

EFFEKTER AV SUPPORTED EMPLOYMENT¹

Av: Heid Nøkleby og Thorgeir Hernes

Sammendrag

Supported Employment (SE), Individual Placement and Support (IPS) og individuell jobbstøtte er ulike betegnelser og varianter på en tilnærming til arbeidsinkludering som er på frammarsj i Norge – med mye engasjement og mange initiativer både innenfor og utenfor NAV. Dette er tilnærminger som ser ordinært arbeid som både det viktigste målet og virkemiddelet, med raske utplasseringer i det ordinære arbeidslivet, og der både brukeren og arbeidsgiveren gis profesjonell støtte over tid.

Det har vært en rekke systematiske utprøvinger og evalueringer av SE-tilnærminger i Norge, og nye er i gang eller planlegges. Samtidig har tilnærmingen vært kontroversiell og omstridt. Arbeids- og velferdsdirektoratet ba derfor Avdeling for kunnskapsoppsummering ved Folkehelseinstituttet vurdere den internasjonale og nasjonale effektforskningen knyttet til SE-tilnærmingene. I prosjektet har man nøye vurdert hvilke studier som holder mål, og man har sett studiene i sammenheng. Resultatet gir et samlet blick på hva forskningen faktisk sier om effekter av denne typen innsatser.

Av særlig interesse var internasjonale studier som måler effekt av SE eller IPS sammenlignet med mer tradisjonelle arbeidstreningstiltak. Det ble laget en systematisk forskningsoversikt over effekten av SE/IPS for ulike grupper.

Oversikten viser at IPS for personer med alvorlige psykiske lidelser trolig gir over dobbelt så stor sannsynlighet for å komme i vanlig arbeid, sammenlignet med annet tiltak. Positive effekter ses også på tid i arbeid, inntekt og kostnadseffektivitet. IPS gir muligens ingen effekt på livskvalitet, psykiske symptomer eller innleggelses på psykiatrisk avdeling. Det er mer usikkert om SE og forsterket SE har effekt (små og få studier), men resultatene peker i samme retning.

Oppfølgingstid, kvalitetsskåre, geografisk/kulturell kontekst og kontrolltiltak ser ikke ut til å ha vesentlig betydning for effekten av IPS. Resultatene er trolig overførbare til norsk kontekst, og de er såpass markante at de utfordrer NAVs arbeidsmåter og politikernes prioriteringer innen den store norske menyen av arbeidsrettede tiltak.

.....
¹ Artikkelen er basert på rapporten «Supported Employment for arbeidssøkere med bistandsbehov: en systematisk oversikt» av Heid Nøkleby med flere, Folkehelseinstituttet, publisert mars 2017: www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/

Innledning

I 2017 bruker vi i Norge over 9 milliarder kroner på arbeidsrettede tiltak i regi av NAV. Mer enn tre av fire av de rundt 70 000 tiltaksplassene nyttes av brukere med helse- og funksjonsproblemer («nedsatt arbeids-evne») som trenger bistand for å komme inn i arbeidslivet.

Med slike dimensjoner er det viktig å spørre om vi bruker midlene på fornuftige måter. Kanaliserer vi pengene inn i tiltak som er dokumentert effektive, eller styres tiltaksbruken av gamle vaner og lite kunnskapsbaserte oppfatninger? Hva vet vi egentlig om hva som virker, og om noen tiltak virker bedre enn andre?

Den historiske bakgrunnen for det vi kan kalle SE-tilnærmingen (se faktaboks) til arbeidsinkludering er internasjonale utprøvinger på 1980-tallet, særlig i USA, oftest for mennesker med psykisk utviklingshemning. SE-tilnærmingen ble prøvd ut og senere institusjonalisert som et eget arbeidsmarkedstiltak («Arbeid med bistand») i Norge på midten av 1990-tallet, men da rettet mot langt bredere brukergrupper.

Det har utviklet seg ulike tradisjoner og «skoler» innen feltet arbeidsinkludering, og det har vært en del strid, både internasjonalt og i Norge, om hvilke tilnærminger som er mest effektive. Dette spisset seg blant annet

Supported Employment og Individual placement and Support

Et vesentlig felles kjennetegn ved Supported Employment-tilnærmingene (SE) er at jobb i det ordinære arbeidslivet ikke bare er et mål, men også det vesentligste virkemiddelet for arbeidsinkludering (såkalt «place-train»). Dette anses av mange som et perspektivskifte i forhold til mer tradisjonelle tilnærminger til attføring og arbeidsinkludering, der forutgående forberedelser og arbeidstrening i spesielt tilrettelagte omgivelser har stått sentralt («train-place»). Sentralt står også en dedikert jobbcoach eller jobbspesialist som skal sikre tilstrekkelig og systematisk oppfølging både til brukeren og arbeidsgiveren for å få og beholde en mest mulig ordinær jobb. Individual Placement and Support (IPS) – døpt «Individuell jobbstøtte» i den norske versjonen – er en spesialisering av SE med en spesiell målgruppe og organiseringsform (moderate/alvorlige psykiske lidelser, tett teamsamarbeid med behandlende helsetjenester). Det legges stor vekt på raskt overgang til lønnet jobb og på brukerens egenmotivasjon for arbeid.

i arbeidet med en NOU («Arbeidsrettede tiltak» 2012, det såkalte Brofossutvalget). Utvalget delte seg i tre, i stor grad basert på ulike syn på SE-tilnærmingene versus de mer tradisjonelle tiltakene som har dominert i Norge. Det var også ulike syn på hva slags kunnskapsgrunnlag man har på dette området – spesielt med hensyn til effektene av de ulike innsatsene.

På denne bakgrunn har Arbeids- og velferdsdirektoratet sett behovet for en autoritativ og uhildet norsk kunnskapsoppsummering om effekter av ulike inkluderingstilnærminger i regi av et høykompetent miljø. Parallelt har det også vært en rekke norske utprøvinger, evalueringer og initiativer gjennom de siste årene, som alle – helt eller delvis – bygger på SE-tilnærmingene – blant annet:

- Kontrollerte utprøvinger av SE-tilnærminger overfor mennesker med moderate og alvorlige psykiske lidelser
- En egen randomisert utprøving av SE-tilnærmingen hos NAVs tiltaksarrangører
- Utvidet oppfølging i NAV basert på SE-metodikken, der NAV i 2017 får anledning til å bygge team av jobbspesialister rundt i NAV-kontor for inntil 100 millioner kroner.
- Det er i gang, eller det planlegges, en rekke nye utprøvinger med tilhørende effektforskning overfor nye målgrupper, bl.a. innvandrere, ungdom, mennesker med psykisk utviklingshemning, hjerneskadde, smertetilstander mm. – med finansiering fra NAV eller Norges forskningsråd.
- Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet har i fellesskap foreslått en ekspansjon av modeller som kombinerer helsetjenester for mennesker med psykiske lidelser, med jobbspesialister fra NAV som arbeider etter SE- og IPS-tilnærmingene.

