA	N=204 Svær psykisk sygdom	IPS vs. Psykosocial rehabilitering (PSR) vs. Standard behandling (SB)	24	1. Ansættelse på det ordinære arbejdsmarked på et tidspunkt i opfølgingsperioden 2. Jobfastholdelse (Uger)	1. IPS 73.9%, PSR 18.2%, SB 27.5%. 2. IPS 20 uger PSR 2,5 SB 4,8
Cook et al. (2005), USA	N=1273 Svær psykisk sygdom	SE (3 centre testede IPS) vs. Standard behandling (SB) i 8 centre.	24	1. Ansættelse på det ordinære arbejdsmarked på et tidspunkt i opfølgingsperioden 2. Arbejde 40 timer eller mere per måned.	1. SE 55%. SAU 34% 2 SE 51% SAU 39 %
McGurk et al. (2004, 2007), USA	N=44 Svær psykisk sygdom	SE og kognitiv træning (KT) vs. SE.	36	Ansættelse på det ordinære arbejdsmarked på et tidspunkt i opfølgingsperioden	SE + KT 69.6 % SE 4.8%
Gold et al. (2006), USA	N=143 Svær psykisk sygdom	IPS + Assertive Community Treatment (ACT) vs. SE	24	Ansættelse på det ordinære arbejdsmarked på et tidspunkt i opfølgingsperioden.	IPS + ACT 64% SE 26%
Latimer et al. (2006), Canada	N=150 Svær psykisk sygdom	SE vs. Standard behandling (SB)	12	Ansættelse på det ordinære arbejdsmarked på et tidspunkt i opfølgingsperioden	SE 47% SB 18%
Bond et al. (2007), USA	N=187 Svær psykisk sygdom	IPS vs. PVT	24	Ansættelse på det ordinære arbejdsmarked på et tidspunkt i opfølgingsperioden	IPS 75% PVT 33.7%
Burns et al. (2007) England, Tyskland, Italien, Schweiz, Holland, Bulgarien.	N=312 Svær psykisk sygdom	IPS vs. Standard behandling (SB)	18	1. Ansættelse på det ordinære arbejdsmarked på et tidspunkt i opfølgingsperioden 2. Timer i arbejde 3. Dage i ansættelse 4. Job fastholdelse (dage)	1. IPS 55% SB 28% 2. IPS 438 timer SB 119 timer 3. IPS 130 dage SB 30 4. IPS 213 dage SB 108 dage.
Twamley et al. (2008), USA	N=50 Svær psykisk sygdom 45 år eller ældre.	IPS vs. PVT	12	1. Ansættelse på det ordinære arbejdsmarked på et tidspunkt i opfølgingsperioden 2. Uger i arbejde	1. IPS 57% PVT 27% 2. IPS 11 uger PVT 3 uger
Kin Wong et al. (2008), Hong Kong	N=92 Svær psykisk sygdom	IPS vs. PVT	18	1. Ansættelse på det ordinære arbejdsmarked på et tidspunkt i opfølgingsperioden 2. Dage i ansættelse	1. IPS 70% PVT 29% 2. IPS 156 dage PVT 74 dage
Tsang et al (2008); Tsang et al. (2010), Hong Kong	N=163 Svær psykisk sygdom	IPS vs. IPS + Social Færdigheds træning (SFT) vs. PVT	15 måneder + 39 måneders opfølgning	1. Ansættelse på det ordinære arbejdsmarked efter 15 måneder. 2. Job fastholdelse (uger) 3. Beskæftigelse efter 39 måneder.	1. IPS+SFT 78.8% IPS 53,6 % PVT 7,3% 2. IPS+SFT 23.84 uger. IPS 12,34 uger. PVT 1,05 uger. 3. Beskæftigelse IPS+SFT 82.8% IPS 61.5% Job fastholdelse IPS+SFT 46.94 uger IPS 36.17 uger.

Forfatter (årstal) og land	Studie Population og diagnose	Intervention	Varighed (Måneder)	Outcome mål	Resultater
Killackey et al. (2008), Australia	N=42 Svær psykisk sygdom. Første episode psykose	IPS vs. Standard behandling (SB)	6	1. Uger i arbejde 2. Antal timer i arbejde per uge 3. Indtjening AU\$.	1. IPS 8,68 SB 3.8 2. IPS 33.9 SB 22.5. 3. IPS 4449 AU\$ SB 3615 AU\$
Howard et al. (2010), England	N=219 Svær psykisk sygdom	IPS vs. Standard behandling	12	1. Ansættelse på det ordinære arbejdsmarked i mindst 30 dage 2. Job fastholdelse (uger)	IPS 13% SB 7%. IPS 18 uger SB 13 uger Resultaterne er ikke signifikante.

Alle studierne undtaget Howard et al. (2010) viser signifikante positive resultater af SE og IPS i forhold til deltagelse på det ordinære arbejdsmarked. Der er tidligere foretaget reviews af RCT studier med SE og IPS som inkluderer nogle af de ovennævnte studier. Det første strukturerede review på området er et Cochrane review (Crowther et al, 2010), som gennemgår studier frem til år 2000. Her blev i alt 5 RCT forsøg (Gervy et al, 1994; Bond et al, 1995; Drake et al, 1996; Drake et al, 1999; MacFarlane et al, 2000) analyseret og hovedresultaterne viste at Supported Employment og IPS var signifikant mere effektiv end Pre-vocational Training og andre rehabiliteringsprogrammer, i forhold til at hjælpe personer med svær psykisk sygdom til deltagelse på det ordinære arbejdsmarked. F.eks. viser resultaterne, at 18 måneder efter inklusion var gennemsnitlig 34 % af SE deltagerne i arbejde, i modsætning til 12 % hos dem der modtog PVT. Gruppen der fik SE tjente derudover flere penge og arbejde flere timer.

Som det fremgår af tabel 1, er der generelt bedre effekter blandt de mest aktuelle undersøgelser. Et aktuelt review fokuserer udelukkende på de RCT forsøg, der udviser stor fortrolighed til IPS' grundprincipper, High-fidelity IPS programmer (Bond et al, 2008). Reviewet inkluderer 11 RCT (Drake et al, 1996 (NH); Drake et al, 1999(DC); Lehman et al, 2002(MD); Mueser et al, 2004(CT); Gold et al, 2006(SC); Latimer et al, 2006(QUE); Burns et al, 2007(EUR); Bond et al, 2007(IL); Wong et al, 2007(HK); Twamley et al 2008(CA); Killackey et al, 2008(AUST)). Resultaterne fra hvert enkelt af disse er gennemgået i figur 2. Der er kun inddraget forsøg, som måler deltagelse på det ordinære arbejdsmarked, der er aflønnet med minimum mindsteløn, og som ikke er kunstigt foranstaltet til personer med funktionsnedsættelser. Forsøgene er gennemført i forskellige geografiske regioner og befolkningsgrupper. Syv studier er gennemført i USA, et i Canada, et i Hong Kong, et i Australien, et studie med deltagelse i seks europæiske lande.

Figur 1. Effekten af 11 High Fidelity IPS-programmer. Outcomemål er deltagelse på det ordinære arbejdsmarked minimum en dag på et tidspunkt i opfølgingsperioden. (Kilde: Bond et al, 2008)



Reviewet påviste signifikant bedre outcomes blandt IPS deltagerne i forhold til arbejde på det ordinære arbejdsmarked uden offentlige tilskud, og havde konsekvent bedre outcomes end traditionelle beskæftigelsestilgange. Et gennemsnit af alle studierne viste, at 61 % af IPS deltagerne opnåede job på det ordinære arbejdsmarked i modsætning til 23 % i kontrolgrupperne. Omkring 2/3 af IPS-deltagerne, som fik arbejde, arbejdede 20 timer eller mere per uge. Blandt dem, som fik job, tog det i gennemsnit 138 dage i modsætning til 205 dage for kontrolgruppen - en forskel på 10 uger (Bond et al. 2008). Der opnås således langt bedre outcomes, når der udvises fortrolighed til IPS' grundprincipper sammenlignet med resultatet fra Cochrane reviewet, der inddrager både SE og IPS forsøg.

