2017

RAPPORT

EN SYSTEMATISK OVERSIKT

Supported Employment for arbeidssøkere med bistandsbehov

folkehelseinstituttet

Utgitt av	Folkehelseinstituttet, Avdeling for kunnskapsoppsummering
Tittel	Supported Employment for arbeidssøkere med bistandsbehov: en systematisk oversikt
English title	Supported Employment for people with disabilities: a systematic review
Ansvarlig	Camilla Stoltenberg, direktør
Forfattere	Nøkleby, Heid, prosjektleder, *forsker,* Avdeling for kunnskapsoppsummering Blaasvær, Nora, *forsker*, Avdeling for kunnskapsoppsummering Berg, Rigmor C, *seksjonsleder*, Avdeling for kunnskapsoppsummering
ISBN	978-82-8082-825-5
Publikasjonstype	Systematisk oversikt
Antall sider	80 (145 inklusiv vedlegg)
Oppdragsgiver	Arbeids- og velferdsdirektoratet
Emneord(MeSH)	Employment; Supported
Sitering	Nøkleby H, Blaasvær N, Berg RC. Supported Employment for arbeidssøkere med bistandsbehov: en systematisk oversikt. [Supported Employment for people with disabilities: a systematic review] Rapport. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2017.

Innhold

INNHOLD 3

HOVEDBUDSKAP 5

SAMMENDRAG 6

KEY MESSAGES (ENGLISH) 9

EXECUTIVE SUMMARY (ENGLISH) 10

FORORD 13

PROBLEMSTILLING 14

INNLEDNING 15
Bakgrunn 15
Supported Employment 15
Individual Placement and Support 17
Situasjonen i Norge 18

METODE 19
Litteratursøk 19
Inklusjonskriterier 20
Artikkelutvelging 21
Vurdering av risiko for skjevheter 21
Uttrekk av data 22
Analyse av data 22
Vurdering av overførbarhet 23
Vurdering av dokumentasjonen 24

RESULTATER 25
Resultat av litteratursøket 25
Beskrivelse av de inkluderte studiene 26
Supported Employment 33
Individual Placement and Support 43
Overførbarhet 65

DISKUSJON 69
Hovedfunn 69
Kvaliteten på forskningsresultatene 70
Samsvar med annen forskning 71

Overførbarhet til norsk kontekst 72
Styrker og svakheter 73

KONKLUSJON 74

REFERANSER 75

VEDLEGG 1: SØKESTRATEGI 81

VEDLEGG 2: ORDLISTE 90

VEDLEGG 3: EKSKLUDERTE STUDIER 92

VEDLEGG 4: PROTOKOLLER 103

VEDLEGG 5: INKLUDERTE STUDIER – KJENNETEGN OG RISIKO FOR SKJEVHETER 104

VEDLEGG 6: EKSTRA RESULTATTABELLER 130

VEDLEGG 7: GRADE EVIDENSPROFILER 137

Hovedbudskap

En stor del av NAVs budsjett brukes på arbeidsmarkedstiltak, og de fleste av mottakerne har en form for bistandsbehov for å få og/eller være i arbeid. Tradisjonelle arbeidsmarkedstiltak har vært rettet inn mot skjermet arbeid, arbeidstrening på en skjermet arena eller opplæring, med sikte på vanlig arbeid etter hvert. Tiltakene Supported Employment (SE) og SE-varianten Individual Placement and Support (IPS) innebærer i stedet at deltakeren så raskt som mulig skal ut i vanlig arbeid (betalt jobb på ordinær arbeidsplass, heltid/deltid), med tett oppfølging av arbeidstaker og -giver.

Vi har utført en systematisk oversikt over effekten av SE/IPS for ulike grupper. Vi inkluderte 38 kontrollerte studier, hovedsakelig fra USA og Europa, med oppfølgingstid opp til 5 år. Det var flest studier av personer med alvorlige psykiske lidelser, men også studier av personer med store fysiske skader eller utviklingsskader.

IPS for personer med alvorlige psykiske lidelser gir trolig 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 innleggelser på psykiatrisk avdeling.

Forsterket IPS (ulike tilleggskomponenter) gir trolig positiv effekt på arbeid. Det er usikkert om SE og forsterket SE har effekt (små og få studier), men resultatene peker i samme retning.

Oppfølgingstid, kvalitetsskårer, geografisk/kulturell kontekst og kontrolltiltak ser ikke ut til å ha vesentlig betydning for effekten av IPS. Resultatene er trolig overførbare til norsk kontekst.

Tittel:
Supported Employment for arbeidssøkere med bistandsbehov: en systematisk oversikt

---

Publikasjonstype:
Systematisk oversikt
En systematisk oversikt er resultatet av å
- innhente
- kritisk vurdere og
- sammenfatte relevante forskningsresultater ved hjelp av forhåndsdefinerte og eksplisitte metoder

---

Svarer ikke på alt:
- Ingen studier utenfor de eksplisitte inklusjonskriteriene
- Ingen helseøkonomisk evaluering
- Ingen anbefalinger

Hvem står bak denne publikasjonen?
Folkehelseinstituttet har gjennomført oppdraget på forespørsel fra Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Når ble litteratursøket utført?
Søk etter studier ble avsluttet i mars 2016.

Eksterne fagfeller:
Øystein Spjelkavik (AFI, Høgskolen i Oslo og Akershus), Grethe Wangen (AFI, Høgskolen i Oslo og Akershus), Hanne Glemmestad (Høgskolen i Innlandet)

Sammendrag

Bakgrunn

Det brukes rundt åtte milliarder kroner på arbeidsmarkedstiltak i Norge hvert år. Hovedmottakere av disse tiltakene er personer med nedsatt arbeidsevne (bistandsbehov). De viktigste årsakene til nedsatt arbeidsevne er muskel- og skjelettsykdommer og psykiske lidelser. Andelen med psykiske lidelser ser ut til å vokse raskere enn andre diagnosegrupper. Tradisjonelle arbeidsmarkedstiltak har vært rettet inn mot skjermet arbeid og opplæring, for deretter å søke mot vanlig arbeid etter en tid, *«train then place»*. Tiltakene Supported Employment (SE) og SE-varianten Individual Placement and Support (IPS) innebærer i stedet at deltakeren så raskt som mulig skal ut i vanlig arbeid (betalt jobb på ordinær arbeidsplass, heltid eller deltid) med tett oppfølging, *«place then train»*. IPS er særlig utviklet for personer med psykiske lidelser. Tilnærmingen har vært brukt i USA og andre land i mange år, mens i Norge har det vært omstridt. Arbeids- og velferdsdirektoratet ønsket derfor en oppsummering av effektstudier. I tillegg ønsket de en vurdering av overførbarhet til norske forhold.

Mål

Målet med oversikten har vært å identifisere, vurdere og sammenstille forskning om effekt av Supported Employment, inkludert Individual Placement and Support, blant personer med behov for støtte til å komme i eller være i vanlig arbeid.

Metode

Vi utførte en systematisk oversikt i tråd med Kunnskapssenterets håndbok. Vi gjorde et litteratursøk i relevante databaser og et søk etter grå litteratur. Søket ble siste oppdatert i mars 2016. Systematiske oversikter av høy metodisk kvalitet og/eller kontrollerte primærstudier skulle inkluderes dersom tiltaket var SE/IPS og populasjonene omfattet en eller flere grupper med bistandsbehov. 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. Vi identifiserte både primærstudier og systematiske oversikter. To forskere vurderte de inkluderte studiene for mulig risiko for skjevheter. Vi sammenstilte resultatene og utførte metaanalyser der det var mulig. For hvert resultat vurderte vi tilliten til dokumentasjonen ved hjelp av verktøyet GRADE. Vi utførte også noen analyser knyttet til vurdering av overførbarhet.

Resultat

Vi leste 5010 sammendrag og 229 artikler i fulltekst. Vi inkluderte 38 unike studier, beskrevet i 54 publikasjoner. I ni av studiene var tiltaket Supported Employment og i 29

var tiltaket Individual Placement and Support. Studiene var utført i USA, England, Australia, Canada, Hong Kong, Japan, Nederland, Bulgaria, Italia, Sveits, Tyskland, Spania, Sverige og Norge. De ble publisert mellom 1995 og 2015. Oppfølgingstid varierte fra seks måneder til fem år, men flertallet hadde en oppfølgingstid på 12-24 måneder. De fleste studiene omhandlet personer med alvorlige psykiske lidelser, andre inkluderte personer med alvorlige fysiske skader eller utviklingsskader. Kontrolltiltak (tiltak man har sammenlignet med) var hovedsakelig ulike varianter av vanlige tjenester, ofte skjermet arbeid, opplæring og støtte til å søke vanlig arbeid, av og til gruppeundervisning eller annet i tillegg. Til sammen gjorde vi ni sammenligninger. Nedenfor oppsummeres de viktigste resultatene:

IPS vs. annet tiltak

Arbeid

Den største sammenligningen er av 21 studier som undersøkte effekten av IPS versus annet tiltak blant personer med alvorlige psykiske lidelser. Her fant vi at det er trolig at IPS fører til at flere kommer i vanlig arbeid, sannsynligvis over dobbelt så mange (RR=2,40, KI 2,08 til 2,77) (moderat tillit til resultatet). Det er trolig at de har mer tid (dager, uker) i vanlig arbeid (SMD 0,90, KI 0.45 til 1,35) og noe høyere inntekt (SMD 0,30, KI 0,14 til 0,46 eller MD US$ 200, KI 54,7 til 347,1) (moderat tillit).

Helse

De fleste av de 21 studiene målte også helseutfall. Tretten studier målte livskvalitet blant deltakerne (fem av disse kunne slås sammen i en metaanalyse). IPS gir muligens ingen effekt på livskvalitet (lav tillit). Åtte studier målte psykiske symptomer. Ingen av studiene fant noen effekt av IPS på psykiske symptomer (svært lav til moderat tillit). Fem studier målte innleggelser på psykiatrisk avdeling. Fire av disse kunne slås sammen i metaanalyse men viste usikre resultater.

Kostnadseffektivitet

Endelig målte seks av de 21 studiene kostnadseffektivitet, altså kostnadene ved tiltaket sett i forhold til resultatene. Samlet sett tyder studiene på at kostnadene for IPS og kontrolltiltak var tilnærmet like og at IPS fikk flere i arbeid. IPS var dermed trolig mest kostnadseffektivt (moderat tillit).

Forsterket IPS vs. annet tiltak

Tre studier sammenlignet forsterket IPS med annet tiltak. IPS forsterket med medisinkoordinering, sosial støtte samt kostnadsdekning, sammenlignet med tradisjonelle tiltak, fikk flere personer med alvorlige psykiske lidelser i vanlig arbeid (RR 1,59, KI 1,43 til 1,76) (moderat tillit). Deltakerne var også lengre tid i arbeid og hadde høyere inntekt (moderat tillit). De hadde noe bedre livskvalitet, bedre psykisk helse (lav tillit) og noe færre dager innlagt på psykiatrisk sykehus (moderat tillit). IPS forsterket med arbeidsrettet kognitiv atferdsterapi sammenlignet med tradisjonelle tiltak fikk også flere personer med milde til moderate psykiske lidelser i arbeid (RR 1,19, KI 1,03 til 1,37) (høy tillit). Denne studien (fra Norge) viste også en mulig positiv effekt på livskvalitet og psykiske symptomer (lav tillit). Studien fant ikke at IPS forsterket med arbeidsrettet kognitiv atferdsterapi var kostnadseffektivt i løpet av studiens første år.

SE vs. annet tiltak

Studiene av SE var små og resultatene kunne ikke slås sammen statistisk. Trenden er likevel at SE får flere personer (med ulike lidelser eller funksjonshemminger) i vanlig arbeid. Vi har imidlertid lav tillit til dokumentasjonen.

Overførbarhet

For å vurdere overførbarhet av resultatene til en norsk kontekst gjorde vi en subgruppeanalyse med de 21 studiene av IPS vs. annet tiltak fordelt på tre grupper: USA, Europa og andre land. Studiene viste en litt større effekt i USA enn i Europa, men denne var ikke signifikant. Vi gjorde også en subgruppeanalyse basert på kontrolltiltak, kategorisert som enkle eller omfattende. Det var tilnærmet lik effekt i de to gruppene.

Diskusjon

De inkluderte studiene viser en relativt stabil effekt av Supported Employment, særlig varianten IPS, på det å komme i vanlig arbeid for personer med bistandsbehov. Det samme gjelder tid i arbeid og inntekt. Denne tilnærmingen for å hjelpe folk inn i arbeidslivet fungerer gjennomgående bedre (dobbelt så godt) sammenlignet med andre, mer tradisjonelle tiltak. Nesten like konsistente er resultatene for andre utfall enn de arbeidsrelaterte. Imidlertid viser måling av livskvalitet, psykiske symptomer og innleggelse på sykehus hovedsakelig at IPS verken har bedre eller dårligere effekt enn andre tiltak. Annen forskning har vist at arbeid gir bedre helse. Kanskje har deltakerne vært for kort tid i arbeid til at det har noen effekt på helseutfall, kanskje er det rimelig at en del blir stresset av å komme i arbeid, kanskje blir noen dårlige og noen bedre mens gjennomsnittet blir 0, eller kanskje er disse deltakerne såpass dårlige (de fleste har *alvorlige* psykiske lidelser) til at man kan forvente at det å komme i arbeid (de fleste på deltid) har stor betydning for andre deler av livet. De overordnede resultatene samsvarer i stor grad med tidligere oversikter på feltet.

Resultatene ser ut til å være konsistente for standard IPS, enten vi gjør analyser på bakgrunn av geografisk/kulturell kontekst eller type kontrolltiltak; det er en gjennomgående god effekt uansett. Dette bidrar til at vi vurderer resultatene som overførbare til norsk kontekst.

Konklusjon

I denne oversikten har vi funnet at SE/IPS får flere personer med bistandsbehov i vanlig arbeid, sammenlignet med andre tiltak. Best dokumentert er IPS for personer med alvorlige psykiske lidelser. Tiltakene fører også til lengre tid i vanlig arbeid og høyere inntekt. Det ser ikke ut til at SE/IPS gir noen positive endringer når det gjelder livskvalitet, (psykiske) symptomer eller innleggelse i sykehus. Imidlertid gir tiltakene heller ingen negative effekter. IPS ser ut til å få flere i arbeid til en tilnærmet lik kostnad som andre tiltak. Oppfølgingstid, kvalitetsskårer, geografisk/kulturell kontekst eller kontrolltiltak ser ikke ut til å ha vesentlig betydning for effekten av IPS. Resultatene for IPS antas å være overførbare til norsk kontekst.

Selv om resultatene for særlig IPS er konsistente, vil det være nyttig med forskning på andre grupper med behov for bistand, som ungdom med moderate psykiske lidelser og innvandrere med dårlige norskkunnskaper. I tillegg kan det være behov for flere studier med lengre oppfølgingstid.

Key messages (English)

A large part of NAV's budget is used on employment interventions, and most of the recipients need some kind of support in order to enter, and remain in, paid employed. Traditional employment interventions are directed towards sheltered work, work training on a sheltered arena or training, with a more distant goal of competitive employment ("train then place"). The interventions Supported Employment (SE) and Individual Placement and Support (IPS) aim rather to rapidly place the participant in competitive work (paid work in an ordinary work environment, full time or part time), with support and follow-up of employee and employer ("place then train").

We conducted a systematic review on the effect of SE/IPS on various populations. We included 38 controlled studies, primarily from USA and Europe, where participants were followed-up until 5 years. Most of the studies included participants with serious mental illness, but some studies included people with severe physical injuries or developmental disorders.

Participants who receive IPS are probably twice as likely to gain competitive employment compared to participants who receive other interventions. We also found positive effects for time spent in competitive work, income and cost-effectiveness. IPS may not have any effect on quality of life, psychological symptoms, or psychiatric hospitalisations.

Enhanced IPS (various components added) probably has a positive effect on competitive employment. It is uncertain whether SE and enhanced SE have effect (small and few studies), but the findings point in the same direction.

Follow-up time, fidelity scales, geographical/cultural context and type of control intervention do not appear to have significant impact on the effect of IPS. The findings are probably transferable to a Norwegian context.

Title:
Supported Employment for people with disabilities: a systematic review

---

Type of publication:
Systematic review
A review of a clearly formulated question that uses systematic and explicit methods to identify, select, and critically appraise relevant research, and to collect and analyse data from the studies that are included in the review. Statistical methods (meta-analysis) may or may not be used to analyse and summarise the results of the included studies.

Doesn't answer everything:
- Excludes studies that fall outside of the inclusion criteria
- No health economic evaluation
- No recommendations

Publisher:
Norwegian Institute of Public Health

Updated:
Last search for studies:
March 2016

Peer review:
Øystein Spjelkavik (AFI, Høgskolen i Oslo og Akershus), Grethe Wangen (AFI, Høgskolen i Oslo og Akershus), Hanne Glemmestad (Høgskolen i Innlandet)

Executive summary (English)

Background

Eight billion kroner from the Norwegian state budget is used on employment interventions every year. These interventions primarily target and assist individuals with reduced work capacity (in need of assistance). The main reasons for reduced work capacity are musculoskeletal disorders and mental illness. Traditional employment interventions have been oriented towards sheltered work and training, with a goal of competitive employment after some time, "train then place". The interventions Supported Employment (SE) and Individual Placement and Support (IPS) rather aim to rapidly place participants in competitive work (paid work in an ordinary work environment, full time or part time), with support and follow-up offered to the employee and employer ("place then train"). (IPS is particularly targeted toward individuals with mental illness.) While IPS and SE have been used in the United States and other countries for many years, its effectiveness is still contested in Norway. The Norwegian Directorate of Labour and Welfare therefore commissioned a systematic review of effect. In addition, they wanted an assessment of transferability to the Norwegian context.

Aim

The aim of this review is to identify, assess and synthesise research on the effect of Supported Employment, including Individual Placement and Support, among people in need of support to enter and stay in paid employment.

Methods

We conducted a systematic review in accordance with the Knowledge Centre Handbook. We performed a literature search in relevant databases and a search for grey literature. The search was last updated in March 2016. Systematic reviews of high methodological quality and/or controlled primary studies were to be included if the intervention was SE/IPS and the populations included one or more groups in need of employment support. Relevant outcomes were: competitive employment, income, quality of life, mental and physical health measures, and cost-effectiveness. Two researchers screened all titles and abstracts and then the relevant full texts in order to assess eligibility consistent with the inclusion criteria. We identified both primary studies and systematic reviews. Two researchers critically appraised the included studied for potential risk of bias. We synthesised the results and completed meta-analyses when possible. For each finding we considered the certainty of the evidence by using the GRADE approach. We also performed some analyses regarding transferability.

Results

We read 5010 abstracts and 229 articles in full text. We included 38 unique studies, described in 54 publications. In nine of the studies, the intervention was SE, and in 29 the intervention was IPS. The studies were conducted in the US, UK, Australia, Canada, Hong Kong, Japan, Netherlands, Bulgaria, Italy, Switzerland, Germany, Spain, Sweden and Norway. The studies were published between 1995 and 2015. Follow-up time varied from six months to five years, but the majority followed the samples for 12-24 months. Most studies included people with serious mental illness; other samples included people with severe physical injuries or developmental disorders. Control interventions were predominantly variations of usual services, often sheltered work, training, and sometimes groups or other programs. We performed nine comparisons all together. Below, the most important results are summarised:

IPS vs. control

Employment

The largest comparison comprises 21 studies that examined the effect of IPS versus control among people with serious mental illness. We found that IPS probably lead to more people getting competitive employment, most likely twice as many (RR=2.40, CI 2.08 to 2.77) (moderate certainty). They probably spent more time (days, weeks) in competitive work (SMD 0.90, CI 0.45 to 1.35) and had slightly higher income (SMD 0.30, CI 0.14 to 0.46 or MD US$ 200, CI 54.7 to 347.1) (moderate certainty).

Health

Most of the 21 studies also measured health outcomes. 13 studies measured quality of life (five of these could be included in a meta-analysis). IPS has possibly neither positive nor negative effect on quality of life (low certainty). 8 studies measured psychological symptoms. None of the studies found any effect of IPS on psychological symptoms (very low to moderate certainty). Five studies measured psychiatric hospitalisations. Four of these could be included in a meta-analysis, but the results were uncertain.

Cost-effectiveness

Finally, six of the 21 studies measured cost-effectiveness, that is, the costs of the intervention seen in relation to the results. Altogether, the studies' results suggest that the costs of IPS were comparable to the costs of the control interventions and that IPS lead to more people in employment. IPS was thus more cost-effective (moderate certainty).

Enhanced IPS vs. control

Three studies compared enhanced IPS with control interventions. IPS enhanced with medication management, social support and cost-coverage, compared with traditional interventions, lead to more people with serious mental illness gaining competitive employment (moderate certainty). The IPS participants also spent longer time in employment and had higher income (moderate certainty). They had slightly improved quality of life, improved mental health (low certainty) and slightly fewer days hospitalised (moderate certainty). IPS enhanced with work-oriented cognitive-behavioural therapy (CBT) compared to traditional interventions also lead to more people with mild to moderate mental illness getting employment (high certainty). This (Norwegian) study also demonstrated a possible positive effect on quality of life and psychological symptoms (low certainty).

SE vs. control

The studies of SE were small and could not be synthesised statistically. Still, the trend is that SE lead to more people (with various illnesses or handicaps) gaining competitive work. These findings, however, have low certainty.

Transferability

In order to assess the transferability of the findings to a Norwegian context we performed a subgroup analysis with the 21 studies of IPS versus control, divided in three groups: the US, Europe and other countries. The studies showed a slightly better effect in the US compared to Europe, but the difference was not significant. We also performed a subgroup analysis based on types of control intervention, categorised as simple or extensive. The effects were approximately the same.

Discussion

The included studies indicate a rather consistent effect of SE in general and IPS in particular, regarding competitive work for people in need of support. This approach to assisting people into employment has consistently better effect compared with other, more traditional interventions. The measurements of quality of life, psychological symptoms and psychiatric hospitalisations show that IPS has neither better nor worse effect than other interventions. Other research has indicated that employment leads to better health. Perhaps the participants in our included studies have been employed too short to experience an effect on health outcomes, perhaps it is reasonable that some get stressed by working, perhaps some get better and some get worse, and the average outcome is zero, or perhaps these participants are so ill (most of them have *severe* mental illness) that it is unlikely that employment (mostly part time) will have significant impact on other parts of life. The overall results are in accordance with previous reviews.

The results seem consistent for standard IPS, whether we perform analyses on the basis of geographical/cultural context or type of control; IPS has a consistently positive effect. This adds to our confidence in the results as transferable to a Norwegian context.

Conclusion

In this review we have found that SE/IPS lead to more people in need of support getting competitive employment, compared to other interventions. The best evidence is for IPS for people with serious mental illness. SE/IPS also lead to more time spent in competitive work and higher income. Seemingly, SE/IPS do not lead to positive changes regarding quality of life, (psychological) symptoms or hospitalisations. However, there are no negative effects. IPS seems to lead to more people in employment to a fairly similar cost as other interventions. Follow-up time, fidelity scales, geographical/cultural context and type of control intervention do not have significant impact on the effect of IPS. The findings are probably transferable to a Norwegian context.

Even if the results are quite consistent for IPS in particular, research with other groups in need of support will be useful, for instance adolescents with moderate psychological problems and immigrants with poor knowledge of Norwegian. More studies with longer follow-up time will also be valuable.

Forord

Seksjon for velferdstjenester ved Avdeling for kunnskapsoppsumering, FHI fikk i oppdrag fra Arbeids- og velferdsdirektoratet å undersøke effekten av *Supported Employment*, inkludert *Individual Placement and Support*, i ulike grupper med behov for bistand for å komme i og være i arbeid.

Avdeling for kunnskapsoppsumering følger en felles framgangsmåte i arbeidet med forskningsoversiktene, dokumentert i håndboka «Slik oppsummerer vi forskning». Det innebærer blant annet at vi kan bruke standardformuleringer når vi beskriver metode, resultater og i diskusjon av funnene.

Bidragsyterne
Prosjektgruppen har bestått av:

- Prosjektleder: forsker, Heid Nøkleby, Avdeling for kunnskapsoppsummering, FHI
- Intern prosjektmedarbeider: forsker, Nora Blaasvær, Avdeling for kunnskapsoppsummering, FHI
- Intern prosjektmedarbeider: seksjonsleder, Rigmor C Berg, Avdeling for kunnskapsoppsummering, FHI

Takk til eksterne fagfeller Øystein Spjelkavik, Grethe Wangen og Hanne Glemmestad, samt interne fagfeller Liv Merete Reinar og Gunn Vist for verdifulle bidrag.

Oppgitte interessekonflikter
Alle forfattere og fagfeller har fylt ut et skjema som kartlegger mulige interessekonflikter. Seks personer oppgir ingen interessekonflikter, mens to personer oppgir enten å være forsker på området (ØS) eller å være engasjert i en interesseorganisasjon på området (GW).

Folkehelseinstituttet tar det fulle ansvaret for synspunktene som er uttrykt i rapporten.

Signe Flottorp *avdelingsdirektør*	Rigmor C. Berg *seksjonsleder*	Heid Nøkleby *prosjektleder*

Problemstilling

Hva er effekten av Supported Employment, inkludert Individual Placement and Support, i ulike grupper med behov for bistand for å komme i og være i arbeid? Og i hvilken grad er resultater fra andre land relevante og overførbare til norske forhold?

Det engelske begrepet *Supported Employment* brukes i denne rapporten fordi det norske begrepet som det opprinnelig ble oversatt med, *Arbeid med bistand*, etter hvert har fått en noe annen betydning. *Individual Placement and Support* kalles på norsk *Individuell jobbstøtte* når tiltaket nå prøves ut i Norge. Ellers i fagfeltet brukes fremdeles det engelske begrepet *Individual Placement and Support* og forkortelsen IPS, og det er disse betegnelsene vi bruker i denne rapporten.

Innledning

Bakgrunn

En betydelig andel av arbeidsledige i Norge strever med å etablere seg i arbeidslivet. Av ulike grunner kan de ha vært uten arbeid i lang tid, eller de har aldri hatt arbeid. Myndighetenes tilnærming til dette er arbeidsmarkedstiltak. I 2016 bevilget Stortinget i saldert budsjett i alt 8,4 mrd kroner til arbeidsmarkedstiltak for ulike grupper (1). Det var beregnet at det ville være om lag 74 500 deltakere på arbeidsmarkedstiltak i gjennomsnitt per måned i 2016 (1). Nesten 80 prosent av disse ville være plasser for personer med såkalt «nedsatt arbeidsevne» eller bistandsbehov. Ved utgangen av desember 2016 var 200 200 personer registrert hos NAV med nedsatt arbeidsevne; det er 6 prosent av befolkningen i alderen 18-66 år (2). Hovedårsaker til nedsatt arbeidsevne er muskel- og skjelettsykdommer, psykiske lidelser og rusmiddelproblemer (1;2). Andelen med psykiske lidelser ser ut til å vokse raskere enn andre diagnosegrupper, særlig blant unge. I Norge er den relative andelen arbeidsløse blant personer med alvorlige psykiske lidelser sett i forhold til den generelle andelen arbeidsløse, høyere enn i andre OECD-land (3). Mange med nedsatt arbeidsevne har lite arbeidserfaring, særlig gjelder dette unge (1). Kunnskap om effekten av ulike tilnærminger for disse gruppene er dermed vesentlig i et samfunnsøkonomisk perspektiv.

Supported Employment

Supported Employment (SE) er «en metodisk tilnærming for å sikre at mennesker med funksjonsnedsettelser/utsatte grupper får tilgang til og opprettholder betalt arbeid i det åpne arbeidsmarkedet» (4) (s 11). Europakommisjonen definerer videre SE slik i en rapport: «Bistandstiltak må inkludere støtte til arbeidstakeren før, under og etter vedkommende har fått jobb, samt støtte til arbeidsgiver. Helt sentral i dette arbeidet er jobbspesialisten (ulike begreper brukes). I Supported Employment er fokus på personenes evner og muligheter, snarere enn begrensninger. Vekten legges på arbeid og ikke på aktivisering eller livsopphold» (5) (s 5, vår oversettelse).

Metoden innebærer med andre ord å få personen raskt i ordinært (helt eller delvis), betalt arbeid (*competitive work*), for så å følge opp med nødvendig (til dels intensiv) opplæring og støtte videre (6). Fokus er flyttet fra opplæring før arbeid («*train then place*») til opplæring etter personen er kommet i arbeid (*«place then train»*). Jobbspesialisten gir støtte til både arbeidstaker og arbeidsgiver. Supported Employment omtales som en integrert tilnærming; ordinært arbeid er her både mål og metode.

Supported Employment ble opprinnelig utviklet for personer med lærevansker, men omfatter etter hvert mange typer arbeidssøkende mennesker med en eller annen form for bistandsbehov (7). Frøyland og Spjelkavik (8) oppsummerer aktuelle og sentrale målgrupper som personer med psykiske lidelser; med problematisk rusmiddelbruk; med utviklingshemming eller lærevansker; utsatt ungdom (for eksempel mht funksjonshemminger, psykiske problemer, lærevansker, psykisk utviklingshemming, rusmiddelproblemer, kriminalitet, atferdsvansker) eller personer med dårlige norskkunnskaper. Det bør ikke være noen krav om kvalifisering for å delta i SE; det å ønske arbeid skal være tilstrekkelig.

Supported Employment ble utviklet i USA og Canada på 1970-tallet med bakgrunn i både økt fokus på menneskerettigheter og på funksjonshemmedes situasjon i arbeidslivet (f.eks. *US Rehabilitation Act* 1978). Utviklingen har også vært motivert av empowerment og mål om normalisering (9). I Norge har man i tillegg argumentert med manglende resultater av den tradisjonelle tilnærmingen med skjermede tiltak og påpekt mekanismer som kan «låse fast» folk på siden av det ordinære arbeidslivet (10).

European Union of Supported Employment (4) beskriver følgende fem trinn for en god utøvelse av Supported Employment: (Beskrivelsene av trinnene er hentet fra Frøyland & Spjelkavik 2014 (8).

1. Innledende kontakt og samarbeidsavtale. Arbeidssøker skal gis tilpasset og god informasjon om hva tiltaket innebærer, og vedkommende får hjelp til å beskrive sine ønsker om bistand.
2. Yrkeskartlegging og karriereplanlegging. Det utarbeides en handlingsplan med utgangspunkt i arbeidssøkers egne interesser, forutsetninger og yrkesfaglige ambisjoner.
3. Finne en passende jobb. Ulike metoder kan brukes for å identifisere en egnet jobb, blant annet ordinære utlysninger, jobbutvikling, oppsøke arbeidsgivere, praksisplasser, mm.
4. Samarbeid med arbeidsgiver. Kartlegge arbeidsgivers behov og muligheter knyttet til bl.a. kompetanse, arbeidstid, samarbeid med kolleger, kundekontakt, åpenhet, sikkerhet, økonomi, veiledning.
5. Opplæring og trening på og/eller utenom arbeidsplassen. Plan for individuelt tilpasset støtte (og for nedtrapping av denne) med hensyn til f.eks. det å utføre arbeidsoppgavene, sosiale ferdigheter, arbeidsstedets kultur, kollegastøtte, karriereutvikling – og utenfor arbeidet, f.eks. økonomisk veiledning, praktiske utfordringer (komme tidsnok, reisevei, arbeidsklær, søknader om offentlig støtte), diskusjoner.

Arbeidet kan være på heltid eller deltid, ned til noen få timer per uke. Arbeidsgiver kan motta lønnstilskudd, og arbeidstaker kan motta både lønn og trygd/ulike stønader. Jobbspesialistens arbeid og støtte skal være rettet mot både arbeidstaker og arbeidsgiver, så lenge det er nødvendig (11).