SE-tilnærminger har således stått høyt på den norske FoU-agendaen de siste årene. Arbeids- og velferdsdirektoratet mente likevel det var behov for en samlet vurdering av den internasjonale forskningslitteraturen på feltet.

En systematisk forskningsoversikt

Problemstilling

Seksjon for velferdstjenester ved Folkehelseinstituttet – som lager systematiske forskningsoversikter (heretter *systematiske oversikter*) og andre produkter på bestilling fra fem velferdsdirektorater – formulerte i samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet problemstillingen i den foreliggende forskningsoversikten (Nøkleby m.fl. 2017) som følger: Hva er effekten av SE og IPS i ulike grupper med behov for bistand for å komme i og være i arbeid? I tillegg skulle rapporten vurdere i hvilken grad resultater fra andre land er relevante og overførbare til norske forhold.

Metode

Folkehelseinstituttets håndbok (Kunnskapscenteret 2013) og metoder for planlegging og gjennomføring av systematiske oversikter ble brukt (se faktaboks), og forskningsspørsmålet ble presisert i samarbeid med oppdragsgiver og andre. Det ble gjort litteratursøk i ni relevante databaser, i tillegg til Google Scholar. Det ble søkt etter systematiske oversikter av høy metodisk kvalitet og/eller kontrollerte primærstudier der tiltaket var SE/IPS og populasjonene omfattet en eller flere grupper med bistandsbehov. Kontrollerte studier innebærer en kontrollgruppe som får en annet tiltak (kan være «vanlige tjenester») og at man sammenligner resultatene mellom de to. Randomiserte kontrollerte studier (RCTer) betyr at deltakerne er tilfeldig fordelt på de to gruppene for å hindre at det er kjennetegn ved gruppen som fører til resultatene. Relevante utfall var å komme i vanlig arbeid, inntekt, livskvalitet, mål på psykisk eller fysisk helse, samt kostnadseffektivitet.

To forskere gikk gjennom alle titler og sammendrag og deretter aktuelle artikler i fulltekst, for å vurdere relevans i henhold til inklusjonskriteriene (se faktaboks). Det ble ikke funnet oversikter som hadde tilstrekkelig høy kvalitet, gode nok inklusjonskriterier eller var av ny nok dato, så veien videre gikk gjennom primærstudier. To forskere vurderte de inkluderte studiene for mulig risiko for skjevheter og hentet ut relevante data. Resultatene ble sammenstilt og metaanalyser utført der det var mulig. For hvert resultat ble tilliten til dokumentasjonen vurdert ved hjelp av verktøyet GRADE (2017) (se tabell 1).

Forskningsspørsmålet som skulle besvares var knyttet til effekt, det vil si gjennomsnittlig effekt i gruppen. Det ble brukt tre ulike effektmål: relativ risiko (RR), gjennomsnittlig forskjell (MD) og standardisert gjennomsnittlig forskjell (SMD) (se faktaboks om effektmålestørrelser). Der det var flere studier med i en sammenlikning, kunne disse slås sammen i en metaanalyse (*random effects*-modellen) dersom vurderingen var at disse var tilstrekkelig like med hensyn til design, populasjon, tiltak, kontrolltiltak, utfallsmål/metode (Cochrane 2017, Borenstein m.fl. 2009).

Litteratursøk

Litteratursøket identifiserte 5010 referanser, og på bakgrunn av tittel og sammendrag ble 229 publikasjoner valgt ut og lest i fulltekst (se flytdiagram, figur 1).

En systematisk oversikt etter Kunnskapscenterets håndbok

- Har et klart og presist forskningsspørsmål
- Har et systematisk litteratursøk i databaser og andre kilder
- Har klare kriterier for inklusjon og eksklusjon av studier
- Sjekker alle inkluderte studier for mulige systematiske skjevheter («risk of bias»)
- Sammenstiller resultater fra alle studiene
- Gjør metaanalyser (statistisk sammenslåing av resultater) der det er mulig
- Vurderer tilliten til resultatene ved hjelp av GRADE (evt GRADE-CERQual for kvalitative studier)

Inklusjonskriterier i denne systematiske oversikten

- Populasjon: Personer som har vansker med å få/være i arbeid
- Tiltak: Supported Employment etter kriterier, Individual Placement and Support etter kriterier
- Kontrolltiltak (tiltak man har sammenlignet med): Ordinære tilbud, skjermet arbeid, train then place i ulike varianter, ingen tilbud
- Utfall: Komme i vanlig arbeid (betalt jobb på ordinær arbeidsplass, full/deltid), tid i arbeid, inntekt, livskvalitet, symptomer, innleggelser, kostnadseffektivitet
- Studiedesign: Kontrollerte studier (RCTer, ikke-randomiserte kontrollerte studier, før- og-etter-studier, avbrutte tidsserier, registerstudier med matched kontroll, kohortstudier med kontrollgruppe)
- Språk: Engelsk, norsk, svensk, dansk, finsk, tysk, fransk, spansk
- År: systematiske oversikter fra og med 2010, primærstudier fra og med 1990

Søket ble siste oppdatert i mars 2016. Resultatet var 38 inkluderte studier beskrevet i 54 publikasjoner. Ni

av studiene var av Supported Employment og 29 av IPS.

Effektstørrelser

Relativ risiko (RR, risk ratio) brukes på dikotome utfallsmål, enten-eller. Dette er forholdet mellom risikoen (sannsynligheten for at noe inntreffer) i de to gruppene, for eksempel sannsynligheten for å komme i arbeid. Dersom sannsynligheten er lik i de to gruppene, vil relativ risiko være 1. En relativ risiko på 2 betyr at sannsynligheten for at noe inntreffer (utfallsmålet) er dobbelt så stor i tiltaksgruppen som i kontrollgruppen.

Gjennomsnittlig forskjell (MD, *mean difference*) brukes på kontinuerlig utfallsmål, grader av noe. Som navnet tilsier er dette den gjennomsnittlige forskjellen mellom resultatet for tiltaksgruppen og kontrollgruppen.