#### 4.1. Europæiske erfaringer med IPS

Langt de fleste studier, der måler effekter af SE og IPS stammer fra USA, hvor resultaterne over de seneste år udelukkende er blevet forbedret (Burns et al, 2007). Lande udenfor USA har fulgt efter, og har også påvist positive effekter. Det drejer sig om lande som Canada, Australien og Hong Kong (Latimer et al, 2006; Killackey et al, 2008; Tsang et al, 2008). I Europæisk sammenhæng er resultaterne imidlertid mindre entydige, hvor der kun lavet få effektstudier af SE og IPS til personer med svær psykisk sygdom, hvor studiet af Burns et al, (2007) er det største. I alt 312 patienter blev randomiserede i 6 europæiske centre i England, Tyskland, Italien, Schweiz, Holland og Bulgarien - lande, som har varierende arbejdsløshed og velfærdssystemer, hvilket der er taget højde for i

undersøgelsen. Interventionsgruppen modtog IPS, hvor der til alle behandlingscentre blev tilknyttet en job-coach, som arbejdede med at opbygge et netværk af arbejdsgivere, der indvilligede i at ansætte personer med svær psykisk sygdom, samtidig med at både arbejdsgiveren og borgeren modtog støtte fra job-coachen. Patienterne blev fulgt i 18 måneder, og resultaterne vist, at IPS var mere effektiv end de sædvanlige tilgængelige jobtræningsforløb i lokalområdet, som bestod af den mere traditionelle *train and place* model.

**Figur 2 Effekter af IPS versus Standard behandling i europæisk multisite studie. (Kilde: Burns et al, 2007)**

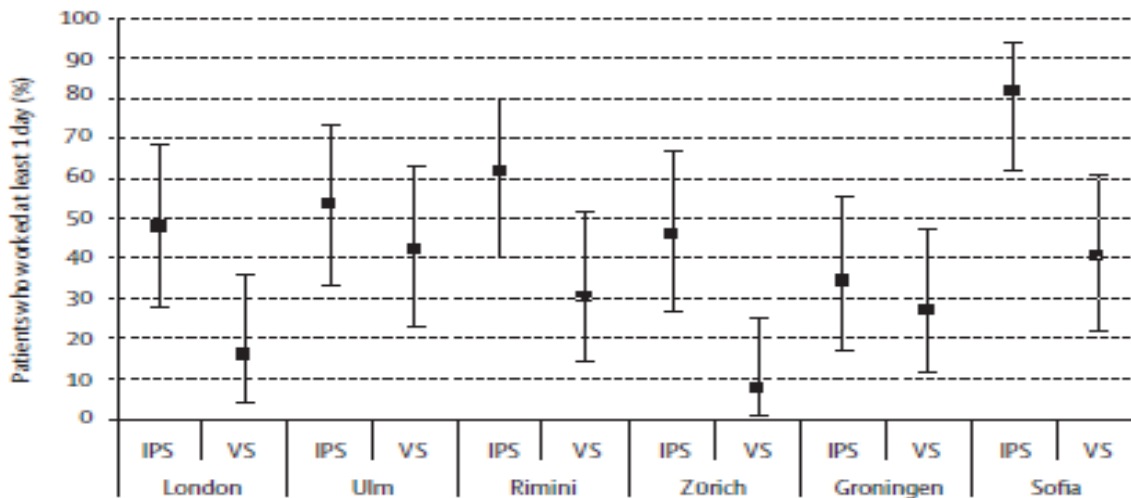
	IPS	n	Vocational service	n	Difference (95% CI)
Worked for at least 1 day	85 (55%)	156	43 (28%)	156	26.9% (16.4 to 37.4)
Number of hours worked*	428.8 (706.77)	143	119.1 (311.94)	138	308.7 (189.22 to 434.17)
Number of days employed*	130.3 (174.12)	154	30.5 (80.07)	152	99.8 (70.71 to 129.27)
Job tenure (days)*	213.6 (159.42)	83	108.4 (111.95)	39	104.9 (56.03 to 155.04)
Drop-out from service	20 (13%)	156	70 (45%)	156	-32.1% (-41.5 to -22.7)
Admission	28 (20%)	148	42 (31%)	141	-11.2% (-21.5 to -0.90)
Percentage of time spent in hospital*	4.6 (13.56)	148	8.9 (20.08)	141	-4.3 (-8.40 to -0.59)

Data are number (%) or mean (SD). \*Data for hours worked were not available for all patients, since not all patients completed follow-up interviews or were able to supply this information. Data for days employed were collected outside interview. Job tenure data were only calculated for the subgroup of patients who worked. Data for hospital use were missing for 23 patients. †Bootstrapped estimates of difference between means and bias corrected and accelerated 95% CIs presented.

Som det fremgår af figur 3. viste et gennemsnit af resultaterne på tværs af centrene, at 55 % af patienterne, som deltog i IPS-programmet, var i arbejde mindst en dag sammenlignet med 28 % i kontrolgruppen. Flere af deltagerne i IPS-programmet gennemførte interventionen uden frafald, og arbejdede flere timer og havde længere ansættelser sammenlignet med kontrolgruppen. Studiet er relevant i den forstand, at det påviser effekter i Europa uafhængig af de forskellige økonomier og arbejdsmarkeder, som varierer meget fra de Nordamerikanske forhold.

I modsætning til studierne fra USA havde socioøkonomiske variationer en betydning. Sofia (Bulgarien) og Rimini (Italien), var de to centre, der havde den største effekt og samtidig også den laveste arbejdsløshed (se figur 4). Forfatteren angiver at dette formentlig skyldes at job-coachen nemmere kunne finde ufaglærte jobs i f.eks. indkøbscentre og kantiner i disse opadgående lokale økonomier (Burns et al, 2007). Overordnede set var der bedre resultater i de lande, hvor økonomien voksede.

Figur 3. Effekter af IPS versus Standart behandling differentieret på lande i europæisk mulitsite studie. Outcome mål- minimum en dags arbejde. (Kilde: Burns et al, 2007)



IPS = Individual placement and support VS = Vocational service (Bedste alternative rehabiliteringsprogram som findes lokalt)

Social eksklusion hos den enkelte viste sig også at have en positiv effekt for at opnå job. Dette selvmodsigende resultat bliver forklaret med, at fundene var i lande med de laveste sociale ydelser, som både skabte den sociale eksklusion, men også gav økonomiske incitament for at arbejde på det ordinære arbejdsmarked. Forfatteren anfører, som en mulig forklaring, at *benefit traps* i forståelsen af at beskæftigelses- og socialpolitikken kan opfattes eller reelt være en økonomisk hindring for at komme i arbejde, f.eks. i form af tab af boligsikring eller socialhjælp, har en betydning for resultaterne (Burns et al, 2007). Resultaterne er dog ikke signifikante, men i lande med de største benefit traps som England og Holland, var rekrutteringen til projektet mere vanskeligt.

Et andet europæisk studie fra England (Howard et al, 2010), undersøger i et RCT forsøg effekter af IPS til personer med svær psykisk sygdom i London. I alt 219 personer blev henvist til projektet, hvoraf 109 personer modtog IPS interventionen. Programmet udviste overordnet god score på IPS fidelity skalaen. Dog mindre godt i forhold til organisering pga. vanskeligheder ved at integrere interventionen i behandlingen, fordi det var en ekstern aktør, som stod for selve implementeringen. På servicedimensionen var scoren begrænset i forhold til hurtig jobsøgning på det ordinære arbejdsmarked. Studiet viste ikke nogen signifikant forskel mellem interventions- og kontrolgruppen. Forfatteren anfører som mulig forklaring, at dette kan skyldes, at forsøgene var gennemført i et fattigt område med høj arbejdsløshed og lavt udbud af arbejde, hvilket kan have vanskeliggjort implementeringen. Der var flere IPS deltagere i arbejde i interventionsgruppen

sammenlignet med kontrolgruppen, 13% vs. 7%. Men resultaterne var ikke signifikante, og antallet af deltagere, der var i arbejde, var meget lav i begge arme sammenlignet med andre forsøg (Howard et al, 2010). Outcomemålene er mere ambitiøse end i de øvrige studier, hvor ordinær beskæftigelse er ligestillet med minimum en måneds ansættelse i modsætning til en dag i andre studier. Men der blev også undersøgt for en dags ansættelse, hvor tallene er 14% vs. 8% og ikke signifikante.