Det finnes ulike tilnærminger innen SE (8). I 2011 oppsummerte Europakommisjonen bruken av Supported Employment for personer med funksjonsvansker i 30 EU- og EFTA-land (5). De fant en rekke ulike tiltak og prosjekter som ble identifisert som Supported Employment og til dels store forskjeller når det gjaldt deltakere, overordnede

betingelser, organisering, insitamenter for arbeidstakere og arbeidsgivere, finansiering og monitorering.

I alle nordiske land, sannsynligvis med unntak av Danmark, finnes det iverksatt ulike offentlige varianter av SE (12). I alle landene er det likevel fremdeles den tradisjonelle tilnærmingen, skjermede arbeidsplasser og opplæring først (*train then place*), som er mest utbredt.

Individual Placement and Support

Individual placement and support (IPS) er en variant av Supported Employment, utviklet særlig for målgruppen mennesker med moderate til alvorlige psykiske lidelser (11). IPS springer ut av psykisk helsevern/psykiatri og ble i likhet med SE utviklet i USA. Nøkkelelementene i SE er inkludert i IPS (ingen ekskluderes, raskt ut i arbeid, oppfølging på arbeidsplassen, jobbspesialist gir støtte til både arbeidstaker og arbeidsgiver). I IPS involveres i tillegg behandlere fra psykisk helsevern og oppfølging av psykisk helse er således sentralt. Totalt åtte prinsipper definerer IPS, og en underliggende idé er samvalg (*shared decision making*) (11).

De åtte prinsippene i IPS (11;13;14):

1. Alle som ønsker det kan få IPS-tjenesten, ingen inngangskriterier. Deltakere skal ikke ekskluderes på bakgrunn av diagnoser, symptomer, bakgrunn med rusmiddelbruk, innleggelser eller fengsling. Det eneste inngangskriteriet skal være ønske om vanlig arbeid.
2. Integrering av arbeid og psykisk helsebehandling. IPS-spesialister og behandlere skal samarbeide om deltakere og gjerne være lokalisert sammen.
3. Målet er en vanlig jobb. Det skal ikke være en skrittvis prosess via skjermet arbeid, men rett ut i arbeid på en ordinær arbeidsplass og med ordentlig lønn.
4. Individuelt tilpasset økonomisk rådgivning i overgang fra stønad til arbeid. Jobbspesialisten skal sørge for personlig, forståelig og presis informasjon om offentlige stønader og hvordan arbeid (timer, lønn, skifte) kan påvirke disse.
5. Jobbsøkingen starter med en gang og senest etter en måned. Arbeidet starter med utvikling av en profil, basert på preferanser, ferdigheter, kvalifikasjoner, utdanning og tidligere erfaring. Innen en måned starter møter med mulige arbeidsgivere.
6. Oppfølging er ubegrenset i tid og individuelt tilpasset både arbeidstaker og arbeidsgiver. Både jobbspesialist og behandler gir støtte til arbeid. Støtten kan være av praktisk art som trening på arbeidsvei, tilpasning av arbeidsoppgaver, eller å søke seg til en ny jobb.
7. Jobbsøk skal skje ut fra deltakerens interesser og ferdigheter. Jobbsøk skjer i samarbeid mellom deltaker og ansatt, med utgangspunkt i deltakerens preferanser, kvalifikasjoner og arbeidserfaring.
8. Systematisk jobbutvikling. Jobbspesialisten bygger nettverk av arbeidsgivere ut fra brukernes yrkesønsker og utvikler systematisk relasjoner med lokale arbeidsgivere.

Prinsippene om økonomisk rådgiving og systematisk jobbutvikling er de to siste prinsippene som er lagt til (11).

IPS som metode er således tydeligere definert enn SE, og det er utviklet manual og kvalitetsskåre (*Fidelity Scale*) for å måle etterlevelse til programmet (11).

Situasjonen i Norge

Supported Employment har vært kjent i Norge siden 1990-tallet. I Norge startet det første SE-prosjektet i 1991-92 med en gruppe utviklingshemmede jobbsøkere (12). Det neste og større prosjektet (1992-1995) inkluderte arbeidssøkere som var «særlig sårbare» og omfattet personer med psykiske lidelser, rusmiddelproblemer og nevrologiske skader eller sykdommer. Supported Employment ble oversatt til Arbeid med bistand (15). Bygget på disse erfaringene ble Arbeid med bistand i 1996 etablert som et nasjonalt arbeidsmarkedstiltak i Norge.

I 2003 ble Arbeid med bistand evaluert, blant annet med utgangspunkt i kvalitetskriteriene for Supported Employment (16). De neste ti årene var det begrenset satsing på tiltak i tråd med Supported Employment (17). Det har tidvis vært stor uenighet mellom tilhengere av denne tilnærmingen og de som støtter mer tradisjonelle tiltak for arbeidssøkere med bistandsbehov. Dette kom blant annet til uttrykk i et offentlig utvalg som splittet seg i flere fraksjoner pga. denne uenigheten, der én av gruppene anbefalte en gradvis omlegging mot SE som hovedmodell (NOU 2012 (18)). De to andre gruppene anbefalte henholdsvis en videreutvikling av dagens system med skjermede virksomheter; og en mer blandet modell med vekt på konkurranseutprøving (18) (s 282-4). En omlegging vil innebære nedbygging av mange eksisterende tiltak og økte krav til kompetanse på arbeidsinkludering (6). I 2013 kom Stortingsmelding 46 (19) som understrekte et ønske om i økende grad å bruke ordinært arbeidsliv som tiltaksarena.

Per i dag foregår det utprøving av både Supported Employment og IPS i regi av NAV. Disse begynner nå å gi forskningsresultater. Frem til nå har det vært begrenset norsk forskning på effekten av Supported Employment. Utenlandske, særlig nordamerikanske studier, har noen vært skeptiske til, fordi konteksten er annerledes enn den norske.

En systematisk forskningsoppsummering med et klart definert tiltak og en bred populasjon vil kunne bidra i dette bildet.

Metode

Vi har utarbeidet en systematisk oversikt basert på Kunnskapssenterets metodebok «Slik oppsummerer vi forskning» (20). Dette kapittelet beskriver metoder og valg.

Litteratursøk

Bibliotekar Gyri Hval Straumann utarbeidet søkestrategi og utførte søkene. En annen bibliotekar (Marit Johansen) har fagfellevurdert dette arbeidet. Søkene er utarbeidet med tanke på å fange opp alle relevante studier som oppfyller inklusjonskriteriene for tiltak, studiedesign og år. Vi avsluttet søket i mars 2015.

Vi søkte etter publiserte primærstudier og systematiske oversikter i følgende databaser:

- The Cochrane Library (CDSR, DARE, HTA, CENTRAL)
- The Campbell Library
- Ovid MEDLINE(R)
- PsycINFO
- Web of Science
- Social Services Abstracts, Sociological Abstracts
- BASE
- OpenGrey
- GreyLiterature Report
- Google Scholar

Vi har i tillegg søkt etter planlagte systematiske oversikter i PROSPERO og POP-databasen. Prosjektgruppen har også gjennomgått søk i referanselister og hatt kontakt med fagpersoner på feltet for å identifisere eventuelle pågående studier og studier som ikke er fanget opp i søkene i elektroniske databaser.

Vedlegg 1 inneholder den fulle søkestrategien i databasene. Her er søket etter systematiske oversikter og søket etter primærstudier rapportert hver for seg.

Inklusjonskriterier

Dette er inklusjonskriterier for studier av effekt av Supported Employment:

Populasjon	• Personer som har vansker med å få/være i arbeid, for eksempel: - Stønadsmottakere - Langtidsledige - Ungdom med bistandsbehov - Innvandrere - Mennesker med fysiske eller psykiske helseproblemer eller funksjonsnedsettelser • Alder: over 18 år
Tiltak	Tiltak etter metodene Supported Employment (SE) og Individual Placement and Support (IPS) som definert under Bakgrunn
Kontroll	• Ingen tilbud • Ordinært tilbud • Alternative, spesifiserte arbeidsrettede tiltak • Skjermet arbeidstrening, arbeidsforberedelser • Varig tilrettelagt arbeid/sheltered workshops
Utfall	• Primært utfall: - Betalt jobb på ordinære arbeidsplasser – fulltid eller deltid • Sekundære utfall: - Inntektsøkning - Økt livskvalitet - Mål på fysisk og psykisk helse (symptomer, innleggelse) - Kostnad/nytte mht. «treatment as usual» eller alternative tilnærminger
Studiedesign	• Systematiske oversikter av høy metodisk kvalitet • Randomiserte kontrollerte studier • Ikke-randomiserte kontrollerte studier • Før-og-etter studier med minst 2 tiltaksgrupper og 2 kontrollgrupper • Avbrutte tidsserier med minst 3 måletidspunkt før tiltaket og 3 etter • Registerstudier med matched kontroll • Kohortstudier med kontrollgruppe
Språk	Engelsk, norsk, svensk, dansk, finsk, tysk, fransk, spansk. Andre språk ble vurdert for oversettelse
År	Vi inkluderte systematiske oversikter publisert f.o.m 2010. Vi inkluderte primærstudier publisert f.o.m. 1990 da ingen systematiske oversikter ble identifisert.

Se Vedlegg 2 for ordliste.

Vi ekskluderte studier som ikke inkluderte de spesifiserte tiltakene (SE, IPS eller tilsvarende). Videre ekskluderte vi studier som ikke hadde definerte kontrollbetingelser og studier som ble publisert før 1990.

Dersom vi fant systematiske oversikter av høy metodisk kvalitet som dekket både ønsket tiltak og flere av de aktuelle gruppene i populasjonen, ville vi lage en oversikt over oversikter. Hvis ikke, ville vi utarbeide en systematisk oversikt med utgangspunkt i primærstudier. Enten vi skulle lage en oversikt over oversikter eller en systematisk oversikt, var det ønskelig at tiltaket var presist og undergruppene i populasjonen flere.

Artikkelutvelging

To forskere (HN og NB/RB) gikk uavhengig av hverandre gjennom alle titler/sammendrag og deretter artikler i fulltekst, for å vurdere relevans i henhold til inklusjonskriteriene. Vi identifiserte både primærstudier og systematiske oversikter. Uenighet ble løst ved diskusjon eller ved konsultasjon med en tredje forsker.

Vi fant 39 oversikter som vi leste i fulltekst, men kun fire av dem var systematiske. Kriteriene for å være en systematisk oversikt er at det er foretatt et systematisk litteratursøk, at det er klare kriterier for inklusjon/eksklusjon, samt at det er gjort en vurdering av metodisk kvalitet (risiko for systematiske feil). Tre av oversiktene hadde for lav metodisk kvalitet og ble ekskludert av den grunn. Den fjerde oversikten var av høy metodisk kvalitet (Kinoshita 2013 (21)), men inkluderte kun studier av IPS som tiltak og kun utvalg med psykiske lidelser. Vår PICO er bredere. Oversikten var også tre år gammel og ikke under oppdatering (bekreftet på epost av den aktuelle Cochrane-gruppen). I stedet for å både oppdatere og utvide denne oversikten, valgte vi å ekskludere den. Dermed var det kun primærstudier igjen. Våre inkluderte primærstudier omfattet alle de 14 studiene som var inkludert i Kinoshitas oversikt.

Vi inkluderte ulike varianter av SE og IPS som tiltak så lenge de tilfredsstilte kriteriene for disse programmene. Vi har avveket fra prosjektplanen når det gjelder kontrolltiltak, for eksempel har vi inkludert studier av forsterket IPS vs. standard IPS og IPS Lite vs standard IPS. Dette kan bidra til å belyse eventuelle forskjeller mellom varianter av tiltakene. Videre har vi inkludert én studie av ungdom under 18 år som belyser situasjonen for de som nylig har debutert med en psykotisk lidelse.

Ekskluderte studier lest i fulltekst er presentert med begrunnelse i Vedlegg 3. Pågående studier som har publisert en protokoll (prosjektplan) er listet i Vedlegg 4. (Begge lister kan gi tips om nyttig litteratur.)

Vurdering av risiko for skjevheter

For å vurdere de inkluderte studienes risiko for systematiske skjevheter, benyttet vi *Cochrane Risk of Bias Tool* (22) for randomiserte kontrollerte studier og *EPOC Risk of bias* (23) for ikke-randomiserte kontrollerte studier. I denne prosessen vurderes skjevheter ved utvelging, fordeling, gjennomføring, testing, rapportering og eventuelt frafall. Vurderingen ble gjort av to forskere, uavhengig av hverandre (HN og RB/NB). Uenighet ble løst ved diskusjon.

Uttrekk av data

Uttrekk av data, eller dataekstraksjon, ble utført av to forskere, der HN hentet ut og NB sjekket at alle og korrekte data var hentet ut. Et standardisert datauttrekksskjema ble benyttet. Informasjon som ble hentet ut var forfatter, år, tittel, land studien ble utført i samt årene den ble utført, studiedesign, beskrivelse av deltakere, beskrivelse av tiltak og sammenligning, utfallsmål, oppfølgingstid og frafall. Tabeller med ekstraherte data for alle inkluderte studier er inkludert i Vedlegg 5.

Analyse av data

Forskningsspørsmålet i denne rapporten er knyttet til effekt. I systematiske oversikter vektlegges effekt på gruppenivå, altså hva den *gjennomsnittlige* effekten i gruppen vil være. Effektstørrelser kan regnes ut på flere måter; i denne rapporten bruker vi tre ulike effektmål (se også ordlisten i Vedlegg 2). (Som regel er det vi som regner ut effektstørrelsene, basert på studienes oppgitte resultater.)

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 gjennomsnittlig forskjellen mellom resultatet for tiltaksgruppen og kontrollgruppen.

Dersom det er flere studier i en sammenlikning kan vi slå disse sammen i en metaanalyse, dersom vi vurderer at studiene er tilstrekkelig like med hensyn til design, populasjon, tiltak, kontrolltiltak, utfallsmål/metode (24). Da er det mulig å syntetisere resultatene kvantitativt (vi bruker analyseprogrammet Revman 5 fra Cochrane (25)), og vi får en samlet effektstørrelse for et dikotomt eller kontinuerlig utfall.

I flere av sammenligningene har vi vurdert at det ikke er forsvarlig å slå sammen resultatene i en metaanalyse, enten fordi tiltakene er for ulike, fordi populasjonene er for ulike (vi antar at tiltaket kan ha ulik effekt), eller begge deler.

Hvis vi slår sammen studier for et kontinuerlig utfallsmål som ikke måler på samme måte, for eksempel måler et utfall med ulike skalaer, så kan vi regne alle resultater om til et en standardisert størrelser 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.

Der vi har utført metaanalyser har vi brukt *random effects*-modellen og ikke *fixed effect* eller *fixed effects* (24). Random effects-modellen tar utgangspunkt i at de inkluderte studiene har utvalg fra ulike populasjoner/univers. Vi antar med andre ord at det ikke

finnes én sann effekt, men at studiene hver for seg kan vise litt ulikt effekt, og at vi finner en *gjennomsnittlig* effekt (24). Som regel gir dette noe bredere konfidensintervaller sammenlignet med fixed effect-modellen.

Cochrane handbook (22) (kapittel 9.4.5.3) diskuterer betydningen av hvorvidt dataene i inkluderte studier er normalfordelte eller skjevfordelte når man skal gjøre en metaanalyse av et kontinuerlig utfallsmål. En enkel test på dette for et mål som starter på 0, kan være å dele gjennomsnittet på standardavviket (22). Dersom resultatet blir mindre enn 2 antyder det en skjevfordeling; mindre enn 1 er et klart tegn på skjevfordeling. En tidligere oversikt over effekten av IPS, Kinoshita 2013, utelater å gjøre metaanalyser på en rekke utfallsmål av denne grunn (21). Imidlertid viser statistikerne Kontopantelis & Reeves (26) at ved bruk av random effects-modellen vil det å inkludere studier med skjevfordelte data, ikke ha avgjørende innvirkning på resultatet.

Har vi mange nok studier i en metaanalyse (og høy heterogenitet), kan vi gjøre subgruppeanalyser, altså dele opp studiene i grupper i henhold til et spørsmål, for så å se om det finnes vesentlige forskjeller mellom gruppene. Når vi grupperer studiene, for eksempel basert på land, er ikke lenger grunnlaget for sammenligning randomisert (statistisk *tilfeldig*). Slutningen vi kan trekke av eventuelle forskjeller mellom subgrupper, må derfor anvendes med forsiktighet. Det kan være andre variabler ved studiene som samsvarer med gruppefordelingen og som forårsaker eventuelle forskjeller mellom studiene (22;24). I den største sammenligningen (n=21) har vi gjort subgruppeanalyser for å se om ulik oppfølgingstid eller ulike kvalitetsskårer på IPS Fidelity Scale gir forskjellige effekter. I tillegg har vi gjort subgruppeanalyser med utgangspunkt i geografisk/kulturell kontekst og kontrolltiltak for å vurdere overførbarhet til norsk kontekst.

I sammenligninger der det enten kun er én studie eller studiene/målemetodene er for ulike, er det ikke hensiktsmessig å gjøre metaanalyser. Da oppsummerer vi i stedet funnene på annen måte (tabellform eller tekst).

I statistisk analyse leter vi etter forskjeller som ikke skyldes tilfeldigheter. At et resultat kalles *signifikant* betyr at vi har valgt et nivå (vanligvis 95 prosent) for hvor sikre vi er på at resultatet ikke er tilfeldig. Vi kan måle om resultatet er signifikant blant annet ved hjelp av p-verdi eller konfidensintervaller. At et resultat er statistisk signifikant betyr ikke nødvendigvis at det er *klinisk* signifikant, altså at det har en faktisk eller praktisk betydning for den det gjelder.

I Vedlegg 6 presenterer vi noen utdypende resultater fra noen av analysene.

Vurdering av overførbarhet

I oversikten vil vi vurdere overførbarhet fra internasjonale studier til en norsk kontekst i tråd med tilnærmingen i TRANSFER (27). TRANSFER er et rammeverk under utvikling som skal bidra til en systematisk og transparent vurdering av overførbarhet. (I korthet innebærer rammeverket at oversiktsforfattere i samarbeid med oppdragsgivere og fag-

eksperter identifiserer faktorer som kan påvirke funnenes overførbarhet. Et antall faktorer prioriteres og relevant informasjon ekstraheres fra studiene. Deretter gjøres analyser og vurderinger av hvordan dette kan påvirke overførbarheten for ett eller flere utfall i oversikten.) I samarbeid med oppdragsgiver har vi identifisert faktorer som kan ha betydning for overførbarhet til norsk kontekst (geografisk/kulturell kontekst og type kontrolltiltak). Vi ekstraherte relevante data til analysene for å kunne vurdere hvorvidt vi har betenkligheter med hensyn til overførbarhet.

Vurdering av dokumentasjonen

Vi benyttet GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) for å vurdere hvilken grad av tillit vi har til resultatene (www.gradeworkinggroup.org). To forskere gjennomførte graderingen; HN graderte og NB kontrollerte.

Vi har brukt standarddefinisjonene for å vurdere grad av tillit til resultatene, der den helhetlige kvaliteten på dokumentasjonen klassifiseres som høy, moderat, lav eller svært lav. GRADE kategoriene for å definere kvaliteten på den samlede dokumentasjonen er vist nedenfor:

Kvalitet	*Symbol*	*Betydning*
Høy	⊕⊕⊕⊕	Vi har stor tillit til at effektestimatet ligger nær den sanne effekten.
Moderat	⊕⊕⊕◯	Vi har moderat tillit til effektestimatet: det ligger sannsynligvis nær den sanne effekten, men det er også en mulighet for at det kan være forskjellig.
Lav	⊕⊕◯◯	Vi har begrenset tillit til effektestimatet: Den sanne effekten kan være vesentlig ulik effektestimatet.
Svært lav	⊕◯◯◯	Vi har veldig liten tillit til at effektestimatet ligger nær den sanne effekten.

Studiedesign er utgangspunkt for graderingen. Randomiserte kontrollerte studier starter på høy kvalitet og observasjonsstudier starter på lav kvalitet. Følgende fem faktorer kan resultere i nedgradering (20):

- Studiedesign (randomiserte kontrollerte studier eller observasjonsstudier)
- Konsistens (samsvar mellom studiene, likhet i effekt)
- Direkthet (hvor like er utvalgene, tiltakene, mm. forskningsspørsmålet)
- Presisjon (hvor sterke og presise er resultatene)
- Rapporteringsskjevheter (skjevhet i rapporterte utfall/publikasjoner)

Følgende tre faktorer kan resulterer i oppgradering (gjelder kun der det er flere samsvarende observasjonsstudier som ikke er nedgradert):

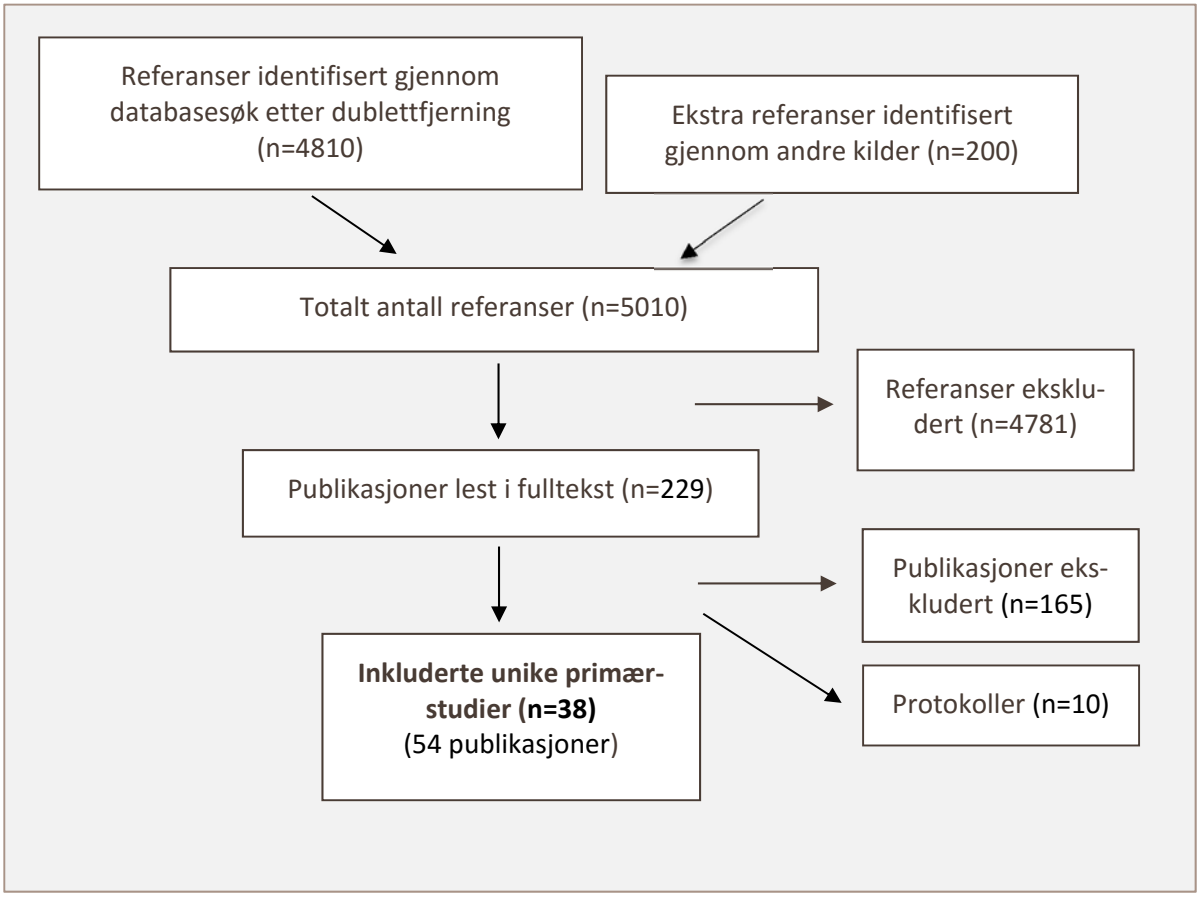
- Sterke eller veldig sterke sammenhenger mellom tiltak og utfall
- Store eller veldig store dose–responseffekter
- Alle forvekslingsfaktorer ville ha redusert effekten

Resultater

Resultat av litteratursøket

Søkene resulterte i 5010 referanser etter dublettsjekk (figur 1). Vi leste 229 publikasjoner i fulltekst og ekskluderte 175 av disse (inkludert 39 oversikter). Totalt inkluderte vi 38 unike studier, beskrevet i 54 publikasjoner. Ekskluderte studier som ble lest i fulltekst er listet med begrunnelse i Vedlegg 3.

Figur 1. Flytdiagram



Beskrivelse av de inkluderte studiene

Vi inkluderte 38 unike studier i denne oversikten, beskrevet i 54 publikasjoner (28-81). Først presenterer vi ni studier der tiltaket er Supported Employment (SE), deretter 29 studier der tiltaket er Individual Placement and Support (IPS).

De ni studiene av SE omfatter seks ulike varianter av programmet og utgjør fem sammenligninger. De 29 studiene av IPS omfatter fire ulike varianter av programmet og utgjør fire sammenligninger. Til sammen har vi gjort ni sammenligninger, med mellom én og 21 studier inkludert. Tabell 1 gir en enkel oversikt over sammenligningene.

Tabell 1. Inkluderte sammenligninger med antall studier

Sammenligninger	Studier
TILTAK: SUPPORTED EMPLOYMENT	
Effekt av standard SE vs. annet tiltak	3
Effekt av forsterket SE vs. standard SE	3
Effekt av kortvariant av SE vs. annet tiltak	1
Effekt av SE-CES (*Customized Employment Support*) vs. annet tiltak	1
Effekt av to ulike modeller av SE	1
TILTAK: INDIVIDUAL PLACEMENT AND SUPPORT	
Effekt av standard IPS vs. annet tiltak	22
Effekt av forsterket IPS vs. annet tiltak	3 *
Effekt av forsterket IPS vs. standard IPS	4 *
Effekt av IPS Lite vs. IPS	1

* Én studie med to kontrollgrupper er med i to sammenligninger.

Under overskriftene *Supported Employment* og *Individual Placement and Support* er sammenligningene beskrevet med studier og utvalg (tabell 3 og 13).

I tabell 2 nedenfor er alle de 38 studiene presentert med populasjon, tiltak, kontrolltiltak og utfallsmål (PICO). I Vedlegg 5 er alle studiene presentert mer detaljert.

Beskrivelse av studier og tiltak

36 av de inkluderte studiene er utført innenfor ett land: USA (n=20), England (n=3), Australia (n=2), Canada (n=2), Hong Kong (n=2), Japan (n=2), Sveits (n=2), Nederland (n=1), Sverige (n=1) og Norge (n=1). De to siste studiene har utvalg i flere land: en studie har utvalg i seks land (Bulgaria, England, Italia, Nederland, Sveits og Tyskland), og en studie har utvalg i to land (Spania og Tyskland).

Studiene er publisert over en tjueårsperiode, fra 1995 til 2015 (den eldste studien hadde oppstart i 1989 og den nyeste i 2011). Oppfølgingstid 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 kriterier. 28 av 38 studier har målt tiltaket med en form for kvalitetsskåre (Fidelity Scale).

Kontrolltiltakene er primært tiltak som tilbyr opplæring, skolering, skjermet arbeid eller en kombinasjon av dette. Vanlig arbeid er et mål på sikt. Det er likevel store variasjoner i gruppen kontrolltiltak når det gjelder omfang, intensitet, oppfølging, mm. (Noen studier sammenligner også med andre varianter av SE/IPS.)

Alle studiene bortsett fra to har én tiltaksgruppe og én kontrollgruppe. De to siste studiene har sammenlignet tre ulike grupper. I det ene tilfellet har vi inkludert begge kontrollgrupper i hver sin sammenligning (Tsang 2011). I det andre tilfellet har vi kun inkludert én kontrollgruppe fordi de er en del av samme sammenligning (Mueser 2004).

Beskrivelse av utvalg

Trettito av studiene har utvalg med personer med psykiske lidelser, primært av alvorlig karakter. Seks av studiene har utvalg med personer med ulik type problematikk: hodeskader, muskel/skjelettskader, ryggmargsskader, utviklingshemming, autisme eller som bruker metadon. Det er en overvekt av menn blant deltakerne, og gjennomsnittsalderen ligger litt under 40 år, men omfatter hele aldersgruppen i yrkesaktiv alder, 15-65 år.

I størrelse (n) varierer utvalgene fra 37 til 2238 personer.

Vi har ikke slått sammen resultatene for utvalg med ulike sykdomsbilder/problematikk fordi vi antar at tiltakene (SE/IPS) kan ha noe ulik virkning for personer med for eksempel schizofreni og ryggmargsskader.

Beskrivelse av utfall

Vi har rapportert resultater for følgende utfall: komme i vanlig arbeid (*competitive work*), tid i vanlig arbeid, inntekt, livskvalitet, funksjonsevne, psykiske symptomer, innleggelser og kostnadseffektivitet. Utfallsmålet «å komme i vanlig arbeid» 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. Dersom et utfallsmål er målt på flere måter, har vi valgt den måten som flest studier bruker til eventuelle metaanalyser. Når vi rapporter utfallet «kostnadseffektivitet» gjengir vi bare kort studiens funn og gjør ingen videre analyser av typen kostnader eller endringer over tid.

Noen studier har flere måletidspunkter, og vi har brukt resultater fra *siste* måling det er publisert data om for det aktuelle utfallsmålet (fra 6 mnd til 5 år). Bortsett fra for én studie (Bell 2008), så pågår tiltaket helt til siste måling.

I mange studier er det ikke oppgitt noe effektestimat, altså ingen tallmessige uttrykk for en eventuell forskjell mellom gruppene. Her har vi selv regnet ut effektestimater, enten relativ risiko (RR), gjennomsnittlig forskjell (MD) eller standardisert gjennomsnittlig forskjell (SMD), forklart i metodekapittel og ordliste (Vedlegg 2). I noen studier er det ikke rapportert tilstrekkelige resultater til at vi kan regne ut noen effektstørrelse.

Metodisk kvalitetsvurdering

Av de 38 inkluderte studiene var det 36 RCTer og to ikke-RCTer. Alle studiene er vurdert med sjekklistene for skjevheter; Cochranes *Risk of bias assessment tool* for RCTer (22) og *Suggested risk of bias criteria for EPOC reviews* (23) for ikke-RCTer.

Vurdering av risiko for skjevheter (*risk of bias*) består for RCTer av vurdering av randomiseringsprosedyren, allokeringsprosedyren (hvordan resultatet randomiseringen ble satt ut i livet, hvordan fordelingen skjedde), blinding av deltakere, personell og forskere, frafall, selektiv rapportering og eventuelle andre risiko 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 risiko for skjevheter. Vurderingene av risiko for skjevheter er presentert i tabeller for hver studie i Vedlegg 5.

Det er viktig å bemerke at når det gjelder blinding i studiene (av deltakere, personell og utfallsmålere) har vi ved objektive utfallsmål (f.eks. komme i arbeid) ikke trukket for manglende blinding, mens ved subjektive utfallsmål (f.eks. livskvalitet) har vi trukket for manglende blinding. Dersom en psykologisk test er utført av en annen person enn deltakeren selv (f.eks. PANSS som er en vurdering av psykosesymptomer foretatt av en kompetent person), så regner vi dette som et objektivt mål, i motsetning til en selvutfylling av f.eks. en depresjonstest, som vil regnes som et subjektivt mål. I studiene som er inkludert i denne rapporten er det ikke mulig å blinde deltakere og personell.

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, resultatenes konsistens, direkthet, presisjon, samt eventuell publiseringsskjevhet (som presentert i metodekapittelet). Dette gjøres i programvaren GRADE og presenteres i tabeller etter hver sammenligning (oppsummeringstabeller) samt i mer detaljerte tabeller i Vedlegg 7 (GRADE evidensprofiler) for syv utfallsmål under hver sammenligning.

