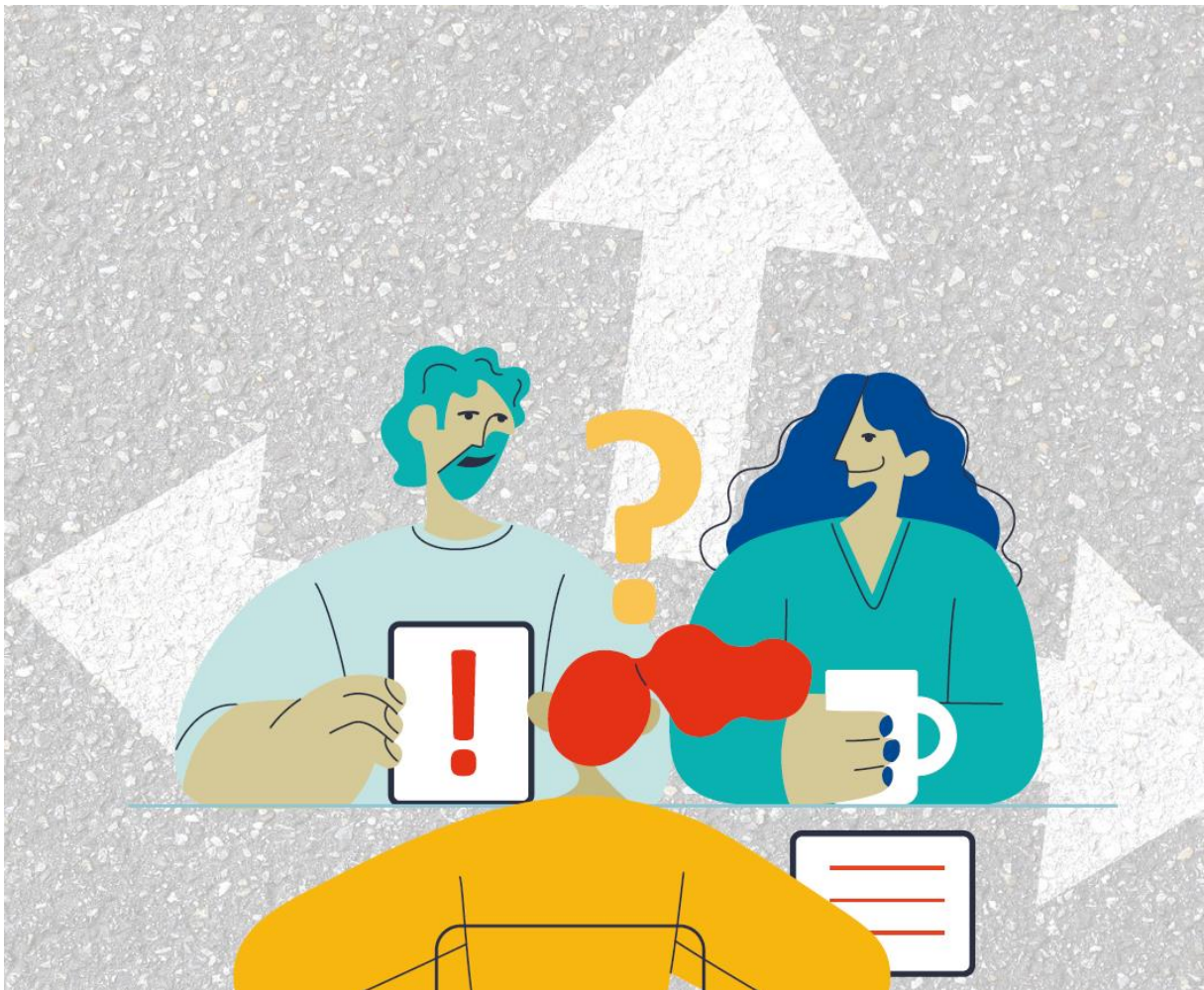


IPS +

Kan kombinasjonen av metodikk fra Individuell Jobbstøtte (IPS) og Jobbmestrende Oppfølging (JMO) hjelpe personer med alvorlige psykiske lidelser ut i arbeidslivet?



Sluttrapport – del 1

15. mai 2023

Forord

IPS + er et kombinert forsknings- og utviklingsprosjekt som gjennomføres ved Seksjon for Tidlig Psykosebehandling (TPB), Klinikk for Psykisk Helse og Avhengighet (KPHA), Oslo universitetssykehus. Prosjektet er et samarbeid mellom TPB, Forsknings- og Innovasjonsavdelingen ved Seksjon for Behandlingsforskning og NAV Arbeid og Helse i Oslo. Det foreligger samarbeidsavtale med NAV Oslo. Prosjektet er finansiert gjennom tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet, Forsknings- og Utviklingsmidler fra NAV, klinikkinterne midler (Avdeling for døgnbehandling/Seksjon for Tidlig Psykosebehandling og Seksjon for Behandlingsforskning) og NAV Arbeid og Helse.

Prosjektet er godkjent av Regionale Komiteer for Medisinsk og Helsefaglig Forskningsetikk (REK); referansenummer 2018/1937. Det foreligger tilrådning fra sykehusets personvernombud (PVO) og godkjent *Data Protection Impact Assessment* (DPIA); 18/25352.

IPS + hadde oppstart primo 2018 og avsluttet rekruttering til forskning 31.03.2023. Kandidatene i forskning følges opp i ett år etter inklusjon. Siste posttest gjennomføres følgelig 31.03.2024. Det vil utarbeides en delrapport 2 som inkluderer samtlige deltakere og funnene fra registerdataundersøkelsen.

Prosjektgruppen består av Kari Mette Sjørgård (metodeveileder/jobbspesialist), Mads Olsen (jobbspesialist), Trine Sandal (leder, døgnenheten ved TPB) og June Ullevoldsæter Lystad (prosjektleder/forsker).

Malene Falieras (jobbspesialist i halv stilling primo 2018 – medio 2018), Tonje Thue (jobbspesialist primo 2018 – medio 2021), Pontus Törnqvist (jobbspesialist primo 2018 – ultimo 2018), Hanna Bredesen (jobbspesialist ultimo 2020 – medio 2021, finansiert av NAV Arbeid og Helse) og Rakel Malene Røsandnes (jobbspesialist medio 2021 – primo 2023, finansiert av NAV Arbeid og Helse) har alle vært sterkt delaktige i utformingen og gjennomføringen av prosjektet, men er ikke lenger tilknyttet sine stillinger.

Den kognitive treningsgruppen består av Fredrik Jacobsen (spesialutdannet vernepleier), Tim Henne (spesialutdannet sykepleier), Linn Leirung (spesialutdannet sykepleier), Fredrik Lysaker (ergoterapeut), Hege Nesjan Amundsrud (spesialutdannet sykepleier) foruten Trine Sandal, Kari Mette Sjørgård, Tonje Thue og June Lystad.

Utvidet prosjektgruppe inkluderer dertil Anne Kristine Nesje Walseth (seksjonsleder, TPB), Oda Skancke Gjerdalen (overlege og doktorgradsstipendiat), Vibeke Larsen (Avdelingsleder Arbeidsrådgivning, NAV Arbeid og Helse Oslo), Petter Andreas Ringen (klinikkleder, KPHA og biveileder), Stig Evensen (leder NAV Nesodden, biveileder), Erik Falkum (professor emeritus, biveileder), Erlend Strand Gardsjord (leder, poliklinisk enhet ved TPB) og Olivia Schjøtt-Pedersen (psykolog).

Fredrikke Fadler Martinsen, Maren Lund, Ingvild Tvedt Westlie og Alexandra Sjøhoel har vært/er tilknyttet prosjektet som forskningsassistenter.

Vi ønsker å rette en stor takk til samtlige involverte i IPS + prosjektet; til klinikkledeisen ved både tidligere klinikkleder Marit Bjartveit og nåværende klinikkleder Petter Andreas Ringen, tidligere avdelingsleder Thor Børre Sangesland, Helsedirektoratet ved Randi Røed Andersen,

Karin Gravbrøt og Olav Oxholm, Arbeids- og Velferdsdirektoratet ved Kine Lium, Janne Køtterheinrich og Anne Lise Lunder Arvesen, NAV Arbeid og Helse ved Vibeke Larsen, NAV FoU ved Fredrik Aasgaard, til klinikkens forskningsavdeling og sist, men ikke minst, til alle deltakere og arbeidsgivere som har vært med i prosjektet.

Innhold

Forord.....	2
1 Sammendrag	6
2 Introduksjon	7
2.1 Psykoselidelser.....	7
2.2 Arbeid	8
2.3 Individuell Jobbstøtte (IPS).....	9
2.4 Jobbmestrende Oppfølging (JMO).....	10
2.5 Tidlig Intervensjon ved Psykose.....	11
2.5.1 Seksjon for Tidlig Psykosebehandling (TPB).....	12
3 Problemstillinger	13
4 Metode.....	14
4.1 Design	14
4.2 Prosjektorganisering.....	14
4.3 Intervensjon.....	15
4.4 Rekruttering.....	16
4.5 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	16
4.6 Utvalgsstørrelse, styrkeberegning og frafall	16
4.7 Dataregistrering.....	17
4.8 Endepunkter/Utfallsmål	17
4.8.1 Primært endepunkt.....	17
4.8.2 Sekundære endepunkter.....	17
4.9 Statistiske analyser	19
5 Resultater	20
5.1 Antall henvisninger	20
5.2 Diagnostisk fordeling	21
5.3 Arbeid	22
5.3.1 Arbeidsomfang	23
5.3.2 Stillingsoversikt: Hva jobber IPS + deltakerne med?.....	24
5.3.3 Utdanning.....	24
5.4 Effekt på kliniske, kognitive og funksjonelle mål.....	24
5.4.1 Sammenlikning med JMO.....	26

5.5	Kvalitetsevalueringer	26
5.5.1	Evaluering I	27
5.5.2	Evaluering II	27
5.5.3	Evaluering III	28
5.6	IPS + i praksis - deltakereksempler	28
5.6.1	Abdi	28
5.6.2	Jenny.....	30
6	Diskusjon	31
6.1	Arbeid	31
6.2	Utdanning	34
6.3	Effekter på kliniske, kognitive og funksjonsmål	34
6.4	Begrensninger og svakheter ved IPS + prosjektet	35
6.5	Oppsummering og implikasjoner	35
7	Referanser	36

1 Sammendrag

Arbeid er like viktig for personer med alvorlige psykiske lidelser som for alle andre. Selv om svært mange med en psykoselidelse har ordinært lønnet arbeid som ønske og mål, står en stor andel utenfor arbeidslivet. Kun mellom 5 % - 10 % er i lønnet arbeid.

Individual Placement and Support (IPS, Individuell Jobbstøtte på norsk) er en systematisk, høykvalitets tilnærming der jobbstøtte er integrert i helsetjenesten med den hensikt å oppnå lønnet arbeid i det ordinære arbeidsmarkedet. Tilnærmingen har vist gode resultater nasjonalt og internasjonalt for personer med alvorlige psykiske lidelser. Det er imidlertid fremdeles en betydelig andel blant personer med psykoselidelse som blir stående utenfor arbeidslivet. Bakgrunnen for den foreliggende studien var å undersøke om IPS kan spisses og tilpasses personer med tidlig og alvorlig psykoselidelse og tilbys som en del av spesialisert tidlig psykosebehandling. Målet med IPS + var å hjelpe personer med schizofrenispektrumlidelser inn i ordinært lønnet arbeid.

Prosjektet ble gjennomført ved Seksjon for Tidlig Psykosebehandling, Oslo Universitetssykehus. IPS + er en kvasiexperimentell, klinisk studie der IPS ble supplert med kognitive teknikker modifisert fra Jobbmestrende Oppfølging (JMO).

Resultatene indikerer at om lag 50 % av deltakerne fikk ordinært lønnet arbeid under prosjektperioden mens 22 % var i utdanningsløp. Stillingsandelene varierte mellom 5 % og 100 % og var i et bredt spekter av bransjer. Det var signifikante forbedringer i kognitiv funksjon mellom pre- og posttest parallelt med nedgang i angstsymptomer. Det fremkom ingen symptomforverring knyttet til kliniske mål, snarere stabilitet og enkelte forbedringer. Hverken IPS-tilnærmingen eller arbeid førte altså til sykdomsforverring blant deltakerne.

Antall henvisninger tyder på at IPS er ønsket og villet, både blant pasienter og klinikere. Kvalitetsevalueringene viste god implementering og IPS + tjenesten har vært (og er) en svært viktig del av behandlingstilbudet ved seksjonen. Det har vært utfordringer i prosjektperioden knyttet til rettslige presiseringer av IPS som arbeidsmarkedstiltak, pandemi og integrering av jobbspesialister med ulike ansettelsesforhold. Til tross for disse, har en betydelig andel av deltakerne fått lønnet jobb. Opplæring i og implementering av kognitive teknikker har vært nyttig for jobbspesialistene i den arbeidsrettede oppfølgingen og ser ut til å vært verdifulle tilleggskomponenter rettet mot kjerneutfordringer ved alvorlig psykiske lidelser.

Resultatene fra IPS + prosjektet er ikke statistisk sikre med bakgrunn i forskningsdesign, statistisk styrke og ufullstendig datasett. En del av dette vil bøytes på i delrapport II, der registerdataene vil foreligge, samt alle post- og follow-up data og en matchet kontrollgruppe fra JMO-prosjektet. Denne vil ferdigstilles medio mai 2024.

Oppsummert viser IPS + prosjektet at personer med tidlig og alvorlig psykoselidelse kan komme i lønnet arbeid og utdanning. Det er mulig å integrere arbeid som behandlingstilbud i Tidlig Intervensjonsfeltet og IPS kan spisses ytterligere med kognitive teknikker. Det er betydelig rasjonale for å kombinere IPS med kognitiv trening og teknikker fra kognitiv atferdsterapi, men effekten av dette bør undersøkes i en randomisert kontrollert multisenter studie.

2 Introduksjon

«*Jobb er en stepping stone til å starte livet. Det gir muligheter; ikke bare til å tjene penger, men det gir en noe å drive med og man får kontakt med andre. Man får brukt det drivet som bor i en. Jeg kunne godt tenkt meg jobb som erfaringskonsulent (...). Jeg har lyst til å vise at det finnes håp selv om livet snus opp ned og jeg vil hjelpe helsepersonell å bedre forstå de mentale prøvelsene ved å bli fratatt det livet man er vant med*»

(Deltaker, IPS +)

2.1 Psykoselidelser

Psykotiske lidelser er blant de mest alvorlige psykiske lidelsene og, i henhold til sykdomsbyrdeberegninger, også blant de viktigste bidragsyterne til uførhet og helsetap (Charlson et al., 2018; Whiteford et al., 2013). Psykotiske lidelser kjennetegnes av en svekkelse i realitetstestende evner, *realitetsbrist*. En psykose innebærer ofte gjennomgripende endringer i sansing og tankesett og medfører en rekke ulike symptomer, såkalte psykosesymptomer.

Kjernesymptomene deles inn i *positive* og *negative* symptomer. Positive symptomer indikerer *et tillegg* av unormal psykisk fungering. Det vil si, de kommer i tillegg til normale sanseopplevelser og mental aktivitet. Positive symptomer inkluderer hallusinasjoner, vrangforestillinger og desorganisering.

Negative symptomer indikerer *en reduksjon* i normale psykiske funksjoner. Det vil si, det foreligger et fravær eller en svekkelse av psykisk fungering. Mange opplever mangel på eller redusert motivasjon, affektavflatning og apati hvilket igjen kan henge sammen med sosial tilbaketreking og/eller redusert (arbeids-) funksjon. Vedvarende negative symptomer kan ofte indikere et mer alvorlig sykdomsforløp.

Kognitive vansker forekommer hyppig ved alvorlig psykisk lidelse (Green et al., 2015; McCutcheon et al., 2023) og innebærer blant annet vansker med oppmerksomhet, evne til innlæring, problemløsning, hukommelse, planlegging og psykomotorisk tempo. Til tross for at mange strever med kognitive vansker er disse så langt ikke en del av de diagnostiske kriteriene for noen psykoselidelse. Kognitive vansker har imidlertid stor betydning for funksjon generelt og arbeid/utdanning spesielt.

Psykotiske symptomer kan opptre ved organiske lidelser (delir, hjernetumor mm.). Psykose kan imidlertid også utløses av medikamenter og/eller rusmiddelintak eller opptre som en del av en psykisk lidelse. Vi vil her fokusere på sistnevnte, nærmere bestemt *psykoselidelsene*. Psykoselidelser deles vanligvis inn i to undergrupper; *schizofrenispektrumlidelser*, herunder schizofreni, vrangforestillingslidelser, schizoaffective og schizofreniforme lidelser og *bipolarspektrumlidelser* (Bipolar lidelse I og bipolar lidelse II). Deltakerne i IPS + prosjektet er diagnostisert innenfor schizofrenispekteret og vi vil i det videre kun ta utgangspunkt i disse.