Det kan diskuteres, hvorvidt det engelske studiets udeblevne effekter skyldes, at studiet blev utilstrækkeligt gennemført i forhold til de andre omtalte studier. Ved nærlæsning synes interventionen, at være af høj kvalitet, hvor man i høj grad har forsøgt at reproducere de interventioner, som i praksis har givet gode resultater i USA. Selvom der er studier uden for USA, som har vist gode resultater f.eks. i Canada, Australien og Hong Kong (Latimer et al, 2006; Killackey et al, 2008; Wong et al, 2008), kunne de udeblevne effekter af forsøget, samt den begrænsede effekt i nogle af landene i det europæiske multisitestudie (Burns et al 2007) tyde på, at en succesfuld implementering af IPS kan være kontekstafhængig. Et aktuelt review finder desuden, at to ud af tre studier med den laveste effekt er foretaget uden for USA (Bond et al 2008). Howard et al. (2010) peger specielt på forskelle på arbejdsmarkedet mellem USA og Europa som årsag til de udeblevne effekter, hvor der lægges vægt på, at der i USA er langt større pres og økonomiske incitamenter hos den enkelte for at komme i arbejde, særligt for at sikre sig sundhedsforsikringer og pga. lave socialydelser. Derudover forklares den manglende effekt med det lave antal af ufaglærte jobs på det ordinære arbejdsmarked, samt den relative høje arbejdsløshed. Men dette kan næppe være hele forklaringen, da man i et studie fra USA opnåede signifikante forskelle i områder med høj arbejdsløshed (Cook et al, 2006). Andre studier viser dog, at den lokale arbejdsløshedsprocent kan være prædikator for, hvor mange personer med svær psykisk sygdom, der kommer i arbejde (Cook et al 2006; Burns et al, 2007).



## 5.0. Andre gevinster, begrænsninger og udviklingsmuligheder ved IPS

IPS er det rehabiliteringsprogram, som gennemsnitlig har det mindste frafald af alle tilgange (Bond et al, 2008). Men interventionen har kun en begrænset og usystematisk indflydelse på andre faktorer f.eks. symptomer, genindlæggelser og livskvalitet. Dog viser flere undersøgelser, at personer med svær psykisk sygdom, som kan fastholde et arbejde på det ordinære arbejdsmarked, får et bedre selvværd og bedre kan håndterer symptomer (Bond et al, 2001). Andre undersøgelser, der specifikt undersøger gevinster ud over arbejde, mener at kunne påvise en terapeutisk gevinst, forbedret funktionsniveau, bekæmpelse af fattigdom, øgning af livskvalitet, og en samfundsøkonomisk gevinst i forhold til færre udgifter til pension og andre offentlig ydelser, samt de overordnede udgifter til plejen (Cook et al, 2005). Derudover er det klart, at SE og IPS er relativ billig og omkostningseffektiv sammenlignet med andre typer af interventioner (Latimer et al, 2004). Der er ingen tegn på, at deltagelse i et Supported Employment program leder til øget stress, opblussen i symptomer eller andre negative følger hos den enkelte deltager med svær psykisk sygdom (Dixon et al, 2010).

På trods af generelle positive outcomes ved IPS, har tilgangen også sine begrænsninger. Op mod halvdelen af de personer, der udtrykker et ønske for at arbejde og som deltager i IPS, opnår ikke jobs på det ordinære arbejdsmarked på noget tidspunkt i opfølgingsperioden. Jobmulighederne er begrænset for personer med svær psykisk sygdom pga. manglende uddannelse og arbejdserfaring, og de fleste jobs som opnås gennem SE og IPS er ufaglærte og uspecialiserede uden krav til særlige kompetencer (Campbell, 2007). De fleste personer med svær psykisk sygdom, som modtager IPS arbejder deltid, hvilket er et tydeligt tegn på den begrænsning, som sygdommen medfører (Bond et al. 2008). Flere studier viser derudover, at den gennemsnitlige indkomst for personer, der har deltaget i et Supported Employment program, er beskedne. Et multisite studie fra USA viser, at den månedlige indtjening for personer, der modtog Supported Employment, var på 122\$, hvilket dog var signifikant højere end kontrolgruppen, som kun modtog 92\$ om måneden. Disse studier viser ligeledes, at indtjeningen er stærkt påvirket af, om andre sociale ydelser bliver påvirket, og om der derved er et økonomisk incitament for at arbejde flere timer (Drake et al, 2009).

To mindre longitudinelle undersøgelser viser, at der er en relativ lav jobfastholdelse for IPS-deltagerne, hvor kun halvdelen af personer med svær psykisk sygdom, der har deltaget i IPS, bliver fastansat på det ordinære arbejdsmarked over 50 % af tiden over en tiårs periode efter deltagelse i

IPS (Becker et al 2007; Salyers et al 2004). Over 50 % af de deltagere, som opnår arbejde på det ordinære arbejdsmarked oplever, at jobbet er utilfredsstillende (Campbell 2007). De fleste, der opnår arbejde, mister det igen inden seks måneder (Bond et al, 2008). Selv om der er tydelige fordele ved IPS sammenlignet med mere traditionelle tilgange, er generaliserbarheden i forhold til forskellige subgrupper ikke entydigt. Studier viser effekter hos personer, som er debuterende med skizofreni (Neuechterlein et al 2008), men når det kommer til andre diagnoser inden for området - svært psykisk syge - blive billedet mindre tydeligt og der mangler forskning, som differentierer i forhold til dette (Cambell 2009). Disse resultater giver derfor anledning til modelforbedring. Bond et al. (2008) anbefaler, at man i fremtiden bør overveje nye jobsøgningsstrategier, som i højere grad tager hensyn til den enkeltes præferencer, færdigheder og erfaringer. Andre foreslår kognitiv redimiering, social færdighedstræning og kognitiv terapi som modtræk til den manglende fastholdelse (McGurk et al, 2003; Dixon, 2010).

### **5.1. IPS og kognitiv remediering**

Personer med svær psykisk sygdom kan have svære forstyrrelser indenfor flere forskellige kognitive domæner, som f.eks. opmærksomhed, indlæring, hukommelse, overblik og planlægning, og disse kan have afgørende betydning for, hvordan den enkelte klarer sig i hverdagen og på arbejdsmarkedet (Se afsnit om prædiktorer). Kognitiv remediering er en betegnelse for en række interventioner, der hviler på adfærdsmæssig træning. Det overordnede mål er at styrke de kognitive funktioner med en forventning om, at dette fører til en varig bedring i funktionsniveauet. En aktuel metaanalyse som inddrager 40 studier med kognitiv remediering til personer med skizofreni konkluderer, at metoden giver en lille til moderat varig bedring af funktionsniveauet (Wykes et al, 2011). Der er flere studier der har opnået positive effekter af at supplere kognitiv remediering med forskellige beskæftigelsesindsatser (Wexler et al, 2005), men der findes aktuelt kun et enkelt randomiseret studie, hvor IPS + kognitiv remediering er sammenlignet med IPS alene (McGurk 2003). Resultaterne fra dette studie viser, at der var flere i arbejde, som tjente flere penge, og arbejde flere timer, blandt de personer som modtog IPS og kognitiv remediering, sammenlignet med dem der kun modtog IPS (McGurk 2003)

### **5.2. IPS og Social færdighedstræning**

Social færdighedstræning er træning i at mestre sociale situationer. Det er en målrettet, systematisk og pædagogisk metode til at udvikle, vedligeholde, forbedre og generalisere deltagernes sociale færdigheder. Metoden fokuserer på at forbedre kommunikative færdigheder, evner til

konfliktløsning, medansvar i den medicinske behandling, mestring af symptomer, samt identificering af tidlige tegn på psykose (Fohlmann, 2009). Der er udviklet varianter af metoden, hvis overordnede fokus er inklusion og fastholdelse på arbejdsmarkedet (Wallace et al, 2005). To RCT forsøg sammenligner social færdighedstræning med IPS. I begge forsøg er IPS overlegen i forhold til deltagelse på det ordinære arbejdsmarked (Drake et al, 1996; Lehman et al, 2002). Men socialfærdighedstræning har vist gode resultater, når det gives i kombination med IPS. Et RCT forsøg fra Hong Kong sammenligner IPS + Social færdighedstræning med IPS og Pre-vocational training. Godt 79% af deltagerne, der modtog IPS + Social færdighedstræning, var i arbejde på et tidspunkt i opfølgingsperioden, i modsætning til 54% blandt IPS deltagerne og 7% blandt deltagerne der fik PVT (Tsang et al, 2008; Tsang et al, 2010).