Presentasjon av studiene i tabellform

I tabellen nedenfor presenterer vi de 38 studiene med utgangspunkt i PICO. (Flere detaljer finnes i Vedlegg 5.) Alle er RCTer, bortsett fra to. Studiene i tabellen er presentert i alfabetisk rekkefølge etter hovedstudie. For studier med flere publiserte artikler, er hovedstudien den siste artikkelen som rapporterer primærutfall (se flere artikler fra den enkelte studie i Vedlegg 5).

Tabell 2. Oversikt over alle inkluderte studier (n=38).

Studie* (land)	Populasjon	Tiltak (oppfølgingstid)	Kontroll	Utfallsmål
Bejerholm 2015 (Sverige)	N=120, 18-63 år, 56% menn, schizofreni og andre psykotiske lidelser, bipolar	IPS etter kriterier (18 mnd)	Skjermet arbeid, dagsenter, evt. i samarbeid med helse, individuell/gruppe	- komme i vanlig arbeid - tid i vanlig arbeid - inntekt - livskvalitet
Bell 2008 (USA) [1)]	N=72, 54% menn, alle diagnostisert med schizofreni el schizoaffektiv lidelse	VOC + NET: 2 t/uke gruppe kognitiv/sosial trening + kognitivt program >10 t/uke (12 + 12 mnd)	VOC (IPS + ukentlige gruppemøter med psykolog, samt økonomisk støtte til arbeidsgiver)	- komme i vanlig arbeid - tid i vanlig arbeid
Bond 1995 (USA)	N=86, 18-60 år, 51% menn, schizofreni el schizoaffektiv lidelse, personlighetsforst., stemningslidelser	Supported employment etter kriterier (12 mnd)	Først fire mnd yrkesforberedende opplæring, deretter SE	- komme i vanlig arbeid - tid i vanlig arbeid - inntekt - innleggelser/ tid
Bond 2007 (USA)	N=187, > 18 år 64% menn, schizofreni, schizoaffektiv, depresjon, bipolar	IPS etter kriterier (24 mnd)	Skrittvis til arbeid med vekt på klargjøring til arbeid	- komme i vanlig arbeid - symptomer - livskvalitet - innleggelser
Bond 2015 (USA)	N=85, >18 år, schizofreni, depresjon, bipolar	IPS etter kriterier (12 mnd)	En jobbklubb, legger til rette for egen jobbsøkeraktivitet	- komme i vanlig arbeid - tid i vanlig arbeid - innleggelser/ tid - livskvalitet
Burns 2007 (Bulgaria, England, Italia, Nederland, Sveits, Tyskland)	N=312, 18-65 år, 60% menn, schizofreni/schizoaffektiv lidelse, bipolar lidelse	IPS etter kriterier (18 mnd)	Det best tilgjengelige alternativet der studien fant sted. Høy-kvalitet yrkesmessig rehabilitering	- komme i vanlig arbeid - tid i vanlig arbeid - innleggelser/ tid - symptomer - angst og depresjon - livskvalitet - kost-nytte
Burns 2015 (England)	N=123, 18-65 år, 59% menn, med/uten psykotisk lidelse	IPS Lite: - 9 mnd hjelp til å søke jobb - 4 mnd støtte i jobb (18 mnd)	IPS etter kriterier	- komme i vanlig arbeid - tid i vanlig arbeid - livskvalitet - symptomer - innleggelser - kost-nytte
Craig 2014 (England)	N=159, 18-35 år, 73% menn, nylig vært gjennom første psykotiske episode	IPS + opplæring av teamet i MI (12 mnd)	IPS etter kriterier	- komme i vanlig arbeid - symptomer
Davis 2012 (USA)	N=85, 19-60 år, 88% menn, PTSD	IPS etter kriterier (12 mnd)	Testing, skjermet arbeid, begrenset støtte til å søke arbeid	- komme i vanlig arbeid - tid i vanlig arbeid - inntekt
Drake 1996 (USA)	N=143, 20-65 år, 48% menn, schizofreni/ psykotiske lidelser, bipolar/ alvorlige stemningslidelser	IPS (etter kriterier) (18 mnd)	Opplæring rettet mot arbeid, jobb med oppfølging, kontakt med helsetjenesten	- komme i vanlig arbeid - inntekt - symptomer - livskvalitet - kost-nytte

Drake 1999 (USA)	N=152, 39% menn, schizofreni-spektrum, bipolar, depresjon	IPS etter kriterier (18 mnd)	Forsterket yrkesrehabilitering	- komme i vanlig arbeid - inntekt - livskvalitet - symptomer - innleggelser - kost-nytte
Drake 2013 (USA)	N=2238, 18-55 år, 47% menn, schizofreni, stemningslidelser	IPS + medisinkoordinering + sosial støtte + kostnadsdekning (24 mnd)	Ulike kontrolltiltak, TAU	- komme i vanlig arbeid - tid i vanlig arbeid - inntekt - symptomer - livskvalitet - innleggelser
García-Villamisar 2002 [2)] (Spania, Tyskl.)	N=51, 76% menn, autisme	Supported Employment (5 år)	Skjermet arbeidsvirksomhet	- livskvalitet
Gold 2006 (USA)	N=143, 38% menn, schizofreni-spektrum, stemningslidelser	IPS etter kriterier (18 mnd)	Tilpasset arbeidspraksis, gradvis tilnærming til vanlig arbeid	- komme i vanlig arbeid - tid i vanlig arbeid - inntekt
Goldberg 1990 (USA)	N=49, 19-55 år, 49% menn, utviklingshemming	Supported Employment (12 mnd)	Utvidet skjermet arbeidspraksis	- komme i vanlig arbeid - funksjonsevne
Heslin 2011 (UK)	N=219, 18-65 år, 67 % menn, psykotisk lidelse, stemningslidelse	IPS (ikke samorg. m/ mental helse) (24 mnd)	Psykososial rehabilitering og dagsenter (jobbsøkekurs mm)	- komme i vanlig arbeid - tid i vanlig arbeid - inntekt - livskvalitet - kost-nytte
Hoffmann 2014 (Sveits)	N=100, 18-64 år, 65% menn, schizofreni-spektrum, stemningslidelser	IPS etter kriterier (2-5 år)	Opplæring, skjermet arbeid, ikke oppfølging når man har kommet i vanlig arbeid	- komme i vanlig arbeid - tid i vanlig arbeid - inntekt - livskvalitet - symptomer - innleggelser - kost-nytte
Killackey 2008 (Australia)	N=41, 15-25 år, 80% gutter, førstegangspsykose	IPS etter kriterier + TAU (6 mnd)	TAU: Individuell saksbehandling, arbeidskontor, gruppe i psyk helsesenteret	- komme i arbeid - tid i vanlig arbeid - inntekt
Latimer 2006 (Canada)	N=150, 18-64 år, 61% menn, schizoaffektiv lidelse, schizofreni-spektrum, bipolar	IPS (12 mnd)	Skjermet arbeid, tilbud om trening i jobbsøking, fokus på gradvis i vanlig arbeid	- komme i vanlig arbeid - tid i vanlig arbeid - inntekt - livskvalitet - kost-nytte
Lehman 2002 (USA)	N=219, 57% menn, psykotisk lidelse, stemningslidelser	IPS etter kriterier (24 mnd)	Opplæring og/eller skjermet arbeid	- komme i vanlig arbeid - tid i vanlig arbeid - inntekt - livskvalitet
Li-Tsang 2008 (USA)	N=66, 20-59 år, 62% menn, muskel/skjelettskader	Kortvariant av Supported Employment (3 uker)	Ett rådgivingsmøte, deretter egen jobbsøking	- tilbake i arbeid - antall timer - inntekt - livskvalitet

Macias 2006 (USA)	N=121, > 18 år, 55% menn, schizofreni, bipolar, alvorlig depresjon	ACT-modell av SE: desentralisert psykiatrisk behandling og arbeidsstøtte (24 mnd)	Clubhouse-modell av SE: sted drevet av pasienter og ansatte i samarbeid	- komme i vanlig arbeid - tid i vanlig arbeid - inntekt
Magura 2007 (USA)	N=168, 58% menn, metadonbrukere	*SE-Customized Employment Support* (12 mnd)	Yrkesrådgiving + mulig gruppe	- vanlig arbeid - inntekt
McGurk 2005 (USA)	N=44, 55% menn, schizofreni, schizoaffektiv lidelse, stemningslidelse	SE + kognitiv trening (3-12 mnd)	Standard SE	- komme i vanlig arbeid - tid i vanlig arbeid - inntekt - symptomer
McGurk 2015 (USA)	N=107, 65% menn, schizofreni, schizoaffektiv lidelse, bipolar lidelse, alvorlig depresjon	*Enh. Supported Empl.*(IPS) + kognitivt kurs 24 t, individuell veil. (24 mnd)	IPS+ opplæring av jobbspesialistene i hvordan støtte personer med kognitiv svikt	- komme i vanlig arbeid - tid i vanlig arbeid - inntekt - livskvalitet - symptomer
Michon 2014 (Nederl.)	N=151, 18-65 år, 74% menn, psykotisk lidelse, andre	IPS etter kriterier (30 mnd)	Gradvis tilnærming, opplæring, skjermet arbeid	- komme i vanlig arbeid - livskvalitet - symptomer
Mueser 2004 (USA) [3)]	N=204, 62 % menn, schiziofreni, scizoaffektiv lidelse, alvorlig depresjon	IPS etter kriterier (24 mnd)	Psykososialt rehabiliteringsprogram (én av to kontrolltiltak)	- komme i vanlig arbeid - tid i vanlig arbeid - inntekt - symptomer - livskvalitet
Oshima (2014) Japan	N=37, 18-59 år, schizofreni, stemingslidelser, nevrot. lidelser	IPS etter kriterier (6 mnd)	Opplæring, forberedelser til arbeid	- komme i vanlig arbeid - tid i vanlig arbeid
Ottomanelli 2014 (USA)	N=157, 18-65 år, 96% menn, ryggmargsskader	IPS etter kriterier (12-24 mnd)	Henvisning til vanlig yrkesveiledning (TAU-IS)	- vanlig betalt arbeid - inntekt - livskvalitet - funksjonsevne - kost-nytte
Poremski 2015 (Canada)	N=90, >18 år, 63% menn, alvorlig depresjon, psykotisk lidelse, panikklidelse, manisk lidelse, PTSD	IPS etter kriterier (8 mnd)	Noe støtte, mulighet for opplæring og skjermet arbeid	- komme i vanlig arbeid - tid i vanlig arbeid - inntekt
Reme 2015 [4)] (Norge)	N=1193, 18-60 år, 33% menn, angst, depresjon	Forsterket/tilpasset IPS + arbeidsrettet kognitiv atferdsterapi (12 mnd)	Oppfølging fra NAV, fastlege og/eller andre (helse)tjenester	- komme i / tilbake til arbeid - symptomer - livskvalitet - kost-nytte
Sato 2014 [5)] (Japan)	N=109, 20-45 år, schizofreni, schizoaffektiv lidelse	SE+ kognitiv trening (data + gruppe) (4-12 mnd)	SE	- komme i vanlig arbeid - inntekt - symptomer
Tsang 2011 [6)] (Hong Kong)	N=189, 49% menn, schizofreni, andre	IPS + sosial ferdighetstrening (a) 15 mnd (b) 3 år)	(a) Arbeidsrettet vurdering + opplæring, TAU (b) IPS	- komme i vanlig arbeid - inntekt

Twamley 2012 (USA)	N=58, > 45 år, 62 % menn, schizofreni, schizoaffektiv lidelse	IPS etter kriterier (12 mnd)	Vanlig yrkesrehabilitering: Opplæring, støtte til jobbsøking	- komme i vanlig arbeid - tid i vanlig arbeid - inntekt - livskvalitet
Twamley 2015 (USA)	N=50, 96% menn, traumeinduserte hodeskader	Supported Employment + kognitivt program (1 år)	Supported Employment	- arbeid - livskvalitet
Viering 2015 (Sveits)	N=250, >18 år, 47% menn, stemningslidelser, schizofreni/schizoaffektive lidelser, personlighetsforst.	IPS etter kriterier (24 mnd)	Kunne søke jobb selv, bruke arbeidskontor	- komme i vanlig arbeid - tid i vanlig arbeid
Waghorn 2014 (Australia)	N=208, 18-59 år, 69% menn, psykotiske lidelser, bipolar, alvorlig depresjon, angstlidelse	IPS etter kriterier (6 mnd)	Henvisning til lokal arbeidskontor/tjeneste for personer med bistandsbehov	- komme i vanlig arbeid - tid i vanlig arbeid - inntekt
Wong 2008 (Hong Kong)	N= 92, 60% menn, 70% schizofrenispektrum, 18% stemningslidelse	IPS etter kriterier (18 mnd)	Arbeidstrening i skjermet miljø, oppmuntret til å søke vanlig arbeid	- komme i vanlig arbeid - tid i vanlig arbeid - inntekt - symptomer - livskvalitet

1) Studien av Bell 2008 sammenlignet «dårlig fungerende» og «godt fungerende» deltakere. Vi slår sammen tallene og rapporterer ikke denne sammenligningen.
2) García-Villamisar 2002 er ikke en RCT men har to kontrollerte grupper uten randomisering.
3) Studien av Mueser 2004 har to kontrollgrupper men begge kan ikke inkluderes i samme metaanalyse. Vi har valgt å sammenligne med det mest aktive tiltaket, psykososialt rehabiliteringsprogram (og ikke *treatment as usual*).
4) I studien av Reme 2015 var ca 31% av deltakerne i arbeid ved baseline, 39% var fullt sykemeldte, 22% hadde arbeidsavklaringspenger og 8% var arbeidsledige.
5) Sato 2014 er ikke en RCT men har to kontrollerte grupper uten randomisering.
6) Studien av Tsang 2011 har to kontrollgrupper og er inkludert i to sammenligninger.

Supported Employment

Ni studier har sammenlignet effekten av Supported Employment med et annet tiltak. Vi presenterer disse under fem sammenligninger: standard SE vs. annet tiltak (3 studier), forsterket SE vs. standard SE (3 studier), kortvariant av SE vs. annet tiltak (1 studie), SE-varianten *Customized Employment Support* vs. annet tiltak (1 studie), og til slutt to ulike varianter av SE (ACT vs Clubhouse) (1 studie). Enkeltstudiene er presentert kort i tabell 2 ovenfor og mer detaljert i Vedlegg 5.

Utvalgene er inkludert på bakgrunn av ulike fysiske skader/sykdommer (hodeskader, muskel/skjelettskader), alvorlige psykiske lidelser, psykiske utviklingsskader/forstyrrelser (psykisk utviklingshemming, autisme), eller som mottakere av legemiddelassistert rehabilitering (bruker metadon).

Sammenligningene med studier og utvalg er presentert i tabell 3 nedenfor.

Tabell 3. Studier, sammenligninger og utvalg for Supported Employment (n=9)

Studier	Sammenligning	Utvalg
Goldberg 1990	Effekt av standard SE vs annet tiltak	Personer med utviklingshemming
Bond 1995	Effekt av standard SE vs annet tiltak	Personer med psykiske lidelser
García-Villamisar 2002	Effekt av standard SE vs. annet tiltak	Personer med autisme
Twamley 2015	Effekt av forsterket SE vs. standard SE	Personer med hodeskader
McGurk 2005	Effekt av forsterket SE vs. standard SE	Personer med psykiske lidelser
Sato 2014	Effekt av forsterket SE vs. standard SE	Personer med psykiske lidelser
Li-Tsang 2008	Effekt av kortvarig SE vs. annet tiltak	Personer med muskel/skjelettskader
Magura 2007	Effekt av SE-CES vs. annet tiltak	Personer som går på metadon
Macias 2006	Effekt av to ulike modeller av SE	Personer med psykiske lidelser

I den videre presentasjonen vil hver sammenligning begynne med en kort beskrivelse av de inkluderte studiene. Deretter vises resultatene, i tekst hvis det kun er én studie, i tabell hvis det er flere studier, eller som metaanalyse hvis det mange (og like nok) studier. Alle resultatene sammen med graderingene presenteres i en oppsummeringstabell, før sammenligningen avsluttes med en liste med punkter som sammenfatter funnene og tillit til dokumentasjonen.

Effekt av SE versus annet tiltak

Tre studier sammenlignet standard SE med andre tiltak. De tre studiene har ulike utvalg: personer med psykiske lidelser, autisme og utviklingshemming. To av studiene er RCTer, mens den siste har et kontrollert design med to grupper men uten randomisering (García-Villamisar 2002).

Studien av Bond (1995) sammenlignet SE med et kontrolltiltak som bestod at fire måneders yrkesforberedende opplæring og deretter SE for et utvalg med psykiske lidelser i USA. Oppfølgingstid var 12 måneder. Studien av García-Villamisar (2002) sammenlignet SE med skjermet arbeidspraksis for unge voksne med autisme ved tre settinger i Spania og Tyskland. Oppfølgingstid var 5 år. Goldberg (1990) sammenlignet SE med utvidet skjermet arbeidspraksis blant en gruppe voksne med utviklingshemming i USA. Kontrollgruppen mottok yrkesmessig opplæring og hjelp til jobbsøk inntil de var klare for vanlig arbeid. Oppfølgingstid var 12 måneder.

Vi vurderer at studiene (populasjon og tiltak) er for ulike til å kunne slås sammen i en metaanalyse, og vi presenterer i stedet resultatene i tabell og tekst. Alle utfallsmål gjenfinnes i oppsummeringstabellen der også tillit til dokumentasjonen er inkludert.

Komme i vanlig arbeid (primært utfallsmål)

To studier målte det å komme i vanlig arbeid (tabell 4). Begge studiene viser positive effekter av standard SE sammenlignet med kontrolltiltak (RR 1,97 og 15,6).

Tabell 4. Resultattabell, SE vs. annet tiltak. Komme i vanlig arbeid (2 studier)

Studie	Populasjon (oppfølgingstid)	Tiltak (ant./n)	Kontroll (ant./n)	Resultat
Bond 1995	Psykiske lidelser (12 mnd)	22/39	10/35	RR 1,97 (KI 1,09 til 3,57)
Goldberg 1990	Utviklingshemming (12 mnd)	7/24	0/25*	RR 15,6 (0,9-259,0)

* Ingen i kontrollgruppen fikk arbeid, men 0,5 settes for å kunne regne ut RR (Cochrane Handbook, RevMan)

Tid i vanlig arbeid

En studie målte tid i vanlig arbeid (Bond 1995). Tiltaksgruppen hadde i gjennomsnitt 9,4 uker i arbeid (SD 12,1), mens kontrollgruppen hadde 3,1 uker (SD 7,5). Den gjennomsnittlig effekten var 6,3 uker (KI 1,7 til 10,8).

Inntekt

En studie målte inntekt over 12 måneder (Bond 1995). Tiltaksgruppen tjente i gjennomsnitt 1525 dollar (SD 2280), mens kontrollgruppen tjente 574 dollar (SD 1877). Den gjennomsnittlige inntekten var 951,0 dollar høyere (KI 2,99 til 1899,01).

Livskvalitet

En studie målte livskvalitet med skalaen *Quality of Life* (García-Villamisar 2002). Tiltaksgruppen (n=25) skåret 35,96 (SD 3,43), mens kontrollgruppen (n=26) skåret 30,76 (SD 5,51). Den gjennomsnittlig skåren var 5,20 høyere (KI 2,61 til 7,80).

Symptomer / funksjonsevne

En studie målte funksjonsevne på skalaen *Functional Assessment Scale* i utvalget med personer med utviklingshemming (Goldberg 1990). Tiltaksgruppen skåret 51,4 poeng (SD 8,0), mens kontrollgruppen skåret 53,6 poeng (SD 7,4). Den gjennomsnittlige skåren var 2,2 poeng lavere (KI -6,6 til 2,2).

Innleggelser på psykiatrisk avdeling

En studie målte gjennomsnittlig antall dager innlagt på psykiatrisk avdeling (Bond 1995). Antall dager innlagt var 5,8 i tiltaksgruppen og 5,3 i kontrollgruppen. Studien rapporterer ingen standardavvik, så vi kan ikke regne ut noen effektstørrelse, men de oppgitte antall dagene tyder ikke på noen forskjell mellom gruppene.

Tabell 5: Oppsummeringstabell. Effekt av SE versus annet tiltak

Populasjon: **Personer med alvorlige psykiske lidelser (Bond 1995), autisme (García-Villamisar 2002), utviklingshemming (Goldberg 1990)**
Tiltak: **Standard SE**
Kontroll: **Kontrolltiltak**

Utfallsmål	Sammenligning av risiko/ sannsynlighet i gruppene (95 % KI)		**Relativ effekt (95 % KI)**	**Antall deltakere (studier)**	**Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)**
	Kontroll	Standard SE			
Komme i vanlig arbeid 12 mnd (Bond 1995)	286 per 1000	**563 per 1000** (311 til 1000)	**RR 1,97** (1,09 til 3,57)	74 (1 RCT)	⊕◯◯◯ SVÆRT LAV [1,2,3]
Komme i vanlig arbeid 12 mnd (Goldberg 1990)	20 per 1000	**312 per 1000** (18 til 1000)	**RR 15,6** (0,9 til 259)	49 (1 RCT)	⊕◯◯◯ SVÆRT LAV [1,2]
Tid i vanlig arbeid (uker) 12 mnd (Bond 1995)	3,14 uker (SD 7,5)	**9,4 uker** (SD 12,1)	**MD 6,26** (1,72 til 10,80)	74 (1 RCT)	⊕◯◯◯ SVÆRT LAV [1,3,4]
Inntekt (US$) 12 mnd (Bond 1995)	574 dollar (SD 1877)	**1525 dollar** (SD 2280	**MD 951,0** (2,99 1899,01)	74 (1 RCT)	⊕◯◯◯ SVÆRT LAV [1,3,4]
Livskvalitet (*Quality of Life*) Totalskåre 5 år (García-Villamisar 2002)	30,76 (SD 5,51)	**35,96** (SD 3,43)	**MD 5,20** (2,61 til 7,80)	51 (1 kontrollert studie)	⊕◯◯◯ SVÆRT LAV [4,5,6]
Funksjonsevne (*Functional Assessment Scale*) 12 mnd (Goldberg 1990)	53,6 (SD 7,4)	**51,4** (SD 8,0)	**MD -2,2** (-6,6 til 2,2)	49 (1 RCT)	⊕◯◯◯ SVÆRT LAV [1,4]
Innleggelser på psykiatrisk avdeling 12 mnd (Bond 1995)	Antall dager innlagt var 5,8 i tiltaksgruppen og 5,3 i kontrollgruppen; tyder ikke på noen forskjell mellom gruppene.		–	74 (1 RCT)	⊕◯◯◯ SVÆRT LAV [1,3,4,7]

1. Uklare prosedyrer for randomisering og allokering
2. Antallet hendelser < 300 (ved svært lavt antall og/eller bredt KI er det trukket to)
3. Kontrollgruppen fikk SE etter 4 mnd
4. Totalt antall deltakere < 400 (ved svært lavt antall og/eller bredt KI er det trukket to)
5. Ingen blinding av deltakere, personell og/eller utfallsmålere, og utfallet er subjektivt
6. Ikke randomisert kontrollert studie
7. Mangelfull rapportering

KI=konfidensintervall. RR=relativ risiko. MD=gjennomsnittlig forskjell. SMD=standardisert gjennomsnittlig forskjell. SD=standardavvik

Dokumentasjonen viser at når vi sammenligner standard SE med kontrolltiltak for ulike populasjoner, så finner vi at:

- Det er usikkert om SE fører til at flere personer med psykiske lidelser kommer i vanlig arbeid og at deltakerne har lengre tid i vanlig arbeid
- Det er usikkert om standard SE fører til at flere personer med utviklingshemming kommer i vanlig arbeid
- Det er usikkert om standard SE gir økt inntekt for personer med psykiske lidelser
- Det er usikkert om standard SE gir økt livskvalitet for personer med autisme
- Det er usikkert om standard SE gir bedre funksjonsevne for personer med utviklingshemmede
- Det er usikkert om standard SE gir færre innleggelser på psykiatrisk avdeling for personer med psykiske lidelser

Effekt av forsterket SE versus standard SE

Tre studier har sammenlignet forsterket SE med standard SE. Alle hadde en kognitiv tilleggskomponent. To av studiene hadde utvalg med psykiske lidelser; den tredje med hodeskader. To av studiene var RCTer, mens den siste var en kontrollert studie uten randomisering (Sato 2014).

Studien av McGurk (2005)[1] sammenlignet SE pluss *Thinking Skills Work Program* (TSWP) med standard SE for utvalg med psykiske lidelser. TSWP bestod av vurdering av kognitiv kapasitet, 24 timer databasert kognitiv trening, jobbplanlegging og kognitiv støtte i arbeidssituasjonen. Oppfølgingstid var 3-12 måneder. Studien av Sato (2014) sammenlignet SE pluss *Cognitive Remediation*, en kortvariant av TSWP (12 uker), med standard SE for utvalg med psykiske lidelser. Oppfølgingstid var 4-12 måneder. Studien av Twamley (2015) studerte effekten av SE med *CogSMART* sammenlignet med SE (med ett ekstra møte per uke) for utvalg med hodeskader. CogSMART er et 12 ukers manualbasert program som består av trening på hukommelse, oppmerksomhet og eksekutive funksjoner/problemløsing. Begge gruppene fikk SE i ett år og tilleggskomponenten de første tre månedene. Oppfølgingstid var 12 måneder.

Vi vurderer at studiene (populasjon og tiltak) er for ulike til å kunne slås sammen i en metaanalyse, og vi presenterer i stedet resultatene i tabell og tekst.

Komme i vanlig arbeid (primært utfallsmål)

Alle tre studiene målte det å komme i vanlig arbeid (tabell 6). To studier fant ikke effekt av kognitivt forsterket SE vs. standard SE, mens en studie fant effekt.

[1] Det er gjort en oppfølgingsstudie av McGurk 2005 (McGurk 2007) med resultater for arbeid, tid i arbeid, inntekt og innleggelser «2-3 år» etter. Disse er imidlertid så upresise (upresis oppfølgingstid, manglende resultater, ingen konfidensintervaller) at vi har ikke inkludert denne studien. Listet i Vedlegg 3.

Tabell 6. Resultattabell, forsterket SE vs. standard SE. Komme i vanlig arbeid (3 studier)

Studie	Populasjon (oppfølgingstid)	Tiltak (ant./n)	Kontroll (ant./n)	Resultat
McGurk 2005	Psykiske lidelser (12 mnd)	16/23	1/21	RR 14,61 (2,12 til 100,82)
Sato 2014	Psykiske lidelser (12 mnd)	7/47	7/47	RR 1,00 (0,38 til 2,63)
Twamley 2015	Psykiske lidelser (12 mnd)	13/25	13/25	RR 1,00 (0,59 til 1,70)

Tid i vanlig arbeid

En studie målte tid i vanlig arbeid (McGurk 2005). Tiltaksgruppen hadde arbeidet 379,91 timer (SD 419,14), mens kontrollgruppen hadde arbeidet 30,95 timer (SD 141,84). Den gjennomsnittlige forskjellen i tid var 348,96 timer lenger (KI 167,24 til 530,68).

Inntekt

To studier målte inntekt (tabell 7). Den ene fant en klar effekt, den andre fant ingen effekt.

Tabell 7. Resultattabell, forsterket SE vs. standard SE. Inntekt (2 studier)

Studie	Valuta (oppfølgingstid)	Tiltak	Kontroll	Resultat
McGurk 2005	US dollar (12 mnd)	2 208 (SD 3166)	182 (SD 834,24)	MD 2 026 (KI 683 til 3 368)
Sato 2014	Yen (12 mnd)	232 639 (SD 244.783)	187 032 (SD 362 943)	MD 45 607 (KI -103 123 til 194 337)

Livskvalitet

En studie målte livskvalitet med skalaen *The Quality of Life Interview – Brief Version* (Twamley 2015). Denne fant ingen effekt (men en effekt når de så på gruppe kombinert med endring over tid).

Psykiske symptomer

Begge studiene med utvalg med psykiske lidelser målte symptomer på psykose med *The Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS, vurdering av positive, negative og allmenne psykosesymptomer[2]) (tabell 8). Begge målte dette etter noen få måneder. Lavere skåre på PANSS betyr færre symptomer. Den ene studien fant en liten effekt på subskalaen Autistisk opptatthet (*Autistic Preoccupation*), (men i tillegg hadde tiltaksgruppen en større forbedring enn kontrollgruppen på depresjon). Det var ingen forskjell på de andre subskalaene. Den andre studien fant ingen signifikante forskjeller. Flere resultater finnes i tabell 27 i Vedlegg 6.

[2] «Positive» symptomer er overdrivelse eller fordreining av normale funksjoner (eks. hallusinasjoner eller vrangforestillinger), mens «negative» symptomer er en mineralisering eller tap av normale funksjoner (eks. apati, svekket tale, manglende glede) (28). Vurderingen foretas av en sertifisert intervjuer.

Tabell 8. Resultattabell, forsterket SE vs. standard SE. Psykiske symptomer (2 studier)

Studie (tid)	Måleinstrument (subskala)	Tiltak	Kontroll	Resultat
McGurk 2005 (3 mnd) (n=23+21)	*Bruker PANSS med fem subskalaer*			
	PANSS Positive symptomer	1,79 (SD 0,82)	1,75 (SD 0,69)	0,04 (KI -0,41 til 0,49)
	PANSS Negative symptomer	2,03 (SD 0,61)	2,24 (SD 0,51)	-0,21 (KI -0,54 til 0,12)
	PANSS Autistisk opptatthet («preoccupation»)	1,38 (SD 0,31)	1,56 (SD 0,22)	-0.18 (KI -0,34 til -0,22)
Sato 2014 (4 mnd) (n=50+49)	*Bruker standard PANSS med tre subskalaer*			
	PANSS Positive symptomer	13,52 (SD 5,24)	12,61 (SD 5,57)	0,91 (KI -1,22 til 3,04)
	PANSS Negative symptomer	17,20 (SD 5,21)	15,94 (SD 6,05)	1,26 (KI -0,97 til 3,49)
	PANSS Generelle symptomer	31,86 (SD 9,26)	28,41 (SD 10,70)	3,45 (KI -0,50 til 7,40)

Fysiske symptomer

Studien der utvalget hadde hodeskader målte subjektive senvirkninger av hjernerystelsen («*postconcussive symptom severity*») med *Neurobehavioral Symptom Inventory*. Denne fant ingen effekt (men også her effekt når de så på endring over tid).