Såkalte psykotiske gjennombrudd kan inntreffe relativt plutselig, men i de fleste tilfeller oppstår psykiske vansker og uspesifikke funksjonsvansker i forkant. Schizofreni rammer omtrent 1 % av befolkningen og lidelsen debutterer typisk i sene ungdomsår til 30-års alderen.

Senere debut kan imidlertid også forekomme.

Hva gjelder sykdomsforløp, er dette individuelt. Det antas at ca. 10 % kun opplever én psykotisk episode med påfølgende symptomfrihet og at 10 % opplever et kronifisert og livslangt forløp. For andelen imellom forekommer et forløp mellom perioder med psykotiske symptomer og perioder med mer eller mindre grad av residualsymptomer. Det er stor individuell variasjon med hensyn til hvor hyppig nye episoder inntreffer og hvor alvorlige residualsymptomene er (Morgan et al., 2022).

I tillegg til psykotiske symptomer er depressive symptomer og angstsymptomer vanlig å oppleve ved schizofreni (Freeman et al., 2019; Upthegrove et al., 2017). Forekomsten av depresjon ved schizofreni er anslått å være hele 40 %. Denne andelen varierer imidlertid med sykdomsfase (tidlig versus vedvarende) og symptombelastning (akutt versus post-psykotisk). I en undersøkelse gjennomført i Storbritannia fant man at 2 av 3 med schizofreni i tillegg møter kriteriene for agorafobi (Freeman et al., 2019).

Nedsatt funksjon er som oftest et resultat av ulike faktorer ved psykose. Sykdomsrelaterte faktorer som psykotiske symptomer og kognitive vansker, gjerne sammenfallende med angst og/eller depresjon, utgjør en del av forklaringen. Samfunnsrelaterte faktorer som stigma, organisering av helse- og velferdstjenester er annen. Ved flere psykoselidelser er funksjonstap en del av de diagnostiske kriteriene og dermed en integrert del av sykdomsbildet. Til tross for den relativt sett lave forekomsten av schizofreni og schizofrenispektrumlidelser, er kostnadene for den enkelte og for pårørende svært høye. Personer med schizofreni har i snitt 13 – 15 års tapt levetid (Hjorthøj et al., 2017), ofte sammenfallende med fysisk inaktivitet og somatisk sykdom (herunder blant annet ernæringsrelaterte sykdommer og hjerte-kar lidelser) (Vancampfort et al., 2017) og rapporterer utenforskap, sosial isolasjon og redusert livskvalitet (Dong et al., 2019). De samlede kostandene forbundet med schizofreni er estimert til å være NOK 7,913,534,423.00 (Evensen et al., 2015) hvorav 30 % av dette igjen skyldes såkalt *tapt produktivitet*, altså direkte i sammenheng med arbeidsledighet. Arbeidsraten for personer med schizofreni i Norge ligger på mellom 5 – 10 % (Evensen et al., 2015; Helle & Gråwe, 2007).

2.2 Arbeid

Arbeid er minst like viktig for personer med alvorlig psykisk lidelse som for alle andre (Ramsay et al., 2011). Det å fullføre et utdanningsløp og/eller å komme i lønnet arbeid for mange ett av de viktigste behandlingsmålene. Det å være i arbeid er blant annet forbundet med bedre oppfølging av behandling, reduserte symptomer og høyere livskvalitet (Bouwman et al., 2015; Falkum et al., 2017; Pai et al., 2021).

Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser sier at en sentral del av behandlingen bør være å skaffe, mestre og beholde en jobb (Helsedirektoratet, 2013). Integrert samarbeid om arbeid mellom kommune/fylkeskommune/NAV og helsetjenesten er også anført i Nasjonalt Pasientforløp for Psykoselidelser dersom pasienter ønsker bistand til oppstart i skole eller arbeid (Helsedirektoratet, 2019).

Til tross for at arbeid eksplisitt adresseres i en rekke sentrale dokumenter og retningslinjer viser nasjonale tall at kun en svært liten andel av pasientene, mellom 5 % og 10 %, er i lønnet

arbeidsaktivitet. Den lave arbeidslivsdeltakelsen understreker behovet for spesifikke arbeidsrehabiliteringsmetoder for personer med psykoselidelser.

2.3 Individuell Jobbstøtte (IPS)

Individual Placement and Support (IPS, Individuell jobbstøtte på norsk) er en evidensbasert og manualbasert tilnærming fra USA, spesielt utviklet for personer med alvorlige psykiske lidelser (Bond & Drake, 2014). Modellens utgangspunkt var diskrepansen mellom pasienters ønske om ordinært lønnet arbeid og den faktiske lave arbeidslivsdeltakelsen. Tradisjonell arbeidsrehabilitering har både nasjonalt og internasjonalt bygd på en såkalt «*train then place*»-tilnærming til arbeid. Tanken er at trinnvis opptrening i skjermet virksomhet etter hvert setter personen i stand til å kunne fungere i ordinært arbeid. IPS, som er en variant av Supported Employment (SE), bygger på motsatt prinsipp; «*place then train*». Denne tilnærmingen tar utgangspunkt i at enhver som ønsker arbeid også faktisk kan arbeide, gitt riktig type arbeid, støtte og arbeidsmiljø. Det vil si, uten arbeidsforberedende trening, men parallelt med behandling og støtte fra en jobbspesialist. Særsilt for IPS er at jobbstøtten er en del av behandlingstilbudet, og at det kun søkes etter arbeid i det ordinære arbeidsmarkedet (Becker et al., 2015). IPS modellen følger åtte prinsipper;

- Målet er ordinært, lønnet arbeid
- Tilbudet gis etter arbeidssøkers eget ønske
- IPS er en integrert og sentral del av behandling
- Jobbsøk baseres på den enkeltes preferanser og ferdigheter
- Oppfølging inkluderer individuelt tilpasset økonomisk rådgivning
- Jobbsøk startes raskt og uten lengre perioder med forberedelse, trening eller rådgivning
- Det gjennomføres systematisk jobbutvikling ut fra arbeidssøkers preferanser
- Oppfølgingen er ubegrenset i tid og individuelt tilpasset.

Forskning har vist at sannsynligheten for å lykkes med IPS er større, jo tettere de ovennevnte prinsippene etterlevs (Becker et al., 2015). Et viktig ledd i å sikre modelltrofasthet og at metoden praktiseres likt på tvers av tjenester, er den såkalte IPS kvalitetsskalaen. Her beskrives blant annet kriteriene for integrering av jobbspesialister i helsetjenesten, samarbeidet mellom jobbspesialist og NAV-veileder og hvordan IPS skal utføres i praksis. IPS-tjenester som skårer høyt, har bedre sysselsettingsresultater enn tjenester med lavere skår (de Winter et al., 2020).

Innenfor psykosefeltet finnes over 20 år med internasjonal evidens for effekten av IPS (Bond et al., 2020). Individuell Jobbstøtte er også undersøkt nasjonalt blant personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser med gode resultater. Blant deltakerne kom 37 % i ordinært arbeid mot kun 27 % prosent i kontrollgruppen (Reme et al., 2019).

Til tross for at mange kommer i lønnet arbeid med IPS-metodikken, er det imidlertid fremdeles en betydelig andel som forblir utenfor arbeid og utdanning. Videre er det åpne spørsmål knyttet til økonomisk selvstendighet og jobbfastholdelse over tid (Christensen et al., 2015) og i hvilken grad effekten av IPS varierer med ulike behov og faktorer i ulike grupper (Christensen et al., 2021). I Norge foreligger også anbefalinger (Elde, 2022) knyttet

til organiseringen av IPS som et arbeidsmarkedstiltak, hvilket sikrer det videre tilbudet om IPS på nasjonalt nivå, men som innebærer potensielle utfordringer knyttet til integrering av jobbspesialistene i helseteam (Moe et al., 2022). Det er også foreslått å supplere IPS med ulike helserelaterte intervensjoner som blant annet kognitiv trening, kognitiv atferdsterapi (KAT) og sosial trening for å spisse tjenestene ytterligere og adressere kjernevansker blant personer med alvorlig psykisk lidelse (Boycott et al., 2016; Dewa et al., 2018). Kognitiv funksjon har vist seg å være en viktig prediktor for lønnet arbeid og tid i arbeid (McGurk et al., 2022) og kognitiv trening viste seg å være en lovende tilleggsintervensjon blant personer som ikke hadde effekt av arbeidsrehabilitering (McGurk et al., 2016). Arbeidsrettet kognitiv atferdsterapi i kombinasjon med jobbstøtte er blant annet prøvd ut i en norsk studie, riktignok for personer med angst og depresjon, med svært gode effekter i favør av intervensjonsgruppen. Arbeidslivsdeltakelsen var høyere enn i kontrollgruppen, også over tid, og det var en reduksjon i både depresjons- og angstsymptomer parallelt med økt helserelatert livskvalitet (Reme et al., 2015). I en studie der man sammenliknet kombinasjonen av SE og en kort gruppebasert KAT-intervensjon med SE alene ved alvorlig psykisk lidelse fant man at kombinasjonen SE-KAT økte sannsynligheten for ordinært lønnet arbeid og større arbeidsmengde per uke. I tillegg fant man en reduksjon av negative psykotiske symptomer (Lecomte et al., 2020). Tilsvarende ble det funnet lovende effekter av kombinasjonen KAT og arbeidsrehabilitering i en amerikansk studie der man også fant positive resultater på effektivitet og vedvarende produktivitet (Kukla et al., 2019)

Gitt kombinasjonen av sykdomsrelaterte og samfunnsrelaterte utfordringer (unge) personer med psykoselidelser står overfor på veien ut i arbeid, er det en sterk rasjonale for å ytterligere spisse arbeidsinkluderings tiltaksbedrifter for nettopp denne gruppen.

2.4 Jobbmestrende Oppfølging (JMO)

Jobbmestrende Oppfølging var et forsknings- og utviklingsprosjekt i regi av Helsedirektoratet, Arbeids- og Velferdsdirektoratet og Oslo universitetssykehus. Bakgrunnen for prosjektet var de svært lave sysselsettingstallene blant personer med alvorlig psykisk lidelse (schizofreni). I et forsøk på å øke sysselsettingen for personer med psykiske lidelser å ble det etablert en Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007-2012) – der JMO var en del av strategien.

Hovedmålet med Jobbmestrende Oppfølging var å bidra til at flere med alvorlige og langvarige psykiske lidelser skulle komme i arbeid. Ytterligere mål var å etablere gode samarbeidsstrukturer mellom helse- og velferdsetatene og å prøve ut kognitiv trening (KT) og teknikker fra kognitiv atferdsterapi i kombinasjon med arbeidsrehabilitering i et forsøk på å styrke arbeidsfunksjonen og bedre mestring på arbeidsplassen (Falkum, 2023).

I tillegg til de praktiske KT og KAT intervensjonene, ble det tilbudt undervisning relatert til diagnose, utfordringer, behandling, prognose og forløp ved psykotiske lidelser til NAV ansatte og til arbeidskonsulenter i deltakende tiltaksbedrifter. Tanken var at denne undervisningen førte til felles kunnskap og dermed et felles språk blant aktørene som skulle bidra til å øke arbeidsinkluderings for den aktuelle gruppen. Arbeidskonsulentene i prosjektet fikk også opplæring om metoder i kognitiv terapi og kognitiv trening slik at de var i stand til å bruke disse teknikkene i en arbeidssammenheng og var de som gjennomførte disse tilleggsintervensjonene (Falkum, 2023). Ved prosjektets avslutning (10 måneder etter

inkludert) var ca. 75 % av deltakerne i en eller annen form for arbeidsaktivitet, 8 % var kommet i ordinært lønnet arbeid, 36 % var i arbeidspraksis i ordinær bedrift og 31 % hadde skjermet arbeid. Etter 2 år var andelen som var i arbeidsaktivitet sunket til 60 %, men flere var på dette tidspunktet i ordinært lønnet arbeid (21 %). Andelen i skjermet arbeid var på dette måletidspunktet sunket til 13 % og 25 % var i arbeidspraksis i ordinær bedrift. Etter fem år var fremdeles 55 % i arbeidsaktivitet. Andelen i ordinært lønnet arbeid var på 22 % ved femårs undersøkelsen (Gjerdalen et al., 2023).

I motsetning til tanken om at personer med psykoselidelser er for sårbare til å arbeide og at kravene i det ordinære arbeidslivet kan føre til symptomforverring, fant man i JMO-studien en bedring i både symptomer og kognitiv funksjon (Falkum et al., 2017; Lystad et al., 2016). JMO lå tett opp til prinsippene for Individuell Jobbstøtte, men på gjennomføringstidspunktet var det kun mulig å finansiere og organisere prosjektet i regi av og i samarbeid med tiltaksbedrifter. Dette innebar i praksis at deltakerne kunne få oppfølging inne på tiltaksbedriften eller på ordinære arbeidsplasser – der de ble stilt overfor ordinære arbeidskrav, men finansiert gjennom NAV ytelser.

De positive erfaringene med og gode resultatene fra både Individuell Jobbstøtte og Jobbmestrende Oppfølging i Norge danner rasjonale for å kombinere de to tilnærmingene i den nåværende prosjektet – innenfor rammen av spesialisert tidlig psykosebehandling.

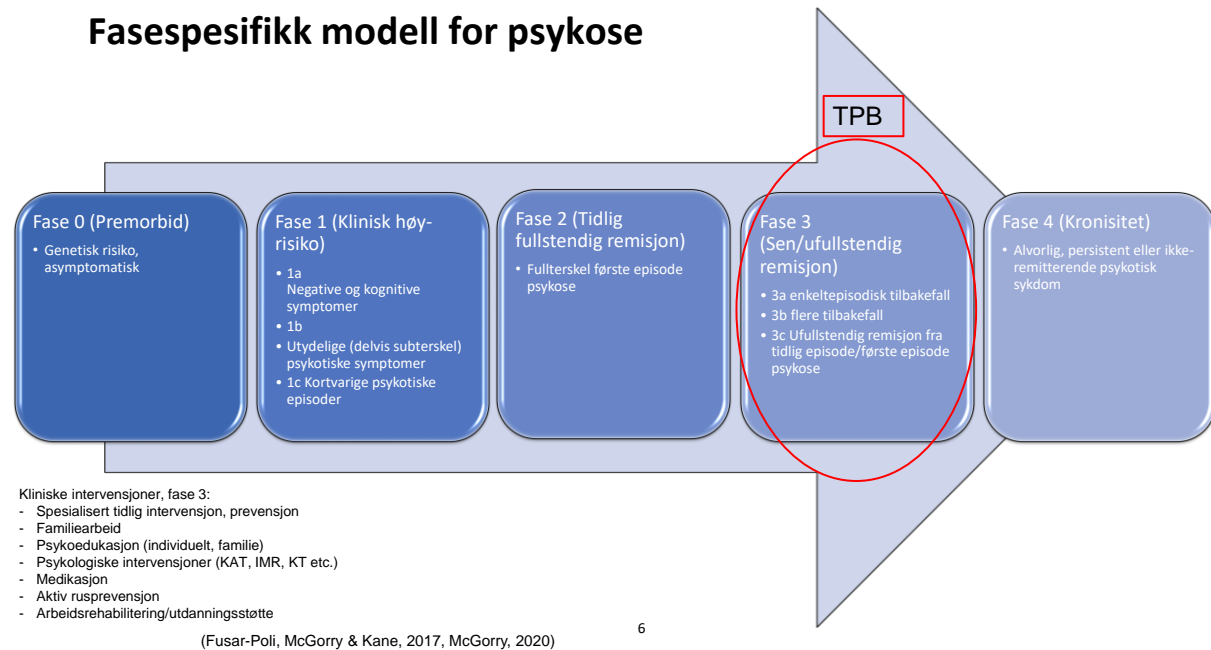
2.5 Tidlig Intervensjon ved Psykose

Tidlig Intervensjon ved Psykose er en fellesbetegnelse for tiltak og tilnæringer som skal bidra til tidlig oppdagelse, utredning og behandling av personer som enten har forhøyet risiko for eller befinner seg på et tidlig stadium av en psykoselidelse. Hensikten med denne helsetjenesteintervensjonen er å redusere varigheten av ubehandlet psykose (VUP), senke terskelen for tilgjengelig behandling og dermed sikre tilfriskningsmulighetene (Albert, Melau, Jensen, Hastrup, et al., 2017).