### **5.3. Behandlingsindsatser der fremmer et liv med arbejde og uddannelse**

Selv om den nutidige psykiatriske behandling lykkedes med at reducere symptomer og forbedre funktionsniveauet, gennem medicinske, terapeutiske, og opsøgende behandlingsindsatser (Frey et al, 2008), har forskningen ikke umiddelbart kunne påvise nogen effekter i forhold til inklusion på det ordinære arbejdsmarked, uden at der har været tilføjet specifikke tilbud, som har fokus på arbejdsmarkedet (Bond et al, 2008). Da anden generation af den antipsykotiske medicin blev introduceret, var der stor tiltro til, at dette vil føre til bedre outcome i forhold til arbejde på det ordinære arbejdsmarked. Forskning har ikke kunnet bekræfte denne hypotese, hvor et stort aktuelt RCT forsøg ikke kunne finde forskel i arbejde, blandt personer med skizofreni der fik henholdsvis første og anden generations antipsykotisk medicin (Resnick et al, 2008). Dette er ikke enslydende med, at medicinske, terapeutiske, og opsøgende behandlingsindsatser er ubetydelig i forhold til at opnå tilknytning til arbejdsmarkedet, da mange undersøgelser peger på, at den beskæftigelsesindsatser bør være en integreret del af den psykiatriske evidensbaserede behandling for at opnå effekter (Drake et al, 2008). Et evidensbaseret behandlingstilbud til personer med svær psykisk sygdom vil typisk indeholde en tidlig opsøgende behandling med tilknytning til en kontaktperson, som tilbyder psykoekation, social støtte, kognitiv behandling, inddragelse af pårørende, samt tilknytning til læge som følger og faciliterer den medicinske behandling (Bertelsen et al, 2008). Denne behandlingstilgang tilbydes i Danmark gennem behandlingstilbuddet OPUS. Tilstedeværelsen af relevant evidensbaseret psykiatrisk behandling anses i dag for en af de mest afgørende faktorer for, at IPS interventionen kan lykkes for personer med svær psykisk sygdom (Drake et al, 2008). Undersøgelser tyder derudover på, at specielt kognitiv terapi har en positiv

effekt i forhold til inklusion på arbejdsmarkedet, når den gives sammen med et arbejdsrettet rehabiliteringsprogram (Lysaker et al, 2009).

## **6.0. Prognosen for målgruppen – recovery og arbejde**

På trods af en væsentlig forbedring i den psykiatriske behandling i Danmark over de seneste årtier, er arbejdsløsheden fortsat relativ høj blandt målgruppen. Forløbet af de forskellige sygdomme indenfor kategorien svært psykisk syge varierer meget både mellem de enkelte sygdomsgrupper og internt i samme gruppe. Personer med samme diagnose kan have meget forskellige sygdomsforløb. Som gruppe har personer med akutte og forbigående psykoser bedre forløb end personer med skizofreni, men på trods af det vil de fleste patienter med skizofreni komme til at klare sig i egen bolig uden eller med enkelte kortvarige hospitalsindlæggelser. Opfølgingsundersøgelser tyder på, at recoveryprognosen ved længerevarende psykoser i det skizofrene spektrum kan illustreres med følgende fordelinger:

- 20 % klarer sig i egen bolig, går på arbejde, har ikke symptomer og klarer sig uden hospitalsindlæggelser.
- 35 % har ikke psykose symptomer, men kan have problemer enten med negative symptomer, lavt socialt funktionsniveau eller med ikke at kunne klare et arbejde.
- 30 % har psykosesymptomer, men klarer sig uden at være langvarigt indlagt eller på institution.
- 15 % har vedvarende behov for enten hospitalsindlæggelser eller ophold på institution, hvor der er god personaledekning. (Nordentoft et al, 2009)

I nogle europæiske områder ser man arbejdsløshed på helt op til 90 % blandt personer med svær psykisk sygdom (Thornicroft et al, 2004; MarWaha et al, 2007). Et studie af Thornicroft et al, (2004) som inkluderer 5 europæiske storbyer (Amsterdam, København, London, Santander og Verona) viser, at der i gennemsnit kun var 17 % i arbejde, af 404 undersøgte individer med en diagnose indenfor F.20 – 25 (Psykoselidelserne), og med en alder mellem 18–65 år. I København (N=52), var det kun 15 %, der enten var i arbejde eller uddannelse (Thornicroft et al, 2004), dog gør den relativt lille population tallene meget usikre. Et andet 2-års kohortestudie i England, Frankrig og Tyskland (N= 1208) viser, at der blandt gruppen af personer med skizofreni i alderen 18-64 år i gennemsnit var 21 % i arbejde, og kun 9 % som var i arbejde uden supplerende velfærdsydelse (Marwaha et al, 2007).

For unge mellem 18 og 35 år, med debuterende psykose og som modtager den intensive opsøgende behandlingsindsats OPUS i Danmark, ser tallene mindre dystre ud. En 5 års opfølgning af OPUS behandlingen viser, at 42 % ikke havde psykosesymptomer de sidste to år. Ca. 17 % opnåede fuld recovery, hvilket vil sige, at de var i arbejde, havde en selvstændig bolig, ingen symptomer og indlæggelser. Godt 30 % er i arbejde, uddannelse eller i revalidering ved 5 års opfølgningen (N=547) (Albert et al, 2010).

Selv om resultaterne af de forskellige undersøgelser er varierende kan det udledes, at personer med svær psykisk sygdom har store vanskeligheder ved at opnå og fastholde arbejde eller uddannelse. Men det er samtidig også et udtryk for, at det ikke er umuligt, hvilket gennemgangen af effekter af IPS er et tydeligt bevis på.

## **7.0. Prædiktorer for arbejde blandt personer med svær psykisk sygdom**

Svær psykisk sygdom, herunder skizofreni, psykose og psykoselignende sygdomme, involverer et komplekst sæt af biologiske, psykologiske og sociokulturelle faktorer, som interagerer og underminerer funktionsniveauet hos den enkelte, der bærer sygdommen, hvor op mod to tredjedele har vanskeligt ved at opnå eller vedligeholde grundlæggende sociale funktioner som arbejde og netværk (Kurzban et al, 2010). Det er vanskeligt at fremhæve få præcise og udtømmende prædiktorer for svært psykisk syges muligheder for tilknytning til arbejdsmarkedet, men der er foretaget mange reviews over emnet. De følgende to afsnit vil danne et overblik over de prædiktorer, som er stærkest i forhold til målgruppens tilknytning til arbejdsmarkedet.

### **7.1. Særlige personlige karakteristikas betydning for arbejde**

#### Arbejdshistorik og uddannelse

Litteraturen vedrørende arbejdsrehabilitering har konsekvent vist, at begrænset arbejdserfaring er en robust prædiktor for arbejdsløshed blandt personer med svær psykisk sygdom (Cambell 2007; Catty et al 2008; Cook et al 2008; Honkonen et al 2007). Dette viser sig også gældende hos personer som modtager SE og IPS, men på trods af dette er interventionen fortsat mere effektiv end traditionelle tilgange - selv for personer med minimal arbejdserfaring (Campbell et al, 2011). Uddannelsesniveaueet synes også at udgøre en betydelig faktor for arbejde, hvor et aktuelt review

finder fem større studier, som viser en positiv sammenhæng mellem uddannelse og arbejde (Bond et al, 2008).