Tabell 9: Oppsummeringstabell. Effekt av forsterket SE versus standard SE

Populasjon: **Personer m/ alvorlige psyk. lidelser (McGurk 2005, Sato 2014), hodeskader (Twamley 2015)**
Tiltak: **SE forsterket med kognitiv komponent**
Kontroll: **Standard SE**

Utfallsmål (18 mnd)	Sammenligning av risiko/ sannsynlighet i de to gruppene (95 % KI)		**Relativ effekt (95 % KI)**	**Antall Deltakere (studier)**	**Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)**
	Kontroll (Stand. SE)	Forsterket SE			
Komme i vanlig arbeid (12 mnd) (McGurk 2005)	48 per 1000	**696 per 1000** (101 til 1000)	**RR 14.61** (2,12 til 100,82)	44 (1 RCT)	⊕◯◯◯ SVÆRT LAV [1,2]
Komme i vanlig arbeid (12 mnd) (Sato 2014)	149 per 1000	**149 per 1000** (57 til 392)	**RR 1,00** (0,38 til 2,63)	94 (1 kontrollert studie)	⊕◯◯◯ SVÆRT LAV [2,3]
Komme i vanlig arbeid (12 mnd) (Twamley 2015)	520 per 1000	520 per 1000 (307 til 884)	**RR 1,00** (0,59 til 1,70)	50 (1 RCT)	⊕◯◯◯ SVÆRT LAV [1,2]
Tid i vanlig arbeid (12 mnd) timer (McGurk 2005)	30,95 (SD 141,84)	**379,91** (SD 419,14)	**MD 348,96** (167,24 til 530,68)	44 (1 RCT)	⊕◯◯◯ SVÆRT LAV [1,4]
Inntekt (12 mnd) US$ (McGurk 2005)	182,05 (SD 834,24)	**2207,91** (SD 3166)	**MD 2025,86** (683,32 til 3368,4)	44 (1 RCT)	⊕◯◯◯ SVÆRT LAV [1,4]
Inntekt (12 mnd) yen (Sato 2014)	187.032 (SD 362.943)	**232.639** (SD 244.783)	**MD 45607** (103.122,52 til 194.336,52)	94 (1 kontrollert studie)	⊕◯◯◯ SVÆRT LAV [3,4]
Livskvalitet (12 mnd) (Twamley 2015)	Studien fant ingen effekt på livskvalitet		–	50 (1 RCT)	⊕◯◯◯ SVÆRT LAV [1,4,5,6]

Psykiske symptomer PANSS positive (3 mnd) (McGurk 2005)	1,75 (SD 0,69)	**1,79** (SD 0,82)	**MD 0,04** (-0.41 til 0,49)	44 (1 RCT)	⊕◯◯◯ SVÆRT LAV [1,4]
Psykiske symptomer PANSS negative (3 mnd) (McGurk 2005)	2,24 (SD 0,51)	**2,03** (SD 0,61)	**MD -0,21** (-0,54 til 0,12)	44 (1 RCT)	⊕◯◯◯ SVÆRT LAV [1,4]
Psykiske symptomer PANSS autistisk p. (3 mnd) (McGurk 2005)	1,56 (SD 0,22)	**1,38** (SD 0,31)	**MD -0.18** (-0,34 til -0,22)	44 (1 RCT)	⊕◯◯◯ SVÆRT LAV [1,4]
Psykiske symptomer PANSS positive (4 mnd) (Sato 2014)	12,61 (SD 5,57)	**13,52** (SD 5,24)	**MD 0,91** (-1,22 til 3,04)	99 (1 kontrollert studie)	⊕⊕◯◯ SVÆRT LAV [3,4]
Psykiske symptomer PANSS negative (4 mnd) (Sato 2014)	15,94 (SD 6,05)	**17,20** (SD 5,21)	**MD 1,26** (-0,97 til 3,49)	99 (1 kontrollert studie)	⊕◯◯◯ SVÆRT LAV [3,4]
Psykiske symptomer PANSS generelle (4 mnd) (Sato 2014)	28,41 (SD 10,70)	**31,86** (SD 9,26)	**MD 3,45** (-0,50 til 7,40)	99 (1 kontrollert studie)	⊕◯◯◯ SVÆRT LAV [3,4]
Fysiske symptomer (12 mnd) (Twamley 2015)	Ingen effekt på subjektive senvirkninger av hjernerystelsen		–	50 (1 RCT)	⊕◯◯◯ SVÆRT LAV [1,4,5]

1. Uklare prosedyrer for allokering
2. Antallet hendelser < 300 (ved svært lavt antall og/eller bredt KI er det trukket to)
3. Ikke randomisert kontrollert studie
4. Totalt antall deltakere < 400 (ved svært lavt antall og/eller bredt KI er det trukket to)
5. Ingen blinding av deltakere, personell og/eller utfallsmåler, og utfallet er subjektivt
6. Mangelfull rapportering

KI=konfidensintervall. RR=relativ risiko. MD=gjennomsnittlig forskjell. SMD=standardisert gjennomsnittlig forskjell. SD=standardavvik

Dokumentasjonen viser at når vi sammenligner SE som er forsterket med en kognitiv programkomponent med standard SE for personer med alvorlig psykiske lidelser eller hodeskader, så finner vi at:

- Det er usikkert om forsterket SE fører til at flere personer med psykiske lidelser kommer i arbeid, får lengre tid i arbeid eller høyere inntekt
- Det er usikkert om forsterket SE fører til at flere personer med hodeskader kommer i arbeid
- Det er usikkert om forsterket SE fører til endringer i psykiske symptomer for personer med psykiske lidelser
- Det er usikkert om forsterket SE fører til endringer i livskvalitet eller i fysiske symptomer for personer med hodeskader

Effekt av kortvarig SE versus annet tiltak

Én studie undersøkte effekten av en kortvariant av SE blant en gruppe voksne som hadde fått muskel- eller skjelettskader i tidligere arbeid og som ved prosjektstart hadde vært sykemeldt i minst seks måneder i Hong Kong (Li-Tsang 2008). Tiltaket varte i kun tre uker. Kontrollgruppen mottok ett rådgivingsmøte med sosialarbeider og måtte deretter søke jobb på egenhånd.

Studien fant at flere i gruppen som mottok SE i tre uker fikk arbeid, sammenlignet med kontrollgruppen (tabell 10). Det var ingen forskjell med hensyn til antall timer arbeid per uke, men det var en forskjell med hensyn til gjennomsnittlig inntekt per måned i favør av SE-gruppen. Når det gjelder helserelatert livskvalitet var gjennomsnittsskåren i SE-gruppen høyere ved oppfølging, men forskjellen var ikke signifikant.

Tabell 10: Oppsummeringstabell. Effekt av kortvarig SE versus annet tiltak

Populasjon: **Personer med muskel/skjelettskader**
Tiltak: **Kortvariant av SE (3 uker)**
Kontroll: **Ett møte med sosialarbeider deretter egen jobbsøking**

Utfallsmål (3 uker)	Sammenligning av risiko/ sannsynlighet i gruppene (95 % KI)		**Relativ effekt (95 % KI)**	**Antall Deltakere (studier)**	**Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)**
	Kontroll	Kortvarig SE			
Komme i vanlig arbeid (komme tilbake)	613 per 1000	**846 per 1000** (613 til 1000)	**RR 1,38** (1.00 til 1,89)	63 (1 RCT)	⊕⊕◯◯ LAV [1]
Tid i vanlig arbeid (per uke)	32,2 (SD 20,2)	**33,9** (SD 20,6)	**MD 1,7** (-8,8 til 12,0)	63 (1 RCT)	⊕⊕◯◯ LAV [2]
Inntekt (per mnd, Hong Kong $)	2958 (SD 2434)	**4468** (SD 3145)	**MD 1510** (124 til 2896)	63 (1 RCT)	⊕⊕◯◯ LAV [2]
Livskvalitet *Short Form Health Survey*	88,33 (SD 19,53)	**96,79** (SD 19,20)	**MD 8,46** (−1,11 til 18,03)	63 (1 RCT)	⊕◯◯◯ SVÆRT LAV [2,3]

1. Antallet hendelser < 300 (ved svært lavt antall og/eller bredt KI er det trukket to)
2. Totalt antall deltakere < 400 (ved svært lavt antall og/eller bredt KI er det trukket to)
3. Deltakere, personell og/eller utfallsmålere var ikke blindet, og utfallet er subjektivt

KI=konfidensintervall. RR=relativ risiko. MD=gjennomsnittlig forskjell. SMD=standardisert gjennomsnittlig forskjell. SD=standardavvik

Dokumentasjonen viser at når vi sammenligner kortvarig SE med kontrolltiltak for personer med muskel/skjelettlidelser, så finner vi at:

- Det mulig at det er bedre med kortvarig SE når det gjelder å komme tilbake i arbeid og inntekt per måned
- Det er mulig at kortvarig SE ikke fører til flere timer i arbeid per uke
- Det er usikkert om kortvarig SE har noen effekt på helserelatert livskvalitet

Effekt av SE-CES versus annet tiltak

Én studie undersøkte effekten av SE-varianten *Customized Employment Support* (SE-CES) blant et utvalg personer i USA som gikk på metadon (Magura 2007). Customized Employment Support er en SE-variant som skal støtte mer omfattende sosiale utfordringer og bistandsbehov (8;82). Kontrollgruppen mottok standard individuell yrkesrådgiving samt tilbud om å delta i veiledningsgruppe. Oppfølging var 12 måneder.

Studien fant ingen signifikante forskjeller mellom gruppen som hadde mottatt SE-CES og kontrollgruppen når det gjaldt å komme i vanlig arbeid eller inntekt i perioden (tabell 11).

Tabell 11: Oppsummeringstabell. Effekt av SE-CES versus annet tiltak

Populasjon: **Personer som bruker metadon**
Tiltak: **SE-CES**
Kontroll: **Annet tiltak**

Utfallsmål (12 mnd)	Sammenligning av risiko/ sannsynlighet i de to gruppene (95 % KI)		**Relativ effekt (95 % KI)**	**Antall Deltakere (studier)**	**Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)**
	Kontroll	SE-CES			
Komme i vanlig arbeid	56 per 1000	**103 per 1000** (35 til 301)	**RR 1,85** (0,63 til 5,41)	168 (1 RCT)	⊕◯◯◯ SVÆRT LAV [1,2]
Inntekt (US$)	3707 $ (7221)	**3914 $** (7119)	**MD 207 $** (−2396 til 1982)	168 (1 RCT)	⊕◯◯◯ SVÆRT LAV [1,3]

1. Uklare prosedyrer for randomisering og allokering.
2. Antallet hendelser < 300 (ved svært lavt antall og/eller bredt KI er det trukket to)
3. Totalt antall deltakere < 400 (ved svært lavt antall og/eller bredt KI er det trukket to)

KI=konfidensintervall. RR=relativ risiko. MD=gjennomsnittlig forskjell. SMD=standardisert gjennomsnittlig forskjell. SD=standardavvik

Dokumentasjonen viser at når vi sammenligner SE-CES (*Customized Employment Support*) med kontrolltiltak for personer med går på metadon, så finner vi at:

- Det er usikkert om det er bedre med SE-CES når det gjelder å komme i vanlig arbeid eller inntekt

Effekt av SE-ACT versus SE-Clubhouse

Macias (2006) sammenlignet to ulike organisatoriske modeller av SE: Den ene var SE organisert etter en ACT-modell (*Assertive Community Treatment*) og hjemmetjenester med psykiatrisk behandling og hjelp til å finne arbeid, samt støtte til å bo og hjelp med rusmiddelproblemer. Den andre modellen var SE organisert i en Clubhouse-modell som er et Fontene-hus, et sted drevet av pasienter og ansatte i samarbeid. Deltakerne fikk støtte til arbeid eller utdanning, tilbud om sosiale aktiviteter mm.

Deltakerne hadde alvorlige psykiske lidelser. Resultatene er presentert i tabell nedenfor (tabell 12). Det er liten eller ingen forskjell mellom programmene når det gjelder å få deltakerne i arbeid, mens deltakerne i kontrollgruppen (Clubhouse) gjør det bedre med hensyn til tid i vanlig arbeid og inntekt.

Tabell 12: Oppsummeringstabell. Effekt av SE-ACT versus SE-Clubhouse

Populasjon: **Personer med alvorlige psykiske lidelser**
Tiltak: **ACT-modellen av SE**
Kontroll: **Clubhouse-modellen av SE**

Utfallsmål (18 mnd)	Sammenligning av risiko/ sannsynlighet i de to gruppene (95 % KI)		**Relativ effekt (95 % KI)**	**Antall Deltakere (studier)**	**Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)**
	SE-Clubhouse (n=58)	SE-ACT (n=63)			
Komme i vanlig arbeid	466 per 1000	**633 per 1000** (456 til 884)	**RR 1,36** (0,98 til 1,90)	121 (1 RCT)	⊕⊕◯◯ LAV [1,2]
Tid i vanlig arbeid (timer)	784 (SD 717)	**592** (SD 695)	**MD -192,0** (-444,0 til 60,0)	121 (1 RCT)	⊕◯◯◯ SVÆRT LAV [1,3]
Inntekt (dollar)	6202 (SD 5894)	**3948** (SD 4888)	**MD -2254,0** (-4192,5 til -315,5)	121 (1 RCT)	⊕◯◯◯ SVÆRT LAV [1,3]

1. Uklare prosedyrer for allokering
2. Antallet hendelser < 300 (ved svært lavt antall og/eller bredt KI trekkes to)
3. Totalt antall deltakere < 400 (ved svært lavt antall og/eller bredt KI trekkes to)

KI=konfidensintervall. RR=relativ risiko. MD=gjennomsnittlig forskjell. SMD=standardisert gjennomsnittlig forskjell. SD=standardavvik

Dokumentasjonen viser at når vi sammenligner SE-ACT med SE-Clubhouse for personer med alvorlig psykiske lidelser, så finner vi at:

- Det er mulig at flere deltakere i SE-ACT kommer i arbeid sammenlignet med deltakerne i SE-Clubhouse
- Det er usikkert om det er forskjell mellom tiltakene når det gjelder tid i vanlig arbeid og inntekt

Individual Placement and Support

29 studier har sammenlignet *Individual Placement and Support* (IPS) med et annet tiltak, eventuelt med en annen variant av IPS. Som beskrevet i bakgrunnskapittelet er et av hovedtrekkene ved IPS at støtte til arbeid er integrert med behandling for psykiske lidelser (11). IPS regnes som et mer omfattende tiltak enn SE, med flere kriterier som skal tilfredsstilles. Noen av studiene har ikke selv omtalt sine tiltak som IPS men er likevel et tiltak som følger IPS-modellen i studiens beskrivelse. Vi har derfor inkludert disse tiltakene som IPS.

Studiene er fordelt på fire sammenligninger: standard IPS vs. kontroll (22 studier), forsterket IPS vs. kontroll (3 studier), forsterket IPS vs. standard IPS (4 studier) og forenklet IPS vs. standard IPS (1 studie) (Én studie er inkludert i to sammenligninger.) Sammenligningene med studier og utvalg er presentert i tabell 13 nedenfor.

28 av 29 studier har utvalg med personer med psykiske lidelser, primært *alvorlige* psykiske lidelser. Alvorlige psykiske lidelser omfatter her hovedsakelig schizofreni, schizoaffektiv lidelse, bipolar lidelse, tilbakevendende alvorlig depresjon, borderline personlighetsforstyrrelse og posttraumatisk stresslidelse. Dette er vedvarende og alvorlige lidelser som har betydelig innvirkning på dagliglivet, som nære relasjoner, arbeid, økonomi, rusmiddelbruk mm (83). I én studie har deltakerne milde til moderate psykiske lidelser, ikke alvorlige (Reme 2015).

I den siste studien har deltakerne ryggmargsskader (Ottomanelli 2014) men tiltaket er IPS, der yrkesrehabilitering integreres med behandling for ryggmargsskader.

Noen av studiene har hatt tilleggskriterier for inklusjon, som kriminell bakgrunn, hjemløshet, bosted på landet, bakgrunn som soldat eller nylig hatt første psykotisk episode. Dette har vi ikke tatt hensyn til i analysene, men kan gjenfinnes i vedlegg med ekstraherte data (Vedlegg 5).

Selv om IPS ideelt sett ikke skal ha noen eksklusjonskriterier, oppgir noen av studiene at de har hatt dette, for eksempel ikke aktive rusmiddelproblemer, ikke kognitive vansker eller store fysiske handikap. (Dette vil de kunne få trekk for på IPS Fidelity Scale.)

I den største sammenligningen med sammenlignbart utvalg (=21 studier) har vi foretatt to subgruppeanalyser for å teste om det ser ut til å være forskjeller i effekt for forskjellig oppfølgingstid eller forskjellig skåre på Fidelity Scale.

Tabell 13. Studier, sammenligninger og utvalg for Indiv. Placement and Support (n=29)

Studier		Sammenligning	Utvalg
Bejerholm 2015 Bond 2007 Bond 2015 Burns 2007 Davis 2012 Drake 1996 Drake 1999 Gold 2006 Heslin 2011 Hoffmann 2014 Killackey 2008	Latimer 2006 Lehman 2002 Michon 2014 Mueser 2004 Oshima 2014 Poremski 2015 Twamley 2012 Viering 2015 Waghorn 2014 Wong 2008	Effekt av standard IPS vs annet tiltak	Personer med psykiske lidelser
Ottomanelli 2014		Effekt av standard IPS vs annet tiltak	Personer med ryggmargsskader
Drake 2013 Reme 2015 Tsang 2011 *		Effekt av forsterket IPS vs annet tiltak	Personer med psykiske lidelser
Bell 2008 Craig 2014 McGurk 2015 Tsang 2011 *		Effekt av forsterket IPS vs standard IPS	Personer med psykiske lidelser
Burns 2015		Effekt av IPS Lite vs standard IPS	Personer med psykiske lidelser

* Én studie har to kontrollgrupper og er med i to sammenligninger.

Effekt av IPS versus annet tiltak

22 studier har sammenlignet IPS med annet tiltak (beskrevet med PICO i tabell 2, se mer detaljert tabell i Vedlegg 2). Alle er randomiserte kontrollerte studier. Tjueen av studiene har utvalg med alvorlige psykiske lidelser, mens én studie har utvalg med ryggmargsskader. Studien av personer med ryggmargsskade inkluderte amerikanske tidligere soldater som var blitt skadet i tjeneste. Studiene med utvalg med psykiske lidelser utgjør en stor sammenligning som vi har gjort subgruppeanalyser på.

Kontrolltiltakene varierer men er alle ulike former for tradisjonelle tiltak, *train then place*. Det kan innebære ulike opplæringstiltak, arbeid på en skjermet arbeidsplass, intensiv støtte til å få arbeid, eller en kombinasjon av dette, men *ingen integrering* med psykisk helse, som regel ingen oppfølging hvis man først får arbeid. Noen kontrolltiltak inkluderer tilbud om grupper med ulike tema.

Oppfølgingstid i disse 22 studiene varierer fra 6 måneder til 5 år, og tiltak og kontrolltiltak pågår frem til oppfølgingsmålinger.

Vi har gjort analyser på utfallsmålene: å komme i vanlig arbeid, tid i vanlig arbeid, inntekt, livskvalitet, psykiske symptomer, innleggelser i psykiatrien og kostnadseffektivitet. I tillegg har vi gjort to subgruppeanalyser med de 21 studiene med utvalg med alvorlige psykiske lidelser: ulik oppfølgingstid i studiene, samt ulike skårer på kvalitetsskalaene (*Fidelity Scales*).

Å komme i vanlig arbeid (primært utfallsmål)

Alle de 21 studiene med utvalg med psykiske lidelser målte det å komme i vanlig arbeid. Studiene hadde utvalg i USA (9), Sveits (2), Canada (2), Australia (2), England (1), Nederland (1) Sverige (1), Japan (1) og Hong Kong (1). Én studie har utvalg i flere land (Bulgaria, England, Italia, Nederland, Sveits og Tyskland). Studiene er gjennomført mellom 1989 og 2015 og hadde fra 37 til 312 deltakere, til sammen 2901 deltakere.

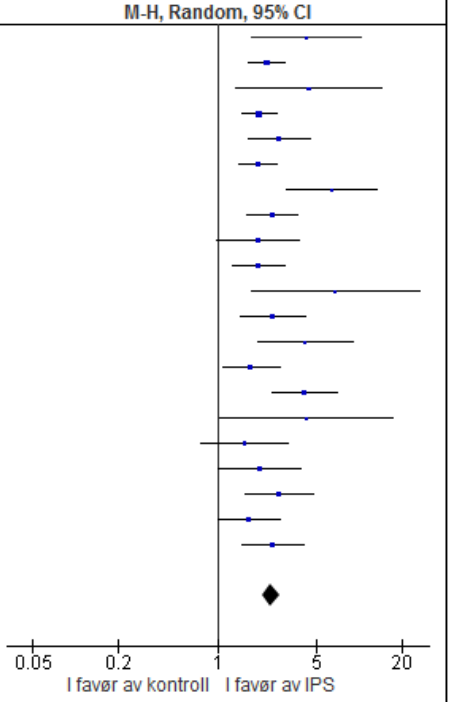
Med unntak av én studie av ungdom (15-25 år), bestod utvalgene av voksne i alderen 18 til 65 år. Over halvparten av deltakerne var menn, og majoriteten hadde psykotiske lidelser (schizofrenityper) eller stemningslidelser (bipolar lidelse, alvorlig depresjon). Oppfølgingstid i studiene varierte fra 6 måneder til 5 år.

Vi foretok en metaanalyse av de 21 studiene for utfallsmålet å komme i vanlig arbeid (se figur 2). Resultatet av denne viser en relativ risiko (RR) på 2,40, det vil si at i snitt hadde deltakerne i IPS nesten to og en halv ganger så stor sjanse for å komme i vanlig arbeid, sammenlignet med deltakerne i kontrollgruppene. Med 95 prosents sikkerhet befinner effekten seg mellom 2,08 og 2,77.

Figur 2. Metaanalyse. Å komme i vanlig arbeid (21studier)

	Experimental (IPS)		Control (TAU, diverse)			Risk Ratio
Study or Subgroup	Events	Total	Events	Total	Weight	M-H, Random, 95% CI
Bejerholm 2015	19	41	5	46	2.2%	4.26 [1.75, 10.39]
Bond 2007	69	92	32	95	9.2%	2.23 [1.64, 3.02]
Bond 2015	13	42	3	43	1.4%	4.44 [1.36, 14.46]
Burns 2007	85	156	43	156	9.6%	1.98 [1.48, 2.65]
Davis 2012	32	42	12	43	5.3%	2.73 [1.64, 4.54]
Drake 1996	57	73	27	67	9.0%	1.94 [1.41, 2.66]
Drake 1999	45	76	7	76	3.1%	6.43 [3.10, 13.34]
Gold 2006	42	66	20	77	6.8%	2.45 [1.61, 3.72]
Heslin 2011	21	93	11	95	3.6%	1.95 [1.00, 3.82]
Hoffmann 2014	30	46	18	54	6.5%	1.96 [1.27, 3.01]
Killackey 2008	13	20	2	21	1.0%	6.83 [1.76, 26.51]
Latimer 2006	35	75	14	74	5.0%	2.47 [1.45, 4.19]
Lehman 2002	31	113	7	106	2.8%	4.15 [1.91, 9.03]
Michon 2014	31	71	20	79	6.0%	1.72 [1.09, 2.74]
Mueser 2004	50	68	12	67	5.0%	4.11 [2.41, 6.99]
Oshima 2014	8	18	2	19	1.0%	4.22 [1.03, 17.28]
Poremski 2015	15	44	9	41	3.3%	1.55 [0.76, 3.15]
Twamley 2012	17	30	8	28	3.6%	1.98 [1.02, 3.85]
Viering 2015	40	127	14	121	4.7%	2.72 [1.56, 4.74]
Waghorn 2014	33	106	19	102	5.5%	1.67 [1.02, 2.74]
Wong 2008	32	46	13	46	5.5%	2.46 [1.50, 4.05]
Total (95% CI)		**1445**		**1456**	**100.0%**	**2.40 [2.08, 2.77]**
Total events	718		298			

Heterogeneity: Tau² = 0.03; Chi² = 30.07, df = 20 (P = 0.07); I² = 33%
Test for overall effect: Z = 11.95 (P < 0.00001)



Studien med utvalg med ryggmargsskader (Ottomanelli 2014) fant at signifikant flere i tiltaksgruppen fikk vanlig arbeid i løpet av prosjektperioden på to år (RR 2,85, KI 1,37 til 5,93).

Oppfølgingstid

De 21 studiene med utvalg med psykiske lidelser hadde ulik oppfølgingstid: 6 måneder til 5 år. Er det slik at kontrolltiltakene kan gi mer vanlig arbeid over lengre tid? Eller at effekten av IPS avtar? Vi ser av figur 2 at det er lav heterogenitet (I^2=33%). Dette tyder på at det ikke er betydelige forskjeller i effekt mellom studier med ulik oppfølgingstid. I Vedlegg 6 er dette illustrert med en subgruppeanalyse der vi har delt inn studiene inn i to grupper med kort (opp til ett år) og lang (over ett år) oppfølgingstid (figur 12). Vi ser at IPS har en god effekt på det å komme i vanlig arbeid uavhengig av oppfølgingstid.

Fidelity Scale

Fidelity Scale er skåringsverktøy som måler hvorvidt IPS implementeres og videreføres i tråd med kriteriene for IPS (11). Det finnes flere verktøy, men alle vurderer aspekter ved de ansatte (antall brukere ansatte har ansvar for, arbeidsområder/måter), ved organisasjonen (integrering med psykisk helse, veiledning, ingen eksklusjonskriterier) og ved tjenesten (raskt søk etter arbeid, utgangspunkt i deltakerens ønsker, jobbspesialistens kontakt med arbeidslivet, individuell og langsiktig støtte underveis) (84-89).

Er det slik at implementeringen av programmet har betydning for hvor godt man lykkes med å få deltakerne i arbeid? Alle de 21 studiene med utvalg med psykiske lidelser i denne sammenligningen målte programkvalitet med en variant av Fidelity Scale. De fleste studiene (n=16) brukte *IPS Fidelity Scale* fra 1997 med 15 spørsmål (84;87). Tre studier brukte den oppdaterte versjonen, *Revised Individual Placement and Support Fidelity* Scale (IPS-25) fra 2012 med 25 spørsmål (88;89). Den siste studien brukte *Quality of Supported Employment Implementation Scale* (QSEIS) fra 2000 med 33 spørsmål (85;86). Med utgangspunkt i de rapporterte skårene har vi delt studiene inn i tre grupper: topp kvalitet, god kvalitet og akseptabel kvalitet. (Inndelingen er beskrevet i Vedlegg 6, tabell 28).

Som for oppfølgingstid over vet vi at det er små forskjeller mellom studiene. Dette tyder på at det ikke er betydelige forskjeller i effekt mellom studier av tiltak med ulik skåre på kvalitetsskalaene. I Vedlegg 6 er dette illustrert med en subgruppeanalyse der vi har delt inn studiene inn i tre grupper med ulike kvalitetsnivå (figur 13). Dette viser at IPS har klar effekt uavhengig av hvordan implementeringen skårer på kvalitetsskalene.

Tid i vanlig arbeid

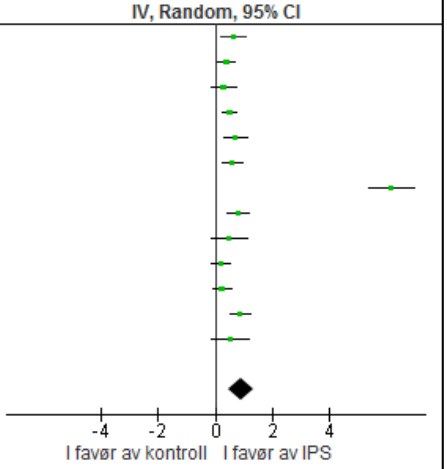
Fjorten av 21 studier med utvalg med psykiske lidelser målte tid i vanlig arbeid, altså hvor lenge deltakerne i henholdsvis IPS-gruppen og kontrollgruppen var i vanlig arbeid i løpet av prosjektperioden. Studiene hadde ulik oppfølgingstid og brukte ulike måleenheter (timer, dager, uker – som ikke nødvendigvis lar seg omregne fordi deltakerne ofte ikke jobber full tid). Vi har derfor omgjort resultatene fra 13 studier til en standardisert gjennomsnittlig forskjell (SMD) (figur 3). Den siste studien (Gold 2006) målte kun median (tiltak: 485 timer, kontroll: 360 timer).

Resultatet viser en stor effektstørrelse (0,90, KI 0,45-1,35); det vil si at IPS har en klar signifikant effekt på hvor lenge deltakerne har vært i vanlig arbeid sammenlignet med annet tiltak. Det er høy heterogenitet (I^2= 94%) og dette skyldes én studie med langt større effekt enn de andre (Drake 1999). Studiens utvalg var sentrumsbeboere (*fra inner cities*), mange hadde vært hjemløse, hadde dobbeltdiagnoser og bodde i et område med høy kriminalitet. Disse kan ha hatt ekstra stor nytte av et godt organisert IPS-program som integrerte tjenester som psykisk helsevern, rusmiddelbehandling og boligstøtte. Dersom vi tar denne studien ut av sammenligningen, synker heterogeniteten (I^2= 28%), og vi får en noe lavere men moderat effektstørrelse (0,51, KI 0,38 til 0,63).

Figur 3. Metaanalyse. Tid i vanlig arbeid, SMD (13 studier)

	Experimental			Control				Std. Mean Difference
Study or Subgroup	Mean	SD	Total	Mean	SD	Total	Weight	IV, Random, 95% CI
Bejerholm 2015 (1)	196	384	41	19	82	46	7.7%	0.65 [0.22, 1.08]
Bond 2007 (2)	596.28	836.02	92	284.61	722.95	95	8.1%	0.40 [0.11, 0.69]
Bond 2015 (3)	40.5	99.2	42	15.9	65.7	43	7.7%	0.29 [-0.14, 0.72]
Burns 2007 (4)	428.8	807.77	143	119.1	311.94	138	8.1%	0.50 [0.26, 0.74]
Davis 2012 (5)	656	661	42	236	494	43	7.7%	0.71 [0.28, 1.15]
Drake 1996 (6)	607.03	842.59	73	205.13	400.09	67	8.0%	0.60 [0.26, 0.94]
Drake 1999 (7)	322	66.2	74	27.6	14.3	76	6.7%	6.15 [5.38, 6.93]
Hoffmann 2014 (8)	106.8	103	46	37	70.1	54	7.8%	0.80 [0.39, 1.21]
Killackey 2008 (9)	8.63	9.22	20	3.8	10.07	21	7.2%	0.49 [-0.13, 1.11]
Latimer 2006 (10)	126.4	266.8	75	72.5	251.6	74	8.0%	0.21 [-0.12, 0.53]
Michon 2014 (11)	422	920	70	237	648	80	8.0%	0.23 [-0.09, 0.56]
Mueser 2004 (12)	372.57	515.6	68	39.96	124.35	67	7.9%	0.88 [0.53, 1.23]
Oshima 2014 (13)	167.7	300.3	18	40.6	129.9	19	7.1%	0.54 [-0.11, 1.20]
Total (95% CI)			**804**			**823**	**100.0%**	**0.90 [0.45, 1.35]**

Heterogeneity: Tau² = 0.63; Chi² = 216.34, df = 12 (P < 0.00001); I² = 94%
Test for overall effect: Z = 3.93 (P < 0.0001)



Footnotes
(1) 18 mnd, timer
(2) 24 mnd, timer
(3) 12 mnd, dager
(4) 18 mnd, timer
(5) 12 mnd, timer
(6) 18 mnd, timer
(7) 18 mnd, timer
(8) 5 år, uker
(9) 6 mnd, uker
(10) 12 mnd, timer
(11) 30 mnd, timer
(12) 24 mnd, timer
(13) 6 mnd, timer

I studien av ryggmargsskadde (Ottomanelli 2014) var gjennomsnittlig tid i vanlig arbeid 22,2 uker (SD 14,2) i tiltaksgruppen og 18,7 uker (SD 13,5) i kontrollgruppen i det andre året av prosjektet. Forskjellen var 3,5 uker (KI-0.83 til 7,83), dvs. ingen signifikant forskjell.