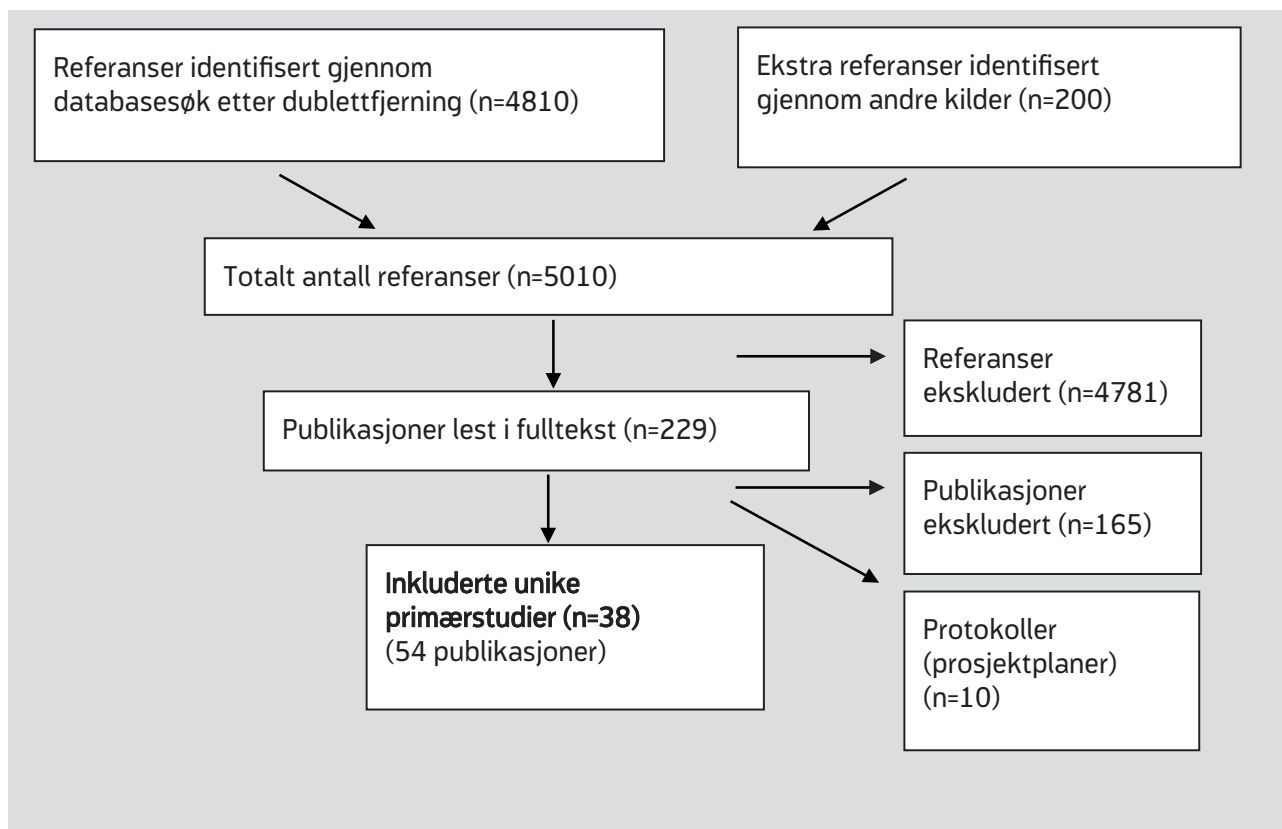
Hvis vi slår sammen studier for et kontinuerlig utfallsmål som ikke måler på samme måte, for eksempel hvis de måler et utfall med ulike skalaer, så kan vi regne alle resultater om til en standardisert størrelse og få en standardisert gjennomsnittlig forskjell (SMD, *standardised mean difference*). SMD tilsvarer Cohen's d og kan vise en liten effektstørrelse=0,2, en medium effektstørrelse=0,5 eller stor effektstørrelse=0,8.

Kort om de inkluderte studiene

36 av de inkluderte studiene ble utført innenfor ett land: USA (20), England (3), Australia (2), Canada (2), Hong Kong (2), Japan (2), Sveits (2), Nederland, Sverige og Norge. De to siste studiene har utvalg i flere land: henholdsvis Spania/Tyskland og Bulgaria/England/Italia/Nederland/Sveits/Tyskland. Studiene er publisert over en tjuetårsperiode, fra 1995 til 2015. Den eldste studien hadde oppstart i 1989 og den nyeste i 2011. Oppfølgingstid (og tiltakenes varighet) varierer fra 6 måneder til 5 år, men de fleste studiene følger opp i 12–24 måneder.

Tiltakene SE og IPS er i all hovedsak implementert etter kvalitetskriterier som er utviklet gjennom mange års utprøvinger, og 28 av 38 studier har målt tiltaket med en form for kvalitetsskåre (Fidelity Scale). Kontrolltiltakene som det sammenlignes med er primært tiltak som tilbyr opplæring, skjermet arbeidstrening,

Figur 1. Flytdiagram for veien fra identifiserte referanser til inkluderte studier



skolering, eller en kombinasjon av dette. Vanlig arbeid er et mål på sikt. Det er likevel store variasjoner i gruppen av kontrolltiltak når det gjelder omfang, intensitet, oppfølging, med mer. Noen studier sammenligner også med andre varianter av SE/IPS. Alle studiene bortsett fra to har én tiltaksgruppe og én kontrollgruppe.

Trettito av studiene har utvalg med personer med psykiske lidelser, primært av alvorlig karakter. Seks av studiene har utvalg med personer med ulike typer problematikk: hodeskader, muskel/skjelettskader, ryggmargsskader, utviklingshemming, autisme eller metadonbruk (se tabell 2). Det er en overvekt av menn blant deltakerne, og gjennomsnittsalderen ligger litt under 40 år. Utvalgene varierer i størrelse fra 37 til 2238 personer.

Risiko for skjevheter

Vurdering av risiko for skjevheter (risk of bias) består for RCTer av vurdering av randomiseringsprosedyren, allokeringsprosedyren (hvordan randomiseringen ble satt ut i livet, hvordan fordelingen skjedde i praksis), blinding av deltakere, personell og forskere, frafall, selektiv rapportering og eventuelle andre risiki for skjevheter. For ikke-randomiserte kontrollerte studier vurderes fordelingsprosedyre, baseline for utfallsmål og kjennetegn ved populasjonen, manglende data, blinding, «smitteeffekter», selektiv rapportering og eventuelle andre risiki for skjevheter.