### Demografiske faktorer

Meget tyder på at køn og alder har en betydning for arbejde blandt personer med svær psykisk sygdom. Et studie af IPS viser, at kvinder og unge deltagere havde bedre outcomes (Cook et al, 2008). Og erfaringer fra OPUS behandlingen i Danmark viser, at mænd havde en signifikant højere tendens til arbejdsløshed (Thorup et al, 2007). En metaanalyse af fire randomiserede forsøg af Supported Employment viser dog at interventionen skaber signifikante positive resultater uafhængig af alder, køn og etnicitet (Campbell et al, 2011).

### Misbrug

Tilstedeværelsen af misbrug anses blandt praktikere for at være en barriere i forhold til arbejde og uddannelse hos personer med svær psykisk sygdom. Misbrug er derfor også et udbredt eksklusions kriterier til forskellige rehabiliteringsprogrammer. Selvom det er indlysende, at et svært misbrug påvirker evnen til at arbejde, er betydningen ikke entydigt, da mange studier ikke finder nogen sammenhæng mellem misbrug og tilknytning til arbejdsmarkedet (Campbell, 2007). Et review, som inkluderede fem studier, fandt ingen sammenhæng mellem misbrug og tilknytning til det ordinære arbejdsmarked, hverken blandt personer, der modtog traditionel behandling, dobbeltdiagnose behandling eller Supported Employment (Sengupta et al, 1998). Et andet studie finder i et 10-års opfølgingsstudie af dobbeltdiagnosebehandling, hvor 41 % var i arbejde, at et aktuelt misbrug ikke umiddelbar havde nogen betydning for chancen for at komme i arbejde (Drake et al, 2006). Dog viser et tredje studie, at misbrug er associeret med fravær af arbejde eller studieaktivitet, blandt personer som er nydebuterende med psykose (Dickerson et al, 2007). Sværhedsgraden af misbruget er ikke tydeliggjort i ovennævnte studier, hvilket kan være en forklaring på, at misbruget ikke havde en betydning i forhold til tilknytning til arbejdsmarkedet. Resultaterne skal dermed ikke ses som et udtryk for, at misbrug ikke har nogen betydning, men at det godt kan lade sig gøre at arbejde, selv om man har et misbrug, og at personer med dobbeltdiagnose også bør tilbydes støtte i forhold til dette, hvis motivationen er til stede.

## Kliniske faktorer

Mange studier viser, at symptomniveauet har indflydelse på tilknytningen til arbejdsmarkedet (Razzano et al, 2005; Salkever et al, 2007; Drake et al, 2008). Et review fremhæver specielt negative symptomer, som kan give sig til udtryk med initiativløshed, reduceret energi, manglende lyst til at deltage i sociale sammenhænge, tendens til at synke ind i sig selv, isolation og afblegede følelser (Michon et al, 2005). Et andet review beskriver tre studier, som påviser en tydelig sammenhæng mellem tidligere hospitalsindlæggelser og deltagelse på det ordinære arbejdsmarked. Samme review finder sammenhæng mellem graden af symptomer og tilknytning til arbejdsmarkedet i seks studier (Bond et al, 2008). Flere reviews konkluderer, at det sociale funktionsniveau er afgørende for arbejdsmæssig outcome (Cook et al, 2000; Tsang et al, 2000; Michon et al 2005), hvor andre henviser til neurocognitive dysfunktioner, forstået som begrænsninger i almindelige mentale processer, f.eks. opmærksomhed, indlæring, hukommelse, overblik og planlægning, som væsentlige prædiktorer for arbejde, herunder det ugentlige timeantal, samt evnen til at udføre komplekse og flersidede arbejdsopgaver (Christensen et al, 2007; Drake et al 2008; McGurk et al, 2004).

Kun få studier rapporterer, at fysiske helbredsproblemer er årsagen til arbejdsløshed blandt målgruppen, men litteraturen er fyldt med studier, som viser forøgede fysiske sygdomme blandt målgruppen (Drake, 2008). Alvorlig psykisk sygdom kan i sig selv være årsag til reduceret fysisk aktivitet, og samtidig er den medikamentelle behandling forbundet med bivirkninger som f.eks. vægtøgning, der kan påvirke det fysiske helbred. Det fysiske aspekt er i høj grad blevet negligeret i litteraturen vedrørende psykisk sygdom og arbejdsrehabilitering med undtagelse af to studier, som finder en begrænset tilknytning til arbejdsmarkedet blandt de personer, som havde et tillæg af somatiske diagnoser (Bond et al, 2008).

Det kan således konkluderes at de sygdomsrelaterede barrierer i forhold til at opnå tilknytning til arbejdsmarkedet for målgruppen er mangesidet, og kan inkludere faktorer som kognitive forstyrrelser, psykotiske og negative symptomer, fysiske implikationer og misbrug, som alle kan påvirke funktionsniveauet og muligheden for at arbejde (Drake et al, 2008).

## 7.2. Sociokulturelle faktorerers betydning for arbejde

### Arbejdsløshedsprocenten

Mange studier påviser, at den lokale arbejdsløshedsprocent kan være prædiktorer for, hvor mange personer med svær psykisk sygdom, som kommer i arbejde (Cook et al 2006; Bond et al, 2008). Men på trods af dette har IPS studier alligevel præsteret signifikante positive resultater i områder med høj arbejdsløshed (Cook et al, 2006).

### Social og beskæftigelsespolitikken

Andre faktorer, som kan have betydning for tilknytningen til arbejdsmarkedet, er utilstrækkelige rehabiliteringsprogrammer eller eksklusion og manglende mulighed for deltagelse (Drake et al, 2008). Derudover peges der specielt på *benefit traps*, som en hindring for arbejde, i forståelsen af, at beskæftigelses- og socialpolitikken kan opfattes som en økonomisk hindring for at komme i arbejde, f.eks. i form af tab af boligsikring eller socialhjælp (Burns et al, 2007). Det anbefales derfor, at IPS deltagere får rådgivning i, hvordan arbejde kommer til at have indflydelse på øvrige ydelser (Bond 2004).

### Stigmatisering

Samfundets holdninger og fordomme overfor skizofreni og specielt arbejdsgivers holdninger antages af mange for at være en barriere for arbejde blandt psykisk syge (Tsang et al, 2007, Burns et al, 2007). Personer med en svær psykisk sygdom oplever i høj grad at være diskriminerede eller forventer at blive det. De anses ofte for at være uforudsigelige eller farlige, hvilket fører til, at der er begrænset opbakning blandt arbejdsgivere og kollegaer (Vendsborg et al, 2011). I en canadisk spørgeskemaundersøgelse fandt man, at omkring fire femtedele af personer med psykisk sygdom oplevede sig stigmatiserede i sociale sammenhænge og i forhold til arbejdslivet (Arbolela-Flórez 2008). Derudover oplever personer med svær psykisk sygdom stor arbejdsløshed, hvilket både må ses, som et udtryk for den begrænsning svær psykisk sygdom har for arbejdsevnen, men også som et udtryk for diskrimination, idet tallene er betydelige højere end de er for handicaps, hvor funktionsniveauet ligeledes er nedsat (Crowther et al, 2010).



## 8.0. Andvendelse af prædiktorer i beskæftigelsesindsatsen

Et af hovedprincipperne ved IPS tilgangen er, at der ikke er nogen eksklusionskriterier, og at alle, som ønsker et job, kan deltage uafhængig af symptomer, arbejdshistorik eller andre faktorer, der kan anses som barrierer i forhold til deltagelse på det ordinære arbejdsmarked. Mange kritikere af IPS argumenterer for, at personer med svære psykiske diagnoser ikke er klar til at indtræde på arbejdsmarkedet, og derfor har behov for en periode med optræning i beskyttede omgivelser (Roberts et al 2007; Campbell et al, 2011). Selv om IPS har vist sig overlegen i forhold til at få målgruppen tilbage på det ordinære arbejdsmarked, med vægt på hurtig jobsøgning, argumenteres der for at den enkeltes job parathed underkendes i denne proces (Roberts et al, 2007). Ifølge Roberts et al. (2007) synes der, at være evidens for at jobparathed er en væsentlig faktor i forhold til at opnå fastholdelse på arbejdsmarkedet. Roberts et al. har gennemgået ni RCT studier af SE, og påviser at graden af screeningkriterier påvirker sandsynligheden for jobfastholdelse. De screeningkriterier, der anvendes i disse studier, er bl.a. motivation, kognitive deficits, tilknytning til psykiatrisk behandling, misbrug, mødestabilitet og netværk (Roberts et al, 2007).