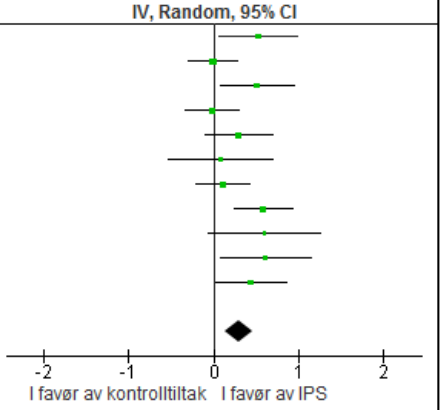
Inntekt

Elleve av de 21 studiene med et utvalg med psykiske lidelser målte inntekt. Samlet inntekt er målt for perioder på mellom 6 måneder og 5 år, er fra ulike tidsperioder og ulikt inntektsnivå. Vi har derfor gjort en metaanalyse basert på omregning til standardisert gjennomsnittsstørrelse (SMD), figur 4. Metaanalysen viser en liten signifikant forskjell i favør av IPS (SMD 0,30, KI 0,14-0,46). Vi har også gjort en omregning til gjennomsnittelig inntekt (MD) i amerikanske dollar for seks måneder (se metaanalysen i Vedlegg 6, figur 13). Denne analysen viste at deltakerne i IPS tjente i gjennomsnitt US$ 200 mer per halvår sammenlignet med deltakerne i andre tiltak.

Figur 4. Metaanalyse. Inntekt (11 studier)

	IPS			Kontrolltiltak				Std. Mean Difference
Study or Subgroup	Mean	SD	Total	Mean	SD	Total	Weight	IV, Random, 95% CI
Bejerholm 2015 (1)	1,294	545	34	1,004	545	44	8.0%	0.53 [0.07, 0.98]
Bond 2007 (2)	5,199	8,473	92	5,244	7,579	95	13.3%	-0.01 [-0.29, 0.28]
Davis 2012 (3)	9,308	13,449	42	3,909	6,212	43	8.6%	0.51 [0.08, 0.95]
Drake 1999 (4)	2,000	393	74	2,005	339	76	12.0%	-0.01 [-0.33, 0.31]
Hoffmann 2014 (5)	11,826	16,917	46	6,885	16,102	54	9.6%	0.30 [-0.10, 0.69]
Killackey 2008 (6)	4,449	5,076	20	3,615	12,473	21	5.2%	0.09 [-0.53, 0.70]
Latimer 2006 (7)	1,297	2,576	74	1,023	2,434	73	11.9%	0.11 [-0.21, 0.43]
Mueser 2004 (8)	2,095	2,888	68	720	1,621	67	11.2%	0.58 [0.24, 0.93]
Oshima 2014 (9)	211,500	388,700	18	36,500	116,900	19	4.6%	0.60 [-0.06, 1.26]
Twamley 2012 (10)	2,047	3,018	30	607	1,174	28	6.5%	0.61 [0.08, 1.14]
Wong 2008 (11)	2,300	3,100	46	1,100	2,200	46	9.1%	0.44 [0.03, 0.86]
Total (95% CI)			**544**			**566**	**100.0%**	**0.30 [0.14, 0.46]**

Heterogeneity: Tau² = 0.03; Chi² = 16.74, df = 10 (P = 0.08); I² = 40%
Test for overall effect: Z = 3.74 (P = 0.0002)



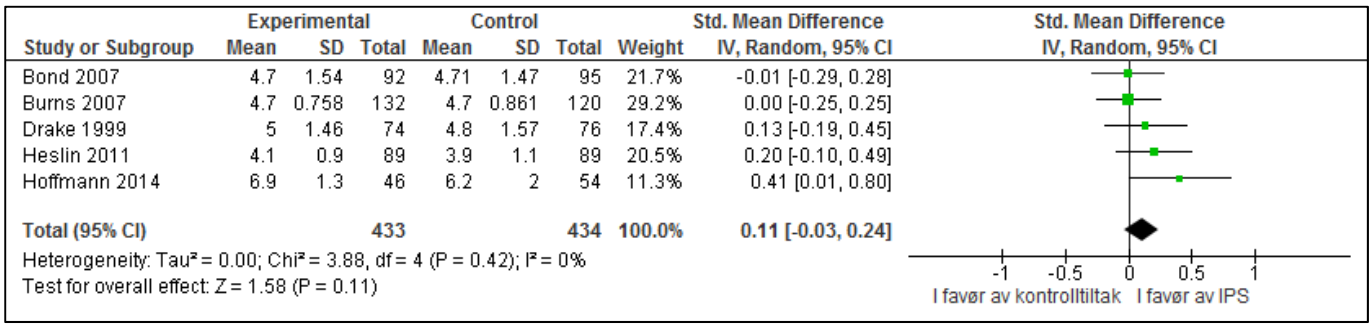
Footnotes
(1) Total inntekt 18 mnd, euro (SD for kontrollgruppen var ikke oppgitt og er satt likt som eksperimentgr)
(2) Total inntekt, 24 mnd, dollar
(3) Total årsinntekt, dollar
(4) Total inntekt etter 18 mnd, dollar
(5) Årlig total inntekt 5 år, sveitsiske franc
(6) Totalinntekt 6 mnd, Australske dollar
(7) Totalinntekt 12 mnd, kanadiske dollar
(8) Total inntekt 24 mnd, dollar
(9) Total inntekt 6 mnd, japanske yen
(10) Total inntekt 12 mnd, dollar
(11) Total inntekt 18 mnd, dollar

I studien av ryggmargsskadde (Ottomanelli 2014) var inntekt per uke i andre år av prosjektperioden US$ 251 (SD 276) i tiltaksgruppen og US$ 70,4 (SD 110,9) i kontrollgruppen. Det viser en gjennomsnittlig forskjell på US$ 180,6 (KI 115,5 til 245,7), det vil si en signifikant forskjell.

Livskvalitet

Tretten av de 21 studiene med utvalg med psykiske lidelser oppgir at de har målt livskvalitet. Alle bruker versjoner av standardiserte måleinstrumenter: *Lehman Quality of Life Interview* (n=5), *Manchester Short Assessment of Quality of Life* (n=3), *Wisconsin Quality of Life Index* (n=2), *Lancashire Quality of Life Profile* (n=1), W*orld Health Organization Quality of Life Scale* (n=1) og *Recovery Assessment Scale* (n=1). Sistnevnte målte kun livskvalitet som en del av en sammensatt skala. Oppfølgingstid var fra 12 måneder til 5 år. Fem av de 13 studiene gav tilstrekkelig informasjon til at vi kunne regne ut en effektstørrelse, men kun to av disse målte med samme instrument. Vi bruker derfor en standardisert gjennomsnittsforskjell (SMD) i metaanalysen, figur 5. Resultatet viser liten eller ingen forskjell mellom gruppene (SMD 0,11, KI -0,03 til 0,24).

Figur 5. Metaanalyse. Livskvalitet, SMD (5 studier)



I de øvrige åtte studiene oppgis enten ingen tall eller tall som ikke gir grunnlag for utregning av effektstørrelse (tabell 14). Samlet sett ser ikke livskvalitet ut til å øke (mer) i gruppen som får IPS sammenlignet med gruppen som får kontrolltiltak.

Tabell 14. Resultattabell, IPS vs. annet tiltak. Livskvalitet (7 studier)

Studie	**Tiltak**	**Kontroll**	**Resultat**
Bejerholm 2015	Median 55.0, range 36-70	Median 51, range 34-71	(ikke mulig å regne ut resultater)
Bond 2015	*Recovery Assessment Scale* inkl livskvalitet: 4.14 (SD 0,57)	*Recovery Assessment Scale* inkl livskvalitet: 4.14 (SD 0.49)	Ikke sign.
Drake 1996	(ikke rapp.)	(ikke rapp.)	Ikke sign.
Latimer 2006	(ikke rapp.)	(ikke rapp.)	Ikke sign.
Michon 2014	(ikke rapp.)	(ikke rapp.)	Ikke sign.
Mueser 2004	(ikke rapp.)	(ikke rapp.)	Ikke sign.
Twamley 2012	Gruppen som kom i arbeid: gj.snitt=4.65. Gruppen som ikke kom i arbeid: gj. snittt=3.54		(ikke mulig å regne ut resultater)
Wong 2008	(ikke rapp.)	(ikke rapp.)	Ikke sign.

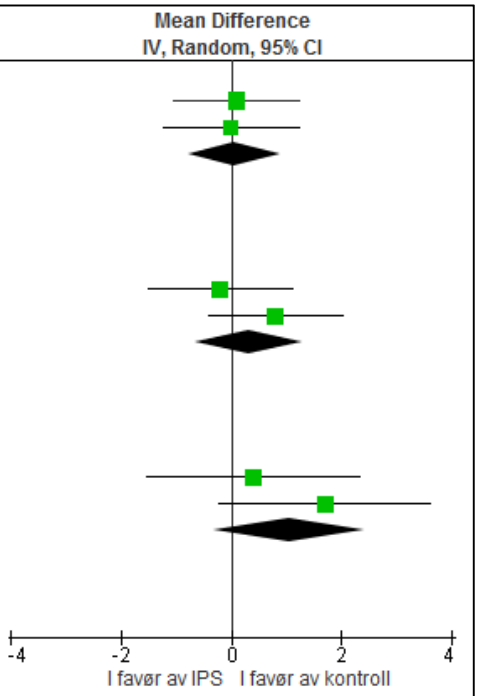
I studien av ryggmargsskadde (Ottomanelli 2014) ble det målt fysisk og psykisk helserelatert livskvalitet etter ett år (ingen måling ved to år). I tiltaksgruppen var resultatene henholdsvis 29,3 (SD 7,7) og 55,1 (SD 14.3), mens i kontrollgruppen var de 27,6 (SD 7,9) og 55,0 (SD 14,2). Den gjennomsnittlig forskjellen var 1,7 (KI -3,42 til 6,82) for livskvalitet fysisk del og 0,1 (KI -4,36 til 4,56) for livskvalitet psykisk del. Det var med andre ingen effekt når det gjaldt livskvalitet.

Psykiske symptomer og psykisk/fysisk funksjonsevne

Åtte av studiene med utvalg med psykiske lidelser rapporterte at de måler symptomer på psykiske lidelser. Fire studier målte psykiske symptomer med *The Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS, vurdering av positive, negative og allmenne psykosesymptomer); fire studier målte med *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS, enklere vurdering av psykosesymptomer); én studie målte med *Mental Health Inventory-5*; og én studie målte med *Hospital Anxiety and Depression Scale*.[3] (To studier målte med to instrumenter.) Fem av studiene rapporterte ikke resultater, kun at forskjellen mellom gruppene ikke var signifikant. De to studiene som rapporterte resultater på PANNS kan sammenstilles i en metaanalyse (figur 6), mens de andre presenteres i tabell (tabell 15). Samlet sett er det liten eller ingen effekt av IPS sammenlignet med kontrolltiltak når det gjelder symptomer på psykiske lidelser.

Figur 6. Metaanalyse. Psykiske symptomer, PANSS (2 studier)

Study or Subgroup	IPS Mean	IPS SD	IPS Total	Annet tiltak Mean	Annet tiltak SD	Annet tiltak Total	Weight	Mean Difference IV, Random, 95% CI
1.2.1 Positve symptomer								
Burns 2007	12.7	4.84	132	12.6	4.4	120	53.9%	0.10 [-1.04, 1.24]
Hoffmann 2014	8.8	2.9	46	8.8	3.4	54	46.1%	0.00 [-1.23, 1.23]
Subtotal (95% CI)			**178**			**174**	**100.0%**	**0.05 [-0.78, 0.89]**
Heterogeneity: Tau² = 0.00; Chi² = 0.01, df = 1 (P = 0.91); I² = 0%								
Test for overall effect: Z = 0.13 (P = 0.90)								
1.2.2 Negative symptomer								
Burns 2007	13.3	5.13	132	13.5	5.47	120	46.9%	-0.20 [-1.51, 1.11]
Hoffmann 2014	9.8	3.4	46	9	2.7	54	53.1%	0.80 [-0.42, 2.02]
Subtotal (95% CI)			**178**			**174**	**100.0%**	**0.33 [-0.65, 1.31]**
Heterogeneity: Tau² = 0.08; Chi² = 1.20, df = 1 (P = 0.27); I² = 16%								
Test for overall effect: Z = 0.66 (P = 0.51)								
1.2.3 Generelle symptomer								
Burns 2007	29.3	7.82	132	28.9	7.87	120	49.6%	0.40 [-1.54, 2.34]
Hoffmann 2014	23.4	5.2	46	21.7	4.5	54	50.4%	1.70 [-0.22, 3.62]
Subtotal (95% CI)			**178**			**174**	**100.0%**	**1.06 [-0.31, 2.42]**
Heterogeneity: Tau² = 0.00; Chi² = 0.87, df = 1 (P = 0.35); I² = 0%								
Test for overall effect: Z = 1.51 (P = 0.13)								
Test for subgroup differences: Chi² = 1.50, df = 2 (P = 0.47), I² = 0%								



[3] De to instrumentene som måler symptomer på psykose (PANSS og BPRS) bygger på observasjon/intervju, dvs. at det er en fagpersons vurdering.

Tabell 15. Resultattabell, IPS vs. annet tiltak. Psykiske symptomer (8 studier)

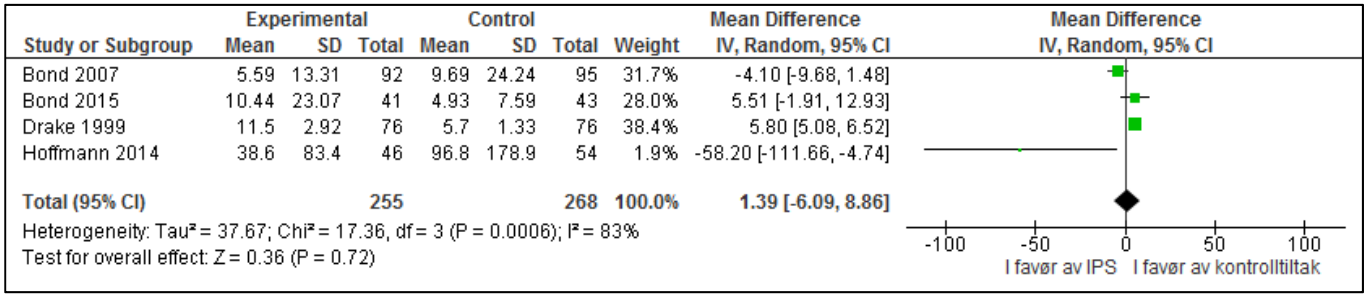
Studie	Måleinstrument	Tiltak	Kontroll	Resultat
Bond 2007	PANSS (lavere skåre betyr færre symptomer)	(ikke rapp.)	(ikke rapp.)	Ikke sign.
Burns 2007	*Hospital Anxiety and Depression Scale*, Angst (lavere skåre betyr færre symptomer)	6,5 (SD 4,53)	6,4 (SD 4,30)	0,10 (KI -0,99 til 1,19)
	Hospital Anxiety and Depression Scale, Depresjon	6,1 (SD 4,24)	6,2 (SD 4,56)	-0,10 (KI -1,19 til 0,99)
Drake 1996	*Brief Psychiatric Rating Scale* (lavere skåre betyr færre symptomer)	(ikke rapp.)	(ikke rapp.)	Ikke sign.
Drake 1999	*Brief Psychiatric Rating Scale* (total)	39,2 (SD 1,19)	41,1 (SD 1,54)	Ikke sign.
Hoffmann 2014	*Brief Psychiatric Rating Scale*	(ikke rapp.)	(ikke rapp.)	Ikke sign.
Michon 2014	*Mental Health Inventory-5* (høyere skåre betyr færre symptomer)	(ikke rapp.)	(ikke rapp.)	Ikke sign.
Mueser 2004	PANSS	(ikke rapp.)	(ikke rapp.)	Ikke sign.
Wong 2008	*Brief Psychiatric Rating Scale*	(ikke rapp.)	(ikke rapp.)	Ikke sign.

I studien av ryggmargsskadde (Ottomanelli 2014) ble det målt kognitiv og bevegelsesmessig funksjonsevne (*FIM*, totalskåre) etter 12 måneder. (Det var ingen måling etter 24 mnd.) Resultatet var en skåre på 104,7 (SD 17,9) for tiltaksgruppen og 100,4 (SD 21,5) for kontrollgruppen. Gjennomsnittlig forskjell i effekt var 4,30 (KI -2,26 til 10,86), med andre ord ikke signifikant.

Innleggelse på psykiatrisk avdeling

Fem av studiene med utvalg med psykiske lidelser målte innleggelser på psykiatrisk avdeling i prosjektperioden. Fire studier målte antall dager innlagt, mens en studie (Burns 2007) målte prosentvis tid innlagt («*percentage of time spent in hospital*»). Fire studier kunne inkluderes i en metaanalyse, men det er sprikende resultater og høy heterogenitet (figur 7). Her ser det ikke ut til å være noen effekt av IPS på antall dager innlagt i psykiatrisk sykehus sammenlignet med kontrolltiltak. Den siste studien finner at deltakerne i IPS-gruppen hadde signifikant lavere prosentvis tid innlagt (-4,5, KI -8,27 til -0,33).

Figur 7. Metaanalyse. Antall dager innlagt på psykiatrisk sykehus (4 studier)



Kostnadseffektivitet

Seks av 21 studier med utvalg med psykiske lidelser målte kostnadseffektivitet (*cost-benefit*, *cost-effectiveness*), altså effekten av tiltakene sett i forhold til kostnadene. Studiene benytter ulike metoder og mål for å undersøke dette. Alle studiene sammenlignet IPS med kontrolltiltak. Studiene er presentert med resultater i tabell 16 nedenfor. Sett i sammenheng antyder resultatene at IPS kan være mer kostnadseffektivt sammenlignet med kontrolltiltak.

Tabell 16. Resultattabell, IPS vs. annet tiltak. Kostnadseffektivitet (5 studier)

Studie (land), tid	**Kontrolltiltak**	**Premisser / utfallsmål**	**Resultater**
Burns 2007 (Bulgaria, England, Italia, Nederland, Sveits og Tyskland), 18 mnd	Det best tilgjengelige alternativet der studien fant sted. Høy-kvalitet yrkesmessig rehabilitering (Måler nivå på arbeidsløshet lokalt)	- nytten av tiltaket sett i forhold til kostnadene for helse- og sosialtjenesten å drive denne	IPS førte til bedre resultater mht å komme i arbeid til en lavere kostnad for helse- og sosialtjenesten. Nedbrutt på landnivå gjaldt dette for fem av seks lokasjoner.
Drake 1996 (USA), 18 mnd	Gruppeopplæring i ferdigheter rettet mot ar-beid, individuell plassering i jobb med oppfølging, kontakt med helsetjenesten	- kostnad på tiltak sett i forhold til effekt av tiltak - netto nytte av tiltaket sett fra tre perspektiv: deltaker, samfunnet og (skatte-) myndighetene	Kostnaden for de to tiltakene var tilnærmet lik, men effekten var signifikant bedre av IPS (antall i arbeid, timer i arbeid, inntekt) * Selv om IPS førte til at flere kom i jobb, var netto nytte av de to programmene ikke signifikant forskjellig sett fra noen av de tre perspektivene.
Drake 1999 (USA), 18 mnd	Forsterket yrkesrehabilitering, ekstra yrkesveileder, skrittvis tilnærminger, skjermet arbeid	- vil fordelen av IPS (i form av flere i vanlig arbeid) komme med en høyere kostnad?	Kostnaden for de to tiltakene var tilnærmet lik, men effekten var signifikant bedre av IPS (flere timer og uker i vanlig arbeid). Total inntekt var imidlertid tilnærmet lik. Forfatterne ville ikke dra noen klare konklusjoner på lønnsomheten.
Heslin 2011 (England) 12 mnd	Psykososial rehabilitering og dagsenter (tilbud om jobbsøkerkurs mm)	- kost-data (bruk av helse- og sosialtjenester + medisinering) sett ift andel i vanlig arbeid ved to år	Kostnadene for de to tiltakene var tilnærmet lik. Flere fra IPS kom i vanlig arbeid i perioden. IPS ble dermed vurdert som mest kostnadseffektiv.
Hoffmann 2014 (Sveits) , 5 år	Opplæring, skjermet arbeid, ikke oppfølging når man	- samfunnsnytte sett i forhold til kostnad - lønn er samfunnsnytte i form av økt	Kostnaden for de to tiltakene er tilnærmet lik, men effekten er signifikant bedre av IPS (inntekt).

	har kommet i vanlig arbeid	kjøpekraft, økonomisk selvstendighet og økt skatt - kostnad er tiltak og/eller psykisk helsehjelp	IPS var mest lønnsomt enten man ser på inntekt i forhold til kostnad av tiltak, eller man ser på inntekt i forhold til kostand av tiltak og psykisk helsehjelp.
Latimer 2006 (Canada), 12 mnd	Skjermet arbeid el l, tilbud om trening i jobb-søking, fokus på gradvis i vanlig arbeid	- kost-nytte med utg pkt i timer i vanlig arbeid og inntekt - tre perspektiver: helse- og sosialtjenesten, myndighetene for øvrig og samfunnet	IPS hadde signifikant bedre resultater mht komme i vanlig arbeid & inntekt, og IPS hadde lavere kostnader uansett perspektiv

Studien av ryggmargsskadde (Ottomanelli 2014) gjorde en utregning av totale kostnader sett i forhold til kvalitetsjusterte leveår (QUALYs) etter ett år (ingen måling ved to år). Kostnadene for tiltaksgruppen var noe men ikke signifikant lavere enn for kontrollgruppen, og antall QUALYs var også noe men ikke signifikant lavere enn for kontrollgruppen. Samlet sett var ikke IPS mer kostnadseffektivt enn annet tiltak.

Tabell 17: Oppsummeringstabell. Effekt av IPS versus annet tiltak

Populasjon: **Personer med alvorlige psykiske lidelser (21 studier), personer med ryggmargsskader (1 studie)**
Tiltak: **IPS (Individual Placement and Support)**
Kontroll: **Standard tjenestetilbud, annet tiltak**

Utfallsmål, utvalg, oppfølgingstid	Sammenligning av risiko/ sannsynlighet i de to gruppene (95 % KI)		**Relativ effekt (95 % KI)**	**Antall deltakere (studier)**	**Kvaliteten på Dokumentasjonen (GRADE)**
	Kontroll	IPS			
Komme i vanlig arbeid (utvalg med psykiske lidelser), 6 mnd-5 år	208 per 1000	**502 per 1000** (435 til 576)	**RR 2,40** (2,08 til 2,77)	2901 (21 RCTer)	⊕⊕⊕◯ MODERAT [1]
Komme i vanlig arbeid (utvalg med ryggmargsskader), 24 mnd	105 per 1000	**300 per 1000** (144 til 624)	**RR 2,85** (1,37 til 5,93)	157 (1 RCT)	⊕⊕◯◯ LAV [2,3]
Tid i vanlig arbeid (utvalg med psykiske lidelser), 6 mnd-5 år	Gjennomsnittlig tid i vanlig arbeid var 0,9 SMD lengre (fra 0,45 lengre til 1,35 lengre)		**SMD 0,90** (0,45 til 1,35)	1627 (13 RCTer)	⊕⊕⊕◯ MODERAT [1]
Tid i vanlig arbeid (utvalg med psykiske lidelser), 24 mnd (Gold 2006)	Median=360 timer	Median=485 timer	–	143 (1 RCT)	⊕◯◯◯ SVÆRT LAV [4,5]
Tid i vanlig arbeid (utvalg med ryggmargsskader), siste 12 mnd	18,7 uker (SD 13,5)	**22,2 uker** (SD 14,2)	**MD 3,5** (-0,83 til 7,83)	157 (1 RCT)	⊕⊕◯◯ LAV [4]
Inntekt (utvalg med psykiske lidelser), 6 mnd-5 år	Metaanalysen viste en liten men signifikant forskjell i favør av IPS		**SMD 0,30** (0,14-0,46)	1110 (11 RCTer)	⊕⊕⊕◯ MODERAT [1]
Inntekt (utvalg med ryggmargsskader), siste 12 mnd	**US$ 70,4** (SD 110,9)	**US$ 251** (SD 276)	**MD 180,6** (115,5 til 245,7)	157 (1 RCT)	⊕⊕◯◯ LAV [4]
Livskvalitet (utvalg med psykiske lidelser), 18 mnd-5 år	Metaanalysen viste ingen forskjell. Fem studier rapporterte ingen tall men at result. viste ingen forskjell. To studier rapp. ikke sammenlignbare resultater		**SMD for 5 studier 0,11** (-0,03 til 0,24)	1888 (12 RCTer)	⊕⊕◯◯ LAV [1,6]
Livskvalitet fysisk del (utvalg m ryggmargsskader), 12 mnd	27,6 (SD 7,9)	**29,3** (SD 7,7)	**MD 1,7** (-3,42 til 6,82)	157 (1 RCT)	⊕◯◯◯ SVÆRT LAV [4,6]
Livskvalitet psykisk del (utvalg m ryggmargsskader), 12 mnd	55.0 (14.2)	**55,1** (SD 14.3)	**MD 0,1** (-4,36 til 4,56)	157 (1 RCT)	⊕◯◯◯ SVÆRT LAV [4,6]
Psykiske symptomer PANSS positive symptomer, 18-24 mnd	Gjennomsnittlig skåre var 0,05 høyere (fra 0,78 lavere til 0,89 høyere)		**MD 0,05** (-0,78 til 0,89)	352 (2 RCTer)	⊕⊕⊕◯ MODERAT [4]
Psykiske symptomer PANSS negative symptomer, 18-24 mnd	Gjennomsnittlig skåre var 0,33 høyere (fra 0,65 lavere til 1,31 høyere)		**MD 0,33** (-0,65 til 1,31)	352 (2 RCTer)	⊕⊕⊕◯ MODERAT [4]
Psykiske symptomer PANSS generelle symptomer, 18-24 mnd	Gjennomsnittlig skåre var 1,06 høyere (fra 0,31 lavere til 2,42 høyere)		**MD 1,06** (-0,31 til 2,42)	352 (2 RCTer)	⊕⊕⊕◯ MODERAT [4]
Psykiske symptomer PANSS generelle symptomer, 18-24 mnd	Ingen av studiene rapporterte data, kun at det ikke var noen signifikant effekt		**–**	322 (2 RCTer)	⊕⊕◯◯ LAV [4,5]
Psykiske symptomer *Brief Psychiatric Rating Scale*, 18-24 mnd	Ingen av studiene rapporterte data, kun at det ikke var noen signifikant effekt		**–**	341 (3 RCTer)	⊕⊕◯◯ LAV [4,5]

Psykiske symptomer *Hospital Anxiety and Depression Scale* Angst, depr., 18 mnd	Studien rapporterte ingen data, kun at det ikke var noen signifikant effekt		–	152 (1 RCT')	⊕◯◯◯ SVÆRT LAV [4,5,6]
Psykiske symptomer *Mental Health In-ventory-5*, 30 mnd	Studien rapporterte ingen data, kun at det ikke var noen signifikant effekt		–	150 (1 RCT)	⊕◯◯◯ SVÆRT LAV [4,5,6]
Funksjonsevne (FIM total) (utvalg med ryggmargsskader), 12 mnd	100,4 (SD 21,5)	104,7 (SD 17,9)	**MD 4,3** (-2,26 til 10,86)	140 (1 RCT)	⊕⊕◯◯ LAV [4]
Innleggelse på psykiatrisk avdeling (utvalg med psykiske lidelser), 12 mnd-5 år	Metaanalysen viste ingen forskjell på antall dager innlagt. En studie viste lavere prosentvis tid innlagt.		**MD for 4 studier 1,39** (-6,09 til 8,86)	836 (5 RCTer)	⊕⊕◯◯ LAV [1,7]
Kostnadseffektivitet (utvalg med psykiske lidelser), 12 mnd-5 år	IPS og kontrolltiltak så ut til å være like kostbare, men IPS fikk bedre resultater.		–	1045 (6 RCTer)	⊕⊕⊕◯ MODERAT [8]
Kostnad og kvalitetsjusterte leveår (utvalg med ryggmargsskader), 12 m	IPS og kontrolltiltak var like kostbare og produserte like mange kvalitetsjusterte leveår.		–	157 (1 RCT)	⊕⊕◯◯ LAV [4]

1. Flere studier har uklare prosedyrer for randomisering og allokering
2. Antallet hendelser < 300 (ved svært lavt antall og/eller bredt KI er det trukket to)
3. Høyt frafall ved to år
4. Total antall < 400 (ved svært lavt antall og/eller bredt KI er det trukket to)
5. Manglende informasjon, evt andre forhold som kan gi skjevheter
6. Flere studier/studien mangler blinding av deltakere og personell, og dette er et subjektivt utfallsmål.
7. Bredt konfidensintervall
8. Studiene er målt på ulik måte og viser ikke helt konsistente resultater

KI=konfidensintervall. RR=relativ risiko. MD=gjennomsnittlig forskjell. SMD=standardisert gjennomsnittlig forskjell. SD=standardavvik

Dokumentasjonen viser at når vi sammenligner IPS med annet tiltak for personer med alvorlig psykiske lidelser eller ryggmargsskader, så finner vi at:

- Det er trolig at IPS fører til at flere personer med alvorlige psykiske lidelser kommer i arbeid, har lengre tid i vanlig arbeid og har høyere inntekt
- Det er trolig at IPS ikke fører til noen endring når det gjelder symptomer på psykose for personer med alvorlige psykiske lidelser
- Det er trolig at IPS er mer kostnadseffektivt for personer med alvorlige psykiske lidelser
- Det er mulig at IPS fører til at at flere personer med ryggmargsskader kommer i arbeid, har lengre tid i vanlig arbeid (men her omfatter konfidensintervallet ingen effekt) og har høyere inntekt
- Det er mulig at IPS ikke fører til noen endring i livskvalitet, angst/depresjon eller innleggelse på psykiatrisk avdeling for personer med alvorlige psykiske lidelser
- Det er mulig at IPS ikke fører til noen endringer når det gjelder kostnad og kvalitetsjusterte leveår for personer med ryggmargsskader
- Det er usikkert om IPS fører til noen endring i livskvalitet og mulig at IPS ikke fører til noen endring i funksjonsevne for personer med ryggmargsskader

Effekt av forsterket IPS versus annet tiltak

Tre studier har sammenlignet effekten av forsterket utgave av IPS med et kontrolltiltak. De tre inkluderte studiene er til dels ganske ulike. Komponentene som utgjør forsterkningene bestod av medisinkoordinering, diverse sosial støtte samt kostnadsdekning (Drake 2013); arbeidsrettet kognitiv atferdsterapi (Reme 2015); og arbeidsrettet sosial ferdighetstrening (Tsang 2011). Kontrolltiltakene var ulike former for vanlige tjenester (se Vedlegg 5). Én studie hadde i tillegg avvikende populasjon, milde til moderate psykiske lidelser i stedet for alvorlige, og en tredjedel var allerede i arbeid (Reme 2015). Alle tre studiene var RCTer, og oppfølgingstiden var mellom 12 og 24 måneder.

Vi vurderer at studiene (populasjon og tiltak) er for ulike til å kunne slås sammen i en metaanalyse og presenterer i stedet resultatene i tabell og tekst.

Å komme i vanlig arbeid (primært utfallsmål)

Alle de tre studiene i denne sammenligningen målte det å komme i vanlig arbeid (tabell 18). Én studie måler det å *komme* i arbeid eller *komme tilbake* i arbeid (Reme 2015). Vi ser at alle studiene viser positive effekter av forsterket IPS sammenlignet med kontrolltiltak (RR fra 1,19 til 10,84).

Tabell 18. Resultattabell, forsterket IPS vs. annet tiltak. Å komme i vanlig arb. (3 studier)

Studie	Oppfølgingstid	Tiltak (ant./n)	Kontroll (ant./n)	Resultat
Drake 2013	24 mnd	526/1004	347/1051	RR 1,59 (KI 1,43 til 1,76)
Reme 2015	12 mnd	278/630	209/563	RR 1,19 (KI 1,03 til 1,37)
Tsang 2011	15 mnd	41/52	4/55	RR 10,84 (KI 4,18 til 28,15)

Tid i vanlig arbeid

Én studie målte tid i vanlig arbeid (Drake 2013). Resultatene viste at tiltaksgruppen hadde 6,23 måneder i vanlig arbeid (SD 7,48), mens kontrollgruppen hadde 3,65 måneder (SD 6,44). Dette gav en effekt på 2,58 måneder lengre tid i vanlig arbeid for deltakerne i tiltaksgruppen (KI 1,98 til 3,18).