Tillit til den samlede dokumentasjonen

Videre har vi for hvert utfallsmål vurdert kvaliteten på den samlede dokumentasjonen. Den sammenfattede kvaliteten består av de inkluderte studienes risiko for skjevheter, samt studiedesign, resultatens konsistens, direkthet, presisjon, samt eventuell publiseringsskjevhet. Dette gjøres i programvaren GRADE (2017). Summen av dette tilsier om vi har høy, moderat, lav eller svært lav tillit til resultatene (se tabell 1).

Det er sett på følgende utfall: å komme i vanlig arbeid, tid i vanlig arbeid, inntekt, livskvalitet, funksjons-evne, psykiske symptomer, innleggelse på psykiatrisk avdeling, samt kostnadseffektivitet. Utfallsmålet «å komme i vanlig arbeid» (*competitive work*) er antall som har hatt en kortere eller lengre periode i vanlig arbeid i løpet av oppfølgingstiden. «Vanlig arbeid» er en betalt jobb på en ordinær arbeidsplass, enten heltid eller deltid.

I flere av sammenligningene var vurderingen at det ikke var forsvarlig å slå sammen resultatene i en meta-analyse, enten fordi tiltakene er for ulike, fordi populasjonene er for ulike, eller begge deler. I vurderingen av blant annet overførbarhet ble det gjort subgruppeanalyser for å se om det var forskjeller i effekt når studiene ble gruppert etter ulike kriterier (Borenstein m.fl. 2009).

Vurdering av studier og dokumentasjon

Av de 38 inkluderte studiene, var 36 randomiserte kontrollerte studier (RCTer) – det vil si at deltakerne er tilfeldig fordelt på henholdsvis kontroll- og intervensjonsgruppene. To studier hadde kontrollgrupper, men uten randomisering. Alle studiene ble evaluert med validerte sjekklister for å oppdage risiko for mulige systematiske skjevheter (EPOC 2017, Cochrane 2017, se faktaboks).

Videre ble tilliten til resultatene vurdert for hvert utfallsmål (se faktaboks om tillit til samlet dokumentasjon). Tilliten vurderes på en firepunkts fra høy til svært lav tillit (se tabell 1).

Sammenligninger

Det ble gjort ni sammenligninger basert på at bare like tiltak skal sammenlignes med hverandre. Med andre ord sammenlignes for eksempel standard IPS kun

Tabell 1. Tillit til resultatene

Grad av tillit	Betydning	Innebærer
Høy tillit	Vi har stor tillit til at effektestimater ligger nær den sanne effekten	Det er en effekt...
Moderat tillit	Vi har moderat tillit til effektestimater: det ligger sannsynligvis nær den sanne effekten, men det er også en mulighet for at det kan være forskjellig	Det er trolig at det er en effekt...
Lav tillit	Vi har begrenset tillit til effektestimater: Den sanne effekten kan være vesentlig ulik effektestimater	Det er muligens en effekt...
Svært lav tillit	Vi har veldig liten tillit til at effektestimater ligger nær den sanne effekten	Det er usikkert om det er en effekt...

Tabell 2. Inkluderte sammenligninger, studier og populasjoner

Sammenligninger	Studier	Populasjon
TILTAK: SUPPORTED EMPLOYMENT (SE)		
Effekt av standard SE vs. annet tiltak	3	Personer med utviklingshemming, autisme, psykiske lidelser
Effekt av forsterket SE vs. standard SE	3	Personer med hodeskader (1), psykiske lidelser (2)
Effekt av kortvariant av SE vs. annet tiltak	1	Personer med muskel/skjelettskader
Effekt av SE-CES (<i>Customized Employment Support</i>) vs. annet tiltak	1	Personer som går på metadon
Effekt av to ulike modeller av SE	1	Personer med psykiske lidelser
TILTAK: INDIVIDUAL PLACEMENT AND SUPPORT (IPS)		
Effekt av standard IPS vs. annet tiltak	22	Personer med psykiske lidelser (21) ryggmargsskader (1)
Effekt av forsterket IPS vs. annet tiltak	3 *	Personer med psykiske lidelser
Effekt av forsterket IPS vs. standard IPS	4 *	Personer med psykiske lidelser
Effekt av IPS Lite vs. IPS	1	Personer med psykiske lidelser

* Én studie med to kontrollgrupper er med i to sammenligninger

med andre studier av standard IPS, ikke med IPS som er forsterket med ulike tilleggskomponenter (se tabell 2 for en oversikt over alle sammenligningene i rapporten). Dette er vesentlig for å kunne si noe presist om hva slags tiltak som gir effekt. Her ser vi bare på noen av sammenligningene.

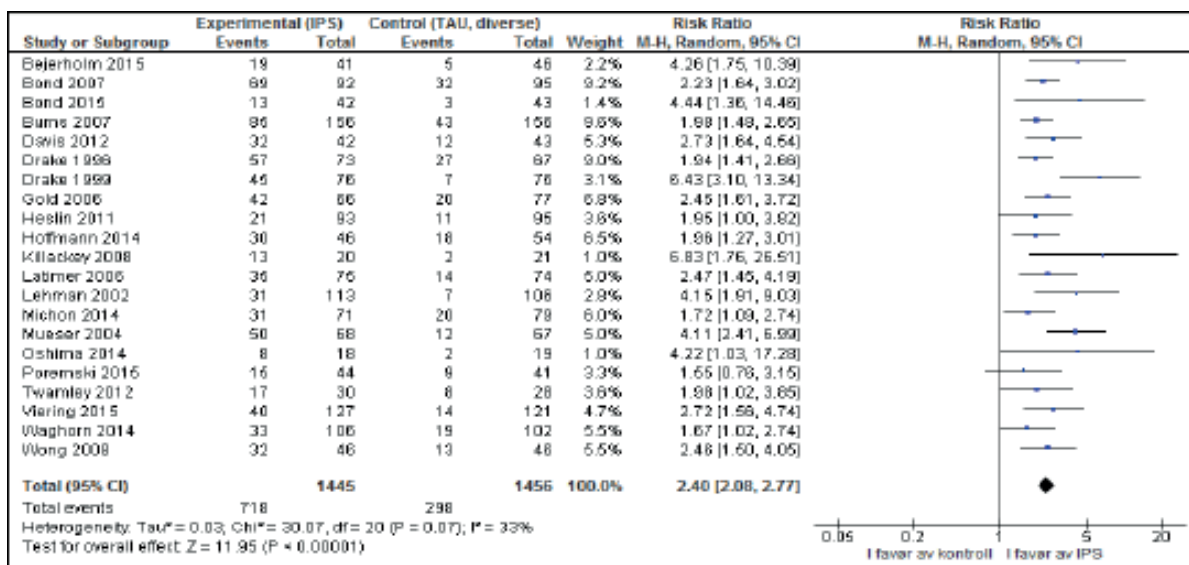
Standard IPS sammenlignet med annet tiltak

Sammenligningen standard IPS versus annet tiltak inkluderte 21 studier (til sammen 2901 deltakere) og var den største (merket med *stjerne i referanselisten). «Annet tiltak» var ulike varianter av «train then

place», det vil si tiltak som gav opplæring, arbeidstrening eller skjermet arbeid med mål om vanlig arbeid etter hvert. Alle studiene hadde utvalg med personer med alvorlige psykiske lidelser. Over halvparten av deltakerne var menn, og majoriteten hadde psykotiske lidelser (schizofrenityper) eller stemningslidelser (bipolar lidelse, alvorlig depresjon).