På trods af ovenstående resultater er der opnået gode resultater i studier, hvor der ikke er foretaget nogen screening. En aktuel metaanalyse som analyserer fire high-fidelity IPS RCT studier, (Drake et al, 1996; Drake et al, 1999; Mueser et al, 2004; Bond et al, 2007), hvor man ikke differentierede i forhold til, hvem der kunne deltage, påviste effekter uafhængig af arbejdshistorik, alder, køn, race, uddannelsesniveau, civilstatus, sociale ydelser, bolig, symptomer, tidligere hospitalsindlæggelser og misbrug (Campbell et al, 2011). Men dette er ikke ensbetydende med, at de tidligere nævnte prædiktorer ikke har nogen betydning, men en konstatering af, at IPS producerer bedre outcome i forhold til deltagelse på det ordinære arbejdsmarked end alternative rehabiliteringsprogrammer uafhængig af baggrund, demografi, symptomer og arbejdshistorik.

## 9.0. Self-efficacy Motivation og Empowerment

Spørgeskemaundersøgelser viser, at arbejde på det ordinære arbejdsmarked er et stort ønske for mange med svær psykisk sygdom og anses for det vigtigste led i recovery processen (Bond 2004). Men ikke alle med svær psykisk sygdom er motiveret for arbejde, og kan fremstå umotiveret af forskellige årsager (Mueser et al, 2001). Fire studier identificerer self-efficacy, altså en persons selvværd i forhold til egne kompetencer, som de væsentligste prædiktorer for arbejde, hvilket må anses som væsentligt i forhold til den enkeltes motivation (Bond et al, 2008; Michon 2005). Undersøgelser peger derudover på, at både behandlere og beskæftigelsesindsatser har stor betydning for motivationen, og at der i mange tilfælde mangler opbakning til deltagelse på det ordinære arbejdsmarked (West et al, 2005). Personer med svær psykisk sygdom kan opleve, at behandlingen i sig selv kan være demoraliserende, når fokus retter sig mod deficits og funktionsnedsættelser, og derfor er det essentielt, at der arbejdes ud fra recoveryprincipper i forhold til at styrke motivationen til arbejde (Rapp og Goscha 2006). Behandlere har et stort ansvar, og der kan typisk være skepsis i forhold til at støtte eller motivere på grund af frygt for nederlag, og at den øgede stressbelastning kan betyde forværring af symptomer og sygdomsforløb. Ingen undersøgelser peger dog på, at dette er tilfældet (Dixon et al, 2010). Derudover kan negative symptomer, som bl.a. fravær af energi og initiativ, være årsag til manglende motivation til at arbejde (Mueser og McGurk 2004). Negative symptomer kan igen blive forværret af den medicin, som anvendes til at lindre de psykotiske symptomer, og være med til at begrænse motivationen for at arbejde (Drake et al, 2008). Den mest oplagte tilgang i forhold til at styrke den enkeltes motivation, er at facilitere en grundlæggende ændring i filosofien, miljøet, normerne og forventningerne i behandlingen og beskæftigelsesindsatserne, hen imod at fremhæve håb, brugerinddragelse og fælles beslutninger (Deegan et al, 2007). Opsøgende behandling er en tilgang, som kan motivere den enkelte til deltagelse, hvor *Motivational interviewing* er en anden tilgang, som kan styrke motivationen, og har vist sig brugbar i forhold til at identificere og forfølge mål (Larson et al, 2007). Derudover er rådgivning i forhold til sociale ydelser vigtig, så det er klart, hvad de økonomiske fordele eller konsekvenser er ved at søge arbejde. Sidst må hjælp til selvhjælp eller empowerment rettede tilgange, anses som grundlæggende i forhold til at styrke håbet og motivationen til at foretage valg, der retter sig mod arbejdsmarkedet (Barber et al 2007). Men det er vigtigt at understrege, at der i et sygdomsforløb kan være perioder, hvor symptomer kan være så invaliderende, at fokus på arbejdsmarkedet vil være kontradikterende.

## 12.0. Perspektivering

### Hovedfund

Nærværende review har gennemgået forskningslitteraturen vedrørende beskæftigelsesindsatser til personer med svær psykisk sygdom. Resultaterne af dette viser, at RCT forsøg konsekvent har demonstreret positive effekter af Supported Employment og IPS i forhold til deltagelse på det ordinære arbejdsmarked, herunder timeantal og løn, sammenlignet med andre typer af interventioner. I de fleste studier, er der blandt de personer, der modtager IPS og psykiatrisk behandling, ca. 60 % eller flere, som på et tidspunkt i opfølgingsperioden er i arbejde. Der er ingen tegn på, at deltagelse i et IPS program leder til øget stress, oplussen i symptomer eller andre negative følger hos den enkelte deltager. Der er tydelig evidens for, at den største effekt opnås ved IPS modeltrofasthed. Effekten i forhold til arbejde er derudover størst, når IPS er integreret i den psykiatriske behandling, selv om dette ikke giver bedre outcomes på andre parametre.

Selv om Supported Employment viser god effekt, sammenlignet med andre tilgange, er det fortsat uklart, hvor god effekten er, i forhold til jobfastholdelse og selvforsørgelse i et længere tidsperspektiv. Der er derfor stigende interesse for, at styrke effekten ved at tilføje andre interventioner som kognitiv redimentation, social færdigheds træning og kognitiv terapi. Det samlede billede for alle metaundersøgelser og reviews på området er, at der er god evidens for, at IPS er mere effektiv end arbejdsafprøvning og træning i forhold til at hjælpe personer med svær psykisk sygdom tilbage på det ordinære arbejdsmarked.

### Implementering af IPS i Danmark

I Danmark og de andre nordiske lande foreligger der kun begrænset forskningslitteratur vedrørende beskæftigelsesindsatser til målgruppen. Disse består typisk af projektevalueringer og best case-beskrivelser, som ikke evaluerer effekten af tilbuddene med kontrolgrupper. Undersøgelserne er meget små og lever ikke op til de forskningsmæssige krav, i forhold til at kunne sige noget om effekter (Spejelvik, 2011). Der mangler derfor forskning, som kan kvalificere beskæftigelsesindsatsen til svært psykisk syge i Danmark, og det oplagte næste skridt vil være at afprøve IPS interventionen i dansk kontekst. Mange europæiske kritikere af IPS er skeptiske overfor, hvorvidt IPS-effekter kan overføres til arbejdsmarkedet, velfærdssystemer og økonomier, som varierer meget fra det amerikanske. Først og fremmest er der i USA et større udbud af

lavtlønnede og ufaglærte jobs, som ikke kræver særlige kompetencer sammenlignet med Danmark. Det er typisk denne type jobs, som IPS-konsulenten henviser til, og som har været grundlaget for effekterne i de amerikanske studier. Derudover er der i Danmark et mere generøst velfærdssystem, sammenlignet med de studier som viser de bedste resultater, hvilket nogen antager som en væsentlig faktor i forhold til effekter af IPS (Burns et al, 2007). Der er således flere argumenter for, at implementering af IPS kan være udfordrende i en dansk kontekst. Men de internationale effekter af interventionen er så tydelige, at en yderligere specialisering af indsatsen må antages at give en vis effekt i Danmark, hvis den er af tilstrækkelig høj kvalitet. Derudover må man forvente, at en implementering af IPS indsatsen vil føre til et styrket samarbejde mellem psykiatrien og beskæftigelsesindsatsen, og dermed eliminere mange af de barrierer, som svært psykisk syge i dag oplever i jobcentrene.

## 13.0. Litteratur

Albert N, Bertelsen M, Thorup A, Petersen Lone, Jeppesen, Quack, PL, Krarup G, Jørgensen P, Nordentoft M. Predictors of recovery from psychosis. Analyses of clinical and social factors associated with recovery among patients with first-episode psychosis after 5 years. *Schizophrenia Research* 125 2011; 257-266.