Inntekt

To studier i denne sammenligningen målte inntekt (tabell 19). En studie oppgir ingen inntekt for kontrollgruppen. Den andre studien viste en høyere inntekt per uke i tiltaksgruppen på 41 dollar (KI 28,89 til 53,11).

Tabell 19. Resultattabell, forsterket IPS vs. annet tiltak. Inntekt (2 studier)

Studie	Tid/mål	Tiltak	Kontroll	Resultat
Drake 2013	24 mnd, ukentlig inntekt i hovedjobb	117 (SD 139) (n=1004)	76 (SD 141) (n=1051)	MD 41,00 (KI 28,89 til 53,11)
Tsang 2011	15 mnd, lønn per jobb	26,9 (SD 9,62) (n=52)	ikke rapp. (n=55)	– (ikke mulig å regne ut)

Livskvalitet

To studier målte livskvalitet med ulike måleinstrumenter (tabell 20). Begge studiene viste en effekt, det vil si, tiltaksgruppen skåret noe høyere på målt livskvalitet.

Tabell 20. Resultattabell, forsterket IPS vs. annet tiltak. Livskvalitet (2 studier)

Studie	**Måleinstrument**	**Tiltak**	**Kontroll**	**Resultat**
Drake 2013	*Quality of Life Interview*	4,23 (SD 1,47) (n=1004)	4,01 (SD 1,57) (n=1051)	MD 0,23 (KI 0,10 til 0,36)
Reme 2015	EQ5D (*health-related quality of life*)	65, 64 (SE 1,15) (n=376)	61,57 (SE 1,41) (n=251)	MD 4,07 (KI 3,86 til 4,28)

Psykiske symptomer

To studier i denne sammenligningen målte psykiske symptomer med ulike instrumenter (tabell 21). Begge studiene fant effekter i favør av forsterket IPS, altså en nedgang i psykiske symptomer. (Se flere resultater i Vedlegg 6, tabell 29.)

Tabell 21. Resultattabell, forsterket IPS vs. annet tiltak. Psykiske symptomer (2 studier)

Studie	**Måleinstrument**	**Tiltak**	**Kontroll**	**Resultat**
Drake 2013	*Short-Form Health Survey, mental component* (høyere skåre betyr friskere)	38,79 (SD 13,30)	35,91 (SD 13,18)	MD 2,88 (KI 0,77 til 4,99)
Reme 2015	*Hospital Anxiety and Depression Scale* (lavere skåre betyr friskere)	13,0 (SE 0,43) (SD 8,34)	15,12 (SE 0,53) (SD 8,40)	MD -2,12 (KI -3,46 til -0,78)

Innleggelse på psykiatrisk avdeling

Én studie målte antall dager innlagt i psykiatrien (Drake 2013). Gjennomsnittet i tiltaksgruppen var 5,74 dager (SD 16,31) og i kontrollgruppen 7,37 dager (SD 18,96). Studien finner at tiltaket gir i gjennomsnitt 1,63 færre dager innlagt (KI -3,16 til -0,10).

Kostnadseffektivitet

Reme (2015) kalkulerte kostnadene (behandlings- og NAV-tjenester) og nytten (komme i/komme tilbake til arbeid) for de første 12 månedene. Kostnadene for forsterket IPS lå noe høyere enn for kontrolltiltaket, og flere i tiltaksgruppen enn i kontrollgruppen kom i vanlig arbeid. Samlet sett var ikke tiltaket kostnadseffektivt, kun for undergruppen langtidsledige (som viste en større effektstørrelse). Bedring i helse og livskvalitet er ikke tatt med i regnestykket.

Tabell 22: Oppsummeringstabell. Effekt av forsterket IPS versus annet tiltak

Populasjon: **Personer med milde, moderate (Reme 2015) og alvorlige psykiske lidelser (Drake 2013, Tsang 2011)**
Tiltak: **Forsterket IPS (Drake 2013= medisinkoordinering, sosial støtte og kostnadsdekning; Reme 2015= arbeidsrettet kognitiv atferdsterapi; Tsang 2011= arbeidsrettet sosial ferdighetstrening)**
Kontroll: **Kontrolltiltak**

Utfallsmål	Sammenligning av risiko/ sannsynlighet i de to grupper (95 % KI)		**Relativ effekt (95 % KI)**	**Antall Deltakere (studier)**	**Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)**
	Kontroll	Forsterket IPS			
Komme i vanlig arbeid (24 mnd) (Drake 2013)	330 per 1000	**525 per 1000** (469 til 581)	**RR 1,59** (1,43 til 1,76)	2055 (1 RCT)	⊕⊕⊕◯ MODERAT [1]
Komme i vanlig arbeid (12 mnd) (Reme 2015)	371 per 1000	**442 per 1000** (382 til 509)	**RR 1,19** (1,03 til 1,37)	1193 (1 RCT)	⊕⊕⊕⊕ HØY
Komme i vanlig arbeid (15 mnd) (Tsang 2011)	73 per 1000	**788 per 1000** (304 til 1000)	**RR 10,84** (4,18 til 28,15)	107 (1 RCT)	⊕◯◯◯ SVÆRT LAV [2,3]
Tid i vanlig arbeid (24 mnd) (Drake 2013)	3,65 mnd (6,44)	6,23 mnd (7,48)	**MD 2,58** (1,98 til 3,18)	2055 (1 RCT)	⊕⊕⊕◯ MODERAT [1]
Inntekt (24 mnd, hovedjobb per uke) (Drake 2013)	I gjennomsnitt US$ 41 høyere inntekt i uken (fra 28,9 høyere til 53,1 høyere)		**MD 41,0** (28,9 til 53,1)	2055 (1 RCT)	⊕⊕⊕◯ MODERAT [1]
Inntekt (15 mnd) (Tsang 2011)	Tiltaksgruppen tjente i gjennomsnitt $26,9 per jobb; ingen rapportering for kontrollgruppen (få fikk arbeid)		–	107 (1 RCT)	⊕◯◯◯ SVÆRT LAV [2,4,5]
Livskvalitet (*Quality of Life Inter-view*) (Drake 2013)	4,01 (SD 1,57)	4,23 (SD 1,47)	**MD 0,23** (0,10 til 0,36)	2055 (1 RCT)	⊕⊕◯◯ LAV [1,6]
Livskvalitet (*EQ5D, health-related qual o life*) (Reme 2015)	61,57 (SE 1,41)	65, 64 (SE 1,15)	**MD 4,07** (3,86 til 4,28)	627 (1 RCT)	⊕⊕◯◯ LAV [6,7]
Psykiske symptomer (*Short-Form Health Survey, mental component*) (Drake 2013)	35,91 (SD 13,18)	38,79 (SD 13,30)	**MD 2,88** (0,77 til 4,99)	2055 (1 RCT)	⊕⊕◯◯ LAV [1,6]
Psykiske symptomer (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) Totalskåre (Reme 2015)	15,12 (SD 8,40)	13,0 (SD 8,34	**MD -2,12** (-3,46 til -0,78)	627 (1 RCT)	⊕⊕◯◯ LAV [6,7]
Innleggelser på psyk. avdeling (Drake 2013)	7,37 dager (SD 18,96)	5,74 dager (SD 16,31)	MD -1,63 (-3,16 til -0,10)	2055 (1 RCT)	⊕⊕⊕◯ MODERAT [1]
Kostnadseffektivitet (Reme 2015) første år	Tiltaket hadde høyere kostnad enn kontroll, dette ble ikke utlignet av kun mål for å komme tilbake i arbeid		–	615 (1 RCT)	⊕⊕⊕◯ MODERAT [8]

1. Uklare prosedyrer for allokering
2. Uklare prosedyrer for randomisering og allokering
3. Antall hendelser < 300 (ved svært lavt antall og/eller bredt KI trekkes to)
4. Totalt antall deltakere < 400 (ved svært lavt antall og/eller bredt KI trekkes to)
5. Mangelfull rapportering
6. Ingen blinding av deltakere, personell og/eller utfallsmåler og utfallsmålet er subjektivt
7. Høyt frafall for disse utfallsmålene (48%)
8. Omfatter ikke alle deltakerne i studien men kun rekrutterte første år

KI=konfidensintervall. RR=relativ risiko. MD=gjennomsnittlig forskjell. SMD=standardisert gjennomsnittlig forskjell. SD=standardavvik

Dokumentasjonen viser at når vi sammenligner forsterket IPS med annet tiltak for personer med milde, moderate og alvorlige psykiske lidelser, så finner vi at:

- Noen flere personer med milde til moderate psykiske lidelser kommer i arbeid eller kommer tilbake i arbeid som en effekt av IPS forsterket med arbeidsrettet kognitiv atferdsterapi
- IPS forsterket med arbeidsrettet kognitiv atferdsterapi vil ikke være kostnadseffektivt for personer med milde til moderate psykiske lidelser
- Det er trolig at flere personer med alvorlige psykiske lidelser kommer i arbeid, er lengre tid i vanlig arbeid og får høyere inntekt som en effekt av IPS forsterket med medisinkoordinering, sosial støtte og kostnadsdekning
- Det er trolig personer med alvorlige psykiske lidelser får noe færre innleggelser på psykiatrisk avdeling som en effekt av IPS forsterket med medisinkoordinering, sosial støtte og kostnadsdekning
- Det er mulig at personer med alvorlige psykiske lidelser får en økning i livskvalitet som en effekt av IPS forsterket med medisinkoordinering, sosial støtte og kostnadsdekning, eller som en effekt av IPS forsterket med arbeidsrettet sosial ferdighetstrening
- Det er mulig at personer med alvorlige psykiske lidelser får en bedring i psykiske symptomer som en effekt av IPS forsterket med medisinkoordinering, sosial støtte og kostnadsdekning
- Det er mulig at personer med milde til moderate psykiske lidelser får en bedring i psykiske symptomer som en effekt av IPS forsterket med arbeidsrettet kognitiv atferdsterapi
- Det er usikkert om flere personer med alvorlige psykiske lidelser kommer i arbeid eller får høyere inntekt som en effekt av IPS forsterket med arbeidsrettet sosial ferdighetstrening

Effekt av forsterket IPS versus standard IPS

Fire studier sammenlignet en forsterket utgave av IPS med en tilnærmet standard variant av IPS. (I studien av Bell 2008 var begge utgavene av IPS også forsterket med ukentlige gruppemøter med psykolog, samt økonomisk støtte til arbeidsgiver grupper. Denne studien hadde også et vanlig program på 12 mnd mens målingen pågår i 12 mnd til.) Alle hadde utvalg der deltakerne hadde alvorlige psykiske lidelser. Tre av tiltakene hadde en tilleggskomponent som besto av kognitiv/sosial ferdighetstrening. I den fjerde studien (Craig 2014) var tilleggskomponenten opplæring av behandlerne i metoden motiverende intervju (MI). Alle studiene var RCTer og oppfølgingstid var fra 12 mnd til tre år.

Vi vurderer at de tre studiene med kognitiv tilleggskomponent er tilstrekkelig like til at de kan slås sammen i en metaanalyse.

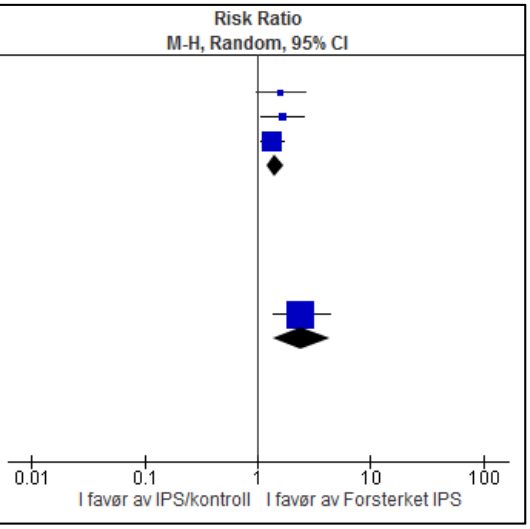
Å komme i vanlig arbeid (primært utfallsmål)

Alle de fire studiene har målt effekten av de ulike forsterkede variantene av IPS på det å komme i vanlig arbeid, sammenlignet med en tilnærmet standard utgave av IPS. Vi har slått sammen de tre som har en kognitiv/sosial ferdighetskomponent i en metaanalyse (figur 8). De viser en samlet relativ risiko på 1,43 (KI 1,19 til 1,72).

Den siste studien der ansatte fikk MI-opplæring har vi lagt inn i figuren, men uten å inkludere den i metaanalysen. Denne studien viser en relativ risiko på 2,42 (KI 1,35 til 4,32). Alle variantene av forsterket IPS får dermed flere i vanlig arbeid sammenlignet med tilnærmet standard IPS.

Figur 8. Metaanalyse og forest plot. Å komme i vanlig arbeid (4 studier)

Study or Subgroup	Forsterket IPS/SE Events	Forsterket IPS/SE Total	IPS/SE (kontroll) Events	IPS/SE (kontroll) Total	Weight	Risk Ratio M-H, Random, 95% CI
1.1.1 Kogntiiv/sosial ferdighetskomponent						
Bell 2008	23	38	13	34	13.8%	1.58 [0.96, 2.61]
McGurk 2015	34	57	18	50	18.8%	1.66 [1.08, 2.54]
Tsang 2011	48	58	40	65	67.4%	1.34 [1.07, 1.68]
Subtotal (95% CI)		**153**		**149**	**100.0%**	**1.43 [1.19, 1.72]**
Total events	105		71			
Heterogeneity: Tau² = 0.00; Chi² = 1.01, df = 2 (P = 0.60); I² = 0%						
Test for overall effect: Z = 3.79 (P = 0.0001)						
1.1.2 MI-opplæring til ansatte						
Craig 2014	29	67	12	67	100.0%	2.42 [1.35, 4.32]
Subtotal (95% CI)		**67**		**67**	**100.0%**	**2.42 [1.35, 4.32]**
Total events	29		12			
Heterogeneity: Not applicable						
Test for overall effect: Z = 2.98 (P = 0.003)						



Tid i vanlig arbeid

To studier målte hvor lenge deltakerne var i vanlig arbeid. En av de to oppgir ingen standardavvik. Vi utfører derfor ingen metaanalyse men presenterer i stedet resultatene i en tabell (tabell 23). Resultatene tyder på at deltakerne i forsterket IPS hadde mer tid i vanlig arbeid, sammenlignet med deltakerne i ordinær IPS.

Tabell 23. Resultattabell, forsterket IPS vs. standard IPS. Tid i vanlig arbeid (2 studier)

Studie	Oppfølgingstid	Tiltak	Kontroll	Resultat
Bell 2008	12 mnd + 12 mnd	638,7 timer (SD --) (n=38)	578 timer (SD --) (n=34)	– (kan ikke regnes ut)
McGurk 2015	24 mnd	23,9 uker (SD 31,4) (n=57)	9,2 uker (SD 19,6) (n=50)	14,70 (KI 4,90 til 24,50)

Inntekt

To studier måler inntekt for deltakerne i de to tiltakene (tabell 24). Én av studiene rapporterte ingen tall, kun at det ikke var noen signifikant forskjell mellom tiltakene når det gjaldt inntekt. Den andre studien fant en økning i inntekt på to år i tiltaksgruppen, men forskjellen var ikke signifikant.

Tabell 24. Resultattabell, forsterket IPS vs. standard IPS. Inntekt (2 studier)

Studie	Oppfølgingstid	Tiltak	Kontroll	Resultat
McGurk 2015	24 mnd	US$ 3512 (SD 5713) (n=57)	US$ 2171 (SD 4900) (n=50)	US$ 1341 (KI -670 til 3352)
Tsang 2011	3 år	Ingen data rapportert (n=58)	Ingen data rapportert (n=65)	Ikke sign.

Livskvalitet

Én studie (McGurk 2015) målte livskvalitet. Studien rapporterte ingen tall, men oppga av det ikke var noen signifikante forskjeller mellom tiltaksgruppe og kontrollgruppe.

Psykiske symptomer

Én studie målte psykiske symptomer på psykose med *Expanded Brief Psychiatric Rating Scale* men finner ingen effekt av forsterket IPS sammenlignet med ordinær IPS (rapporterer ingen tall).

Tabell 25: Oppsummeringstabell. Effekt av forsterket IPS vs standard IPS

Populasjon: **Personer med alvorlige psykiske lidelser**
Tiltak: **Forsterket IPS (kognitiv/sosial trening til deltakere (Bell 2008, McGurk 2015, Tsang 2011), MI-opplæring til ansatte (Craig 2014)**
Kontroll: **Standard IPS**

Utfallsmål (18 mnd)	Sammenligning av risiko/ sannsynlighet i de to gruppene (95 % KI)		**Relativ effekt (95 % KI)**	**Antall Deltakere (studier)**	**Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)**
	Standard IPS	Forsterket IPS			
Komme i vanlig arbeid (kognitiv forsterkning)	447 per 1000	**681 per 1000** (567 til 820)	**RR 1,43** (1,19 til 1,72)	302 (3 RCTer)	⊕⊕⊕◯ MODERAT [1]
Komme i vanlig arbeid (MI-opplæring)	179 per 1000	**433 per 1000** (242 til 774)	**RR 2,42** (1,35 til 4,32)	134 (1 RCT)	⊕⊕◯◯ LAV [1,2]
Tid i vanlig arbeid (Bell 2008)	578 timer	638,7 timer	–	72 (1 RCT)	⊕◯◯◯ SVÆRT LAV [1,3,4]
Tid i vanlig arbeid (McGurk 2015)	9,2 uker (SD 19,6)	23,9 uker (SD 31,4)	**MD 14,7** (4,9 til 24,5)	107 (1 RCT)	⊕⊕◯◯ LAV [1,4]
Inntekt (McGurk 2015)	US$ 2171 (SD 4900)	US$ 3512 (SD 5713)	**MD 1341** (-670 til 3352)	107 (1 RCT)	⊕⊕◯◯ LAV [1,4]
Inntekt (Tsang 2011)	Studien rapporten ingen data, bare at det ikke var noen forskjell mellom gruppene		–	123 (1 RCT)	⊕◯◯◯ SVÆRT LAV [1,3,4]
Livskvalitet (*Quality of Life Scale*) (McGurk 2015)	Studien rapporten ingen data, bare at det ikke var noen forskjell mellom gruppene		–	107 (1 RCT)	⊕◯◯◯ SVÆRT LAV [1,3,4,5]
Psykiske symptomer (*Expanded Brief Psychiatric Rating Scale*) (McGurk 2015)	Studien rapporten ingen data, bare at det ikke var noen forskjell mellom gruppene		–	107 (1 RCT)	⊕◯◯◯ SVÆRT LAV [1,3,4]

1. Uklare prosedyrer for randomisering og/eller allokering
2. Antallet hendelser < 300, lav N (ved svært lavt antall og/eller bredt KI trekkes to)
3. Mangelfull rapportering
4. Totalt antall deltaklere < 400 (ved svært lavt antall og/eller bredt KI trekkes to)
5. Ingen blinding av deltakere og personell, og utfallsmålet er subjektivt.

KI=konfidensintervall. RR=relativ risiko. MD=gjennomsnittlig forskjell. SMD=standardisert gjennomsnittlig forskjell. SD=standardavvik

Dokumentasjonen viser at når vi sammenligner forsterket IPS med standard IPS for personer med alvorlige psykiske lidelser, så finner vi at:

- Det er trolig at IPS forsterket med kognitivt tilleggsprogram fører til at flere kommer i arbeid
- Det er mulig at IPS forsterket med MI-opplæring for ansatte fører til at flere kommer i arbeid
- Det er mulig at IPS forsterket med kognitivt tilleggsprogram fører til at deltakerne er lenger i arbeid
- Det er mulig at IPS forsterket med kognitivt tilleggsprogram ikke har noen effekt på inntekt
- Det er usikkert om IPS forsterket med kognitivt tilleggsprogram har noen effekt på livskvalitet eller på psykiske symptomer

Effekt av IPS Lite vs. standard IPS

Én studie sammenlignet en enklere versjon av IPS (IPS Lite) med standard IPS (Burns 2015) for et utvalg med psykiske lidelser (over halvparten hadde psykotiske lidelser). Hensikten var å teste om en enklere og dermed rimeligere variant av IPS vil gi like gode resultater. Prosjekttiden var 18 måneder, men deltakerne i IPS Lite fikk kun hjelp til å søke arbeid i ni måneder og støtte i jobb (når de fikk det) i fire måneder. Deltakerne i standard IPS fikk vanlig søkehjelp og jobbstøtte i hele prosjektperioden. Resultatene er presentert i tabell 26 nedenfor. Ingen av resultatene viser bedre eller dårlige effekt av IPS Lite sammenlignet med standard IPS.

Tabell 26: Oppsummeringstabell. Effekt av IPS Lite versus standard IPS

Populasjon: **Personer med alvorlige psykiske lidelser**
Tiltak: **IPS Lite**
Kontroll: **Standard IPS**

Utfallsmål (18 mnd)	Sammenligning av risiko/ sannsynlighet i de to gruppene (95 % KI)		**Relativ effekt (95 % KI)**	**Antall Deltakere (studier)**	**Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)**
	Standard IPS (n=61)	IPS Lite (n=62)			
Komme i vanlig arbeid (18 mnd)	458 per 1000	**407 per 1000** (270 til 613)	**RR 0,89** (0,59 til 1,34)	118 RCT)	⊕⊕◯◯ LAV [1]
Tid i vanlig arbeid (dager)	Median=74	**Median=44**	–	118 (1 RCT)	⊕◯◯◯ SVÆRT LAV [2,3]
Livskvalitet (*Manchester Short As-sessment of Quality of Life*)	4,6 (SD 0,91)	**4,4** (SD 0,8)	**MD -0,20** (-0,55 til 0,15)	91 (1 RCT)	⊕◯◯◯ SVÆRT LAV [2,4]
Psykiske symptomer, symptomer på psykose (*Brief Psych. Rating Scale*)	38,1 (SD 9,13)	**39,4** (SD 9,73)	**MD 1,30** (-2,60 til 5,20)	90 (1 RCT)	⊕⊕◯◯ LAV [2]
Angst (*Hospital Anxiety and Depression Scale*)	8,4 (SD 4,53)	**8,5** (SD 4,31)	**MD 0,10** (-1,73 til 1,93)	90 (1 RCT)	⊕◯◯◯ SVÆRT LAV [2,4]
Depresjon (*Hospital Anxiety and Depression Scale*)	5,3 (SD 5,1)	**6,4** (SD 4,34)	**MD 1,10** (-0,87 til 3,07)	90 (1 RCT)	⊕◯◯◯ SVÆRT LAV [2,4]
Innleggelser på psykiatrisk avdeling (antall)	197 per 1000	**161 per 1000** (75 til 346)	**RR 0,82** (0,38 til 1,76)	123 (1 RCT)	⊕⊕◯◯ LAV [2]
Kostnadseffektivitet	Tiltakene er like effektive, og ved lavere kostnader for IPS Lite blir denne mer kostnadseffektiv		–	123 (1 RT)	⊕◯◯◯ SVÆRT LAV [2,5]

1. Antallet hendelser < 300 (ved svært lavt antall og/eller bredt KI trekkes to)
2. Totalt antall deltakere < 400 (ved svært lavt antall og/eller bredt KI trekkes to)
3. Mangelfull rapportering
4. Ikke blinding av deltakere, personell eller de som måler utfallet, og utfallsmålet er subjektivt.
5. Kostnader er ikke målt presist

KI=konfidensintervall. RR=relativ risiko. MD=gjennomsnittlig forskjell. SMD=standardisert gjennomsnittlig forskjell. SD=standardavvik

Dokumentasjonen viser at når vi sammenligner IPS Lite med standard IPS for personer med alvorlig psykiske lidelser, så finner vi at:

- Det er mulig at IPS Lite fører til liten eller ingen forskjell når det gjelder å komme i vanlig arbeid
- Det er usikkert om IPS Lite fører til lengre (eller kortere) tid i vanlig arbeid
- Det er mulig at IPS Lite ikke fører til flere eller færre symptomer på psykose
- Det er usikkert om IPS Lite har bedre eller dårligere effekt på livskvalitet, angst eller depresjon
- Det er mulig at IPS Lite ikke fører til flere eller færre innleggelser på psykiatrisk avdeling
- Det er usikkert om IPS Lite er mer kostnadseffektivt

Overførbarhet

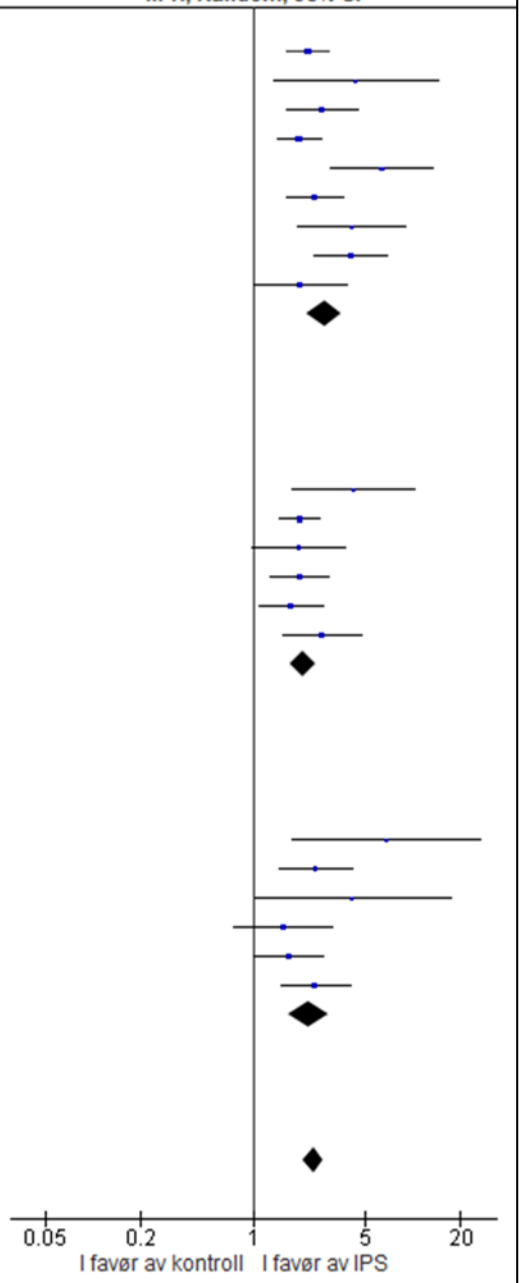
Geografisk/kulturell kontekst

For å undersøke om det er forskjeller mellom studier fra USA og studier fra andre land har vi foretatt en subgruppeanalyse med dette som utgangspunkt. Bakgrunnen for dette er en antagelse om at lover og reguleringer på særlig det amerikanske arbeidsmarkedet gir mulighet for lettere å komme i arbeid og lettere å miste arbeid. I tillegg kan økonomiske systemer og velferdsordninger variere. Vi tar utgangspunkt i de 21 studiene fra sammenligningen av IPS vs annet tiltak for utvalg med alvorlige psykiske lidelser. Figur 2 viste lav heterogenitet, som tilsier relativt små variasjoner i effekt mellom studiene. For å illustrere viser vi likevel her en subgruppeanalyse der vi har delt studiene inn i tre grupper: studier fra USA, studier fra Europa (Bulgaria, England, Italia, Nederland, Sveits, Sverige og Tyskland) og studier fra andre land (Canada, Australia, Japan og Hong Kong).

Figur 9 viser ingen signifikante forskjeller mellom de tre gruppene (p=0,16). Dersom vi kun sammenligner studier fra USA og Europa øker forskjellen (p=0,06), se metaanalyse i Vedlegg 6 (figur 14). IPS har en klar effekt uavhengig av geografisk/kulturell kontekst.

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

Study or Subgroup	Experimental (IPS) Events	Experimental (IPS) Total	Control (TAU, diverse) Events	Control (TAU, diverse) Total	Weight	Risk Ratio M-H, Random, 95% CI
1.5.1 Studier fra USA						
Bond 2007	69	92	32	95	9.2%	2.23 [1.64, 3.02]
Bond 2015	13	42	3	43	1.4%	4.44 [1.36, 14.46]
Davis 2012	32	42	12	43	5.3%	2.73 [1.64, 4.54]
Drake 1996	57	73	27	67	9.0%	1.94 [1.41, 2.66]
Drake 1999	45	76	7	76	3.1%	6.43 [3.10, 13.34]
Gold 2006	42	66	20	77	6.8%	2.45 [1.61, 3.72]
Lehman 2002	31	113	7	106	2.8%	4.15 [1.91, 9.03]
Mueser 2004	50	68	12	67	5.0%	4.11 [2.41, 6.99]
Twamley 2012	17	30	8	28	3.6%	1.98 [1.02, 3.85]
Subtotal (95% CI)		**602**		**602**	**46.1%**	**2.80 [2.17, 3.62]**
Total events	356		128			
Heterogeneity: Tau² = 0.07; Chi² = 17.31, df = 8 (P = 0.03); I² = 54%						
Test for overall effect: Z = 7.95 (P < 0.00001)						
1.5.2 Studier fra Europa						
Bejerholm 2015	19	41	5	46	2.2%	4.26 [1.75, 10.39]
Burns 2007	85	156	43	156	9.6%	1.98 [1.48, 2.65]
Heslin 2011	21	93	11	95	3.6%	1.95 [1.00, 3.82]
Hoffmann 2014	30	46	18	54	6.5%	1.96 [1.27, 3.01]
Michon 2014	31	71	20	79	6.0%	1.72 [1.09, 2.74]
Viering 2015	40	127	14	121	4.7%	2.72 [1.56, 4.74]
Subtotal (95% CI)		**534**		**551**	**32.6%**	**2.07 [1.71, 2.49]**
Total events	226		111			
Heterogeneity: Tau² = 0.00; Chi² = 4.34, df = 5 (P = 0.50); I² = 0%						
Test for overall effect: Z = 7.60 (P < 0.00001)						
1.5.3 Studier fra Canada, Australia, Japan, Hong Kong						
Killackey 2008	13	20	2	21	1.0%	6.83 [1.76, 26.51]
Latimer 2006	35	75	14	74	5.0%	2.47 [1.45, 4.19]
Oshima 2014	8	18	2	19	1.0%	4.22 [1.03, 17.28]
Poremski 2015	15	44	9	41	3.3%	1.55 [0.76, 3.15]
Waghorn 2014	33	106	19	102	5.5%	1.67 [1.02, 2.74]
Wong 2008	32	46	13	46	5.5%	2.46 [1.50, 4.05]
Subtotal (95% CI)		**309**		**303**	**21.3%**	**2.23 [1.65, 3.00]**
Total events	136		59			
Heterogeneity: Tau² = 0.02; Chi² = 6.04, df = 5 (P = 0.30); I² = 17%						
Test for overall effect: Z = 5.27 (P < 0.00001)						
Total (95% CI)		**1445**		**1456**	**100.0%**	**2.40 [2.08, 2.77]**
Total events	718		298			
Heterogeneity: Tau² = 0.03; Chi² = 30.07, df = 20 (P = 0.07); I² = 33%						
Test for overall effect: Z = 11.95 (P < 0.00001)						
Test for subgroup differences: Chi² = 3.61, df = 2 (P = 0.16), I² = 44.7%						



Ulike kontrolltiltak

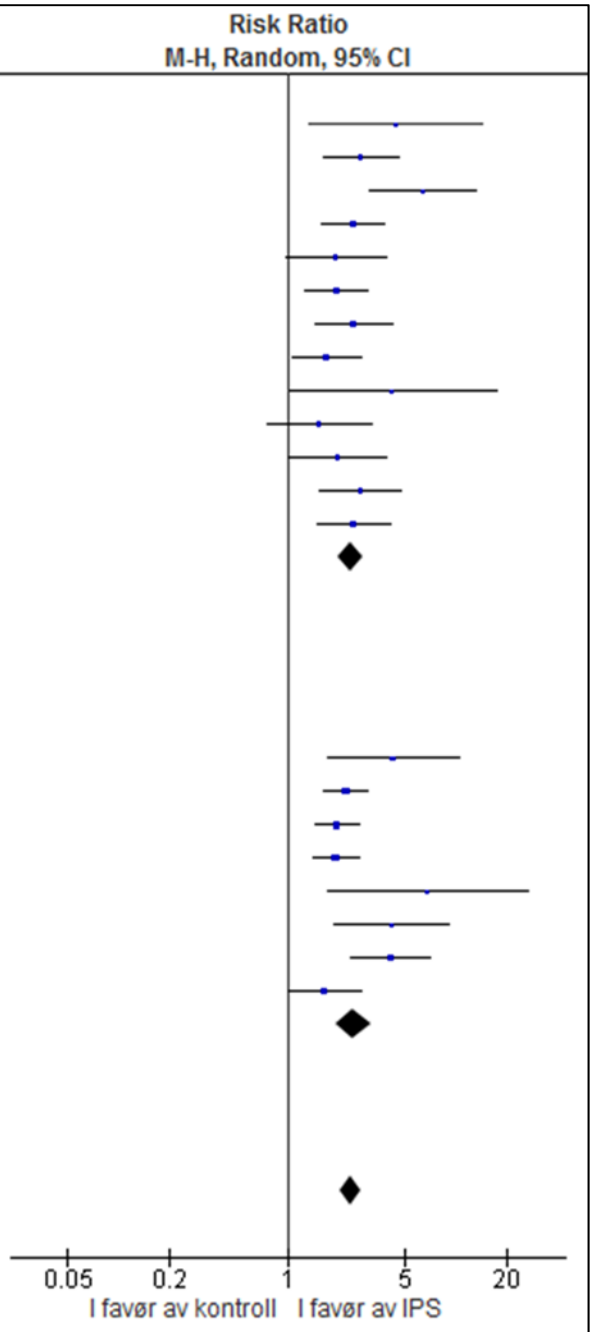
Effekten av et tiltak er avhengig av hva man sammenligner med. Effekten av IPS vil avhenge av hvilke kontrolltiltak som finnes i den enkelte studie. I hovedsammenligningen sammenlignes IPS med vanlige tjenester (*treatment as usual*) eller et annet opprettet tiltak. Vanlige tjenester eller tilbud vil kunne variere mellom land og mellom ulike velferdssystem, og vi går ut fra at i Norge er standarden på vanlige tjenester relativt høy.