Det ble utført en metaanalyse av de 21 studiene for utfallsmålet å komme i vanlig arbeid (se figur 2). Resultatet viser en relativ risiko (RR) på 2,40, det vil si at i snitt hadde deltakerne i IPS nesten to og en halv

Figur 2. Metaanalyse. IPS sammenlignet med annet tiltak. Å komme i vanlig arbeid (21 studier)



gang så stor sannsynlighet for å komme i vanlig arbeid, sammenlignet med deltakerne i kontrollgruppene. Med 95 prosent sikkerhet befinner effekten seg mellom 2,08 og 2,77.

En subgruppeanalyse undersøkte om det var forskjell i effekt på studier som hadde kort og lang oppfølgingstid. Studier med oppfølging på 6–12 måneder viste en effekt på RR 2,30, mens studier med oppfølging på 18–30 måneder viste en effekt på RR 2,45. Forskjellen var ikke signifikant, og avdekket således ikke effektforskjeller på kort og lang sikt. Sammenstilling av resultater for tid i vanlig arbeid (13 studier, SMD 0,90) og inntekt (11 studier, SMD 0,30) viste også en positiv effekt av deltakelse i IPS sammenlignet med annet tiltak.

En annen subgruppeanalyse undersøkte om ulike skårer på kvalitetsskalaer (*Fidelity Scale*) hadde noen betydning for effekt på det å komme i vanlig arbeid. Kvalitetsskalaene måler om tiltaket IPS er blitt implementert og gjennomføres etter kriteriene (Drake 2012). Alle de 21 studiene oppgav selv skåren på skalaen som var brukt, og studiene ble kategorisert i tre grupper: topp, god og akseptabel kvalitet. «Akseptabel kvalitet» innebærer god nok kvalitet til at tiltaket kan kalles IPS. Analysen viste små forskjeller, men ingen signifikante; IPS har en klar effekt uavhengig av hvordan implementeringen skårer på kvalitetsskalaene.

Videre ble effekten av deltakelse i IPS på livskvalitet og helseutfall undersøkt. Tretten av studiene målte livskvalitet med ulike spørreskjema, men samlet sett viste ikke IPS noen effekt på livskvalitet, sammenlignet med annet tiltak. Ni av de 21 studiene målte også psykiske symptomer, enten symptomer på psykose (n=9), angst (n=1), depresjon (n=2) eller generell psykisk helse (n=1). Ingen av de ni studiene fant noen effekt på psykiske symptomer, verken positive eller negative. Fem studier målte i tillegg innleggelse på psykiatrisk avdeling, og her viste fire studier ingen forskjell mellom IPS og kontrollgruppe, mens den siste studien fant færre innleggelser i IPS-gruppen.

Seks av de 21 studiene – både europeiske og amerikanske – undersøkte kostnadseffektivitet for IPS ver-

sus annet tiltak. Samlet sett fant forfatterne en tilnærmet lik kostnad ved IPS og kontrolltiltakene i de ulike settingene. Med større effekt av IPS på å komme i arbeid, var konklusjonen at IPS-tilnærmingen var mest kostnadseffektiv.

Tillit til resultatene for denne sammenligningen var fra moderat, det vil si nest høyeste nivå (komme i arbeid, tid, inntekt, kostnadseffektivitet) til lav, nest laveste nivå (livskvalitet, psykiske symptomer, innleggelse) – se tabell 1. Moderat tillit til arbeidsutfallene skyldes hovedsakelig mange studier som alle peker i samme retning, men en viss risiko for skjevheter ved studiene. Lav tillit til helseutfallene skyldes færre studier som målte dette og større risiko for skjevheter.

Supported Employment sammenlignet med annet tiltak

Tre studier sammenlignet standard Supported Employment (SE) eller SE-varianten *Customized Employment Support* med annet tiltak (se tabell 2) og målte utfallet å komme i arbeid (Bond 1995, Goldberg 1990, Magura 2007). Effektstørrelsen varierte fra RR 1,85 (utvalg som brukte metadon), RR 1,97 (utvalg med psykiske lidelser) til RR 15,6 (utvalg med utviklingshemming). Resultatene peker med andre ord i samme retning som for IPS, men studiene har lav tillit på grunn av blant annet studiedesign, risiko for systematiske skjevheter og utvalgsstørrelse.

Overførbarhet

Arbeids- og velferdsdirektoratet ønsket en vurdering av overførbarhet av internasjonale resultater til en norsk kontekst, knyttet til faktorene 1) arbeidsmarked (kalt geografisk/kulturell kontekst) og 2) type kontrolltiltak (enkle eller omfattende). Bakgrunnen var at særlig det amerikanske arbeidsmarkedet er til dels svært ulikt det norske, med klart lavere terskel for både ansettelse og avskjedigelse («*hire and fire*»), og at mange land antageligvis har en standard tilnærming (kontrolltiltak) som er av lavere kvalitet enn den norske.