Arboleda-Flórez J. The rights of a powerless legion. I: Arboleda-Flórez J, Satorius N, red. *Understanding the stigma of mental illness*. Chichester: Wiley. 2008; 1-17.

Barber JA, Rosenheck RA, Armstrong M, Resnick SG. Monitoring the dissemination of peer support in the VA Healthcare System. 2007.

Becker DR, Bond RR. Supported employment implementation resource kit. Rockville, MD: Center for mental health services, substance abuse and mental health services administrations. 2002.

Becker D, Whitley R, Bailey EL, Drake RE. Long-term employment trajectories among participants with severe mental illness in supported employment. *Psychiatric services* 2007.

Becker DR, Smith J, Tanzman B, Drake RE og Tremblay T. Fidelity of supported employment programs and employment outcomes. *Psychiatric services*. 2001.

Becker DR og Drake RE. *A working life for people with server mental illness*. New York. Oxford Press. 2003.

Bertelsen M, Jeppesen P, Petersen L, Thorup A, Øhlenschläger J, Quach PL, Christensen TØ, Krarup G, Jørgensen P, Nordentoft M. Five-Year Follow-up of a Randomized Multicenter Trial of Intensive Early Intervention vs Standard Treatment for Patients With a First Episode of Psychotic Illness - The OPUS Trial *Arch Gen Psychiatry*/Vol 65 (NO. 7), July 2008.

Bond GR, Vocational Rehabilitation. In: Liberman RP, editor. *Handbook of psychiatric rehabilitation*. New Yourl: Macmillan: 244-275. 1992.

Bond GR. Becker DR, Drake RE, Vogler KM. A fidelity scale for the individual placement and support model of supported employment. *Rehabilitation Counseling Bulletin*. 1997.

Bond GR, Dietzen LL, McGrew JH, & Miller LD. Accelerating entry into supported employment for persons with severe psychiatric disabilities. *Rehabilitation Psychology* 1995;40, 91-111.

Bond GR, Becker DR, Drake RE, Rapp CA, Meisler N, Lehman AF, et al. Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatric Services* 2001; 52, 313–322.

Bond Gary R. Supported Employment: evidence for an Evidence-Based Practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2004; Volume 27 number 4.

Bond GR, Salyers MP, Dincin J, Drake RE, Becker DR, Fraser VV, et al. A randomized controlled trial comparing two vocational models for persons with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2007; 75,968-982.

Bond GR, Drake RE, Becker DR. An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatr Rehabil J* 2008; 31:280-290.

Bond GR, Drake RE. Predictors of competitive employment among patients with schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry*. 2008.

Burns T, Catty J, Becker T, et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomized controlled trial. *Lancet* 2007; 370:1146-1152

Burns T, Catty J, White S, et al. 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.

Campbell K. Consumer predictors of competitive employment outcomes in supported employment. Indianapolis: Indiana University-Purdue University; 2007.

Campbell K, Bond RG, Drake RE. Who Benefits from supported employment: A Meta-analytic study. *Schizophrenia Bulltin*. 2011.

Catty J, Lissouba P, White S, et al. Predictors of employment for people with severe mental illness: results of an international six-center RCT. *Br J Psychiatry* 2008; 192:224-231.

Christensen TØ. The influence of neurocognitive dysfunctions on work capacity in schizophrenia: a systematic review of the literature. *International Journal of Psychiatry in clinical Practice* 2007; 11(2):89-101.

Cook J, Razzano L. Vocational rehabilitation for persons with schizophrenia: recent research and implications for practice. *Schizophr Bull* 2000.

Cook JA, Lehman AF, Drake R, et al.: Integration of psychiatric and vocational services: a multisite randomized, controlled trial of supported employment. *Am J Psychiatry* 2005; 162:1948–1956.

Cook JA, Leff HS, Blyler CR, Gold PB, Goldberg RW, Mueser KT, Toprac MG, McFarlane WR, Shafer MS, Blankertz LE, Dudek K, Razzano LA, Grey DD, Burke-Miller J. Results of a multisite randomized trial of supported employment interventions for individuals with severe mental illness. *Arch Gen Psychiatry* 2005; May; 62(5):505-12

Cook J, Mulkern V, Greya D, Millera J, Blyler C, Razzano L, et al. Effects of local unemployment rate on vocational outcomes in a randomized trial of supported employment for individuals with psychiatric disabilities. *J Vocat Rehabil* 2006; 25: 71-84.

Cook JA, Blyler CR, Leff HS, et al, The employment Intervention Demonstration Program. *Psychiatr Rehabil J* 2008; 31:291-295.

Crowther RE, Marshall M, Bond GR, Huxley P. Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. *Br Med J* 2001; 322:204-208

Crowther R, Marshall M, Bond GR, Huxley P. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness (Review). *The Cochrane Collaboration*. 2010

Deegan PE. The lived experience of using psychiatric medication in the recovery process and a shared decision-making program to support it. *Psychiatric Rehabilitation Journal*; 2007, 31, 62–69.

Dickerson FB, Stallings C, Origin A, et al. The association between substance use disorder and vocational function among persons with persons with severe mental illness. *Psychiatr Rehabil J* 2007; 195:566-571.

Dixon LB, Dickerson F, Bellack A, Bennett M, Dickinson D, Goldberg RW, Lehman A, Tenhula WN, Calmes C, Pasillas RM, Peer J, Kreyenbuhl J. The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summery Statements. *Schizophrenia Buultin Vo* 36 no. 1 48-70. 2010.

Drake et al. The New Hampshire study of supported employment for people with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996; 64:391–399.

Drake, R. E., McHugo, G. J., Bebout, R. R., Becker, D. R., Harris, M., Bond, G. R., et al. A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental illness. *Archives of General Psychiatry* 1999; 56, 627-633.

Drake RE, Bond GR. The future of supported employment for people with severe mental illness. *Psychiatric rehabilitation journal*. 2008.

Drake RE, McHugo GJ, Xie H, et al. Ten-year recovery outcomes for clients with co-occurring schizophrenia and substance use disorders. *Schizophr Bull* 2006; 32:464-473.

Drake RE, Skinner JS, Bond GR, Goldman HH. Social security and mental illness: Reducing disability with supported employment. *Health Aff.* 2009

Fohlmann AH. Social færdighedstræning I Nordentoft M, Melau M, Iversen T og Kjær S. Psykose for unge. Symptomer behandling og fremtid. *Psykiatrifondens forlag*. 2009.

Frey W, Azin S, Goldman HH, et al. The mental health treatment study. *Psychiatr Rehabil J*. 2008; 31:306-312..

Gervy R, & Bedell JR. Supported employment in vocational rehabilitation. In JR. Bedell (Ed.), *Psychological assessment and treatment of persons with severe mental disorders*. (pp. 151-175). Washington, DC: Taylor & Francis. 1994.

Gold PB, Meisler N, Santos AB, Carnemolta MA, Williams OH, & Kelleher J. Randomized trial of supported employment integrated with assertive community treatment for rural adults with severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin* 2006; 32,378-395.

Honkonen T, Stengård E, Virtanen M, Salokangas RK. Employment predictors for discharged schizophrenia patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42:372-380.

Howard Louise M, Heslin Margaret, Leese Morven, McCrone Paul, Rice Christopher, Jarrett Manuela, Spokes Terry, Huxley Peter and Thornicroft Graham. Supported employment: randomized controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* 2010.

Killackey E, Jackson HJ, & McGorry PD. Results of the first Australian randomized controlled trial of Individual Placement and Support in first episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin* 2007;33, 593.

Kin Wong K, Chiu R, Thang B, Mark D, Liu j, Chiu SN. A Randomized controlled trial of supported employment program for persons with long-term mental illness in Hong Kong. *Psychiatr Serv.* 2008;59:84-90.

Kurzban, S, Davis L, Brekke JS. Vocational, Social, and Cognitive Rehabilitation for Individuals Diagnosed With Schizophrenia: A review of recent Research and Trends. *Curr Psychiatry Rep.* 2010.