Psykotiske lidelser debutterer gjerne i ungdomsårene eller tidlig voksenliv. Av ulike årsaker kan det gå tid før man får hjelp i den forbindelse. Bred forskningsevidens viser imidlertid at prognosene for tilfriskning blir dårligere om det går for lang tid mellom psykosegjennombrudd og behandling (Drake et al., 2020; Howes et al., 2021; Maximo et al., 2020). Det er også sammenheng mellom lang VUP og symptomplager, sosiale vansker og funksjonsnedsettelse i form av arbeidsfunksjon og avkortede utdanningsløp (Drake et al., 2020). Den såkalte TIPS-studien viste at det å redusere varigheten av ubehandlet psykose førte til symptomreduksjon (negative symptomer) etter 2 år med tidlig psykosebehandling (Melle et al., 2008; Melle et al., 2004) og bedre funksjon etter 10 år (Hegelstad et al., 2012).

Bred behandling, tilpasset den enkeltes ønsker og behov, er en viktig del av tidlig intervensjon – alt fra første kontakt. Behandlingen er avhengig av symptomer, livssituasjon, funksjonsnivå og en rekke andre faktorer. Overordnet består de fleste polikliniske behandlingstilbud av en kombinasjon av medikasjon, psykoterapi/kognitiv atferdsterapi, psykoedukasjon og familiearbeid. Behandlingen tilpasses gjerne en såkalt fasespesifikk modell, men ikke alle personer går gjennom alle faser, slik at man også her tilpasser individuelt (Fusar-Poli et al., 2017).

Figur 1: Foreslått fasespesifikk modell for psykose for beskrivelse av målgruppen ved Seksjon for Tidlig Psykosebehandling.



Man har i en rekke studier undersøkt effekten av tidlig intervensjon, blant annet i TIPS-studien og også i den danske OPUS-studien (Friis et al., 2016; Petersen et al., 2005). En stor metaanalyse av effekten av tidlig tilpasset intervensjon ved psykose viste bedre effekt på samtlige av studiens utfallsmål; psykotiske symptomer, varighet av symptomer, behandlingsoppfølging, sykehusinnleggelseser og deltakelse i arbeid og utdanning (Correll et al., 2018). Pasienter og pårørende er mer fornøyde med strukturert tidlig intervensjonstilnærming (Nordentoft et al., 2015), i tillegg til at denne form for tilnærming er kostnadseffektiv (Sediqzadah et al., 2022). I norske retningslinjer anbefales det at personer med psykoselidelser tilbys tilpasset behandling så raskt som mulig (Helsedirektoratet, 2013).

2.5.1 Seksjon for Tidlig Psykosebehandling (TPB)

Blant personer som har en førstegangpsykose eller tidlig psykose, vil ikke alle oppleve en tilbakegang av alvorlige psykotiske symptomer (ca. 10 %) etter å ha mottatt ordinær psykosebehandling. Om lag 25 % vil ha vedvarende psykotiske, og særlig negative psykotiske symptomer, over tid (Howes et al., 2017). Denne gruppen er i behov av såkalt (høy)spesialisert, ofte langvarig, behandling i psykisk helsevern. En behandling som inkluderer periodevise innleggelseser.

Ved Oslo universitetssykehus skal denne gruppen ivaretas ved Seksjon for Tidlig Psykosebehandling (TPB). TPB er organisatorisk plassert i Avdeling for døgnbehandling ved Klinikk for Psykisk Helse og Avhengighet, forvalter OUS' områdefunksjon for Oslo sykehusområde og skal utgjøre et spesialisert 3.linje tilbud for

- Pasienter mellom 17-30 år med etablert tidlig psykoselidelse og mangelfull behandlingseffekt etter 3 – 6 måneder eller uavklarte psykosetilstander med ulike former for tilleggspromatikk

- Omfattende negative psykotiske symptomer
- Omfattende kognitive vansker
- Uklare psykosetilstander i behov av mer omfattende utredning
- Kompliserende komorbiditet (utviklingsforstyrrelser, ruslidelser, personlighetsproblematikk, traumelidelser mm.)

Seksjon for Tidlig Psykosebehandling består av en døgnenhet med 10 sengeplasser og 1 avlastningsplass og en poliklinisk enhet med ca. 80 pasienter. Poliklinikken har en tilhørig dagrehabiliteringsenhet som tilbyr forskjellig gruppebehandling. Omsorgsnivået tilpasses pasientens symptom- og funksjonsnivå og det legges opp til arenafleksibel behandling med delvis ambulant oppfølging.

Behandlingstilbudet ved TPB består av ulike former for psykoterapi (deriblant kognitiv atferdsterapi), kognitiv trening/kognitiv rehabilitering, kognitiv miljøterapi, Illness Management and Recovery (IMR), psykoedukativt familiearbeid, pårørendeundervisning, medikamentell behandling, gruppebehandling, ambulant oppfølging og Individuell Jobbstøtte (IPS+). Spesifikke gruppetilbud består av fysisk aktivitet, sosial ferdighetstrening og ADL-trening. Alle pasienter som tas inn ved TPB gjennomgår en omfattende diagnostisk utredning med konsensusbasert vurdering. Behandlingsteamene i seksjonen er tverrfaglig sammensatt. Tidsrammen for oppfølging er inntil fem år, men i tråd med nyere forskningsfunn der man har funnet at 2 – 3 år kan utgjøre et mer optimalt behandlingstvindu, justeres behandlingstiden der det er hensiktsmessig (Albert, Melau, Jensen, Emborg, et al., 2017).

Tilbud om IPS som en integrert del av høyspesialisert tidlig psykosebehandling er så langt ikke prøvd ut i Norge. Arbeid, nærmere bestemt IPS +, er en del av behandlingstilbudet ved seksjonen – på lik linje med samtlige andre behandlingstilbud. Dette er den organisatoriske rammen for IPS + prosjektet.

3 Problemstillinger

IPS + er et forsknings- og utviklingsprosjekt med det formål å undersøke

- Hvorvidt tilnærmingen kan integreres i et behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten
- Hvorvidt kombinasjonen av Individuell Jobbstøtte og tilleggsintervensjonene fra Jobbmestrende Oppfølging fører til at flere pasienter med tidlig psykose kommer i ordinært lønnet arbeid
- Hvorvidt det er en sammenheng mellom deltakelse i IPS + og psykotiske symptomer, rusmiddelbruk, kognitiv funksjon, angst, depresjon og livskvalitet

Det er et ytterligere delmål å undersøke hvorvidt det foreligger en reduksjon i NAV-ytelser som følge av deltakelse i IPS + og å gjennomføre en helseøkonomisk evaluering av prosjektet. Resultatene fra dette vil presenteres i sluttrapport- del II etter avtale med NAV FoU. Det vil i denne forbindelse søkes registerdata (NPR, SSB) for deltakerne i IPS + i tillegg til tilsvarende data på en matchet referansegruppe (alder, kjønn, diagnose, ytelsesforhold). Det søkes også Regionale Etiske Komiteer (REK) om å spleise data fra det avsluttede JMO-prosjektet med IPS + for å sammenlikne gruppene med hensyn til IPS

versus gjennomføringen av arbeidsrehabilitering i en mer skjermet kontekst (matchet kontrollgruppe).

4 Metode

4.1 Design

IPS + er et fagutviklings- og forskningsprosjekt; en klinisk studie med kvasiekperimentelt design. Dette innebærer at deltakerne ikke er randomisert til ulike intervensjoner og at en reell kontrollgruppe først må trekkes (registerdata). Samtlige pasienter har fått tilbud om deltakelse som en del av behandlingstilbudet, hvilket innebærer at de kan ha takket ja til ulike delaspesker ved prosjektet; Individuell Jobbstøtte eller Individuell Jobbstøtte kombinert med kognitiv trening. Jobbspesialistene hadde opplæring i teknikker fra kognitiv atferdsterapi og benyttet dette ved behov i den arbeidsrettede oppfølgingen. Dette designet ble valgt av praktiske og kliniske hensyn. En randomisert kontrollert studie ville medføre en betydelig lengre prosjektperiode i tillegg til at det ville være utfordrende å hindre metodelekkasje gitt at prosjektet gjennomføres på kun ett sted. Av samme årsak valgte vi å gå bort fra venteliste-kontroll – i tillegg til etiske vurderinger basert på det sterke ønsket om jobbstøtte i pasientpopulasjonen og den kliniske erfaringen med viktigheten av at pasientene ikke må vente dersom man er i posisjon til å igangsette et tiltak/en intervensjon. Deltakerne har også kunnet samtykke til deltakelse og forskning på ulike nivåer; enkelte har samtykket til registrering, innhenting og rapportering av arbeidsdata og/eller registerdata mens andre i tillegg har samtykket til å gjennomgå nevropsykologisk utredning og til innsamling av ulike kliniske, kognitive og funksjonelle mål.

Deltakelse var frivillig og basert på informert samtykke. Deltakerne (i henhold til samtykke) er målt ved inklusjon og etter ca. 6 måneder på ulike mål.

4.2 Prosjektorganisering

IPS + er et samarbeid mellom Seksjon for Tidlig Psykosebehandling og Seksjon for Behandlingsforskning. To jobbspesialister ble ansatt ved Seksjon for Tidlig Psykosebehandling i 2018, finansiert gjennom tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet. Det ble inngått forpliktende samarbeid med NAV Oslo. Gitt TPBs områdefunksjon samarbeider seksjonen ikke med spesifikke NAV kontor, men med samtlige NAV kontor i Oslo. Avtalen ble derfor lagt til fylkesnivå i NAV. Jobbspesialiststillingene ble i henhold til tilskuddsmodellen etter hvert lagt inn i sykehusets budsjett og fra 2020 er stillingene omgjort til faste stillinger ved seksjonen.

Fra ultimo 2020 ble det inngått samarbeid mellom TPB og NAV Arbeid og Helse (Oslo), der sistnevnte finansierte en jobbspesialiststilling ved TPB – i tillegg til de to eksisterende. Stillingen ble tilknyttet seksjonen på lik linje med de to andre, det vil si, jobbspesialistene var tilknyttet de kliniske teamene, hadde lese- og skrivetilgang i Elektronisk Pasientjournal (EPJ) og deltok på tverrfaglige møter. Samtlige jobbspesialister samarbeidet med NAV-saksbehandlere på individnivå. Under planleggingen av prosjektet var det en vurdering å eventuelt ansette en NAV-koordinator for om mulig å effektivisere samarbeidet med de ulike NAV kontorene. På bakgrunn av områdefunksjonen, viktigheten av tett samarbeid og hurtig logistikk på personnivå, ble det imidlertid besluttet å legge prosjektet mest mulig opp mot

ordinær praksis, altså at jobbspesialistene selv ivaretok kontakten med NAV-saksbehandlere. I samarbeidsperioden mellom TPB og NAV Arbeid og Helse var IPS + et tiltak (*tiltaksnummer 2021/321387*).

Prosjektgruppen IPS + har faste ukentlige møter. Det er i tillegg faste (ukentlige) tverrfaglige møter mellom jobbspesialistene og behandlere ved de respektive enhetene ved TPB, men også en rekke ad hoc møtevirksomhet som følge av at jobbspesialistene er integrert i seksjonen. Klinikerne ved seksjonen består av psykologer/psykologspesialister, psykiatere/leger, sykepleiere, vernepleiere, sosionomer, ergoterapeuter og helsefagarbeidere i tillegg til kontorpersonale/stab.

IPS + er forankret i KPHA og seksjons- avdelings og klinikkleder er med i utvidede styringsgruppemøter. Det samme gjelder forankringen i Forsknings- og Innovasjonsavdelingen ved Seksjon for Behandlingsforskning.

4.3 Intervensjon

Deltakerne i IPS + fikk

- Individuell jobbstøtte i henhold til IPS-prinsippene (inkludert oppfølging av en jobbspesialist). Jobbstøtten ble tilpasset den enkeltes behov og ønsker og kunne vedvare i fem år
- Spesialisert psykosebehandling (Treatment As Usual; (TAU)), inkludert tilbud om kognitiv atferdsterapi
- Tilbud om inntil 20 timer kognitiv trening
 - Programmet er en modifisert og videreutviklet versjon av programmet i Jobbmestrende Oppfølging. Det kognitive treningsprogrammet i JMO ble utviklet av Torill Ueland. IPS + programmet består av
 - PC-baserte oppgaver (disse er fra JMO-programmet)
 - BrainHQ
 - CogPack
 - Virtual Reality baserte oppgaver
 - JobSimulator
 - Beat Saber
 - Fruit Ninja
 - Enhance
 - Nettbaserte applikasjoner
 - Chameleon Run
 - June's Journey
 - Paperama
 - Brain it On
 - Cut the Rope
 - Gruppeoppgaver og spill

Deltakerne brukte en arbeidsbok gjennom hele treningsperioden, der de noterte resultater, utfordringer og strategier. Kognitive trenere fra den kognitive treningsgruppen var tilstede under enhver trening. I utgangspunktet var denne rollen tiltenkt jobbspesialistene, men også

her ble det vurdert fornuftig å legge seg tettest mulig opp mot ordinær drift. Dette innebærer at jobbspesialistene i henhold til IPS kvalitetsskala ikke har tidsmessig anledning til å drifte dette arbeidet. Oppgaven ble allokert til seksjonens kognitive treningsgruppe, men to av jobbspesialistene deltok i denne og dermed på mange av treningsløpene.

Jobbspesialistene gjennomgikk opplæring i bruk av teknikker fra kognitiv atferdsterapi ved oppstart av prosjektet (og/eller ansettelse) i henhold til JMO-manualen. Teknikkene fra KAT representerer *ikke* kognitiv atferdsterapi i klassisk forstand, men ble brukt i samarbeidet med pasienter i arbeidsrettet sammenheng ved behov (Falkum, 2023). Pasienter ved Seksjon for Tidlig Psykosebehandling får tilbud om KAT i henhold til behandlingsretningslinjene (Helsedirektoratet, 2013)

Prosjektets jobbspesialister har alle fått opplæring tilsvarende opplæringen i JMO-prosjektet (psykose, kognisjon, behandling, prognose, teknikker fra KAT etc.).

4.4 Rekruttering

Pasienter med tidlig psykose ble løpende rekruttert og inkludert ved Seksjon for Tidlig Psykosebehandling i perioden februar 2018 – 31.03.2023. Samtlige behandlere, miljø- og administrasjonspersonale, sosionomer og ledere ble gjort kjent med prosjektet, henvisningsmulighet og inklusjonsprosedyrer. Det ble hengt opp plakater i poliklinikk og på døgnenhet om IPS +, i tillegg til at det ble distribuert informasjonsmateriell med informasjon om IPS + og kontaktinformasjon til jobbspesialister/metodeveileder og prosjektleder. Dersom det var ønskelig å delta, signerte pasientene samtykke etter å ha mottatt informasjon om studien.

4.5 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

IPS + er en klinisk intervensjonsstudie, slik at det var ønskelig med en så bred inklusjon som mulig. Deltakerne ble inkludert i IPS + på bakgrunn av følgende kriterier

- Mottar behandling ved Seksjon for Tidlig Psykosebehandling
- Mellom 17 og 30 år ved inklusjon
- Møter kriteriene for en primærpsykoselidelse
- Villig og i stand til å gi skriftlig informert samtykke
- Tilstrekkelig norskkunnskaper til å kunne fylle ut spørreskjema og gjennomgå utredning
- Møter ikke de diagnostiske kriteriene for psykisk utviklingshemming med en IQ-skåre under 70

4.6 Utvalgsstørrelse, styrkeberegning og frafall

Målpopulasjonen var definert som personer med en primær psykoselidelse i tidlig fase og under behandling ved Seksjon for Tidlig Psykosebehandling. Pasientene befant seg på ulike behandlingsstadier og rekruttering fant sted fra både døgnenhet og poliklinikk.

Utover dette vil en sammenlikningsgruppe trekkes fra NPR og SSB for tilnærmet lik frekvens. Sammenlikningsgruppen matches på alder, kjønn, hoveddiagnose (psykisk lidelse) og NAV-ytelser. N total = 160 (TPB: 60, Sammenlikningsgruppe: 100).

Valget av kontrollgruppen er pragmatisk og drar nytte av tilgangen til store helse- og velferdsregistre. Ved et uttrekk fra NPR vil vi kunne etablere en stor kontrollgruppe på mest mulig effektiv måte. Vi unngår også å måtte be kontrollpersoner om å frigi sensitive helseopplysninger knyttet til sitt personnummer da dataene vil være anonymiserte på forskernes hender. Videre vil, som tidligere beskrevet, ingen pasienter ved Seksjon for Tidlig Psykosebehandling bes om å utgjøre en venteliste kontrollgruppe, hvilket i praksis ville betydd at ikke de får det samme tilbudet om oppfølging knyttet til jobb når som helst i behandlingsforløpet.