Med utgangspunkt i tilgjengelige opplysninger om studiene, har vi gruppert kontrolltiltakene i den største sammenligningen (IPS vs. annet tiltak) i to kategorier. Kategori 1 er enkle tiltak, der deltakerne henvises til vanlig arbeidskontor/tjeneste, får tilbud om skjermet arbeid og støtte til å søke vanlig arbeid. Kategori 2 innebærer mer omfattende tiltak, der deltakerne i tillegg kan få tilbud om gruppeundervisning med ulike tema, det er kontakt mellom helsetjeneste og arbeidstjeneste, eller det er utvidet yrkesopplæring eller støtte. Antagelsen er at norske tjenester primært vil befinne seg i kategori 2.

Selv om vi kjenner den lave heterogeniteten mellom studiene (figur 2) vil vi illustrere dette med en subgruppeanalyse (figur 10). Det er ingen signifikant forskjell og IPS har klar effekt uavhengig av kontrolltiltak.

Figur 10. Subgruppeanalyse. Å komme i vanlig arbeid fordelt på studier med kontroll kategori 1 (13 studier) og kontroll kategori 2 (8 studier)

Study or Subgroup	Experimental (IPS) Events	Experimental (IPS) Total	Control (TAU, diverse) Events	Control (TAU, diverse) Total	Weight	Risk Ratio M-H, Random, 95% CI
1.12.1 Kontrolltiltak kategori 1						
Bond 2015	13	42	3	43	1.4%	4.44 [1.36, 14.46]
Davis 2012	32	42	12	43	5.3%	2.73 [1.64, 4.54]
Drake 1999	45	76	7	76	3.1%	6.43 [3.10, 13.34]
Gold 2006	42	66	20	77	6.8%	2.45 [1.61, 3.72]
Heslin 2011	21	93	11	95	3.6%	1.95 [1.00, 3.82]
Hoffmann 2014	30	46	18	54	6.5%	1.96 [1.27, 3.01]
Latimer 2006	35	75	14	74	5.0%	2.47 [1.45, 4.19]
Michon 2014	31	71	20	79	6.0%	1.72 [1.09, 2.74]
Oshima 2014	8	18	2	19	1.0%	4.22 [1.03, 17.28]
Poremski 2015	15	44	9	41	3.3%	1.55 [0.76, 3.15]
Twamley 2012	17	30	8	28	3.6%	1.98 [1.02, 3.85]
Viering 2015	40	127	14	121	4.7%	2.72 [1.56, 4.74]
Wong 2008	32	46	13	46	5.5%	2.46 [1.50, 4.05]
Subtotal (95% CI)		**776**		**796**	**55.6%**	**2.38 [2.00, 2.85]**
Total events	361		151			
Heterogeneity: Tau² = 0.02; Chi² = 14.44, df = 12 (P = 0.27); I² = 17%						
Test for overall effect: Z = 9.61 (P < 0.00001)						
1.12.2 Kontrolltiltak kategori 2						
Bejerholm 2015	19	41	5	46	2.2%	4.26 [1.75, 10.39]
Bond 2007	69	92	32	95	9.2%	2.23 [1.64, 3.02]
Burns 2007	85	156	43	156	9.6%	1.98 [1.48, 2.65]
Drake 1996	57	73	27	67	9.0%	1.94 [1.41, 2.66]
Killackey 2008	13	20	2	21	1.0%	6.83 [1.76, 26.51]
Lehman 2002	31	113	7	106	2.8%	4.15 [1.91, 9.03]
Mueser 2004	50	68	12	67	5.0%	4.11 [2.41, 6.99]
Waghorn 2014	33	106	19	102	5.5%	1.67 [1.02, 2.74]
Subtotal (95% CI)		**669**		**660**	**44.4%**	**2.49 [1.93, 3.21]**
Total events	357		147			
Heterogeneity: Tau² = 0.06; Chi² = 15.45, df = 7 (P = 0.03); I² = 55%						
Test for overall effect: Z = 7.02 (P < 0.00001)						
Total (95% CI)		**1445**		**1456**	**100.0%**	**2.40 [2.08, 2.77]**
Total events	718		298			
Heterogeneity: Tau² = 0.03; Chi² = 30.07, df = 20 (P = 0.07); I² = 33%						
Test for overall effect: Z = 11.95 (P < 0.00001)						
Test for subgroup differences: Chi² = 0.07, df = 1 (P = 0.79), I² = 0%						



Diskusjon

Hovedfunn

I denne oversikten om effekten av Supported Employment har vi presentert ni sammenligninger, fem av SE og fire av IPS. Vi vil her kort oppsummere hovedtendensene.

Arbeidsrelaterte utfall

Vi har hatt tre arbeidsrelaterte utfall i oversikten: å komme i vanlig arbeid, tid i vanlig arbeid og inntekt. Primærutfallet har vært å komme i vanlig arbeid. Selv om det er stor variasjon i tilliten til dokumentasjonen (gjelder særlig SE), så er tendensen helt klar: personer med ulike bistandsbehov har betydelig større sjanse for å komme i vanlig arbeid om de får standard SE/IPS sammenlignet med annet tiltak. Best dokumentert er effekten av IPS (moderat tillit). Videre viser både tid i arbeid og inntekt gjennomgående bedre effekt av standard SE/IPS sammenlignet med annet tiltak (moderat tillit).

Forsterket IPS (ingen SE) sammenlignet med annet tiltak viste også effekt på å komme i vanlig arbeid, tid i arbeid og inntekt (svært lav til høy tillit). De forsterkede utgavene av IPS var i hovedsak styrket med et kognitivt tilleggsprogram. Det er usikkert om forsterket SE/IPS sammenlignet med standard SE/IPS har effekt på arbeid, tid i arbeid og inntekt (svært lav til moderat tillit).

Analyser av ulik oppfølgingstid viste at effekten av IPS sammenlignet med annet tiltak, ser ut til å holde seg over tid. Analyser av skårer på kvalitetskaler (Fidelity Scale) viste at effekten ikke varierte vesentlig mellom 'topp kvalitet', 'god kvalitet' og 'akseptabel kvalitet'. Muligens skyldes dette at alle tiltakene som her er analysert har holdt seg innenfor rammene for det som kan kalles IPS.

Det synes klart at tilnærmingen i SE, særlig i IPS-varianten, fungerer bedre enn andre tiltak når det gjelder å støtte personer med psykiske lidelser eller funksjonshemminger slik at de får vanlig arbeid. De er lenger i arbeid og de tjener mer. Dette er konsistente funn.

Helserelaterte utfall

Helse- eller livsrelaterte utfallsmål i denne rapporten har vært livskvalitet, psykiske eller fysiske symptomer, samt innleggelse på sykehus. SE/IPS sammenlignet med annet tiltak gir få eller ingen forskjeller når det gjelder livskvalitet, psykiske symptomer eller dager innlagt på psykiatrisk avdeling (svært lav til moderat tillit).

For forsterket IPS sammenlignet med annet tiltak viser resultatene noe bedre effekt mht. livskvalitet, psykisk helse og innleggelser (men her er tilliten til dokumentasjonen lav). Forsterket SE/IPS sammenlignet med standard SE/IPS viste ingen forskjeller (svært lav tillit).

For disse utfallsmålene viste altså resultatene liten eller ingen endring i positiv retning, men heller ikke i negativ retning. Resultatene er nesten like konsistente for helsesutfallene som de er for arbeidsutfallene.

Noen av de inkluderte studiene (61;74) og en tidligere systematisk oversikt (90) har vist at *det å komme i arbeid* kan gi positive følger for livskvalitet og psykisk helse. På den annen side har deltakerne i de inkluderte studiene i vår oversikt relativt store bistandsbehov; majoriteten har *alvorlige* psykiske lidelser, innbefattet psykotiske lidelser. Kanskje kan man ikke forvente at et tiltak som er rettet mot arbeid skal føre til endringer også når det gjelder livskvalitet og helse? Det er mulig at noen opplever noe lavere livskvalitet og dårligere psykisk helse som følge av stress ved å komme i arbeid. Dette var for eksempel forventninger fra klinikerne i studien av Burns 2007 (38) der utvalget hadde alvorlige psykiske lidelser. Manglende inkludering på arbeidsplassen kan bidra negativt (6). Det kan også være store variasjoner mellom deltakerne, noen får bedre livskvalitet og psykisk helse mens andre får verre, men dette vet vi lite om i denne oversikten ettersom få studier rapporterte standardavvik for disse utfallsmålene. En kvalitativ studie av Koletsi 2009 finner slike variasjoner, samt at mange deltakere i IPS hadde behov for mer oppfølging og støtte underveis (91).

Kukla & Bond skriver i en artikkel fra 2013 (53) at tidligere studier de har funnet, med ett unntak, konsekvent ikke finner forskjell på disse utfallene. Data fra deres egen toårige studie fant heller ingen forskjell. Forfatterne spør seg om ikke stabilitet i arbeid, det å holde på en jobb over lengre tid, likevel kan ha en positiv innvirkning på livskvalitet og psykisk helse. En annen empirisk studie fra 2013, Gold (92), antyder at andre variabler kan være av betydning. De fant at for deltakere som kom i vanlig arbeid økte livskvaliteten kun for dem som hadde ukentlig kontakt med familiemedlemmer sammenlignet med sjeldnere kontakt. Kanskje vil andre variabler enn arbeid ha betydning.

Kostnadseffektivitet

Det er noe ulike resultater med hensyn til kostnadseffektivitet, men for sammenligningen IPS vs. annet tiltak, viser oppsummeringen at det *er* kostnadseffektivt, det vil si at kostnadene ikke er høyere enn for kontrolltiltaket og at effektene på arbeid er bedre.

Kvaliteten på forskningsresultatene

Risiko for skjevheter

De 38 studiene ble vurdert for risiko for skjevheter. Det var 36 RCTer og to ikke-RCTer, og i hovedsak var studiene av god metodisk kvalitet. De kritiske punktene var uklare prosedyrer for randomisering og/eller allokering, manglende blinding av deltakere, personell og/eller utfallsmålere (kjennskap til gruppefordeling), samt mangelfull rapportering. Frafall viste seg å være et marginalt problem.

Tillit til dokumentasjonen

For hvert resultat vurderte vi tillit til dokumentasjonen. Vi nedgraderte tilliten primært for lavt antall hendelser eller deltakere samt for risiko for skjevheter. Det var få trekk for manglende konsistens. I sum innebærer dette at vi har moderat tillit til resultatene som omfatter mange eller store studier. For øvrig har vi liten eller svært liten tillit.

Samsvar med annen forskning

Resultater

Vi har sammenlignet våre resultater med andre systematiske oversikter. To av disse ble ekskludert da vi vurderte studier for inklusjon og en ble publisert etter vårt søk. I tillegg tar vi med resultater fra en helt ny norsk primærstudie av IPS som også ble publisert etter vårt søk.

Den aller nyeste systematiske oversikten, Modini fra 2016 (93), ble publisert etter at vi hadde avsluttet vårt søk etter litteratur og ble derfor ikke vurdert for inklusjon. Modini har sammenlignet IPS med andre tiltak for personer med alvorlige psykiske lidelser og inkluderte 19 RCTer.[4] Resultatet for å komme i arbeid viste samme relativ risko som i vår sammenligning: 2,40 (KI 1,99 til 2,90), og det var stor overlapp av studier med vår oversikt. Modinis oversikt har ingen andre utfallsmål.

En systematisk oversikt av høy metodisk kvalitet fra 2013, Kinoshita (21), inkluderte syv RCTer av IPS vs. annet tiltak for utfallet å komme i arbeid for personer med alvorlig psykiske lidelser.[5] Relativ risiko var 3,24[6] (KI 2,17 til 4,82). Oversikten fant også økt tid i arbeid, men vurderte at det ikke var mulig å gjøre analyser på utfallsmål som livskvalitet m.fl. på grunn av skjevfordelte data (se vårt metodekapittel, Analyse av data).

Marshalls oversikt fra 2014 (94) oppsummerte 12 oversikter og 17 RCTer som sammenlignet IPS med annet tiltak for personer med psykiske lidelser.[7] Resultatene viste at flere kom i vanlig arbeid, de hadde mer tid i arbeid og høyere inntekt. De fant også at 11 av RCT'ene viste ingen forskjell mellom IPS og kontrolltiltak når det gjaldt utfall som ikke var arbeidsrelaterte, det vil si livskvalitet, psykiske symptomer, med flere.

Resultatene fra den norske studien av IPS for personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser, ble publisert i desember 2016 (95). Studien benytter registerdata for den siste oppfølgingen som var 18 måneder (n=410). I sammenligningen av IPS med «en høykvalitets versjon av ordinær oppfølging i form av øvrige tiltak og tjenester i NAV og helsetjenesten for målgruppen» (95) (s 14), viste resultatene en relativ risiko i favør av

[4] Seksten av de 19 studiene er inkludert i vår sammenligning IPS vs. annet tiltak. To av deres studier har vi inkludert i andre sammenligninger (Tsang 2011 og Drake 2013), mens de mangler én som vi har med (Waghorn 2014).
[5] Seks av disse er inkludert i vår sammenligning IPS vs. annet tiltak.
[6] Sannsynligheten for å komme i arbeid var 3,24 ganger så stor i IPS-gruppen som i kontrollgruppen.
[7] Vi har inkludert 14 av deres 17 RCTer.

IPS på 1,37 (1,02 til 1,84)[8]. Videre viste studien at ved 12 måneders oppfølging hadde IPS-gruppen bedre livskvalitet og lavere symptomnivå for depresjon (men ikke for angst), sammenlignet med annet tiltak. En kost-nytte-analyse viste ingen samfunnsøkonomisk gevinst (driftskostnader sett i forhold til brutto inntekt for deltakerne) etter to år. (De norske SE-forsøkene skal evalueres ved avslutning i 2018 (96).)

Vurderinger

I oversikten av Modini vurderte forfatterne 17 av de 19 inkluderte studiene til å ha god kvalitet og to til å ha akseptabel kvalitet (*Downs & Black checklist*) (93). De utelot imidlertid vurdering av blinding på bakgrunn av tiltakets karakter. I Kinoshitas oversikt valgte forfatterne å nedgradere tilliten til dokumentasjonen på bakgrunn av manglende blinding (også for objektive utfallsmål) og inkonsistente funn (21). De hadde dermed lav tillit til det meste av dokumentasjonen. Mange av studiene er ikke inkludert i metaanalysene fordi forfatterne anså at skjevfordelte data ikke gav anledning til sammenstilling i metaanalytisk form (se vår kommentar under Metode).[9]

Samlet sett ser det ut til å være høy grad av samsvar mellom våre resultater for IPS, sett i sammenheng med tidligere oversikter. Det synes å være konsistente funn for både arbeidsrelaterte utfallsmål (IPS gir effekt) og helserelaterte utfallsmål (IPS gir ingen forskjell i effekt). Dette skyldes også at mange av de samme studiene er inkludert.

Overførbarhet til norsk kontekst

I hvilken grad er resultatene fra internasjonale studier overførbare til en norsk kontekst? Hva kan ulik geografisk/kulturell kontekst eller ulike sammenligningstiltak bety? Vi har tatt utgangspunkt i den største sammenligningen, IPS vs. annet tiltak (21 studier), en sammenligning som også er mest utforsket i internasjonale studier.

Studienes bakgrunn

43 prosent av studiene er fra USA (n=1204), 29 prosent fra Europa (n=1085) og 29 prosent fra andre land (Canada, Australia, Japan og Hong Kong) (n=612). Subgruppeanalysen vi gjorde basert på disse tre gruppene, viste en liten forskjell: IPS gav størst effekt i USA, lavest i Europa og de andre landene plassert seg i mellom. Disse forskjellene var imidlertid ikke signifikante. Det var større sprik i resultatene (heterogenitet) blant de amerikanske studiene, ingen blant de europeiske. Ulikheten i de amerikanske studiene kan skyldes forskjeller mellom stater, eller helt andre forskjeller mellom studiene og utvalgene.

En av primærstudiene vi har inkludert, Burns 2007 (38), har studiesteder i seks europeiske land (Bulgaria, England, Italia, Nederland, Sveits og Tyskland). Forfatterne analyserer effekt av IPS sett i forhold til landenes økonomiske situasjon og det lokale arbeidsløshetsnivået. De finner antydinger til en større effekt av IPS (på det å komme i

[8] RR utregnet av oss.
[9] Kinoshita 2013 brukte *fixed effect*-modell i analysene, kun *random effect*-modell ved høy heterogenitet.

arbeid) i områder med lavere arbeidsløshet og i land med sterk vekst i økonomien. Studiene kan også tyde på at de gode økonomiske støtteordningene i noen europeiske land kan være et hinder for rekruttering til IPS («*the benefit trap*»).

Den nye oversikten av Modini fra 2016 hadde mål om å undersøke betydningen av studienes bakgrunn i ulike økonomiske kontekster (93). De analyserte studiene ved hjelp av metaregresjon, men fant at verken geografisk område eller arbeidsløshetsnivå påvirket den generelle effekten av IPS. En tidligere studie av Bond 2012 fant signifikante forskjeller mellom amerikanske og ikke-amerikanske studier, men denne oversikten inkluderte kun seks ikke-amerikanske studier (97).

Kontrolltiltak

Vi kategoriserte de ulike studienes kontrolltiltak i enkle og mer omfattende tiltak, der de omfattende ofte inkluderte ekstra opplæring, støtte eller koordinering. Analysen viste ingen forskjell i effekt av IPS versus enkle kontrolltiltak, sammenlignet med IPS versus omfattende tiltak. Dette kan tyde på at IPS vil gi effekt også i Norge der vi antar at kontrolltiltakene vil kunne være omfattende og av høy kvalitet.

I tråd med tilnærmingen i TRANSFER (27) har vi analysert studiene i den største sammenligningen med tanke på overførbarhet, sett i lys av faktorene geografisk/kulturell kontekst og type kontrolltiltak. Standard IPS ser ut til å ha god effekt i mange land, med ulike sosioøkonomiske kontekster, arbeidsledighetsnivåer og økonomiske støtteordninger. Standard IPS ser også ut til å ha effekt sammenlignet med mange ulike kontrolltiltak. Effektstørrelsene varierer noe, men vi finner en generell positiv effekt. Vi har oppsummert at vi har moderat tillit til dokumentasjonen globalt sett, og tilliten er ikke redusert når vi har vurdert overførbarhet til norsk kontekst.

Styrker og svakheter

Det er en styrke ved denne oversikten at vi kunne inkludere så mange kontrollerte studier. Mange av IPS-studiene har bakgrunn i psykiatri og medisinsk forskningspraksis med en tradisjon for RCTer. Mengden sammenlignbare studier har også gjort det mulig å gjøre flere metaanalyser, som fører til at vi kan ha større tillit til resultatene. Det er videre en styrke ved oversikten at resultatene er såpass konsistente, for både SE og IPS (selv om vi har større tillit til IPS-resultatene pga antallet studier/studiedeltagere). At vi har vurdert flere utfallsmål, både arbeidsrelaterte og helserelaterte, er ytterligere en styrke ved oversikten.

Det er en mulighet for at vi ikke har fanget opp alle relevante studier, og det kan ha tilkommet relevante studier etter at vi avsluttet vårt litteratursøk. Dette vil i så fall være en svakhet ved oversikten.

Det er også noen svakheter ved dokumentasjonen. Vi har kun funnet få studier med andre typer utvalg, som ungdom (vi har kun én), innvandrere, langtidsledige (én studie har noen), eller grupper med annen type problematikk. Videre var en del av studiene for ulike til at vi kunne slå de sammen, og tilliten til resultatet ble svært lav for små enkeltstudier (usikker dokumentasjon). En tredje svakhet er at noen studier hadde mangelfull rapportering, slik at vi ikke kunne hente ut alle resultater eller detaljer vi ønsket.

Konklusjon

I denne oversikten har vi funnet at Supported Employment, særlig varianten Individual Placement and Support, får flere personer med bistandsbehov i vanlig arbeid, sammenlignet med andre tiltak. Kontrolltiltak var ulike varianter av *train then place*. Best dokumentert er IPS for personer med alvorlige psykiske lidelser. Tiltakene fører også til lengre tid i vanlig arbeid og høyere inntekt. Det ser ikke ut til at SE/IPS gir noen positive forskjeller når det gjelder livskvalitet, (psykiske) symptomer eller innleggelse i sykehus. Imidlertid gir tiltakene heller ingen negative effekter sammenlignet med kontrolltiltak. Det er usikkert om forsterkede utgaver av SE/IPS gir noen bedre effekter enn standardutgaver. IPS ser ut til å få flere i arbeid til en tilnærmet lik kostnad som andre tiltak. Oppfølgingstid, kvalitetsskårer, geografisk/kulturell kontekst og kontrolltiltak ser ikke ut til å ha vesentlig betydning for effekten av IPS.

Forskningsbehov

Det synes nå å være godt dokumentert at Supported Employment, inkludert IPS, får flere i arbeid, særlig gjelder dette personer med alvorlige psykiske lidelser. Dokumentasjonen av effekt i andre populasjoner er mindre sikker. Videre studier kan undersøke om tiltakstypen er like nyttig for flere grupper, og særlig aktuelt er ungdom (f.eks. med moderate psykiske problemer) og innvandrere (f.eks. med manglende norskkunnskaper) som har vansker med å komme inn i arbeidslivet.

I tillegg er det et behov for forskning som strekker seg over enda lengre tid, 5-10 år, der resultatene av, og kostnadene ved, SE/IPS måles etter lang tids deltakelse i programmet.

Referanser

1. Arbeidsmarkedstiltak [nettdokument]. Oslo: regjeringen.no [lest 20. januar 2017]. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/no/tema/arbeidsliv/arbeidsmarked-og-sysselsetting/innsikt/arbeidsmarkedstiltak/id86897/
2. Personer med nedsatt arbeidsevne og mottakere av arbeidsavklaringspenger. Desember 2016 [nettdokument]. Oslo: nav.no [oppdatert 2017; lest 20. januar 2017]. Tilgjengelig fra: https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/AAP+nedsatt+arbeidsevne+og+uforetrygd+-+statistikk/Nedsatt+arbeidsevne
3. Omverdensanalyse 2016 [nettdokument]. Oslo: nav.no [oppdatert 2016; lest 20. januar 2017]. Tilgjengelig fra: https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Kunnskap/Analyser+fra+NAV/NAV+rapportserie/NAV+rapporter/omverdensanalyse-2016
4. European Union of Supported Employment. Verktøykasse [nettdokument]. arbeidoginkludering.no [oppdatert 2016; lest 20. januar 2017]. Tilgjengelig fra: http://arbeidoginkludering.no/verktøykasse-for-supported-employment
5. European Commission (COWI A, EUSE). European Commission. Supported Employment for people with disabilities in the EU and EFTA-EEA good practices and recommendations in support of a flexicurity approach. Luxemburg: European Union; 2012.
6. Frøyland K, Spjelkavik Ø. Inkluderingskompetanse. Ordinært arbeid som mål og middel. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.
7. Bond GR, Becker DR, Drake RE, Rapp CA, Meisler N, Lehman AF, et al. Implementing supported employment as an evidence-based practice. Psychiatr Serv 2001;52.
8. Frøyland K, Spjelkavik Ø. Inkluderingskompetanse – et integrert perspektiv. I: Inkluderingskompetanse Ordinært arbeid som mål og middel. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014. s. 33-49.
9. Wangen G. Supported employment: kanjanome.no [oppdatert 2013; lest 20. januar 2017]. Tilgjengelig fra: http://kanja-nome.no/index.php/nyheter/eldre-nyh/jubileumsuke-og-ab-seminar-pa-kanja/
10. Spjelkavik Ø. Ordinært arbeidsliv som metode og mål. I: Inkluderingskompetanse Ordinært arbeid som mål og middel. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014. s. 33-49.
11. Drake RE, Bond GR, Becker DR. Individual Placement and Support: An Evidence-Based Approach to Supported Employment. Oxford: Oxford University Press;; 2012.
12. Spjelkavik Ø. Supported Employment in Norway and in the other Nordic countries. Journal of Vocational Rehabilitation 2012;(37).
13. Individuell jobbstøtte (IPS)napha.no: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) [lest 2. febuar 2016]. Tilgjengelig fra: http://napha.no/content/20131/Individuell-jobbstotte-IPS
14. Innføring i Individual placement and support / IPS Individuell jobbstøtte. Arbeid og psykisk helse. [brosjyre]. Oslo: NAV og Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: https://www.nav.no/no/Person/Arbeid/Oppfolging+og+tiltak+for+a+komme+i+jobb/Relatert+informasjon/individuell-jobbst%C3%B8tte-ips

15. Schafft A, Spjelkavik ØA. A Norwegian approach to supported Employment: Arbeid med bistand. Journal of Vocational Rehabilitation 1999;12(3):147-58.
16. Frøyland K, Skardhamar T, Spjelkavik ØA. Yrkeshemmede i det ordinære arbeidslivet – inkludering gjennom Arbeid med bistand. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet (AFI); 2003.
17. Frøyland K, Spjelkavik Ø. Inkluderingskompetanse – et fagfelt i utvikling. I: Inkluderingskompetanse Ordinært arbeid som mål og middel. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014. s. 326-41.
18. Arbeidsrettede tiltak. Oslo: forvaltningstjeneste S; 2012. NOU 2012:6.
19. Arbeidsdepartementet. Flere i arbeid. Stortingsmelding nr 46 (2012-2013). Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-46-20122013/id733259/
20. Slik oppsummerer vi forskning. Kunnskapssenterets håndbok. Oslo: Kunnskapssenteret; 2013. Tilgjengelig fra: http://www.kunnskapssenteret.no
21. Kinoshita Y, Furukawa TA, Kinoshita K, Honyashiki M, Omori IM, Marshall M, et al. Supported employment for adults with severe mental illness. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013;(9).
22. Cochrane handbook for systematic review of intervention: cochrane.org [lest 25. januar 2017]. Tilgjengelig fra: http://handbook.cochrane.org/.
23. Suggested risk of bias criteria for EPOC reviews [nettdokument]. epoc.cochrane.org [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%2009%2002.pdf
24. Borenstein M, Hedges LV, Higgins JPT, Rothstein HR. Introduction to meta-analysis. West Sussex, UK: Wiley; 2009.
25. Copenhagen: The Nordic Cochrane Centre TCC. Review Manager (RevMan) [Computer program]. Version 5.3. . 2014.
26. Kontopantelis E, Reeves D. Performance of statistical methods for meta-analysis when true study effects are non-normally distributed: A simulation study. Statistical Methods in Medical Research 2010;21(4):409-26.
27. Munthe-Kaas HM, Nøkleby H. The TRANSFER Framework for assessing transferability of systematic review findings to a specific context of interest. Work in progress 2017.
28. Burns T, Catty J, White S, Becker T, Koletsi M, Fioritti A, et al. The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: results of an international study of individual placement and support. Schizophr Bull 2009;35.
29. Bond GR, Salyers MP, Dincin J, Drake R, Becker DR, Fraser VV, et al. A randomized controlled trial comparing two vocational models for persons with severe mental illness. J Consult Clin Psychol 2007;75.
30. Davis LL, Leon AC, Toscano R, Drebing CE, Ward LC, Parker PE, et al. A randomized controlled trial of supported employment among veterans with posttraumatic stress disorder. Psychiatr Serv 2012;63.
31. Drake RE, McHugo GJ, Bebout RR, Becker DR, Harris M, Bond GR, et al. A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders. Arch Gen Psychiatry 1999;56.
32. Heslin M, Howard L, Leese M, McCrone P, Rice C, Jarrett M, et al. Randomized controlled trial of supported employment in England: 2 year follow-up of the Supported Work and Needs (SWAN) study. World Psychiatry 2011;10.
33. Areberg C, Bejerholm U. The effect of IPS on participants' engagement, quality of life, empowerment, and motivation: a randomized controlled trial. Scandinavian Journal of Occupational Therapy 2013;20(6):420-8.
34. Bejerholm U, Areberg C, Hofgren C, Sandlund M, Rinaldi M. Individual placement and support in Sweden - a randomized controlled trial. Nord J Psychiatry 2015;69(1):57-66.