Overførbarhet ble vurdert for den største sammenligningen, IPS versus annet tiltak (21 studier). Ved hjelp av tilnærmingen i TRANSFER (Munthe-Kaas &

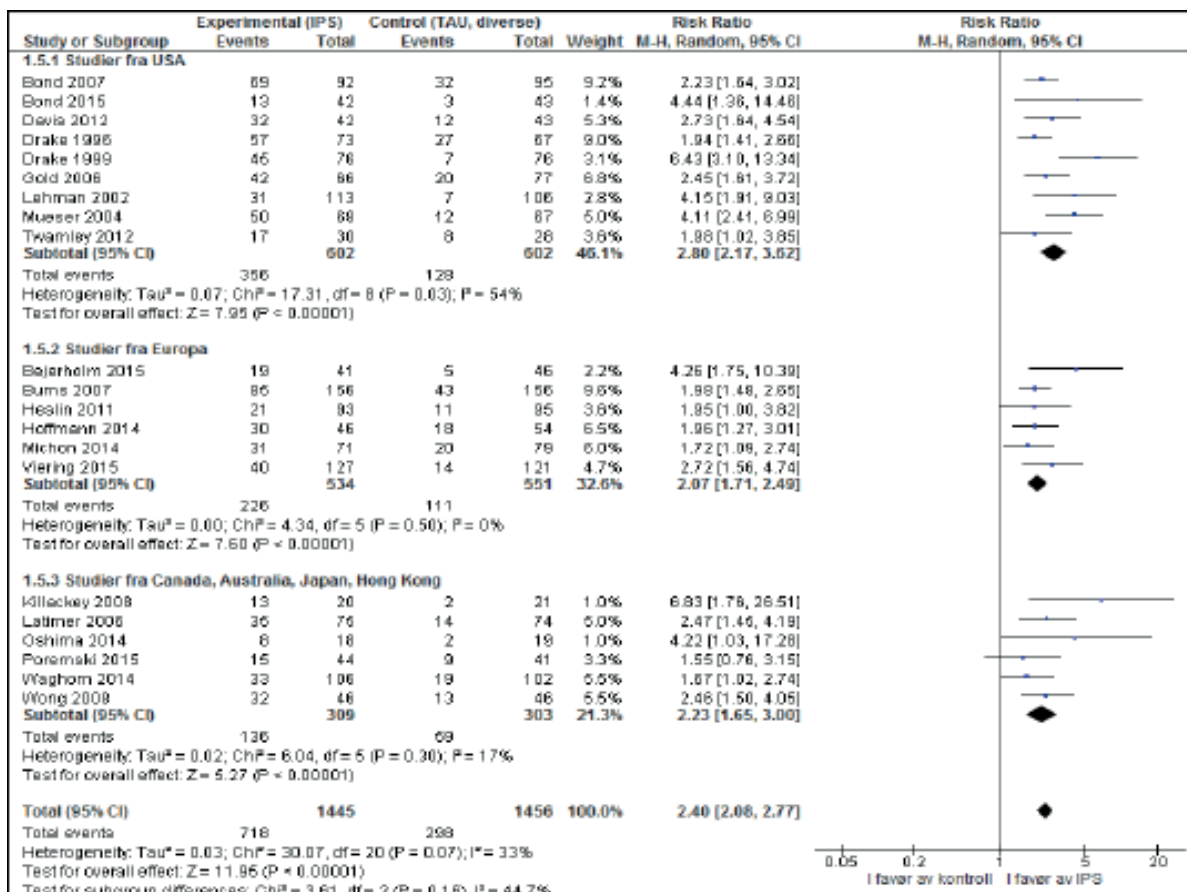
Nøkleby 2017) ble det foretatt subgruppeanalyser for å kunne identifisere eventuelle forskjeller i effekt mellom ulike grupper av studier. For vurdering geografisk/kulturell bakgrunn ble studiene delt inn etter opprinnelse fra henholdsvis USA, Europa og andre land (se figur 3). De amerikanske studiene viste en noe større gjennomsnittlig effekt (RR 2,80) sammenlignet med de europeiske (2,07), men forskjellen var ikke signifikant². Subgruppeanalysen vedrørende kontrolltiltak viste ingen forskjell i effekt mellom studiene der kontrolltiltakene var enkle (lav kvalitet) og studiene der kontrolltiltakene var omfattende (høy kvalitet) (RR henholdsvis 2,38 og 2,49, p=0,79). Det ser med andre ord ut til at resultatene er overførbare til en norsk kontekst.

² Figur 3 viser ingen signifikante forskjeller mellom de tre gruppene (p=0,16). Dersom vi kun sammenligner studier fra USA og Europa øker forskjellen men er fremdeles ikke signifikant (p=0,06).

Diskusjon og konklusjon

Denne systematiske oversikten undersøkte særlig tre arbeidsrelaterte utfall av SE og IPS: å komme i vanlig arbeid, tid i vanlig arbeid og inntekt. Primærutfallet var overgang til vanlig arbeid. Selv om det er stor variasjon i tilliten til dokumentasjonen (gjelder særlig SE), så er tendensen helt klar: personer med bistandsbehov (uavhengig av type) har betydelig større sjanse for å komme i vanlig arbeid om de får standard SE/IPS sammenlignet med annet tiltak. Videre viser både tid i arbeid og inntekt gjennomgående bedre effekt av standard SE/IPS sammenlignet med annet tiltak. Effekten endres heller ikke signifikant om vi sammenligner studier som har målt over kort tid med de som har målt over lenger tid, eller studier av IPS som er implementert med høy kvalitet med IPS av lavere kvalitet. Det synes med andre ord klart at tilnærmingen i SE, og særlig i IPS-varianten, fungerer markant bedre enn andre tiltak når det gjelder å støtte personer

Figur 3. Subgruppeanalyse. Å komme i vanlig arbeid fordelt på studier fra USA (9 studier), Europa (6 studier) og andre land (6 studier)



med psykiske lidelser eller funksjonshemminger inn i vanlig arbeid. De er lenger i arbeid og de tjener mer. Dette er konsistente funn.

I oversikten ble også helse- og livsrelaterte utfallsmål undersøkt: livskvalitet, psykiske eller fysiske symptomer, samt innleggelse på sykehus. SE/IPS sammenlignet med annet tiltak så ikke ut til å føre noen bedre effekt når det gjaldt livskvalitet, psykiske symptomer eller dager innlagt på psykiatrisk avdeling. Med andre ord viste resultatene her liten eller ingen endring i positiv retning, men heller ikke i negativ retning. Resultatene er nesten like konsistente for helseutfallene som de er for arbeidsutfallene.