IPS + har et kvasiexperimentelt design der alle pasienter ved Seksjon for Tidlig Psykosebehandling (TPB) fikk tilbud om deltakelse i seksjonens arbeidsprosjekt, uavhengig av hvor de var i behandlingsforløpet. Det var ønskelig og realistisk å inkludere 60 personer. Det vil søkes om en matchet kontrollgruppe fra NPR/SSB på 100 personer. Tilsammen vil dette utgjøre 160 personer og dermed være tilstrekkelig til å avdekke moderate effektstørrelser (0.5) og tilfredsstillende et powerkrav på 0.80 ved et signifikansnivå på 0.05.

Dersom deltakere ønsket å trekke seg fra IPS +, ble de kontaktet av prosjektleder eller annet forskningspersonell som bekreftet at de ble strøket fra inklusjonslisten. Det var mulig å trekke seg fra forskningsprosjektet uten å trekke seg fra IPS + som behandlingstilbud. Det ble avklart med deltaker hvorvidt de tillot bruk av hittil innsamlede forskningsdata.

4.7 Dataregistrering

Data ble samlet inn i henhold til forskningsprotokoll. Disse ble punchet og lagret i henhold til OUS' føringer for oppbevaring av forskningsdata og i henhold til uttalelse fra sykehusets personvernombud.

4.8 Endepunkter/Utfallsmål

4.8.1 Primært endepunkt

Prosjektets primære endepunkt var oppstart i (og fastholdelse av) ordinært lønnet arbeid. Ordinært lønnet arbeid defineres som arbeid enhver kan søke på og få og som gir ordinær lønn, minimum minstelønn, innenfor oppfølgingsperioden på ett år. Arbeidet må ha en varighet på minst en dag.

4.8.2 Sekundære endepunkter

Deltakerne ble utredet med en rekke gjennomprøvde og internasjonalt anerkjente kartleggingsverktøy. Diagnose ble bekreftet med SCID-5-KV (First, 2015).

4.8.2.1 Funksjonsmål

Arbeid

All form for arbeidsaktivitet ble registrert gjennom prosjektperioden, herunder arbeidspraksis. I tillegg ble antall timer i jobb, og type arbeid registrert.

Livskvalitet

- En modifisert og oversatt versjon av *Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA)* (Priebe et al., 1999) ble brukt for å måle ulike aspekter ved livskvalitet. Den modifiserte versjonen inneholder 18 spørsmål knyttet til økonomi, venner, fritid, bolig, nabolag, trygghet, partnere, seksuelliv, familie og fysisk og psykisk helse. Hvert

spørsmål skåres på en skala fra 1 til 7, hvor 1 = veldig misfornøyd og 7= veldig fornøyd.

Global funksjon

- *Global Assessment of Functioning - split version (GAF)* (Pedersen et al., 2007) ble brukt for å angi en persons psykososiale funksjonsnivå. GAF er en kontinuerlig skala som går fra 1 – 100. Skalaen er splittet i en symptomdel og en funksjonsdel og man skårer det laveste symptom og funksjonsnivå man finner for å sikre klinisk relevans. GAF skåres av kliniker. Høyere skårer indikerer bedre funksjonsnivå og lavere symptomnivå.

4.8.2.2 Kliniske mål

Psykotiske symptomer

- Klinisk symptomnivå ble kartlagt ved bruk av *Structured Clinical Interview for Positive and Negative Symptoms (SCI-PANSS)* (Kay et al., 1987). SCI-PANSS måler alvorlighetsgrad av positive og negative psykosesyntomer i tillegg til allmenn psykopatologi. Hvert ledd (symptomområde) er gradert fra 1-7, og det er definert grenseverdier for psykose. SCI-PANSS er et strukturert intervju for å innhente informasjon fra pasienten. I vurderingen brukes imidlertid også informasjon fra andre kilder.
- Apati, avolisjon og affektflathet ble kartlagt med *Apathy Evaluation Scale (AES)* gjennom selvutfylling (Marin et al., 1991). AES er en vurderingsskala som graderer forekomst og alvorlighetsgrad av 18 symptomer ved apati. Leddene skåres fra 1 – 4 som angir «slett ikke» til «svært godt».

Angst og depresjon

- *Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS)* (Addington et al., 1991) ble brukt til å måle depresjon. CDSS gjennomføres som et semistrukturert intervju og inneholder ni ledd som vurderes på en skala fra 0 (ikke tilstede) til 3 (alvorlig).
- Angst og depressive symptomer ble kartlagt gjennom *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* (Bjelland et al., 2002). HADS er et selvutfyllingsskjema som består av 14 spørsmål, der syv av spørsmålene kartlegger symptomer på angst og syv på depresjon. HADS kan dermed deles inn i tre skalaer; en delskala for angst (HADS-A), en delskala for depresjon (HADS-D) og en totalskala (HADS-T).

Generelle symptomer (globalt symptomtrykk)

- *Global Functioning Scale (GAF)*; se tidligere beskrivelse under funksjonsmål.

Rusmiddelbruk

- *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)* (Bush et al., 1998) er utviklet for å kartlegge alkoholbruk siste 12 måneder . AUDIT er basert på selvutfylling og består av ti spørsmål som skåres fra «0» til «4».

- *Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT)* (Berman et al., 2003) er et screeningverktøy bestående av 11 spørsmål for identifisering av problemer med illegale rusmidler og/eller legemidler siste 12 måneder. Spørsmålene skåres fra «0» til «4»

4.8.2.3 Kognitive mål

Intellektuell kapasitet

- *Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence (WASI)* (Wechsler, 1999), 2-subskalaer. WASI ble brukt for å gi et estimat på intellektuell kapasitet og ble kun anvendt ved inklusjon i prosjektet.
- Deltakerne ble utredet kognitivt med *MATRICS (Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia Consensus Cognitive Battery, MCCB)* – batteriet (Nuechterlein & Green, 2006). MCCB inneholder ulike deltester som måler oppmerksomhet, verbal og visuell innlæring, prosesseringshastighet, resonnering/problemløsning og arbeidsminne. En totalskår beregnes ut fra deltestene (MCCB Samleskår).

4.8.2.4 Registerdata til helseøkonomisk evaluering

Søknad om registerdata sendes i mai 2023. Funnene fra registeranalysene rapporteres i sluttrapport, del II medio 2024.

4.9 Statistiske analyser

Deskriptiv statistikk er brukt for å beskrive deltakerne i IPS + prosjektet. Analysene er to-delt; overordnede beskrivelser av antall henvisninger, sosiodemografiske data og andel i arbeid er basert på hele gruppen og for hele prosjektperioden (fagutviklingsprosjektet).

Det er så gjort deskriptive analyser pre – post på deltakerne som samtykket til å gjennomgå forskningsprotokollen. Enkelte deltakere samtykket kun til registrering av arbeidsdata og innhenting av registerdata.

Sammenlikning mellom inklusjon og 6 måneder er gjort med t-tester (pre – post). Gruppen er først behandlet under ett, for dernest å sammenlikne gruppen med og uten kognitiv trening.

Grunnet ulike forsinkelser i prosjektet relatert til pandemi, implementeringsutfordringer som følge av rettslige presiseringer (28.04.2022) og bytter i personalgruppen, har vi ikke helt nådd målet om 60 deltakere som har gjennomgått forskningsprotokollen og/eller takket ja til innhenting av registerdata. Primo mai 2023 har vi imidlertid inkludert 50 pasienter, hvilket tillater oss å gjøre pre-post analyser. Dette innebærer imidlertid at vi fremdeles ikke har alle post-test data inne på tidspunktet for den foreliggende rapporten og dermed fremdeles har noe manglende statistisk styrke. Denne rapporten suppleres derfor også med en overordnet sammenlikning med hovedfunnene fra JMO-studien. Det vil søkes REK om å spleise data fra IPS + og JMO prosjektene for å matche studiepopulasjonene på overlappende data til sluttrapport – del II.

5 Resultater

5.1 Antall henvisninger

IPS + er som tidligere nevnt både et fagutviklings- og forskningsprosjekt. Sistnevnte innebærer at en viktig del av utformingen og implementeringen var å få etablert bred inklusjon på tvers av døgnet og poliklinikk. Et mål på dette er antall henvisninger til IPS +.

Det er totalt kommet 160 henvisninger til IPS + prosjektet ved Seksjon for Tidlig Psykosebehandling. De 160 henvisningene er fordelt på 118 pasienter. På det meste har pasienter blitt henvist 4 ganger. Tabell 1 viser hvor mange som har blitt henvist 1, 2, 3 og 4 ganger, samt snittalder ved henvisning. Tabellen viser at 118 pasienter har hatt ett oppfølgingsløp i IPS +, 33 pasienter har hatt to oppfølgingsrunder, 8 pasienter tre oppfølgingsløp og en pasient fire oppfølgingsrunder.

Gjennomsnittlig alder ved henvisningstidspunktet når man ser på alle 160 henvisningene under ett er 25.20 år. Tabellen gjenspeiler seksjonens unge pasientgruppe og det relativt sett høye antall henvisninger tydeliggjør ønsket om arbeid blant pasientene og at IPS + var godt implementert i det tverrfaglige kliniske miljøet. Blant deltakerne var 74.7 % menn og 25.3 % kvinner.

Tabell 1: Antall og prosentandel av pasienter som har blitt henvist til IPS + 1, 2, 3 og 4 ganger. SD = standardavvik.

Antall henvisninger	Antall pasienter	Prosentandel	Gjennomsnittsalder ved henvisning (SD)	Aldersspenn (min – maks)
1	85	72.0 %	24.70 (3.24)	18.44 (18.00 – 36.45)
2	25	21.2 %	25.83 (3.04)	12.71 (20.02 – 32.73)
3	7	5.9 %	28.73 (2.98)	7.75 (25.25 – 33.00)
4	1	0.8 %	34.46	0.00 (34.46 – 34.46)

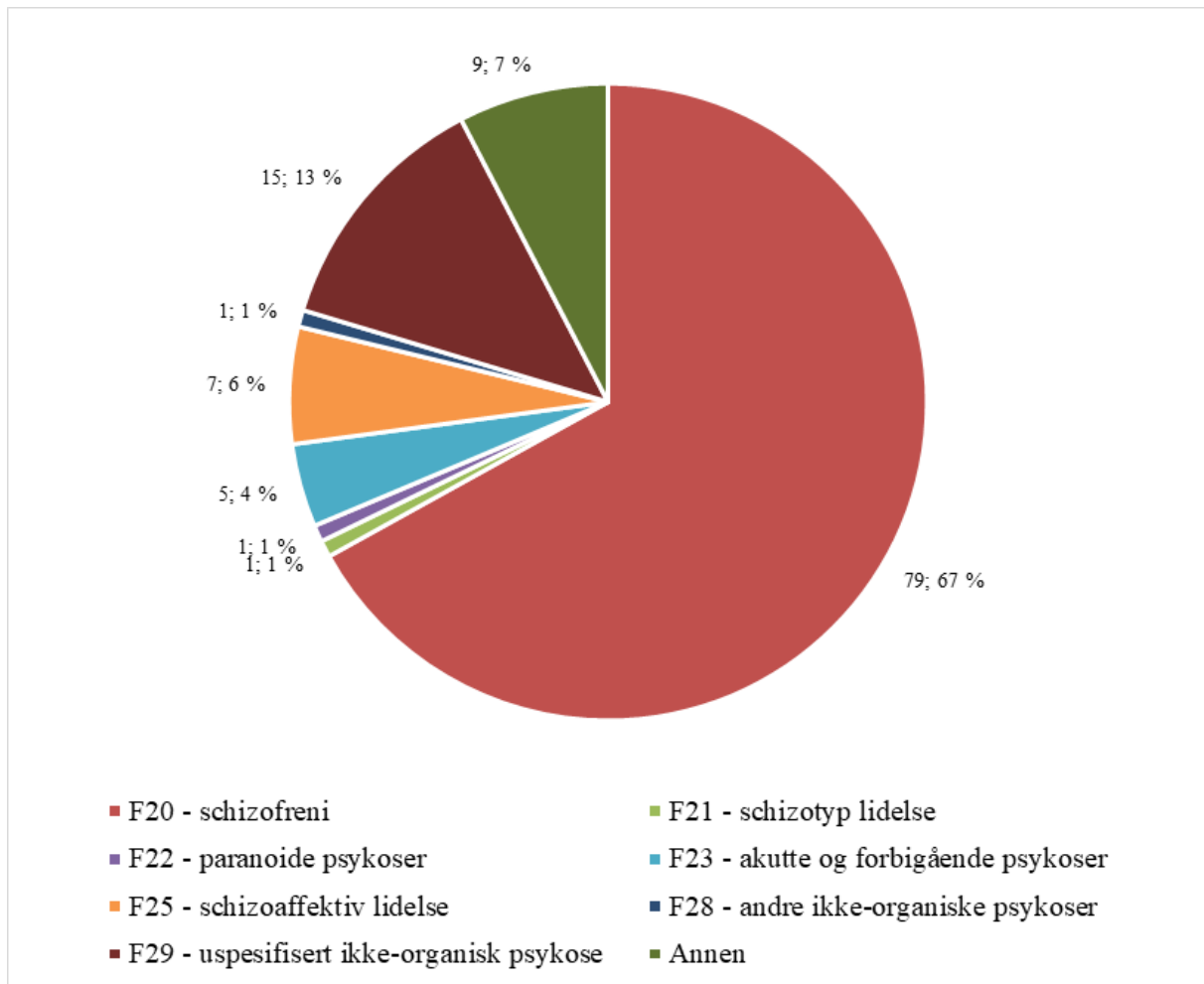
Kognitiv trening

Av de totalt 118 pasientene som har blitt henvist til IPS +, har 55 (46.6 %) også blitt henvist til kognitiv trening. Samlet sett er det gått 92 henvisninger til kognitiv trening, fordelt på 71 pasienter. Hva gjelder henvisning til kognitiv trening, er det også her en fordeling; 55 pasienter er blitt henvist en gang, 11 pasienter er blitt henvist 2 ganger og 5 pasienter har blitt henvist 3 ganger.

5.2 Diagnostisk fordeling

Figur 1 viser den diagnostiske fordelingen i IPS + prosjektet. Diagnostisk utredning ble gjennomført av kalibrerte klinikere, doktorgradsstipendiat og prosjektleder. Diagnosene er fortløpende gjennomgått og kvalitetssikret i seksjonens ukentlige diagnosemøte.

Figur 2: Antall og prosentandel av henviste pasienter til IPS + diagnostisert med de ulike psykoselidelsene (F20 – F29)

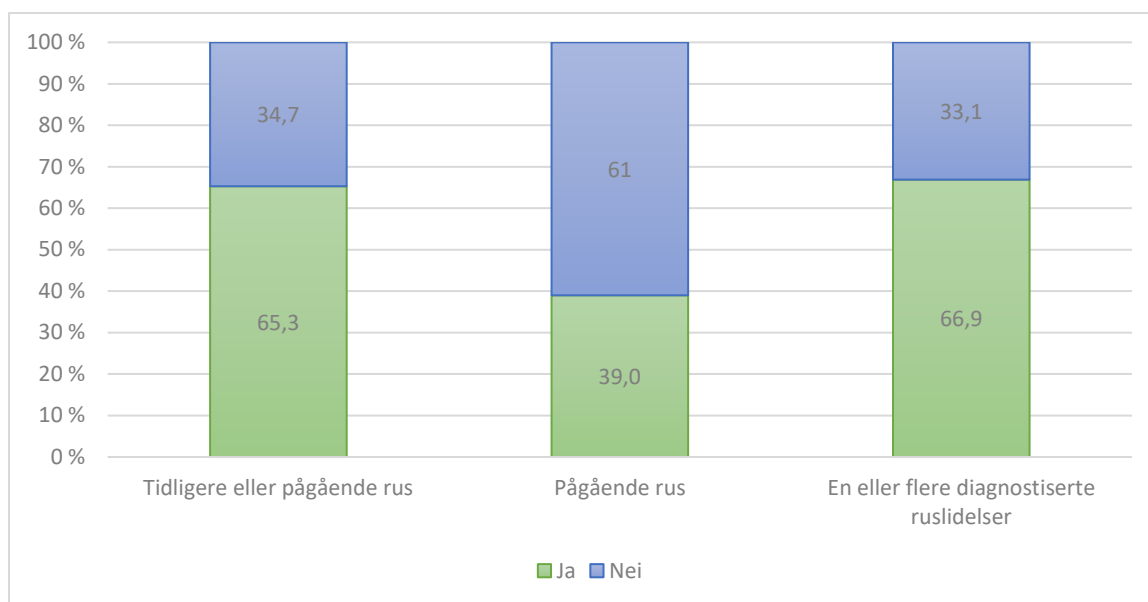


Komorbide ruslidelser

Blant de 118 henviste pasientene, er det kjent at 65.3 % har hatt en eller annen form for rusbruk i løpet av livet. Omfanget varierer fra «å ha prøvd rus en gang tidligere» (livstid) til «pågående rusavhengighet».