Larson JE, Barr LK, Corrigan PW, Kuwabara S, Boyle MG og Glenn TL. Perspectives on benefits and costs of work from individuals with psychiatric disabilities. *Journal of vocational rehabilitation* 2007; 26 71-77.

Latimer E, Bush P, Becker DR, Drake RE og Bond GR. How much does supported employment for the severely mentally ill cost? An exploratory survey of high-fidelity programs. *Psychiatric Services.* 2004.

Latimer E, Lecomte T, Becker D, Drake R, Duelos I, Piat M, et al. Generalisability of the individual placement and support model of supported employment: Results of a Canadian randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 2006;189,65-73.

Lehman AF, Goldberg R, Dixon LB, et al: Improving employment outcomes for persons with severe mental illnesses. *Archives of General Psychiatry* 2002; 59:165–172.

Lysaker PH, Bond G, Davis LW, Bryson GJ, Bell MD. Enhanced cognitive-behavioral therapy for vocational rehabilitation in schizophrenia: effects on hope and work. *J Rehabil Res Dev.* 2005;42:673–682.

Lysaker PH, Davis LW, Bryson GJ et al. Effects of cognitive behavioral therapy on work outcomes in vocational rehabilitation for participants with schizophrenia spectrum disorders VA Medical Center, Indiana University School of Medicine, United States VA Connecticut Health Care, Yale University School of Medicine, United States Schizophrenia Research 107 2009;186–191.

Marwaha S, Johnson S, Bebbington P, Stafford M, Angermeyer MC, Brugha T et al. Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany. *Br J Psychiatry* 2007;191: 30-7.

McFarlane WR, Dushay RA, Deakins SM, Stastny P, Lukens EP, et al. Employment outcomes in Family-aided Assertive Community Treatment. *American Journal of Orthopsychiatry* 2000; 70, 203-214.

Michon HW, Van Weeghel J, Kroon H, Schene AH. Person-related predictors of employment outcomes after participation in psychiatric vocational rehabilitation programmes: a systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005.



- Mueser KT, Salyers MP og Mueser PR. A prospective analysis of work in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 2001.
- Mueser KT, Clark RE, Haines M, Drake RE, McHugo GJ, Bond GR, et al. The Hartford study of supported employment for persons with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2004; 72,479-490.
- Mueser KT og McGurk SR. Schizophrenia. *The Lancet*, 363, 2063-2072. 2004.
- Mueser KT, Alto S, Becker DR, et al. The effectiveness of social skills training for improving outcomes in supported employment. *Psychiatr serv*. 2005; 56: 1254-1260.
- McGurk SR og Mueser KT. Cognitive functioning, symptoms, and work in supported employment: a review and heuristic model. *Schizophrenia research* 2004; 70 147-173.
- McGurk SR, Mueser KT, Pascaris A. Cognitive training and supported employment for persons with severe mental illness: one-year results from a randomized controlled trial. *Schizophr Bull*. 2005; 31(4):898-909.
- McGurk SR, Mueser KT, Feldman K, Wolfe R, Pascaris A. Cognitive training for supported employment: 2-3 year outcomes of a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 2007;164(3):437-41
- Nordentoft M. Skizofreni og Psykose – Symptomer, forløb og prognose. I Nordentoft M, Melau M, Iversen T og Kjær S. *Psykose for unge. Symptomer behandling og fremtid*. Psykiatrifondens forlag. 2009.
- Nuechterlein KH, Subotnik KL, Turner LR, Ventura J, Becker DR, Drake RE. Individual placement and support for individuals with recent-onset schizophrenia: Integrating supported education and supported employment. *Psychiatr Rehabil J*.2008.
- Rapp C, Goscha R. *Strengths case management*. New York: Oxford Press. 2006.
- Razzano LA, Cook JA, Burke-Miller JK, Mueser KT, Pickett-Schenk SA, Grey DD, et al. Clinical factors associated with employment among people with severe mental illness: Findings from the Employment Intervention Demonstration Program. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2005; 193,705–713.
- Resnick SG, Bond GR. The Indiana Job Satisfaction Scale: job satisfaction in vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Psychiatr Rehabil J* 2001
- Resnick SG, Rosenheck RA, Canive JM, et al. Employment outcomes in a randomized trial of second-generation antipsychotics and perphenazine in the treatment of individuals with schizophrenia. *J Behav Health Serv Res*. 2008.
- Rinaldi M, Perkins R, Glynn E, Montibeller T, Clenaghan M, Rutherford J. Individual placement and support: From research to practice. *Adv Psychiatric treatment* 14: 50-60. 2008.

- Roberts MM, Pratt CW. Putative evidence of employment readiness. *psychiatric rehabilitation journal*. 2007.
- Salkever DS, Karakus, MC, Slade EP, Harding CM, Hough RL, Rosenheck RA, et al. Measures and predictors of community-based employment and earnings of persons with schizophrenia in a multi-site study. *Psychiatric Services*. 2007; 58,315–324.
- SAMSA. Supported Employment Evidence-Based Practices (EBP) KIT. 2009.
- Strategisk Netværk og OPUS. En længe ventet gæst. 2011.
- Salyers MP, Becker DR, Drake RE, Torrey WC, Wyzik PF. Ten-year follow-up of clients in a supported employment program. *psychiatr serv*. 2004.
- Sengupta A, Drake RE, McHgu GJ. The relationship between substance use disorder and vocational functioning among persons with severe mental illness. *Psychiatr Rehabil J*. 1998.
- Spjelkavik, Øystein et al. Supported employment i norden. AFI-Rapport. 2011.
- Thornicroft G, Tansella M, Becker T, Knapp M, Leese M, Schene A, et al. The personal impact of schizophrenia in Europe. *Schizophr res* 2004; 69: 125-32. 2004.
- Thorup A, Petersen L, Jeppesen P, et al. Gender differences in young adults with first-episode schizophrenia spectrum disorders at baseline in the Danish OPUS-study. *J Nerv Ment Dis* 2007; 195:396-405.
- Tsang HW, Leung AY, Chung RC, Bell M, Cheung WM. Review on vocational predictors: a systematic review of predictors of vocational outcomes among individuals with schizophrenia: an update since 1998. *N Z J Psychiatry*. 2010;44(6):495-504.
- Tsang H, Lam P, NG B, Leung O. Predictors of employment outcome for people with psychiatric disabilities: a review of the literature since the mid '80s. *J Rehabil*. 2000.
- Tsang HW et al. A cross-cultural study of employers' concerns about hiring people with psychotic disorder: implications for recovery *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42:723–733.
- Tsang HW, Chan A, Wong A, Liberman RP. Vocational outcomes of an integrated supported employment program for individuals with persistent and severe mental illness. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2009; 40(2):292-305. Epub 2008 Dec 25.
- Twamley W. Elizabeth, Jeste V. Dilip, and Lehman F. Anthony. Vocational Rehabilitation in Schizophrenia and Other Psychotic Disorders. A Literature Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *The Journal of Nervous and Mental Disease* Volume 191, Number 8, August 2003.
- Twamley EW, Narvaez JM, Becker DR, Bartels S, Leste DV. Supported employment for middle aged and older people with schizophrenia. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*. 2008;11, 76-89.

Vendsborg Per, Nordentoft Merete og Lindhardt Anne. Stigmatisering af mennesker med en psykisk lidelse. Ugeskrift for læger. 2011.

Wallace CJ, Tauber R. Supplementing supported employment with workplace skills training. Psychiatr Serv. 2004;55:513–515.

Wexler BE, Bell MD. Cognitive remediation and vocational rehabilitation for schizophrenia. Schizophr Bull. 2005; 31:931–941.

Wykes T, Huddy V, Cellard C, McGurk S, Czobor P. A Meta-Analysis of Cognitive Remediation for Schizophrenia: Methodology and Effect Sizes. Am J Psychiatry 2011; 168:472–485

West JC, Wilik JE, Olfson M, Rae DS, Marcus S, Narrow WE. Patterns and quality of treatment for patients with schizophrenia in routine psychiatric practice. Psychiatric services. 2005.