Flere tidligere forskningsoppsummeringer – bl.a. van der Noordt et al (2014) – har vist at det å komme i arbeid kan gi positive følger for livskvalitet og psykisk helse. Det er naturlig å stille spørsmålet om hvorfor dette ikke er resultatet i de her omtalte studiene. Hva kan det skyldes at tiltak som gir så god effekt på arbeidsdeltakelse ikke ser ut til å gi helseeffekter? Vi har så langt ikke åpenbare svar på dette. Det kan ha sammenheng med karakteristika ved målgruppene. Deltakerne i de inkluderte studiene har relativt store bistandsbehov, og majoriteten har alvorlige psykiske lidelser, innbefattet psykotiske lidelser. Det kan være at å komme i arbeid i mindre grad influerer på denne typen lidelser, eller at andre variabler enn arbeid kan være av større betydning – som for eksempel gode familierelasjoner (f.eks. Gold 2013). Det kan ha sammenheng med opplevelser av stress ved å komme i arbeid, særlig i en innledende fase. Manglende sosial inkludering på arbeidsplassen kan bidra negativt. Det kan også være store variasjoner mellom deltakerne, der noen får bedre livskvalitet og psykisk helse mens andre får verre. Dette vet vi imidlertid lite om på bakgrunn av dokumentasjonen i studiene. Det kan være at stabilt arbeid over noe lengre tid likevel kan ha en positiv innvirkning på livskvalitet og psykisk helse (Kukla & Bond 2013).

To nye, norske studier nyanserer funnene om sammenhengen mellom arbeid og helse noe. En studie av Reme og kolleger fra 2015 (inkludert i den systematiske oversikten) undersøkte effekt av IPS forsterket med arbeidsrettet kognitiv atferdsterapi, sammenlig-

net med ordinært tilbud, i et utvalg personer med milde til moderate psykiske lidelser. Studien fant positive effekter på både arbeid, livskvalitet og psykisk helse. En helt fersk studie av delvis samme forskergruppe (Reme et al 2016, for ny til å bli inkludert i oversikten) undersøkte effekt av standard IPS versus ordinært tilbud i et utvalg personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser. Denne studien viste positive effekter på arbeid, livskvalitet og depresjon – men ikke på angst.

Overordnet samsvarer funnene i oversikten med tidligere oversikter på feltet Supported Employment, til dels fordi mange av de samme primærstudiene er inkludert (Kinoshita 2013, Marshall 2014, Modini 2016 a). De finner også at særlig IPS gir flere personer med bistandsbehov i vanlig arbeid (RR 2,50 til 3,24). Kun én oversikt viser at IPS også *kan* gi bedre effekt på helseutfall, men denne oversikten inkluderte mange ikke-kontrollerte studier og andre ikke-systematiske oversikter (Modini 2016 b).

I den videre forskningsinnsatsen kan det særlig være behov for studier der SE-tilnærminger anvendes på flere typer populasjoner. Det er nå i gang, eller det planlegges, en rekke nye norske utprøvinger med tilhørende effektforskning overfor nye målgrupper, blant annet innvandrere, ungdom, mennesker med psykisk utviklingshemning, hjerneskadde, smertetilstander med mer – med finansiering fra NAV eller Norges forskningsråd. Det er også et klart behov for studier som strekker seg over enda lengre tid (5–10 år) – der resultatene av og kostnadene ved SE/IPS måles over et lengre tidsrom.

Sammen med de norske utprøvingene og enkeltstudiene som er omtalt her, bidrar denne studien til et etter hvert solid kunnskapsgrunnlag om effekter av ulike tilnærminger til arbeidsrettede innsatser. De foreliggende resultatene utfordrer det som tradisjonelt har vært den norske hovedtilnærmingen til arbeidsrettede tiltak for mennesker med et visst bistandsbehov: til dels omfattende avklaring og arbeidstrening på egne skjermede arenaer. I slike tilnærminger er hovedfokus på å «ruste opp» den enkelte slik at han eller hun i størst mulig grad kan stille på samme startstrek som andre inn mot det ordinære arbeidsmarkedet.

Innen SE-tilnærmingene er ordinært arbeid ikke bare målet, men også det viktigste virkemiddelet. Man søker i stedet for profesjonell bistand både til raskt å finne den riktige jobben sammen med den enkelte, og ikke minst for å styrke relasjonen mellom arbeidsgiveren og den nye arbeidstakeren.

Dermed utfordrer resultatene også de sentrale aktørene på arbeidsinkluderingsområdet her hjemme. Hvordan kan vi legge til rette for å gjøre langt mer av det som virker, og mindre av det som ikke virker, eller har mindre effekt? Dette gjelder ikke minst i NAV, både når det gjelder å la den mest effektive tilnærmingen til arbeidsinkludering i større grad gjennomsyre egen brukeroppfølgning, og hvilke tilbud man peiler seg inn mot hos eksterne tiltaksarrangører. Men det gjelder også politikerne, som i stor grad avgjør hvordan tiltaksmenyen i landet skal komponeres – det vil si hvordan vi faktisk skal nytte de omtalte 9 milliardene i årene framover.

Referanser

*Bejerholm, U, C Areberg, C Hofgren, M Sandlund, M Rinaldi (2015) Individual placement and support in Sweden – a randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69 (1), 57–66.

Bond, GR, LL Dietzen, JH McGrew, LD Miller (1995) Accelerating entry into supported employment for persons with severe psychiatric disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 40 (2), 75–94.

*Bond, GR, MP Salyers, J Dincin, R Drake, DR Becker, VV Fraser, et al. (2007) A randomized controlled trial comparing two vocational models for persons with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 968–82.

*Bond, GR, SJ Kim, DR Becker, SJ Swanson, RE Drake, IM Krzos, et al. (2015) A Controlled Trial of Supported Employment for People With Severe Mental Illness and Justice Involvement. *Psychiatric Services*, 66 (10), 1027–34.

Borenstein, M, LV Hedges, JPT Higgins, HR Rothstein (2009) *Introduction to meta-analysis*. West Sussex, UK: Wiley.

*Burns, T, J Catty, T Becker, RE Drake, A Fioritti, M Knapp, et al. (2007) The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet*, 370 (9593):1146–52.

Cochrane (2017) *Cochrane handbook for systematic review of intervention*. Version 5.1.0 [lest 25. januar 2017]. Tilgjengelig fra: <http://handbook.cochrane.org/>.

*Davis, LL, AC Leon, R Toscano, CE Drebing, LC Ward, PE Parker, et al. (2012) A randomized controlled trial of supported employment among veterans with posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Services*, 63 (5), 464–70.

*Drake, RE, GJ McHugo, DR Becker, WA Anthony, RE Clark. (1996) The New Hampshire study of supported employment for people with severe mental illness. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 64 (2), 391–9.

*Drake, RE, GJ McHugo, RR Bebout, DR Becker, M Harris, GR Bond, et al. (1999) A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, 56 (7), 627–33.

Drake, RE, GR Bond, DR Becker (2012) *Individual Placement and Support: An Evidence-Based Approach to Supported Employment*. Oxford: Oxford University Press.