Hva angår rusbruk samtidig med oppfølgingen fra IPS + tjenesten ved Seksjon for Tidlig Psykosebehandling, fremkom det 39.0 % av de henviste pasientene hadde en eller annen form for rusbruk i perioden de samarbeidet med jobbspesialist. Disse tallene er angitt i figur 2. Flere av de henviste pasientene har også en eller flere andre komorbide psykiske lidelser.

Figur 3: Prosentandel av de henviste pasientene til IPS + med 1) kjent rusbruk (livstid), 2) parallelt med oppfølging i IPS + og 3) diagnostisert ruslidelse.



Når det gjelder de diagnostiserte komorbide ruslidelsene, foreligger også her en fordeling. Trettini (33.1 %) pasienter har en rusdiagnose i tillegg til primærdiagnosen, 12 (10.2 %) pasienter har to rusdiagnoser og 2 (1.7 %) henviste pasienter har tre diagnostiserte ruslidelser. Diagnosene dekker såkalt *skadelig bruk, avhengighetsyndrom, og psykotisk lidelse relatert til bruk av alkohol, opiater, cannabinoider, kokain og andre eller flere psykoaktive stoffer.*

5.3 Arbeid

Per nå (15.05.23) mottar 32 pasienter jobbstøtte knyttet til IPS + tjenesten ved Seksjon for Tidlig Psykosebehandling fordelt på to jobbspesialiststillinger. Jobbspesialiststillingene er finansiert i helse (TPB). Samarbeidet med NAV Arbeid og Helse ble avsluttet i februar 2023. Blant pasientene som aktuelt får jobbstøtte er 3.2 % i arbeidspraksis og 35.5 % i ordinært lønnet arbeid. Tabell 2 viser hvor mange pasienter som var i arbeidspraksis eller ordinært arbeid underveis eller ved avslutningen av 1. til 4. oppfølgingsperiode. Pasienter som er under oppfølging nå og har eller har hatt arbeidspraksis og/eller ordinært arbeid er med i beregningen.

I løpet av prosjektperioden, fordelt på totalt antall henvisninger, har 42.7 % kommet i ordinært lønnet arbeid. Tar man imidlertid utgangspunkt i de henvisningene der man faktisk igangsatte jobbstøtte (N = 99) har 50.5 % av deltakerne kommet i ordinært lønnet arbeid.

Årsaker til at man ikke fikk igangsatt IPS + oppfølging var:

- Fengsling
- Rømming
- Suicid
- Henvist før diagnostisk utredning var ferdigstilt, men der pasientene var utenfor diagnostisk målgruppe og dermed overført andre behandlingsinstitusjoner
- Parallell henvisninger til tiltak i regi av NAV
- Pandemi
- Ønsket ikke oppfølging (henvisning sendt uten å være avklart med pasient i forkant)

Ved inndeling av IPS + deltakerne i gruppen som mottok kognitiv trening versus gruppen som ikke mottok kognitiv trening, var det forskjeller i andel som kom i ordinært lønnet arbeid.

Blant deltakerne som fikk kognitiv trening, kom 60 % i lønnet arbeid mens blant deltakerne som ikke mottok kognitiv trening, lå tilsvarende andel på 40 %. Forskjellen var ikke statistisk signifikant ($t = 1.93$, $p = .057$), selv om den var på trend-nivå.

Tabell 2 viser andel i ulike arbeidsforhold fordelt på antall oppfølginger i IPS + tjenesten

Tabell 2: Antall og prosentandel av pasienter i arbeidspraksis og/eller ordinært arbeid underveis i oppfølgingen og ved avslutning. Inndelt etter oppfølgingsperiode (ITT).

	1. oppfølging	2. oppfølging	3. oppfølging	4. oppfølging
Antall henviste	118	33	8	1
Antall pågående	16 (13.6 %)	10 (30.3 %)	4 (50 %)	1 (100 %)
Antall i arbeidspraksis				
<i>Underveis</i>	30 (25.4 %)	5 (15.2 %)	1 (12.5 %)	
<i>Ved avslutning</i>	1 (0.8 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	
Antall i ordinært arbeid				
<i>Underveis</i>	36 (30.5 %)	17 (51.5 %)	4 (50.0 %)	1 (100 %)
<i>Ved avslutning</i>	14 (11.9 %)	4 (12.1 %)	2 (25.0 %)	

5.3.1 Arbeidsomfang

Ordinært, lønnet arbeid var og er hovedmålet i IPS + prosjektet. Enkelte deltakere ønsket imidlertid arbeidspraksis, til tross for tilbud om lønnet jobb. I andre tilfeller ønsket deltakere seg rett ut i lønnet arbeid, men arbeidsgiver ville starte med arbeidspraksis. Til sammen har 34.3 % av deltakerne i IPS + prosjektet på et eller annet tidspunkt vært i arbeidspraksis. Tabell 3 viser, for både arbeidspraksis og lønnet arbeid, stillingsandeler og varighet. De færreste deltakerne er i 100 % lønnet arbeid (kun 9 pasienter). Midlertidig lønnstilskudd har vært brukt som virkemiddel i 11.2 % av jobbstøtteløpene.

Hva gjelder varighet i lønnet arbeid, er dette et viktig aspekt ved prosjektet. 13 % av deltakerne var i ordinært lønnet jobb i ett år eller mer, mens ytterligere 16 % jobbet ordinært mellom et halvt og et år. Til sammen er altså 29 % av deltakerne i ordinært lønnet arbeid i minst 6 måneder. Beregningene er kun gjort for lønnet arbeid, da det i henhold til IPS-tilnærmingen i utgangspunktet ikke var et mål om lengre tidsperioder i arbeidspraksis.

Tabell 3: Gjennomsnittlig stillingsprosent (standardavvik) og antall uker (range) i arbeidspraksis og ordinært lønnet arbeid fordelt på antall oppfølgingsperioder i IPS +.

	1. oppfølging	2. oppfølging	3. oppfølging	4. oppfølging
Stillingsprosent, arbeidspraksis	25.5 % (19.2)	19 % (8.8)	10 % (0)	–
Varighet, arbeidspraksis (uker)	11.3 (11.8) (1 – 52)	19.3 (16.1) (1 – 46)	1 (0) (1 – 1)	–
Stillingsprosent, ordinært arbeid	37.6 % (26.3) (5 % – 100 %)	32.2 % (26.9) (5 % - 100 %)	35.5 % (30.7) (5 % - 100 %)	76.7 % (40.4) (30 % - 100 %)
Varighet, ordinært arbeid (uker)	29.8 (32.7) (1 – 129)	20.8 (26.3) (1 – 113)	11.5 (17) (1 – 52)	19 (17.7) (1 – 30)

5.3.2 Stillingsoversikt: Hva jobber IPS + deltakerne med?

Deltakerne i IPS + har fått stillinger innenfor en rekke ulike bransjer, noen ganske vanlige og andre nokså nisjepregede. Nedenfor er en kort oversikt over noen av bransjene/yrkene deltakerne er aktive i – spesifikke stillinger/bedrifter etc. er utelatt for å ivareta anonymitet.

Butikkmedarbeider – Barnehagemedarbeider – AKS medarbeider – Arbeid tilknyttet idrett, idrettslag og sesongaktiviteter – Rørlegger – Maler – Elektriker – Administrasjonsarbeid – Gartner – Kafe – Bakeri – Restaurant – Medisin – Nettbutikk – Kirkelig arbeid – Hundebarnhage – Arkitektmedarbeider – Bankvirksomhet – Revisjon – Bud – Forsikringsvirksomhet – Flyttebyrå – Helsevesen – Lagerarbeid – Varemottak – Portør – Kunstnerisk arbeid – Film og fjernsyn – Bibliotek – Skole – IT – Postmottak og ombæring – Hotell – Råvareforedling – Psykologi – Telefonsalg – Mobilreparasjon – Brukerutvalg – Søm –

...

5.3.3 Utdanning

Ved oppstart av IPS + prosjektet i 2018 var hovedfokusert nasjonalt på jobbstøtte og ordinært lønnet arbeid. Gitt den unge målgruppen ved seksjonen, var utdanning imidlertid ofte et sentralt mål for pasientene. I enighet med NAV og Helsedirektoratet ble det åpnet for at det i visse tilfeller kunne gis oppfølging relatert til skole-/lærling-/utdanningsløp.

Til sammen har 22.4 % av deltakerne vært i/blitt avsluttet til en form for utdanning under prosjektperioden.

5.4 Effekt på kliniske, kognitive og funksjonelle mål

Denne fremstillingen er basert på deltakerne som har gått gjennom forskningsprotokollen og eller kun ha samtykket til innhenting av register- og arbeidsdata, N = 50 ved inklusjon. Av disse er det kun 13 som ikke har hatt kognitiv trening. Fem av de 13 har kun samtykket til innhenting av registerdata hvilket innebærer at det ikke foreligger kliniske/kognitive eller funksjonelle mål utover arbeidsdata. Gruppene med og uten kognitiv trening behandles derfor i det videre under ett i pre-post sammenlikningen med unntak av på arbeidsdata.

Blant deltakerne i forskningsprotokollutvalget var 71.8 % menn og 28.2 % kvinner. Gjennomsnittsalder blant deltakerne var 23.6 år (SD 3.06), varierende fra 18 – 30 år ved inklusjon i studien. Blant deltakerne hadde 36 % fullført grunnskolen og 39 % videregående skole. Rundt 25 % hadde fullført høyskoleutdanning/annen høyere utdanning.

Tabell 4: Kognitive, kliniske og funksjonelle utfallsmål ved pre- og post-test.

	Inklusjon	Post-test	Teststatistikk Signifikansnivå
Utfallsmål	Gj.snitt (SD)	Gj.snitt (SD)	t/p
IQ	94 (19.9)	Kun målt ved inklusjon	-
Kognitiv funksjon (MCCB Samleskår)	39.72 (7.8)	41.24 (8.0)	$t = - 2.82, p = .01$
Psykotiske symptomer (SCI-PANSS)			
Positive symptomer	9.0 (2.6)	7.9 (1.3)	$t = 1.93, p = .07$
Negative Symptomer	10.7 (2.2)	9.9 (4.1)	$t = 0.56, p = .56$
Generelle symptomer	21.1 (4.3)	19.9 (4.1)	$t = 0.80, p = .44$
Totalskår	41.4 (7.1)	37.8 (8.1)	$t = 1.31, p = .21$
Apati (AES)	54.6 (13.8)	53.4 (7.4)	$t = 0.36, p = .71$
Globale symptomer (GAF-S)	47.8 (7.8)	55.2 (12.3)	$t = - 1.20, p = .07$
Global funksjon (GAF-F)	47.2 (6.5)	51.8 (11.2)	$t = - 1.16, p = .27$
Alkoholbruk (AUDIT)	3.2 (4.8)	3.6 (4.9)	$t = - 0.95, p = .58$
Rusbruk (DUDIT)	3.8 (6.1)	5.0 (5.8)	$t = - 1.50, p = .21$
Livskvalitet (MANSA)	5.1 (1.3)	5.1 (1.1)	$t = 0.18, p = .87$
Depresjon ved Schizofreni (CDSS)	5.0 (4.8)	1.8 (3.5)	$t = 2.01, p = .07$
Angst og Depresjon (HADS)			
Angst	7.8 (7.0)	4.8 (6.0)	$t = 2.86, p = .04$
Depresjon	6.2 (5.2)	4.4 (5.3)	$t = 1.55, p = .20$
HADS total	14 (12)	9.2 (11.2)	$t = 2.27, p = .08$

Resultatene viste signifikante endringer på mål relatert til kognitiv funksjon og angst mellom inklusjon og post-test. Det var trendnivåer for positive psykotiske symptomer, globale symptomer, depresjon ved schizofreni og totalskåren på angst-/depresjonsmålet HADS. Dette utelukker ikke at enkelte kan ha blitt bedre på de andre målene, mens andre kan ha

opplevd forverring, men på gjennomsnittsnivå forelå ingen sikre statistiske endringer mellom de to målepunktene.

Det forekom altså ingen symptomforverring i gruppen som følge av deltakelse i IPS +.

5.4.1 Sammenlikning med JMO

Sammenliknes resultatene fra IPS + med funn fra JMO (Falkum et al., 2015), der en tilsvarende pasientgruppe ble inkludert liknende tilleggsintervensjoner ble tilbudt, og en arbeidsrehabiliteringsmetode som likner IPS, men som ikke ble målt i henhold til metodetrofasthet, finner vi en del likheter.

Tabell 5: Sammenlikning mellom IPS + og JMO

	IPS +	JMO
Kognisjon	Signifikant forbedring i kognitiv funksjon.	Positive funn i både KAT og KT gruppene. Sterkest forbedring i KT-gruppen.
Psykotiske symptomer	Generell lett nedgang i de ulike psykotiske symptomene. Marginal signifikant nedgang i positive symptomer. Nedgang også i negative og generelle symptomer, men ikke statistisk signifikant. Symptomene forblir relativt stabile.	Generell lett nedgang i de ulike psykotiske symptomene; disse forblir generelt relativt stabile.
Arbeid	Ved posttest var 50.5 % i ordinært lønnet arbeid.	Ved posttest var 8.2 % i ordinært lønnet arbeid. En andel på 36.9 % var i tiltak i ordinære bedrifter.

Overordnet er det liknende funn i de to prosjektene, imidlertid med en større andel i ordinært lønnet arbeid i IPS + gruppen. Det skal imidlertid bemerkes at studiedesign i de respektive prosjektene er svært forskjellige; JMO hadde to intervensjonsgrupper (sammenlikningsgrupper) som ble randomisert på site-nivå, flere deltakere og dermed et sterkere design. Det er likevel interessant å se på overordnet nivå hvorvidt tilleggsintervensjonene kan ha effekt og hvorvidt IPS tilnærmingen på generelt nivå kan utgjøre en forskjell, hvilket den ser ut til å gjøre.

5.5 Kvalitetsevalueringer

Et viktig moment i implementeringen av IPS + var å sikre at metoden ble tilbudt i henhold til IPS prinsippene. Seksjonen var ukjent med IPS arbeid ved oppstart, IPS var ikke pilotert på forhånd og gitt diagnosegruppen ved seksjonen, var hverken deltakere eller klinikere kjent med tilnærmingen i særlig grad.

Prosjektgruppen startet forberedelsene tre kvart år i forkant av selve tjenesteoppstarten. Det ble besluttet å legge IPS-tjenesten på seksjonsnivå for å sikre at begge seksjonens enheter kunne henvise til tilbudet, og for å integrere jobbspesialistene i samtlige kliniske team. Det ble inngått forpliktende samarbeid med NAV og det ble søkt tilskuddsmidler fra HelseDirektoratet – med garanti fra klinikkleder om å legge stillingene inn i linje etter avsluttet tilskuddsperiode. Det var knyttet flere usikkerhetsmomenter til oppstart av tjenesten; hvorvidt jobbspesialistene faktisk ble fullverdig integrert i seksjonen, hvorvidt arbeid ble ansett å være behandling blant klinkerne og hvordan samarbeidet med NAV ville bli, gitt at seksjonen er bydelsovergripende og samarbeidet kom til å ligge på individ- og ikke kontornivå.

5.5.1 Evaluering I

Den første kvalitetsevalueringen ble en viktig indikator på grad av metodeetterlevelse, både hva angår selve tjenestekvaliteten men også knyttet opp mot forskning. Evalueringen fant sted 20. og 21. mars 2019, omtrent et år etter oppstart. Evaluatorene konkluderte med 81 poeng på kvalitetsskalaen, hvilket tilsvarer *godkjent kvalitet*.

Det ble løftet frem et sterkt engasjement for tjenesten og god kunnskap om tilnærmingen ved seksjonen – i tillegg til fokus på jobb for målgruppen. Det ble videre angitt god ledelsesforankring og godt samarbeid mellom klinikere og jobbspesialister. Fordelen med felles dokumentasjonssystem ble særlig fremhevet. Jobbspesialistene hadde (frem til 28.04.2022) tilgang til å lese og skrive i EPJ. Det gjenstod imidlertid tydelige utfordringer, blant annet utvidelse av antall jobbspesialister (på daværende tidspunkt bestod tjenesten av to jobbspesialister, den ene i kombinert metodeveileder/jobbspesialiststilling. Det ble dertil understreket viktigheten av å løfte frem mål og måltall tydeligere blant alle involverte aktører.

Samarbeidet med NAV viste seg å være en utfordring. Dette ble beskrevet av NAV, helse og jobbspesialistene, og ble gjenspeilet i selve kvalitetsevalueringen. Dette antas delvis å henge sammen med områdefunksjonen seksjonen innehar som i praksis betyr samarbeid med samtlige NAV kontor i Oslo. I tillegg har deltakerne svært komplekse helsemessige utfordringer (og er per definisjon blant de 20 % dårligste pasientene med tidlig psykose), noe som innebærer komplekse løp og problemstillinger. Lønnstilskudd, (ung) ufør og spørsmål knytte til arbeidsevne var ofte paralleller til selve IPS-arbeidet. Det at IPS + tjenesten i NAV sammenheng var ekstern og dermed ofte ikke kjent, gjorde det ytterligere utfordrende å samarbeide. Erfaringene over tid var imidlertid at ettersom tiden gikk og man utviklet relasjoner mellom jobbspesialistene og saksbehandlere, bedret dette samarbeidet seg.

5.5.2 Evaluering II

Den andre kvalitetsevalueringen skulle gjennomføres primo 2021. Denne koinciderte imidlertid med pandemi og dertilhørende restriksjoner, slik at den ikke fant sted. Det ble gjennomført en egevaluering for å sikre at handlingsplanen etter forrige evaluering ble fulgt og at kvalitetsarbeidet fortsatte innad i seksjonen. Prosjektgruppen satte av en dag for gjennomgang og fikk en viktig oversikt over status. Poengsummen her kan ikke anses å være objektiv eller reelt indikativ gitt at ingen i teamet har gjennomført evaluatoropplæring. Likevel var det nyttig og viktig for prosjektet å gjøre denne vurderingen. Basert på

prosjektgruppens gjennomgang var integreringen i helse bedre og ledelsesforankringen tydeligere enn ved første evaluering. Teamet var utvidet med en ytterligere jobbspesialiststilling (finansiert av NAV Arbeid og Helse) som initialt hadde de samme tilgangsnivåer til EPJ og mulighet for deltakelse i samtlige teammøter som de helseansatte jobbspesialistene. På et tidspunkt kom imidlertid signaler internt i klinikk om at dette ikke lenger kunne opprettholdes som følge av arbeidet med rettslige avklaringer knyttet blant annet til hvorvidt IPS arbeidet kunne anses å være helsehjelp. Dette førte til en strukturelle endring og en tydelig forskjell mellom jobbspesialistene som direkte følge av ansettelsessted.

Samarbeidet med NAV Arbeid og Helse og jobbspesialisten fra NAV førte til en opplevelse av tettere samarbeid med NAV. Hvorvidt dette faktisk var tilfellet har vi ikke mål på, i og med at det ikke ble gjennomført en ekstern evaluering.

5.5.3 Evaluering III

Den tredje kvalitetsevalueringen ble gjennomført 2. og 3. mai 2022, parallelt med besøk til IPS + prosjektet av Helse- og Omsorgsminister Ingvild Kjerkol.

Evaluatorene konkluderte med 107 poeng på kvalitetsskalaen, hvilket tilsvarer *godt implementert*. På tidspunktet for denne kvalitetsevalueringen, hadde det vært store utskiftninger i IPS + teamet i forkant. To nye jobbspesialister, en i helse og en i NAV, var tilkommet. Dette ble også trukket frem i evalueringsrapporten, der en av anbefalingene var å få «satt» IPS + teamet. Evaluatorene understreket den gode integreringen i helsetjenesten, at omtrent halvparten av deltakerne var kommet i ordinært lønnet arbeid og at vi i IPS + hadde jobbet godt med handlingsplanene fra forrige kvalitetsevaluering.

Teamet hadde noe å gå på hva angår utetid og arbeidsgiverbesøk og fremdeles hadde tjenesten utfordringer med samarbeidet vis a vis NAV. Tydeligere strukturer og faste møtepunkter ble anbefalt.

Dette var gjenkjennbare forbedringspunkter for IPS-teamet. Til tross for at tjenesten klarte å oppnå god kvalitet i form av andel i arbeid og integrering i helse, var det en klar opplevelse av forbedringspotensial i samarbeidet mellom NAV og helse. Den 27. april 2022, altså direkte i forkant av kvalitetsevalueringen, sendte Helse- og Omsorgsdepartementet ut nye føringer til alle helseforetakene der juridiske presiseringer ble tydeliggjort. Dette hadde som direkte konsekvens at samtlige jobbspesialister, uansett ansettelsesforhold, mistet tilgang til Elektronisk Pasient Journal og at den frie deltakelsen under kliniske møter ble sterkt innskrenket og kun mulig for pasienter som alt var inkludert i IPS +.

Erfaringene i den sammenheng var at IPS + var svært godt integrert i helse, fremdeles hadde utfordringer i samarbeidet med NAV- men at dette endret seg betydelig rett etter den tredje kvalitetsevaluering. Vi vil komme tilbake til dette i oppsummering og diskusjon.

5.6 IPS + i praksis - deltakereksempler

5.6.1 Abdi

Abdi er 27 år og har en nesten fullført bachelor i økonomi, for fire år siden fikk han diagnosen schizofreni. Etter flere år med medikamentell behandling og ulike andre terapeutiske intervensjoner, var han klar for å søke jobb. Abdi var lei av behandling og

medisiner, og ønsket derfor å starte i arbeid *uten* medisiner. Etter å ha fått jobb i forsikringsbransjen begynte han etter noen måneder å bli mistenksom overfor kolleger og fikk tanker om at de var ute etter ham. Dette gjorde at det ble vanskelig å konsentrere seg på jobb og han begynte å få en del fravær. På et tidspunkt var han så redd at han sendte sjefen mail hvor han anklaget kolleger for å ikke ville ham vel og sa samtidig opp jobben. Han gikk mindre og mindre ut av leiligheten. Han sluttet å sove og spiste lite mat. Påførende fanget det opp - Abdi ble innlagt på nytt.

Kontakt med IPS+

Nok en innleggelse var et nederlag for Abdi. Han hadde jo planene klare for fremtiden; han skulle jobbe, kjøpe leilighet og deretter få seg kjæreste. I stedet var han omringet av helsepersonell som nok en gang hadde fokus på medisiner og behandling. Han takket nei til alle forslag om aktiviteter og turer og understreket at det eneste han ønsket var å komme tilbake i full jobb. Gjennom tilbudet om IPS+ fikk Abdi kontakt med en jobbspesialist. Ønskene hans ble tatt på alvor og jobbspesialisten startet umiddelbart arbeidet med å finne aktuelle arbeidsgivere. I utgangspunktet hadde Abdi bestemt seg for at det kun var aktuelt med 100 % jobb, men etter dialog med jobbspesialisten ble de enige om at en gradvis økning passet bedre ettersom han også skulle følge opp behandling.

Arbeidsgiver

Jobbspesialisten fant etter hvert en mulig stilling som kundesrådgiver i en bank. I utgangspunktet ansatte de kun personer som ønsket å jobbe 100 %, men fordi Abdi gjorde et godt inntrykk, gjorde de et unntak dersom målet på sikt var fulltid. Abdi valgte å informere arbeidsgiver om at han gikk i behandling og hadde vært syk, men våget ikke si noe om selve diagnosen i frykt for at arbeidsgiver skulle trekke seg. Arbeidsgiver ble dermed (likevel) skeptisk til samarbeidet og pekte på risikoen ved å ansette noen som tidligere har vært syk. Arbeidsgiver problematiserte også bankens kapasitet knyttet til opplæring og oppfølging, i og med at Abdi hverken hadde særlig arbeidserfaring eller hadde rukket å fullføre utdanning, men valgte å gi Abdi sjansen likevel.

Samarbeid med NAV

Jobbspesialisten tilbød tett oppfølging over tid i form av samarbeidsmøter og tilgjengelighet på telefonen. Videre ble arbeidsgiver forsikret om at Abdi fortsatte i behandling. I tillegg kontaktet jobbspesialisten det lokale NAV kontoret for å få på plass lønnstilskudd for å kompensere for opplæring på arbeidsplassen.

Kognitiv trening

Jobbspesialisten fulgte Abdi på jobb hele den første uken. Her ble det fanget opp at Abdi strevde kognitivt i form av oppmerksomhets- og konsentrasjonsvansker. Han falt ofte ut av samtaler, fikk ikke med seg beskjeder fra arbeidsgiver og glemte arbeidsoppgavene. Abdi kunne kjenne seg igjen i at dette også hadde vært en utfordring i jobb tidligere, men at det nå var en forverring. I den forbindelse fikk han tilbud om kognitiv trening parallelt med IPS oppfølgingen. Han fulgte det kognitive treningsopplegget ved seksjonen, i tillegg til ekstra øvelser som gikk på nettopp oppmerksomhet og konsentrasjon og som var overførbare til

jobbsituasjonen. Jobbspesialisten lagde også «oppskriftsbøker» for Abdi som han kunne bruke på arbeidsplassen, både som påminnelse og repetisjonstrening.

Samarbeid med behandler

Ansvarlig behandler var hele veien involvert i prosessen mot jobb, og var en viktig støtte for Abdi. Oppstarten i jobb gikk bra etter at tilretteleggingen kom på plass, men etter noen uker begynte han å få tanker om at sjefen hans ikke likte ham. Abdi var sikker på at han ventet på en anledning til å si ham opp. Jobbspesialisten hadde derfor jevnlig møter med Abdi og arbeidsgiver for å trygge Abdi på at arbeidsgiver var fornøyd med utførelsen av arbeidet. I tillegg ble behandler informert om plagene og kunne bruke terapitimene til å jobbe med Abdi's (paranoide) tanker og følelser i møte med andre mennesker.

Oppsummering

Summen av tett oppfølging fra jobbspesialisten, tett samarbeid med arbeidsgiver, NAV og behandler gjorde at Abdi selv begynte å få tro på at han faktisk kunne jobbe. Etter ett år i jobb, ønsket han på nytt å redusere medisindosen. Dette førte på nytt til en forverring hvor Abdi ble sykemeldt en kort periode. Han kom seg imidlertid tilbake i jobb. Det vil trolig svinge en del for Abdi hva gjelder symptomer – det vil påvirke både hvordan han har det og hvordan det går på jobb. Basert på erfaringene så langt, vil det være perioder hvor han klarer å jobbe mye og perioder der han har redusert kapasitet. Med riktig oppfølging og tilrettelegging tyder ting likevel på at han kan stå i jobb over tid.

5.6.2 Jenny

Jenny er 25 år og ble diagnostisert med schizofreni for tre år siden. Etter å ha vært innlagt i seks måneder går hun nå ukentlig til samtaler hos psykiater i kombinasjon med medikamenter. Hun er usikker på hvordan det kan hjelpe henne, hun har vært syk lenge og kjenner seg ofte motløs og engstelig. Motivasjonen for behandling er lav, hun er stille mesteparten av tidene i behandlingstidene og avlyser jevnlig. Jenny har imidlertid et ønske om å jobbe. Hun har mye erfaring fra salgsarbeid fra tiden før hun ble syk, men er usikker på om det er riktig yrke å gå tilbake til da det var veldig stressende. Overlegen har henvist henne til IPS+ for at hun skal få hjelp til å finne ut av hva som kan være riktig arbeidsplass nå.

Kontakt med IPS+

I møte med jobbspesialisten fremkommer det at Jenny er interessert i å jobbe med mennesker. Sammen finner de ut at arbeid på Aktivitetsskolen (AKS) kan være en god start, i og med at arbeidsdagene er på 3-4 timer. Jobbspesialisten har tro på at dette er mulig, men behandler er redd for at denne type arbeid vil kunne føre til en sykdomsforverring. Behandler støtter imidlertid forslaget dersom Jenny følges opp tett.

Arbeidsgiver

Jenny gjør et godt inntrykk på intervjuet og får tilbud om å være ringevikar. Hun vegrer seg for å takke ja til den første vekten og er redd for at hun ikke vil klare å jobbe etter en periode med sykdom. Hun våger ikke si noe om dette, hverken til jobbspesialisten eller behandler og fortsetter å takke nei til de første vaktene. Både jobbspesialist og behandler er klar over

dette, men kommer ikke i posisjon til hjelpe Jenny videre. Jobbspesialisten tilbyr seg å være med Jenny på jobb, i håp om at det skal kunne være en trygghet for henne. Jenny går med på dette og etter vekten evaluerer de sammen. Jenny forteller at hun har en vond følelse etter arbeidsdagen og tenker at hun fikk bekreftet at hun er for syk til å jobbe. Hun er veldig usikker på om hun skal takke ja til flere vakter. Dette til tross for gode tilbakemeldinger fra arbeidsgiver.

Samarbeid med behandler

Jobbspesialisten bringer det inntrufne fra arbeidssituasjonen videre til behandler. Sammen gjennomfører de en samtale med Jenny om veien videre. Der fremkommer det at Jenny strever veldig med negative tanker om seg selv. Hun hører stemmer som forteller henne at hun ikke er god nok, og at det er på tide å gi opp. Dette tar stor plass i livet hennes. I løpet av arbeidsdagen på AKS hadde hun korte øyeblikk hvor stemmene var mindre tilstede og mindre plagsomme, men i det hun fikk en korrigerende fra en kollega var stemmene og angsten så sterk at hun vurderte å forlate arbeidsplassen. Jenny får tilbud om å jobbe med stemmehøring med behandleren, i kombinasjon med det å jobbe.

Oppsummering

Erfaringene fra arbeidsplassen ble et vendepunkt for Jenny. Hun så plutselig et større behov for og nytte av behandling. Både behandler og jobbspesialist var en støtte for henne. Jobbspesialisten kunne tilrettelegge på arbeidsplassen slik at hun hadde faste kolleger å forholde seg til, samt sørge for at hun fikk tilbakemeldinger på en, for henne, god måte. Jobbspesialisten informerte behandler fortløpende om progresjon og utfordringer på arbeidsplassen og behandler hjalp Jenny å finne mestringsstrategier for hvordan hun kunne håndtere stemmehøring og episoder som påførte økt stress på jobb.

Etter seks måneder som ansatt, jobbet hun to dager i uken. Hun var fortsatt mye engstelig, og strevde med negative tanker, men erfarte mindre av det på jobb. Jobben ga Jenny en pause fra plagene. Etter litt ytterligere tid lærte Jenny å bedre håndtere ulike jobbrelaterte påkjenninger. Ting fungerte godt og hun våget å skifte jobbretning inn mot salg igjen – som var det hun egentlig ville. Jenny har lært mye om seg selv i løpet av tiden i IPS + prosjektet. Selv om hun i perioder er lei av terapi og medisiner har hun erfart at det hjelper og dette har gitt henne tro på at hun kan jobbe – til tross for at hun i perioder strever med ulike symptomer.

6 Diskusjon

6.1 Arbeid

Resultatene fra IPS + prosjektet viser at personer med alvorlig og tidlig psykoselidelse ønsker lønnet arbeid, kan komme i arbeid – og stå i arbeid over tid.

Det betydelige antallet henvisninger, til tross for pandemi og juridiske endringer knyttet til IPS-tilbudet i helse under prosjektperioden, viser at arbeid er et svært viktig mål for seksjonens pasienter. For en betydelig andel resulterer ikke deltakelse i jobb ved første forsøk, hvilket gjenspeiler de kliniske og funksjonsmessige svingningene som er typiske ved alvorlige schizofrenispektrumlidelser. Overordnet kommer imidlertid 50 % i ordinært lønnet

arbeid og 22 % i utdanning. Dette er i tråd med funn fra tilsvarende populasjoner med tidlig psykoseproblematikk (Killackey et al., 2019). Denne studien er, så vidt oss bekjent, den første undersøkelsen av IPS implementert som en behandlingsmetode i spesialisert tidlig psykosebehandling i Norge. Gitt den snevre målgruppen, den høye graden av tilleggslidelser, kognitive vansker og symptomtrykk, viser denne undersøkelsen at IPS er mulig å gjennomføre som en del av behandling i spesialisthelsetjenesten. Ingen av de inkluderte deltakerne hadde jobb ved oppstart og ingen var inkludert i eller tilbudt IPS i annen sammenheng. Det er etablert tett samarbeid mellom de lokale distriktpsikiatriske sentrene (DPS) i Oslo og ulike jobbspesialistteam ved bydelstilhørige NAV kontor. En viktig implikasjon ved det foreliggende prosjektet er at dersom fremtidige jobbspesialister skal være ansatt i NAV, er det trolig også nødvendig å utrede muligheten for samarbeid mellom NAV og helseinstitusjoner som har område-/regionalfunksjoner slik at pasienter som mottar behandling fra slike tjenester også kan få tilbud om Individuell Jobbstøtte.