EPOC (2017) *Suggested risk of bias criteria for EPOC reviews*. [lest 25. januar 2017]. Tilgjengelig fra: http://epoc.cochrane.org/sites/epoc.cochrane.org/files/uploads/14_%20Suggested_%20risk_%20of_%20bias_%20criteria_%20for_%20EPOC_%20reviews_%202015_%202009_%202002.pdf

GRADE (2017) *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*. Tilgjengelig fra: www.gradeworkinggroup.org

- *Gold, PB, N Meisler, AB Santos, MA Carnemolla, OH Williams, J Keleher. (2006) Randomized trial of supported employment integrated with assertive community treatment for rural adults with severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (2), 378–95.
- Gold, PB (2013) Quality of life and competitive work among adults with severe mental illness: moderating effects of family contact. *Psychiatric Services*, 64 (12), 1218–24.
- Goldberg, RT, MM McLean, R LaVigne, J Fratolillo, FT Sullivan (1990) Transition of persons with developmental disability from extended sheltered employment to competitive employment. *Mental Retardation*, 28 (5), 299–304
- *Heslin, M, L Howard, M Leese, P McCrone, C Rice, Jarrett M, et al. (2011) Randomized controlled trial of supported employment in England: 2 year follow-up of the Supported Work and Needs (SWAN) study. *World Psychiatry*, 10 (2), 132–137.
- *Hoffmann, H, D Jackel, S Glauser, KT Mueser, Z Kupper (2014) Long-term effectiveness of supported employment: 5-year follow-up of a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 171 (11), 1183–90.
- *Killackey, E, HJ Jackson, PD McGorry (2008) Vocational intervention in first-episode psychosis: individual placement and support v. treatment as usual. *British Journal of Psychiatry*, 193 (2), 114–20.
- Kinoshita, Y, TA Furukawa, K Kinoshita, M Honyashiki, IM Omori, M Marshall, et al. (2013) *Supported employment for adults with severe mental illness*. Cochrane Database of Systematic Reviews, (9).
- Kukla, M, GR Bond (2013) A randomized controlled trial of evidence-based supported employment: Non-vocational outcomes. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 38 (2), 91–8.
- Kunnskapscenteret (2013) *Slik oppsummerer vi forskning. Kunnskapscenterets håndbok*. Oslo: Kunnskapscenteret. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no>
- *Latimer, EA, T Lecomte, DR Becker, RE Drake, I Duclos, M Piat, et al. (2006) Generalisability of the individual placement and support model of supported employment – results of a Canadian randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 189 (191), 65–73.
- *Lehman, AF, R Goldberg, LB Dixon, S McNary, L Postrado, A Hackman, et al. (2002) Improving employment outcomes for persons with severe mental illnesses. *Archives of General Psychiatry*, 59 (2), 165–72.
- Magura, S, L Blankertz, EM Madison, E Friedman, A Gomez (2007) An innovative job placement model for unemployed methadone patients: a randomized clinical trial. *Substance Use & Misuse*, 42 (5), 811–28.
- Marshall T, RW Goldberg, L Braude, RH Dougherty, AS Daniels, SS Ghose, et al. (2014) Supported employment: Assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65 (1), 16–23.
- *Michon, H, JT van Busschbach, AD Stant, MD van Vugt, J van Weeghel, H Kroon (2014) Effectiveness of individual placement and support for people with severe mental illness in The Netherlands: a 30-month randomized controlled trial. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37 (2), 129–36.
- Modini M, L Tan, B Brinchman, MJ Wang, E Killackey, N Glozier, et al. (2016 a) Supported employment for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis of the international evidence. *British Journal of Psychiatry*, 209:14–22.
- Modini, Matthew, Sadhbh Joyce, Arnstein Mykletun, Helen Christensen, Richard A Bryant, Philip B Mitchell, Samuel B Harvey (2016 b) The mental health benefits of employment: Results of a systematic meta-review. *Australasian Psychiatry*, 24 (4), 331–336.

- *Mueser KT, RE Clark, M Haines, RE Drake, GJ McHugo, GR Bond, et al. (2004) The Hartford study of supported employment for persons with severe mental illness. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 72 (3), 479–90.
- Munthe-Kaas HM, H Nøkleby (2017) *The TRANSFER Framework for assessing transferability of systematic review findings to a specific context of interest*. Work in progress.
- Nøkleby, H, N Blaasvær og RC Berg (2017) Supported Employment for arbeidssøkere med bistandsbehov: en systematisk oversikt. Rapport. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Kan lastes ned på: www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/
- *Oshima, I, T Sono, GR Bond, M Nishio, J Ito. (2014) A randomized controlled trial of individual placement and support in Japan. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37 (2), 137–43.
- *Poremski, D, D Rabouin, E Latimer (2015) A randomised controlled trial of evidence based supported employment for people who have recently been homeless and have a mental illness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44 (2), 217–224.
- Reme, SE, AL Grasdahl, C Lovvik, SA Lie, S Overland (2015) Work-focused cognitive-behavioural therapy and individual job support to increase work participation in common mental disorders: a randomised controlled multicentre trial. *Occupational and Environmental Medicine*, 72 (10), 745–52.
- Reme SE, K Monstad, T Fyhn, S Øverland, K Ludvigsen, V Sveinsdottir et al. (2016) *Effektevaluering av Individuell jobbstøtte (IPS): sluttrapport*. Bergen: Uni Helse Uni Rokkansenteret.
- *Twamley, EW, L Vella, CZ Burton, DR Becker, MD Bell, DV Jeste (2012) The efficacy of supported employment for middle-aged and older people with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 135 (1–3), 100–4.
- van der Noordt, M, H IJzelenberg, M Droomers, KI Proper (2014) Health effects of employment: a systematic review of prospective studies. *Occupational and Environmental Medicine*, 71:730–6.
- *Viering, S, M Jager, B Bartsch, C Nordt, W Rossler, I Warnke, et al. (2015) Supported Employment for the Reintegration of Disability Pensioners with Mental Illnesses: A Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Public Health*, 3, 237.
- *Waghorn, G, S Dias, B Gladman, M Harris, S Saha. (2014) A multi-site randomised controlled trial of evidence-based supported employment for adults with severe and persistent mental illness. *Australian Occupational Therapy Journal*, 61 (6), 424–36.
- *Wong KK, R Chiu, B Tang, D Mak, J Liu, SN Chiu (2008) A randomized controlled trial of a supported employment program for persons with long-term mental illness in Hong Kong. *Psychiatric Services*, 59 (1), 84–90.