En del av deltakerne i IPS + prosjektet hadde perioder med arbeidspraksis i det ordinære arbeidsmarkedet. Dette ble søkt unngått i lengst mulig utstrekning, men i tråd med et annet sentralt IPS-prinsipp om at klientens preferanser er førende, ble dette også tidvis anvendt. Ved flere anledninger erfarte vi at deltakerne selv, ved tilbud om lønnet jobb, av ulike årsaker valgte å takke nei. Dette hadde som regel sammenheng med høyt symptomtrykk, særlig hva angår depresjons- og angstsymptomer og forverring av plagsomme psykotiske symptomer som hørselshallusinose og vrangforestillinger. Det var viktig å møte deltakerne på dette punktet og i de fleste tilfeller ble arbeidspraksis til lønnet arbeid eller førte til nyttige avklaringer med hensyn til hva som faktisk var både ønskelig og mulig. For enkelte deltakere viste det seg at lønnet arbeid ikke egentlig var det de ville, turte eller fikk til på det aktuelle tidspunktet. Dette understrekes også ved at en andel av deltakerne var henvist i flere omganger. Jobbspesialistene erfarte at dersom jobbstøtten ikke resulterte i arbeid ved første forsøk, var det ikke nødvendigvis indikativt for senere IPS-løp. Mye viktigere var det å komme raskt i gang dersom pasienten følte seg klar og ønsket å prøve IPS (igjen).

En ytterligere erfaring gjelder arbeidsgiversiden knyttet til arbeidspraksis. Her erfarte vi viktigheten av å balansere deltakers og arbeidsgivers ønsker og behov og hele tiden opprettholde målet om ordinært, lønnet arbeid samtidig som skjønn og fleksibilitet (i form av praksis) av og til måtte utvises. Til tross for IPS-prinsippet om ordinært, lønnet arbeid som mål, oppstod enkelte situasjoner der det var hensiktsmessig med en gradvis tilnærming til det ordinære arbeidslivet gjennom praksis. I slike tilfeller ble det imidlertid gjort tydelige avtaler, både mellom jobbspesialist og deltaker og mellom deltaker og arbeidsgiver hva angår varighet med en overordnet forventning om deltakerne så raskt som mulig skulle få lønnet stilling. I få tilfeller erfarte vi at arbeidsgivere ikke overholdt slike avtaler eller ønsket å forlenge uten utsikter til lønnet arbeid, dette var imidlertid heller unntaket enn regelen, men understreker viktigheten av ordninger dersom man unntaksvis åpner for dette.

Resultatene knyttet til varighet i jobb var delt; enkelte deltakere hadde lang jobbfastholdelse, mens en betydelig andel hadde flere og kortere arbeidsforhold. Dette henger trolig sammen med en kombinasjon av ulike faktorer, både sykdomsrelaterte og ytre

faktorer. En del arbeidsforhold ble avsluttet på bakgrunn av sykdomsforverring og helse relaterte utfordringer, andre hadde en naturlig (og planlagt) sluttdato. Pandemien spilte en rolle, der en del arbeidsforhold ble avsluttet som direkte følge av innsparinger, permitteringer og omprioriteringer.

Bruk av lønnstilskudd ser også ut til å ha en påvirkning, men dette er spekulativt fra vår side, da vi ikke har kartlagt dette systematisk.

Kvalitetsevalueringene viste at IPS + tjenesten hadde gjennomgående forbedringspotensial hva angår samarbeidet med NAV. Vi har alt vært inne på mulige årsaker til at dette var komplisert og spekulerer først og fremst i at forklaringen er områdefunksjonen som innehas ved TPB. Det at tjenesten i NAV-sammenheng var ekstern (til tross for at den ene jobbspesialisten var ansatt i NAV) og for en såpass smal målgruppe bidro også til at den ikke var særlig kjent blant saksbehandlere. Vi erfarte imidlertid også at dette er en gruppe som i flere tilfeller ikke vurderes som aktuell for ordinært arbeid, hverken i helsetjenesten eller i NAV, slik at det var mer naturlig å samarbeide om varige ytelser enn aktivt (ordinært) arbeid. Det gjenstår fremdeles holdningsskapende arbeid i både NAV og helse om arbeidsevnen og arbeidsmulighetene for denne gruppen som også kan bidra til å bedre samarbeidet. Vi erfarte i prosjektgruppen at der vi fikk komme og fortelle om tjenesten/prosjektet var det også enklere å få til samarbeid på saksbehandler/jobbspesialist/behandler-nivå. Dette er verdt å ta med seg videre for å sikre god tverrsektoriell samhandling. En NAV-koordinator ved seksjonen kan være et ytterligere grep for å bidra til bedre samhandling og for å sikre kontinuitet i samarbeidet med alle NAV-kontorene.

IPS + teamet har i perioder bestått av både helseansatte og NAV-ansatte jobbspesialister. Dette har vært både lærerikt og utfordrende. Det har i praksis ført til større kunnskap om NAV, ytelser og ulike tiltak i helsetjenesten, hvilket har vært svært positivt. Det har også ført til utfordringer knyttet til helsehjelpsbegrepet, tilganger til tverrfaglige møter, EPJ og NAVs rapporteringssystem i Teams samt personalsituasjonen i seg selv.

Med den trinnvise prosessen rundt rettslige avklaringer knyttet til IPS, ble initialt først den NAV-ansatte jobbspesialisten tatt ut av tverrfaglige team og EPJ. Dernest også de helseansatte jobbspesialistene. Dette som direkte konsekvens av brevet fra HOD, datert 27.04.2022 og føringene fra PVO ved sykehuset. IPS + gikk fra å være en fullverdig integrert tjeneste til et samarbeid mellom klinikere og jobbspesialister. Flere av klinikerne har uttrykt bekymring over å ha mistet ett av de viktigste verktøyene for samhandling, EPJ, i prosessen mot og med arbeid. Dette gjør at enkelte er blitt mer tilbakeholdne med å henvise, særlig de dårligste pasientene, til IPS. Jobbspesialistene har etter de rettslige presiseringene fremdeles deltatt i tverrfaglige teammøter, men kun for å drøfte deltakere som alt har samtykket til oppfølging eller på anonym basis. Det at behandlerne etter hvert ble de som solgte inn prosjektet og at jobbspesialisten først kunne kobles på senere, bidro til lavere henvisnings- og inklusjonsrate til forskning.

Det var ikke kun utfordringer knyttet til helses systemer under prosjektperioden. Gitt at metodeveileder var ansatt i helsetjenesten, kunne vedkommende ikke få tilgang til rapporteringssystemet NAV bruker i Teams. Den NAV-ansatte jobbspesialisten hadde på den annen side ikke tilgang til pasientinformasjon på andre enn egne kandidater og kunne

dermed ikke rapportere for hele tjenesten. Det ble derfor opprettet alternative rapporteringsformer til NAV i perioden IPS + var et NAV-tiltak. Dette fungerte godt i praksis, men viser at det fremdeles er utfordringer i det tverrsektorielle samarbeidet på tjenestenivå. En viktig erfaring ligger på jobbspesialistnivå; det å kun få delta på deler av møter, ikke ha tilgang til viktig informasjon, det å i henhold til metodikken skulle være integrert, men i praksis kun være affiliert, viste seg å være utfordrende. Vi erfarte at det å ha fokus på slike aspekter i utforming og oppsett av nye IPS-tjenester der NAV og helse skal samarbeide var svært viktig for trivsel og følelse av tilhørighet.

6.2 Utdanning

Utdanning var ikke et sentralt mål i IPS + satsningen ved prosjektets oppstart. IPS Ung har imidlertid blitt godt etablert og utbredt og vil for mange av de unge deltakerne ved Seksjon for Tidlig Psykosebehandling være et svært godt alternativ. Erfaringene fra de relativt sett få utdanningsløpene i inneværende prosjekt, er at dette krever spesialkompetanse fra jobbspesialistene og samarbeid med nye og flere aktører. En liten andel, 22 %, i IPS + prosjektet fikk støtte til skolegang og utdanning. Erfaringene fra prosjektet er at dette trolig er vel så viktig og nyttig som tilbud om jobbstøtte, den unge målgruppen tatt i betraktning. Et viktig videre skritt er å utrede muligheten for å etablere samarbeid med NAV om IPS Ung og også vurdere å utvide antall utdanningsløp blant egne jobbspesialister.

6.3 Effekter på kliniske, kognitive og funksjonsmål

Personer som mottok kognitiv trening kom i høyere grad i ordinært arbeid, men forskjellen var kun signifikant på trend-nivå. Likevel er det i tråd med etablerte og nylige funn fra tidlig psykosefeltet at kognitiv rehabilitering kan ha en forsterkende effekt på formidling til ordinært lønnet arbeid (van Duin et al., 2021). Det foreligger få til ingen muligheter til å bedre kognitive vansker gjennom medikamentell behandling. Det er i tillegg bred empirisk evidens og klinisk kunnskap om både spesifikke og generelle kognitive vansker ved alvorlig psykisk lidelse. Kognitiv trening er en svært lite invasiv intervensjon som, i tillegg til å potensielt bedre kognitiv fungering, også kan gi verdifull kunnskap om jobbsøkeren som kan komme til nytte i arbeidssituasjonen (Dewa et al., 2018). Det er fremdeles behov for å undersøke effekten av kognitiv rehabilitering på arbeidsrehabilitering generelt og IPS spesielt. Gitt at kognitive vansker ofte opptrer tidlig i sykdomsforløpet, gjør at KT også kan være en relevant tilleggsintervensjon i IPS Ung. Dette må imidlertid undersøkes i egne studier.

Vi fant en reduksjon i psykotiske symptomer i IPS + prosjektet. Det var i utgangspunktet ikke noen åpenbar rasjonale for dette, ei heller var det et naturlig utfallsmål. Gitt den sårbare målgruppen for prosjektet, er det imidlertid viktig å monitorere symptomtrykk, både hva gjelder psykotiske og andre symptomer. Det overordnede resultatet er at symptomer holder seg relativt stabile og at hverken IPS-deltakelse eller ordinært lønnet arbeid fører til sykdomsforverring. Dette er et viktig funn, da enkelte klinikere og NAV-saksbehandlere fremdeles kan utvise skepsis i den sammenheng. Et interessant resultat er særlig knyttet til angstdomenet i HADS, der vi fant en nedgang. Gitt at svært mange med psykoselidelser i tillegg strever med angstproblematikk, kan det se ut til at IPS-deltakelse og arbeid kan bidra til å mildne disse. En mulig mekanisme kan være at arbeidskonteksten (kombinert med

støtte) gir en form for atferdsaktivering, altså en praktisk tilnærming til angsten. Arbeid kan, sett i KAT-kontekst, representere en form for eksponeringssituasjon der man med støtte fra jobbspesialist (og behandler) etter hvert (gjennom repetisjon) lærer at man er tryggere enn antatt. Vi kan ikke trekke konklusjoner i den forbindelse, men det kan være verdt å undersøke dette videre i studier der man kombinerer arbeid med KAT i et randomisert, kontrollert design.

6.4 Begrensninger og svakheter ved IPS + prosjektet

I IPS + ønsket vi å bruke arbeid som både mål og metode i spesialisert tidlig psykosebehandling. Dette er den viktigste styrken ved prosjektet gitt den store diskrepansen mellom det høye antallet som ønsker seg arbeid og den lave andelen som faktisk er i arbeid. Prosjektet og prosjektets design har imidlertid tydelige begrensninger som er viktige å belyse.

En sterk begrensning er designet. IPS + er ikke en randomisert, kontrollert studie, men en kvasiekseptimentell klinisk studie uten de stringente føringene som ligger i førstnevnte design. Dette innebærer i praksis at vi har fått til å implementere IPS + i ordinær klinisk drift, alle pasienter har fått tilbudet og ingen har måttet vente eller risikere å bli randomisert til alternativ oppfølging. Det innebærer imidlertid også at vi mangler en kontrollgruppe og må tolke funn og erfaringer med dertilhørig forsiktighet. Noe av dette kan og vil bøtes på gjennom referansegruppen som trekkes basert på registerdata. Spleising av data med JMO-prosjektet vil også gi en mulig sammenlikningsgruppe. Vi må likevel utvise forsiktighet i tolkningen av disse sammenlikningene, da JMO-gruppen vil være fra en tidligere periode med andre arbeidsmarkedsforhold og registerdata ikke vil inkludere kliniske, kognitive og funksjonelle mål vi har samlet inn i IPS + studien.

En ytterligere begrensning er at vi mangler 10 pasienter for å nå det forhåndsatte power-kravet ved pre-test. Det er trolig ulike og sammensatte årsaker til dette; pandemi, størrelsen på forskningsbatteriet kan være en medvirkende faktor, utskiftninger i jobbspesialistteamet for å nevne noen. Forløpsanalysene i denne delrapporten må derfor tolkes med forsiktighet. Til tross for disse svakhetene vil vi argumentere for at denne type klinikknære prosjekter gjennomføres og kan bidra med både funn og erfaringer.

6.5 Oppsummering og implikasjoner

Pasientene ved Seksjon for Tidlig Psykosebehandling representerer en liten gruppe med tidlig og alvorlig psykoselidelse som har et ønske om å komme i arbeid. Det viktigste funnet fra IPS + prosjektet er at dette var mulig. Totalt kom hele 50 % av deltakerne seg i ordinært, lønnet arbeid.

Det å undersøke om dette kunne la seg gjennomføre og om IPS-tilnærmingen kan spisses og skreddersys denne gruppen med tilleggsintervensjoner, er viktig for Tidlig Intervensjonsfeltet. Det vil også kunne ha samfunnsøkonomisk betydning.

I tråd med fokuset på persontilpasset medisin, kan erfaringene og resultatene fra IPS + bidra til utformingen av mer persontilpasset jobbstøtte ved tidlig og alvorlig psykoselidelse.

Delrapport II, inkludert samtlige posttest resultater, resultater fra etterundersøkelsen (1 år

etter inklusjon), registerdata (inkludert referansegruppe) og sammenlikningen med JMO-gruppen (matchet kontrollgruppe) vil kunne bøte på en del av begrensningene i den foreliggende rapporten og besvare ytterligere forsknings spørsmål. Denne vil foreligge medio mai 2024.

7 Referanser

- Addington, J., Addington, D., & Maticka-Tyndale, E. (1991). Cognitive functioning and positive and negative symptoms in schizophrenia. *Schizophr Res*, 5(2), 123-134.
- Albert, N., Melau, M., Jensen, H., Emborg, C., Jepsen, J. R., Fagerlund, B., Gluud, C., Mors, O., Hjorthøj, C., & Nordentoft, M. (2017). Five years of specialised early intervention versus two years of specialised early intervention followed by three years of standard treatment for patients with a first episode psychosis: randomised, superiority, parallel group trial in Denmark (OPUS II). *Bmj*, 356, i6681. <https://doi.org/10.1136/bmj.i6681>
- Albert, N., Melau, M., Jensen, H., Hastrup, L. H., Hjorthøj, C., & Nordentoft, M. (2017). The effect of duration of untreated psychosis and treatment delay on the outcomes of prolonged early intervention in psychotic disorders. *npj Schizophrenia*, 3(1), 34. <https://doi.org/10.1038/s41537-017-0034-4>
- Becker, D. R., Swanson, S. J., Reese, S. L., Bond, G. R., & McLeman, B. M. (2015). *Supported employment fidelity review manual. A Companion Guide to the Evidence-Based IPS Supported Employment Fidelity Scale* (Third Edition ed.).
- Berman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T., & Schlyter, F. (2003). *DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test) Manual*. Karolinska Institutet.
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res*, 52(2), 69-77.
- Bond, G. R., Drake, R. E., & Becker, D. R. (2020). An update on Individual Placement and Support. *World Psychiatry*, 19(3), 390-391. <https://doi.org/10.1002/wps.20784>
- Bouwman, C., de Sonnevile, C., Mulder, C. L., & Hakkaart-van Roijen, L. (2015). Employment and the associated impact on quality of life in people diagnosed with schizophrenia. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 11, 2125-2142. <https://doi.org/10.2147/ndt.S83546>
- Boycott, N., Schneider, J., & McMurrin, M. (2016). Evaluation of a cognitive-behavioural intervention augmenting individual placement and support. *Mental Health and Social Inclusion*, 20(2), 119-125. <https://doi.org/10.1108/MHSI-02-2016-0005>
- Bush, K., Kivlahan, D. R., McDonell, M. B., Fihn, S. D., & Bradley, K. A. (1998). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. *Arch Intern Med*, 158. <https://doi.org/10.1001/archinte.158.16.1789>
- Charlson, F. J., Ferrari, A. J., Santomauro, D. F., Diminic, S., Stockings, E., Scott, J. G., McGrath, J. J., & Whiteford, H. A. (2018). Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016. *Schizophr Bull*, 44(6), 1195-1203. <https://doi.org/10.1093/schbul/sby058>
- Christensen, T. N., Nielsen, I. G., Stenager, E., Morthorst, B. R., Lindschou, J., Nordentoft, M., & Epløv, L. F. (2015). Individual Placement and Support supplemented with cognitive

- remediation and work-related social skills training in Denmark: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 16, 280. <https://doi.org/10.1186/s13063-015-0792-0>
- Christensen, T. N., Wallstrøm, I. G., Bojesen, A. B., Nordentoft, M., & Eplov, L. F. (2021). Predictors of work and education among people with severe mental illness who participated in the Danish individual placement and support study: findings from a randomized clinical trial. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 56(9), 1669-1677. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02107-8>
- Correll, C. U., Galling, B., Pawar, A., Krivko, A., Bonetto, C., Ruggeri, M., Craig, T. J., Nordentoft, M., Srihari, V. H., Guloksuz, S., Hui, C. L. M., Chen, E. Y. H., Valencia, M., Juarez, F., Robinson, D. G., Schooler, N. R., Brunette, M. F., Mueser, K. T., Rosenheck, R. A., . . . Kane, J. M. (2018). Comparison of Early Intervention Services vs Treatment as Usual for Early-Phase Psychosis: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression. *JAMA Psychiatry*, 75(6), 555-565. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.0623>
- de Winter, L., Couwenbergh, C., van Weeghel, J., Bergmans, C., & Bond, G. R. (2020). Fidelity and IPS: does quality of implementation predict vocational outcomes over time for organizations treating persons with severe mental illness in the Netherlands? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 55(12), 1607-1617. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01890-0>
- Dewa, C. S., Loong, D., Trojanowski, L., & Bonato, S. (2018). The effectiveness of augmented versus standard individual placement and support programs in terms of employment: a systematic literature review. *Journal of Mental Health*, 27(2), 174-183. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1322180>
- Dong, M., Lu, L., Zhang, L., Zhang, Y.-S., Ng, C. H., Ungvari, G. S., Li, G., Meng, X., Wang, G., & Xiang, Y.-T. (2019). Quality of Life in Schizophrenia: A Meta-Analysis of Comparative Studies. *Psychiatric Quarterly*, 90(3), 519-532. <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09633-4>
- Drake, R. J., Husain, N., Marshall, M., Lewis, S. W., Tomenson, B., Chaudhry, I. B., Everard, L., Singh, S., Freemantle, N., Fowler, D., Jones, P. B., Amos, T., Sharma, V., Green, C. D., Fisher, H., Murray, R. M., Wykes, T., Buchan, I., & Birchwood, M. (2020). Effect of delaying treatment of first-episode psychosis on symptoms and social outcomes: a longitudinal analysis and modelling study. *Lancet Psychiatry*, 7(7), 602-610. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30147-4](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30147-4)
- Samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og NAV om individuell jobbstøtte (IPS). Rettslig grunnlag for tverrsektorielt samarbeid., (2022).
- Evensen, S., Wisloff, T., Lystad, J. U., Bull, H., Ueland, T., & Falkum, E. (2015). Prevalence, Employment Rate, and Cost of Schizophrenia in a High-Income Welfare Society: A Population-Based Study Using Comprehensive Health and Welfare Registers. *Schizophr Bull*. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv141>
- Falkum, E. (2023). *Hva er Psykiatri? Om fagets grunnlagsspørsmål*. Fagbokforlaget.
- Falkum, E., Klungsoyr, O., Lystad, J. U., Bull, H. C., Evensen, S., Martinsen, E. W., Friis, S., & Ueland, T. (2017). Vocational rehabilitation for adults with psychotic disorders in a Scandinavian welfare society. *BMC Psychiatry*, 17(1), 24. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1183-0>
- Falkum, E., Ueland, T., Evensen, S., Bull, H., & Lystad, J. U. (2015). *Effektevaluering av Jobbmestrende Oppfølging (JMO)*.

- First, M. B. (2015). Structured Clinical Interview for the DSM (SCID). In *The Encyclopedia of Clinical Psychology* (pp. 1-6).
<https://doi.org/https://doi.org/10.1002/9781118625392.wbecp351>
- Freeman, D., Taylor, K. M., Molodynski, A., & Waite, F. (2019). Treatable clinical intervention targets for patients with schizophrenia. *Schizophr Res*, 211, 44-50.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.07.016>
- Friis, S., Melle, I., Johannessen, J. O., Røssberg, J. I., Barder, H. E., Evensen, J. H., Haahr, U., Ten Velden Hegelstad, W., Joa, I., Langeveld, J., Larsen, T. K., Opjordsmoen, S., Rund, B. R., Simonsen, E., Vaglum, P. W., & McGlashan, T. H. (2016). Early Predictors of Ten-Year Course in First-Episode Psychosis. *Psychiatr Serv*, 67(4), 438-443.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400558>
- Fusar-Poli, P., McGorry, P. D., & Kane, J. M. (2017). Improving outcomes of first-episode psychosis: an overview [<https://doi.org/10.1002/wps.20446>]. *World Psychiatry*, 16(3), 251-265. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/wps.20446>
- Gjerdalen, O. S., Lystad, J. U., Bull, H., Ringen, P. A., Røssberg, J. I., Martinsen, E. W., Ueland, T., Falkum, E., & Evensen, S. (2023). Vocational rehabilitation augmented with cognitive behavioral therapy or cognitive remediation for individuals with schizophrenia: a 5-year follow-up study. *Nord J Psychiatry*, 77(1), 23-30.
<https://doi.org/10.1080/08039488.2022.2042598>
- Green, M. F., Llerena, K., & Kern, R. S. (2015). The "Right Stuff" Revisited: What Have We Learned About the Determinants of Daily Functioning in Schizophrenia? *Schizophr Bull*, 41(4), 781-785. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv018>
- Hegelstad, W. T., Larsen, T. K., Auestad, B., Evensen, J., Haahr, U., Joa, I., Johannessen, J. O., Langeveld, J., Melle, I., Opjordsmoen, S., Rossberg, J. I., Rund, B. R., Simonsen, E., Sundet, K., Vaglum, P., Friis, S., & McGlashan, T. (2012). Long-term follow-up of the TIPS early detection in psychosis study: effects on 10-year outcome. *Am J Psychiatry*, 169(4), 374-380. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11030459>
- Helle, S., & Gråwe, R. (2007). Sysselsetting og trygd blant personer med schizofrenidiagnose. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 1358-1362.
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*.
- Helsedirektoratet. (2019). *Pakkeforløp: Psykoselidelser, inkludert mistanke om psykoseutvikling – barn, unge og voksne*. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykoselidelser-inkludert-mistanke-om-psykoseutvikling-barn-unge-og-voksne>
- Hjorthøj, C., Stürup, A. E., McGrath, J. J., & Nordentoft, M. (2017). Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 4(4), 295-301. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30078-0](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30078-0)
- Howes, O. D., McCutcheon, R., Agid, O., de Bartolomeis, A., van Beveren, N. J., Birnbaum, M. L., Bloomfield, M. A., Bressan, R. A., Buchanan, R. W., Carpenter, W. T., Castle, D. J., Citrome, L., Daskalakis, Z. J., Davidson, M., Drake, R. J., Dursun, S., Ebdrup, B. H., Elkis, H., Falkai, P., . . . Correll, C. U. (2017). Treatment-Resistant Schizophrenia: Treatment Response and Resistance in Psychosis (TRIP) Working Group Consensus Guidelines on Diagnosis and Terminology. *Am J Psychiatry*, 174(3), 216-229.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16050503>

- Howes, O. D., Whitehurst, T., Shatalina, E., Townsend, L., Onwordi, E. C., Mak, T. L. A., Arumuham, A., O'Brien, O., Lobo, M., Vano, L., Zahid, U., Butler, E., & Osugo, M. (2021). The clinical significance of duration of untreated psychosis: an umbrella review and random-effects meta-analysis [<https://doi.org/10.1002/wps.20822>]. *World Psychiatry*, 20(1), 75-95. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/wps.20822>
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*, 13(2), 261-276.
- Killackey, E., Allott, K., Jackson, H. J., Scutella, R., Tseng, Y.-P., Borland, J., Proffitt, T.-M., Hunt, S., Kay-Lambkin, F., Chinnery, G., Baksheev, G., Alvarez-Jimenez, M., McGorry, P. D., & Cotton, S. M. (2019). Individual placement and support for vocational recovery in first-episode psychosis: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 214(2), 76-82. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.191>
- Kukla, M., Salyers, M. P., Strasburger, A. M., Johnson-Kwochka, A., Amador, E., & Lysaker, P. H. (2019). Work-focused cognitive behavioral therapy to complement vocational services for people with mental illness: Pilot study outcomes across a 6-month posttreatment follow-up. *Psychiatr Rehabil J*, 42(4), 366-371. <https://doi.org/10.1037/prj0000365>
- Lecomte, T., Corbière, M., Giguère, C. E., Titone, D., & Lysaker, P. (2020). Group cognitive behaviour therapy for supported employment - Results of a randomized controlled cohort trial. *Schizophr Res*, 215, 126-133. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.10.063>
- Lystad, J. U., Falkum, E., Haaland, V. O., Bull, H., Evensen, S., McGurk, S. R., & Ueland, T. (2016). Cognitive remediation and occupational outcome in schizophrenia spectrum disorders: A 2year follow-up study. *Schizophr Res*. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.12.020>
- Marin, R. S., Biedrzycki, R. C., & Firinciogullari, S. (1991). Reliability and validity of the Apathy Evaluation Scale. *Psychiatry Res*, 38(2), 143-162.
- Maximo, J. O., Nelson, E. A., Armstrong, W. P., Kraguljac, N. V., & Lahti, A. C. (2020). Duration of Untreated Psychosis Correlates With Brain Connectivity and Morphology in Medication-Naïve Patients With First-Episode Psychosis. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging*, 5(2), 231-238. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2019.10.014>
- McCutcheon, R. A., Keefe, R. S. E., & McGuire, P. K. (2023). Cognitive impairment in schizophrenia: aetiology, pathophysiology, and treatment. *Molecular Psychiatry*. <https://doi.org/10.1038/s41380-023-01949-9>
- McGurk, S. R., Mueser, K. T., Xie, H., Feldman, K., Shaya, Y., Klein, L., & Wolfe, R. (2016). Cognitive remediation for vocational rehabilitation nonresponders. *Schizophr Res*, 175(1-3), 48-56. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.04.045>
- McGurk, S. R., Xie, H., Bond, G. R., & Mueser, K. T. (2022). Impact of cognitive remediation on the prediction of employment outcomes in severe mental illness. *Schizophr Res*, 241, 149-155. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.01.011>
- Melle, I., Larsen, T. K., Haahr, U., Friis, S., Johannesen, J. O., Opjordsmoen, S., Rund, B. R., Simonsen, E., Vaglum, P., & McGlashan, T. (2008). Prevention of negative symptom psychopathologies in first-episode schizophrenia: two-year effects of reducing the duration of untreated psychosis. *Arch Gen Psychiatry*, 65(6), 634-640. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.6.634>
- Melle, I., Larsen, T. K., Haahr, U., Friis, S., Johannesen, J. O., Opjordsmoen, S., Simonsen, E., Rund, B. R., Vaglum, P., & McGlashan, T. (2004). Reducing the duration of untreated

- first-episode psychosis: effects on clinical presentation. *Arch Gen Psychiatry*, 61(2), 143-150. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.2.143>
- Moe, C., Brinchmann, B., Borg, M., McDaid, D., Rinaldi, M., Killackey, E., & Mykletun, A. (2022). Implementing individual placement and support in Norway. From vocational rehabilitation to an employment scheme [<https://doi.org/10.1111/spol.12881>]. *Social Policy & Administration*, n/a(n/a). <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/spol.12881>
- Morgan, C., Dazzan, P., Lappin, J., Heslin, M., Donoghue, K., Fearon, P., Jones, P. B., Murray, R. M., Doody, G. A., & Reininghaus, U. (2022). Rethinking the course of psychotic disorders: modelling long-term symptom trajectories. *Psychol Med*, 52(13), 2641-2650. <https://doi.org/10.1017/S0033291720004705>
- Nordentoft, M., Melau, M., Iversen, T., Petersen, L., Jeppesen, P., Thorup, A., Bertelsen, M., Hjorthøj, C. R., Hastrup, L. H., & Jørgensen, P. (2015). From research to practice: how OPUS treatment was accepted and implemented throughout Denmark. *Early Interv Psychiatry*, 9(2), 156-162. <https://doi.org/10.1111/eip.12108>
- Nuechterlein, K. H., & Green, M. F. (2006). *MCCB. MATRICS Consensus Cognitive Battery. Manual* (Vol. null).
- Pai, N., Dark, F., & Castle, D. (2021). The Importance of Employment for Recovery, in People with Severe Mental Illness. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 8(3), 217-219. <https://doi.org/10.1007/s40737-021-00245-5>
- Pedersen, G., Hagtvet, K. A., & Karterud, S. (2007). Generalizability studies of the Global Assessment of Functioning-Split version. *Compr Psychiatry*, 48(1), 88-94. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2006.03.008>
- Petersen, L., Jeppesen, P., Thorup, A., Abel, M. B., Øhlenschlaeger, J., Christensen, T., Krarup, G., Jørgensen, P., & Nordentoft, M. (2005). A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *Bmj*, 331(7517), 602. <https://doi.org/10.1136/bmj.38565.415000.E01>
- Priebe, S., Huxley, P., Knight, S., & Evans, S. (1999). Application and Results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (Mansa). *International Journal of Social Psychiatry*, 45(1), 7-12. <https://doi.org/10.1177/002076409904500102>
- Ramsay, C. E., Broussard, B., Goulding, S. M., Cristofaro, S., Hall, D., Kaslow, N. J., Killackey, E., Penn, D., & Compton, M. T. (2011). Life and treatment goals of individuals hospitalized for first-episode nonaffective psychosis. *Psychiatry Res*, 189(3), 344-348. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.039>
- Reme, S. E., Grasdal, A. L., Løvvik, C., Lie, S. A., & Øverland, S. (2015). Work-focused cognitive-behavioural therapy and individual job support to increase work participation in common mental disorders: a randomised controlled multicentre trial. *Occup Environ Med*, 72(10), 745-752. <https://doi.org/10.1136/oemed-2014-102700>
- Reme, S. E., Monstad, K., Fyhn, T., Sveinsdottir, V., Løvvik, C., Lie, S. A., & Øverland, S. (2019). A randomized controlled multicenter trial of individual placement and support for patients with moderate-to-severe mental illness. *Scand J Work Environ Health*, 45(1), 33-41. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3753>
- Sediqzadah, S., Portnoy, A., Kim, J. J., Keshavan, M., & Pandya, A. (2022). Cost-Effectiveness of Early Intervention in Psychosis: A Modeling Study. *Psychiatr Serv*, 73(9), 970-977. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202100161>

- Upthegrove, R., Marwaha, S., & Birchwood, M. (2017). Depression and Schizophrenia: Cause, Consequence, or Trans-diagnostic Issue? *Schizophr Bull*, 43(2), 240-244. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw097>
- van Duin, D., de Winter, L., Kroon, H., Veling, W., & van Weeghel, J. (2021). Effects of IPS plus cognitive remediation in early psychosis: 18-month functioning outcomes of a randomized controlled trial. *Schizophr Res*, 236, 115-122. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.07.025>
- Vancampfort, D., Firth, J., Schuch, F. B., Rosenbaum, S., Mugisha, J., Hallgren, M., Probst, M., Ward, P. B., Gaughran, F., De Hert, M., Carvalho, A. F., & Stubbs, B. (2017). Sedentary behavior and physical activity levels in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a global systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 16(3), 308-315. <https://doi.org/10.1002/wps.20458>
- Wechsler, D. (1999). Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence. In *The Psychological Corporation: Harcourt Brace & Company*. New York, NY. .
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., Charlson, F. J., Norman, R. E., Flaxman, A. D., Johns, N., Burstein, R., Murray, C. J., & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 382(9904), 1575-1586. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)61611-6)