35. Bell M, Zito W, Greig T, Wexler BE. Neurocognitive enhancement therapy and competitive employment in schizophrenia: Effects on clients with poor community functioning. American Journal of Psychiatric Rehabilitation 2008;11(2):109-22.
36. Bond GR, Dietzen LL, McGrew JH, Miller LD. Accelerating entry into supported employment for persons with severe psychiatric disabilities. Rehabilitation Psychology 1995;40(2):75-94.
37. Bond GR, Kim SJ, Becker DR, Swanson SJ, Drake RE, Krzos IM, et al. A Controlled Trial of Supported Employment for People With Severe Mental Illness and Justice Involvement. Psychiatric Services 2015;66(10):1027-34.
38. Burns T, Catty J, Becker T, Drake RE, Fioritti A, Knapp M, et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. Lancet 2007;370(9593):1146-52.
39. Burns T, Yeeles K, Langford O, Montes MV, Burgess J, Anderson C. A randomised controlled trial of time-limited individual placement and support: IPS-LITE trial. British Journal of Psychiatry 2015;207(4):351-6.
40. Clark RE, Xie H, Becker DR, Drake RE. Benefits and costs of supported employment from three perspectives. Journal of Behavioral Health Services & Research 1998;25(1):22-34.
41. Craig T, Shepherd G, Rinaldi M, Smith J, Carr S, Preston F, et al. Vocational rehabilitation in early psychosis: cluster randomised trial. British Journal of Psychiatry 2014;205(2):145-50.
42. Dixon L, Hoch JS, Clark R, Bebout R, Drake R, McHugo G, et al. Cost-effectiveness of two vocational rehabilitation programs for persons with severe mental illness. Psychiatric Services 2002;53(9):1118-24.
43. Drake RE, Frey W, Bond GR, Goldman HH, Salkever D, Miller A, et al. Assisting Social Security Disability Insurance beneficiaries with schizophrenia, bipolar disorder, or major depression in returning to work. American Journal of Psychiatry 2013;170(12):1433-41.
44. Drake RE, McHugo GJ, Becker DR, Anthony WA, Clark RE. The New Hampshire study of supported employment for people with severe mental illness. Journal of Consulting & Clinical Psychology 1996;64(2):391-9.
45. Garcia-Villamisar D, Wehman P, Navarro MD. Changes in the quality of autistic people's life that work in supported and sheltered employment. A 5-year follow-up study. Journal of Vocational Rehabilitation 2002;17(4):309-12.
46. Gold PB, Meisler N, Santos AB, Carnemolla MA, Williams OH, Keleher J. Randomized trial of supported employment integrated with assertive community treatment for rural adults with severe mental illness. Schizophrenia Bulletin 2006;32(2):378-95.
47. Goldberg RT, McLean MM, LaVigne R, Fratolillo J, Sullivan FT. Transition of persons with developmental disability from extended sheltered employment to competitive employment. Mental Retardation 1990;28(5):299-304.
48. Hoffmann H, Jackel D, Glauser S, Kupper Z. A randomised controlled trial of the efficacy of supported employment. Acta Psychiatrica Scandinavica 2012;125(2):157-67.
49. Hoffmann H, Jackel D, Glauser S, Mueser KT, Kupper Z. Long-term effectiveness of supported employment: 5-year follow-up of a randomized controlled trial. American Journal of Psychiatry 2014;171(11):1183-90.
50. Howard LM, Heslin M, Leese M, McCrone P, Rice C, Jarrett M, et al. Supported employment: randomised controlled trial. British Journal of Psychiatry 2010;196(5):404-11.
51. Killackey E, Jackson HJ, McGorry PD. Vocational intervention in first-episode psychosis: individual placement and support v. treatment as usual. British Journal of Psychiatry 2008;193(2):114-20.

52. Knapp M, Patel A, Curran C, Latimer E, Catty J, Becker T, et al. Supported employment: cost-effectiveness across six European sites. World Psychiatry 2013;12(1):60-8.
53. Kukla M, Bond GR. A randomized controlled trial of evidence-based supported employment: Nonvocational outcomes. Journal of Vocational Rehabilitation 2013;38(2):91-8.
54. Latimer EA, Lecomte T, Becker DR, Drake RE, Duclos I, Piat M, et al. Generalisability of the individual placement and support model of supported employment - results of a Canadian randomised controlled trial (vol 189, pg 65, 2006). British Journal of Psychiatry 2006;189:191-.
55. Lehman AF, Goldberg R, Dixon LB, McNary S, Postrado L, Hackman A, et al. Improving employment outcomes for persons with severe mental illnesses. Archives of General Psychiatry 2002;59(2):165-72.
56. Li-Tsang CW, Li EJ, Lam CS, Hui KY, Chan CC. The effect of a job placement and support program for workers with musculoskeletal injuries: a randomized control trial (RCT) study. Journal of Occupational Rehabilitation 2008;18(3):299-306.
57. Macias C, Rodican CF, Hargreaves WA, Jones DR, Barreira PJ, Wang Q. Supported employment outcomes of a randomized controlled trial of ACT and clubhouse models. Psychiatric Services 2006;57(10):1406-15.
58. Magura S, Blankertz L, Madison EM, Friedman E, Gomez A. An innovative job placement model for unemployed methadone patients: a randomized clinical trial. Substance Use & Misuse 2007;42(5):811-28.
59. McGurk SR, Mueser KT, Pascaris A. Cognitive training and supported employment for persons with severe mental illness: one-year results from a randomized controlled trial. Schizophrenia Bulletin 2005;31(4):898-909.
60. McGurk SR, Mueser KT, Xie H, Welsh J, Kaiser S, Drake RE, et al. Cognitive Enhancement Treatment for People With Mental Illness Who Do Not Respond to Supported Employment: A Randomized Controlled Trial. American Journal of Psychiatry 2015;172(9):852-61.
61. Michon H, van Busschbach JT, Stant AD, van Vugt MD, van Weeghel J, Kroon H. Effectiveness of individual placement and support for people with severe mental illness in The Netherlands: a 30-month randomized controlled trial. Psychiatric Rehabilitation Journal 2014;37(2):129-36.
62. Mueser KT, Clark RE, Haines M, Drake RE, McHugo GJ, Bond GR, et al. The Hartford study of supported employment for persons with severe mental illness. Journal of Consulting & Clinical Psychology 2004;72(3):479-90.
63. Oshima I, Sono T, Bond GR, Nishio M, Ito J. A randomized controlled trial of individual placement and support in Japan. Psychiatric Rehabilitation Journal 2014;37(2):137-43.
64. Ottomanelli L, Barnett SD, Goetz LL. A prospective examination of the impact of a supported employment program and employment on health-related quality of life, handicap, and disability among Veterans with SCI. Quality of Life Research 2013;22(8):2133-41.
65. Ottomanelli L, Barnett SD, Goetz LL. Effectiveness of supported employment for veterans with spinal cord injury: 2-year results. Arch Phys Med Rehabil 2014;95(4):784-90.
66. Ottomanelli L, Goetz LL, Suris A, McGeough C, Sinnott PL, Toscano R, et al. Effectiveness of supported employment for veterans with spinal cord injuries: results from a randomized multisite study. Arch Phys Med Rehabil 2012;93(5):740-7.
67. Poremski D, Rabouin D, Latimer E. 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 2015:No Pagination Specified.

68. Reme SE, Grasdal AL, Lovvik C, Lie SA, Overland S. 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 2015;72(10):745-52.
69. Sinnott PL, Joyce V, Su P, Ottomanelli L, Goetz LL, Wagner TH. Cost-effectiveness of supported employment for veterans with spinal cord injuries. Arch Phys Med Rehabil 2014;95(7):1254-61.
70. Tsang HW. Supported employment versus traditional vocational rehabilitation for individuals with severe mental illness: a three-year study. Hong Kong Med 2011;17 Suppl 2:13-7.
71. Tsang HW, Chan A, Wong A, Liberman RP. Vocational outcomes of an integrated supported employment program for individuals with persistent and severe mental illness. J Behav Ther Exp Psychiatry 2009;40(2):292-305.
72. Tsang HW, Fung KM, Leung AY, Li SM, Cheung WM. Three year follow-up study of an integrated supported employment for individuals with severe mental illness. Aust N Z J Psychiatry 2010;44(1):49-58.
73. Twamley EW, Jak AJ, Delis DC, Bondi MW, Lohr JB. Cognitive Symptom Management and Rehabilitation Therapy (CogSMART) for veterans with traumatic brain injury: pilot randomized controlled trial. J Rehabil Res Dev 2014;51(1):59-70.
74. Twamley EW, Narvaez JM, Becker DR, Bartels SJ, Jeste DV. Supported employment for middle-aged and older people with schizophrenia. American Journal of Psychiatric Rehabilitation 2008;11(1):76-89.
75. Twamley EW, Thomas KR, Gregory AM, Jak AJ, Bondi MW, Delis DC, et al. CogSMART Compensatory Cognitive Training for Traumatic Brain Injury: Effects Over 1 Year. Journal of Head Trauma Rehabilitation 2015;30(6):391-401.
76. Twamley EW, Vella L, Burton CZ, Becker DR, Bell MD, Jeste DV. The efficacy of supported employment for middle-aged and older people with schizophrenia. Schizophrenia Research 2012;135(1-3):100-4.
77. Viering S, Jager M, Bartsch B, Nordt C, Rossler W, Warnke I, et al. Supported Employment for the Reintegration of Disability Pensioners with Mental Illnesses: A Randomized Controlled Trial. Front 2015;3:237.
78. Waghorn G, Dias S, Gladman B, Harris M, Saha S. A multi-site randomised controlled trial of evidence-based supported employment for adults with severe and persistent mental illness. Australian Occupational Therapy Journal 2014;61(6):424-36.
79. Sato S, Iwata K, Furukawa S, Matsuda Y, Hatsuse N, Ikebuchi E. The effects of the combination of cognitive training and supported employment on improving clinical and working outcomes for people with schizophrenia in Japan. Clin Pract Epidemol Ment Health 2014;10:18-27.
80. Shi Y. Cost-effectiveness of the individual placement and support model of supported employment for people with severe mental illness: Results from a Canadian randomized trial. Montreal: McGill University, Department of Psychiatry; 2011.
81. Wong KK, Chiu R, Tang B, Mak D, Liu J, Chiu SN. A randomized controlled trial of a supported employment program for persons with long-term mental illness in Hong Kong. Psychiatric Services 2008;59(1):84-90.
82. Blankertz L, Staines GL, Magura S, Madison EM, Horowitz E, Spinelli M, et al. The Customized Employment Supports (CES) model of vocational rehabilitation for methadone treatment patients. Journal of Vocational Rehabilitation 2003;19(3):143-55.
83. Skårderud F, Haugsgjerd S, Stãnicke E. Psykiatriboken. Sinn - kropp - samfunn. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2010.

84. Bond GR, Becker DR, Drake RE, Vogler KM. A fidelity scale for the Individual Placement and Support model of supported employment. Rehabilitation Counseling Bulletin 1997;40(4):265-84.
85. Bond GR, Picone J, Mauer B, Fishbein S, Stout R. The Quality of Supported Employment Implementation Scale. Journal of Vocational Rehabilitation 2000;14(3):201-12.
86. Bond GR, Campbell K, Evans LJ, Gervey R, Pascaris A, Tice S, et al. A scale to measure quality of supported employment for persons with severe mental illness. Journal of Vocational Rehabilitation 2002;17(4):239-50.
87. Bond GR, Becker DR, Drake RE. Measurement of fidelity of implementation of evidence-based practices: Case example of the IPS Fidelity Scale. Clinical Psychology: Science and Practice 2011;18(2):126-41.
88. Bond GR, Peterson AE, Becker DR, Drake RE. Validation of the Revised Individual Placement and Support Fidelity Scale (IPS-25). Psychiatr Serv 2012;63.
89. Becker Deborah R, Swanson SJ, Reese SL, Bond Gary R, McLeman BM. Supported Employment Fidelity Review Manual (3rd ed): IPS Dartmouth Supported Employment Center; 2015. Tilgjengelig fra: https://www.ipsworks.org/wp-content/uploads/2016/03/ips-fidelity-manual-3rd-edition_2-4-16.pdf
90. van der Noordt M, IJzelenberg H, Droomers M, Proper KI. Health effects of employment: a systematic review of prospective studies. Occupational and Environmental Medicine 2014;71:730-6.
91. Koletsi M, Niersman A, van Busschbach JT, Catty J, Becker T, Burns T, et al. Working with mental health problems: clients' experiences of IPS, vocational rehabilitation and employment. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2009;44(11):961-70.
92. Gold PB. Quality of life and competitive work among adults with severe mental illness: moderating effects of family contact. Psychiatric Services 2013;64(12):1218-24.
93. Modini M, Tan L, Brinchman B, Wang MJ, Killackey E, Glozier N, et al. Supported employment for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis of the international evidence. The British Journal of Psychiatry 2016;209:14-22.
94. Marshall T, Goldberg RW, Braude L, Dougherty RH, Daniels AS, Ghose SS, et al. Supported employment: Assessing the evidence. Psychiatric Services 2014;65(1):16-23.
95. Reme SE, Monstad K, Fyhn T, Øverland S, Ludvigsen K, Sveinsdottir V, et al. Effektevaluering av Individuell jobbstøtte (IPS): sluttrapport. Bergen: Uni Helse Uni Rokkansenteret; 2016.
96. Supported Employmentnav.no: NAV [lest]. Tilgjengelig fra: https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Kunnskap/Forsok+i+regi+av+NAV/fors%C3%B8k-med-supported-employment
97. Bond GR, Drake RE, Becker DR. Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. World Psychiatry 2012;11(1):32-9.
98. Poremski D, Distasio J, Hwang SW, Latimer E. Employment and Income of People Who Experience Mental Illness and Homelessness in a Large Canadian Sample. Can J Psychiatry 2015;60(9):379-85.

Vedlegg 1: Søkestrategi

Database: Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily and Ovid MEDLINE(R) 1946 to Present
Dato for søk: 08.03.16
Kommentar: Avgrensning på år er gjort i Endnote

#	Searches	Results
1	Employment, Supported/	959
2	Rehabilitation, Vocational/	8889
3	limit 2 to yr="1980 - 1991"	1949
4	individual placement.ti,ab.	200
5	(job coach or job coaches).ti,ab.	34
6	job coaching.ti,ab.	18
7	direct support workforce.ti,ab.	5
8	direct support professional*.ti,ab.	19
9	co-worker support.ti,ab.	76
10	job specialist*.ti,ab.	0
11	((place or placed or places or placing) adj2 (train or trained or trains or training)).ti,ab.	587
12	sius.ti,ab.	10
13	"Special Introduction and Follow-up Support".ti,ab.	1
14	(employment adj2 support*).ti,ab.	876
15	employment specialist*.ti,ab.	64
16	natural support.ti,ab.	76
17	customized employment.ti,ab.	4
18	or/1,3-17	4208
19	randomized controlled trial.pt.	408386
20	controlled clinical trial.pt.	90183
21	multicenter study.pt.	195056
22	pragmatic clinical trial.pt.	258
23	non-randomized controlled trials as topic/	44
24	interrupted time series analysis/	121
25	controlled before-after studies/	106
26	(randomis* or randomiz* or randomly).ti,ab.	638332
27	groups.ab.	1523552
28	(trial or multicenter or multi center or multicentre or multi centre).ti.	172556

29	(intervention? or effect? or impact? or controlled or control group? or (before adj5 after) or (pre adj5 post) or ((pretest or pre test) and (posttest or post test)) or quasiexperiment* or quasi experiment* or pseudo experiment* or pseudoexperiment* or evaluat* or time series or time point? or repeated measur*).ti,ab.	7218076
30	or/19-29	8075846
31	exp Animals/	19895439
32	Humans/	15700913
33	31 not (31 and 32)	4194526
34	review.pt.	2073060
35	meta analysis.pt.	62191
36	news.pt.	174958
37	comment.pt.	654197
38	editorial.pt.	395678
39	cochrane database of systematic reviews.jn.	11830
40	comment on.cm.	654197
41	(systematic review or literature review).ti.	70609
42	or/33-41	7195515
43	30 not 42	5554982
44	18 and 43	1418
45	limit 44 to yr="1980 -Current"	1407

Database: PsycINFO 1806 to March Week 1 2016
Dato for søk: 08.03.16
Kommentar: Avgrensning på år er gjort i Endnote

#	Searches	Results
1	vocational rehabilitation/	5394
2	limit 1 to yr="1980-1993"	1535
3	supported employment/	1134
4	individual placement.ti,ab.	241
5	(job coach or job coaches).ti,ab.	147
6	job coaching.ti,ab.	49
7	direct support workforce.ti,ab.	7
8	direct support professional*.ti,ab.	33
9	co-worker support.ti,ab.	120
10	job specialist*.ti,ab.	1
11	((place or placed or places or placing) adj2 (train or trained or trains or training)).ti,ab.	439
12	sius.ti,ab.	5
13	"Special Introduction and Follow-up Support".ti,ab.	0
14	(employment adj2 support*).ti,ab.	1665
15	employment specialist*.ti,ab.	132
16	natural support.ti,ab.	143
17	customized employment.ti,ab.	32
18	or/2-17	4262

19	("0400" or "0451" or "1800" or "2000").md.	1975376
20	experimental design/	10124
21	between groups design/	106
22	quantitative methods/	2740
23	quasi experimental methods/	140
24	(randomised or randomized or randomly or controlled or control group? or evaluat* or time series or time point or time points or quasi experiment* or quasiexperiment* or (before adj5 after) or (pre adj5 post) or ((pretest or pre test) and (posttest or post test)) or multicenter study or multicentre study or multi center study or multi centre study or repeated measur*).ti,ab.	647343
25	(trial or effect? or impact? or intervention?).ti.	379015
26	or/19-25	2297776
27	18 and 26	2778
28	limit 27 to yr="1980 -Current"	2750

Database: Web of Science – Core Collection
Dato for søk: 08.03.16
Kommentar: Avgrensning på år er gjort i Endnote

6 **1,801** #5 AND #4
Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, ESCI
Timespan=All years

5 **14,116,598** **TOPIC:** ((randomised or randomized or randomly or trial or multicenter or "multi center" or multicenter or "multi centre" or multicentre or intervention* or controlled or "control group" or "control groups" or compare or compared or "before and after" or "pre and post" or pretest or "pre test" or posttest or "post test" or quasiexperiment* or "quasi experiment" or "quasi experiments" or "quasi experimental" or evaluat* or effect* or impact* or "time series" or "time point" or "time points" or "repeated measure" or "repeated measures" or "repeated measurement" or "repeated measurements"))
Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, ESCI
Timespan=All years

4 **2,739** #3 OR #2 OR #1
Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, ESCI
Timespan=All years

3 **531** **TOPIC:** (((((Place OR placed OR Places OR placing) NEAR/1 (Train OR trained OR Trains OR training)))))
Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, ESCI
Timespan=All years

2 **1,871** **TOPIC:** (((employment NEAR/1 support*)))
Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, ESCI
Timespan=All years

# 1	**690**	**TOPIC:** ((("individual placement" OR "job coach" OR "job coaches" OR "job coaching" OR "direct support workforce" OR "direct support Professional" OR "co-worker support" OR "job specialist" OR "job specialists" OR sius OR "special introduction and follow up support" OR "employment specialist" OR "employment specialists" OR "Natural support" OR "customized employment"))) *Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, ESCI* *Timespan=All years*

Database: Social Services Abstracts, Sociological Abstracts
Dato for søk: 08.03.16
Kommentar: Avgrensning på år er gjort i Endnote
((ti((employment NEAR/1 support*)) OR ab((employment NEAR/1 support*)) OR su((employment NEAR/1 support*))) OR (ti((((Place OR placed OR Places OR placing) NEAR/1 (Train OR trained OR Trains OR training)))) OR ab((((Place OR placed OR Places OR placing) NEAR/1 (Train OR trained OR Trains OR training)))) OR su((((Place OR placed OR Places OR placing) NEAR/1 (Train OR trained OR Trains OR training))))) OR (ti(("individual placement" OR "job coach" OR "job coaches" OR "job coaching" OR "direct support workforce" OR "direct support Professional" OR "co-worker support" OR "job specialist" OR "job specialists" OR sinus OR "special introduction and follow up support" OR "employment specialist" OR "employment specialists" OR "Natural support" OR "customized employment")) OR ab(("individual placement" OR "job coach" OR "job coaches" OR "job coaching" OR "direct support workforce" OR "direct support Professional" OR "co-worker support" OR "job specialist" OR "job specialists" OR sinus OR "special introduction and follow up support" OR "employment specialist" OR "employment specialists" OR "Natural support" OR "customized employment")) OR su(("individual placement" OR "job coach" OR "job coaches" OR "job coaching" OR "direct support workforce" OR "direct support Professional" OR "co-worker support" OR "job specialist" OR "job specialists" OR sinus OR "special introduction and follow up support" OR "employment specialist" OR "employment specialists" OR "Natural support" OR "customized employment")))) : 540

Database: CENTRAL
Dato for søk: 08.03.16
Kommentar: Avgrensning på år er gjort i Endnote

#1	MeSH descriptor: [Employment, Supported] this term only	95
#2	MeSH descriptor: [Rehabilitation, Vocational] this term only	355
#3	"individual placement"	110
#4	"job coach" or "job coaches" or "job coaching"	16
#5	"direct support workforce"	0
#6	"direct support professional" or "direct support professionals"	3
#7	"co-worker support"	6
#8	"job specialist" or "job specialists"	1
#9	((place or placed or places or placing) near/1 (train or trained or trains or training))	6
#10	sius	1
#11	"Special Introduction and Follow-up Support"	0
#12	(employment near/1 support*)	203

#13	"employment specialist" or "employment specialists"	22
#14	"natural support"	3
#15	"customized employment"	3
#16	(98-#15) Publication Year from 1980 to 2016, in Trials	205

Database: Opengrey
Dato for søk: 18.03.16
supported employment

Database: GreyLit
Dato for søk: 18.03.16
supported employment : 81 treff

Database: BASE
Dato for søk: 23.03.16
tit:supported tit:employment year:[1990 TO 2016] doctype:(0001 0003 0004) : 173 treff

Database: PROSPERO http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/search.asp
Dato for søk: 07.03.16
supported employment : 3
place train : 12

Database: Google Scholar
Dato 31.03.2016
«Customized employment»
Filter: etter 1990
Treff "omtrent 777 resultater"
Leste de 50 første.

Database: Google Scholar
Dato 31.03.2016
«Individual placement and support»
Filter: etter 1990
Treff "omtrent 2 640 resultater"
Leste de 100 første.

Database: Google Scholar
Dato 31.03.2016
«Supported employment»
Filter: etter 1990
Treff "omtrent 17 400 resultater"
Leste de 50 første.

Database: Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily and Ovid MEDLINE(R) 1946 to Present
Dato for søk: 07.03.16

#	Searches	Results
1	Employment, Supported/	959
2	Rehabilitation, Vocational/	8889
3	individual placement.ti,ab.	200
4	(job coach or job coaches).ti,ab.	34
5	job coaching.ti,ab.	18
6	direct support workforce.ti,ab.	5
7	direct support professional*.ti,ab.	19
8	co-worker support.ti,ab.	76
9	job specialist*.ti,ab.	0
10	((place or placed or places or placing) adj2 (train or trained or trains or training)).ti,ab.	586
11	sius.ti,ab.	10
12	"Special Introduction and Follow-up Support".ti,ab.	1
13	(employment adj2 support*).ti,ab.	876
14	employment specialist*.ti,ab.	64
15	natural support.ti,ab.	76
16	customized employment.ti,ab.	4
17	or/1-16	10718
18	meta-analysis.pt.	62150
19	((systematic* or literature) adj3 (overview or review*)).ti,ab.	274147
20	meta-analy*.ti,ab.	85822
21	systematic review.kw.	3406
22	or/18-21	342255
23	17 and 22	218
24	limit 23 to yr="2010 -Current"	99

Database: PsycINFO 1806 to March Week 1 2016
Dato for søk: 07.03.16

#	Searches	Results
1	vocational rehabilitation/ or supported employment/	6240
2	individual placement.ti,ab.	241
3	(job coach or job coaches).ti,ab.	147
4	job coaching.ti,ab.	49
5	direct support workforce.ti,ab.	7
6	direct support professional*.ti,ab.	33
7	co-worker support.ti,ab.	120
8	job specialist*.ti,ab.	1
9	((place or placed or places or placing) adj2 (train or trained or trains or training)).ti,ab.	439

10	sius.ti,ab.	5
11	"Special Introduction and Follow-up Support".ti,ab.	0
12	(employment adj2 support*).ti,ab.	1665
13	employment specialist*.ti,ab.	132
14	natural support.ti,ab.	143
15	customized employment.ti,ab.	32
16	or/1-15	7686
17	meta analysis/ or "literature review"/	25860
18	((systematic* or literature) adj3 (overview or review*)).ti,ab.	70898
19	meta-analy*.ti,ab.	22979
20	or/17-19	104244
21	16 and 20	258
22	limit 16 to "reviews (best balance of sensitivity and specificity)"	1305
23	21 or 22	1500
24	limit 23 to yr="2010 -Current"	512

Database: Cochrane Library (CDSR, DARE, HTA)
Dato for søk: 07.03.16

#1	MeSH descriptor: [Employment, Supported] this term only	95
#2	MeSH descriptor: [Rehabilitation, Vocational] this term only	355
#3	"individual placement":ti,ab,kw	96
#4	("job coach" or "job coaches" or "job coaching"):ti,ab,kw	10
#5	"direct support workforce":ti,ab,kw	0
#6	("direct support professional" or "direct support profession-als"):ti,ab,kw	3
#7	"co-worker support":ti,ab,kw	3
#8	("job specialist" or "job specialists"):ti,ab,kw	0
#9	((place or placed or places or placing) near/1 (train or trained or trains or training)):ti,ab,kw	2
#10	sius:ti,ab,kw	0
#11	"Special Introduction and Follow-up Support":ti,ab,kw	0
#12	(employment near/1 support*):ti,ab,kw	175
#13	("employment specialist" or "employment specialists"):ti,ab,kw	16
#14	"natural support":ti,ab,kw	2
#15	"customized employment":ti,ab,kw	2
#16	(98-#15) Publication Year from 2010 to 2016, in Cochrane Reviews (reviews only)	5
#17	"individual placement"	110
#18	"job coach" or "job coaches" or "job coaching"	16
#19	"direct support workforce"	0
#20	"direct support professional" or "direct support professionals"	3
#21	"co-worker support"	6
#22	"job specialist" or "job specialists"	1

#23	((place or placed or places or placing) near/1 (train or trained or trains or training))	6
#24	sius	1
#25	"Special Introduction and Follow-up Support"	0
#26	(employment near/1 support*)	203
#27	"employment specialist" or "employment specialists"	22
#28	"natural support"	3
#29	"customized employment"	3
#30	(1-#29)	268
#31	#1 or #2 or #30 Publication Year from 2010 to 2016, in Cochrane Reviews (protocols only), Other Reviews and Technology Assessments	9
#32	#16 or #31	14

Database: Campbell Library
Dato for søk: 24.02.16
Bladde gjennom alle årgangene.

Database: Web of Science – Core Collection
Dato for søk: 07.03.16

8 **136** #7 AND #4
Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, ESCI Timespan=All years

7 **326,077** #6 OR #5
Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, ESCI Timespan=All years

6 **100,145** **TOPIC:** ((meta-analy*))
Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, ESCI Timespan=All years

5 **262,807** **TOPIC:** ((((systematic* OR literature) NEAR/2 (review* OR overview OR search*))))
Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, ESCI Timespan=All years

4 **2,739** #3 OR #2 OR #1
Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, ESCI Timespan=All years

3 **531** TS=((((Place OR placed OR Places OR placing) NEAR/1 (Train OR trained OR Trains OR training))))
Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, ESCI Timespan=All years

2 **1,871** TS=((employment NEAR/1 support*))
Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, ESCI Timespan=All years

1 **690** **TOPIC:** ((("individual placement" OR "job coach" OR "job coaches" OR "job coaching" OR "direct support workforce" OR "direct support Professional" OR "co-worker support" OR "job specialist" OR "job specialists" OR sius OR "special introduction and follow up support" OR "employment specialist" OR "employment specialists" OR "Natural support" OR "customized employment")))
Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, ESCI Timespan=All years

Database: Social Services Abstracts, Sociological Abstracts (ProQuest)
Dato for søk: 07.03.16
((ti((employment NEAR/1 support*)) OR ab((employment NEAR/1 support*)) OR su((employment NEAR/1 support*))) OR (ti((((Place OR placed OR Places OR placing) NEAR/1 (Train OR trained OR Trains OR training)))) OR ab((((Place OR placed OR Places OR placing) NEAR/1 (Train OR trained OR Trains OR training)))) OR su((((Place OR placed OR Places OR placing)

NEAR/1 (Train OR trained OR Trains OR training))))) OR (ti(("individual placement" OR "job coach" OR "job coaches" OR "job coaching" OR "direct support workforce" OR "direct support Professional" OR "co-worker support" OR "job specialist" OR "job specialists" OR sinus OR "special introduction and follow up support" OR "employment specialist" OR "employment specialists" OR "Natural support" OR "customized employment")) OR ab(("individual placement" OR "job coach" OR "job coaches" OR "job coaching" OR "direct support workforce" OR "direct support Professional" OR "co-worker support" OR "job specialist" OR "job specialists" OR sinus OR "special introduction and follow up support" OR "employment specialist" OR "employment specialists" OR "Natural support" OR "customized employment")) OR su(("individual placement" OR "job coach" OR "job coaches" OR "job coaching" OR "direct support workforce" OR "direct support Professional" OR "co-worker support" OR "job specialist" OR "job specialists" OR sinus OR "special introduction and follow up support" OR "employment specialist" OR "employment specialists" OR "Natural support" OR "customized employment")))) AND (ti((((systematic* OR literature) NEAR/2 (review* OR overview OR search*)) OR (meta-analy*))) OR ab((((systematic* OR literature) NEAR/2 (review* OR overview OR search*)) OR (meta-analy*))) OR su((((systematic* OR literature) NEAR/2 (review* OR overview OR search*)) OR (meta-analy*)))) : 19

Database: PROSPERO http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/search.asp
Dato for søk: 07.03.16
supported employment : 3
place train : 12

Database: The POP Database
Dato for søk: 30.03.2016
supported employment : 0

Vedlegg 2: Ordliste

Begrep	Forklaring
Allokering	Fordeling av deltakere i et forsøk til tiltaks- og kontrollgruppe. Skjult allokering betyr at det er gjort grep for å skjule allokeringen til gruppene fra dem som er ansvarlig for å vurdere deltakere når de inngår i studien. Dette sikres ved robuste randomiserings-prosedyrer. Åpen allokering betyr at fordelingen til tiltaks- og kontrollgruppe ikke er skjult for dem som vurderer deltakere når de inngår i studien.
Avbrutte tidsserier	Et forskningsdesign hvor det samles inn data og/eller observeres ved flere (helst mange) tidspunkt før og etter en intervensjon («interruption»). Slik søker man å beregne effekten av et tiltak og samtidig estimere den underliggende tidstrenden.
Baseline data	Verdier av demografiske, kliniske eller andre variabler som blir innhentet fra hver deltaker ved oppstarten av et forsøk, før tiltaket blir gitt.
Blinding	I et kontrollert forsøk: prosessen som hindrer at de som er involvert i forsøket, vet hvilken gruppe én deltaker tilhører. Risikoen for skjevhet blir redusert når så få personer som mulig vet hvem som mottar eksperimentelt tiltak (tiltak) og hvem som er i kontrollgruppen. Deltakere, helsepersonell, forsker (utfallsmåler) og den som gjør analysene, er alle kandidater for blinding. Blinding av enkelte grupper er ikke alltid mulig, for eksempel for mottakere og givere av psykososiale tiltak.
Før- og etter-studier med kontrollgruppe	Et ikke-randomisert forsøk der en kontrollgruppe og en tiltaksgruppe med like karakteristika og ensartet atferd forsøkes identifisert. Data blir innhentet i kontroll- og tiltaksgruppen både før og etter et tiltak.
Gjennomsnittlig forskjell (MD)	Gjennomsnittlig forskjell (*mean difference*) er forskjellen mellom to estimerte gjennomsnitt der må-lingene har foregått med samme måleenhet, f.eks. uker i arbeid. Dette effektestimatet brukes ved kontinuerlig måleskalaer.
Ikke-kontrollerte studier	Studier som ikke kontrollerer for systematiske skjevheter på noen måte, for eksempel observasjonsstudier, kvalitative studier.
Ikke-randomiserte kontrollerte studier	Studier som har andre kontrollbetingelser (f.eks. måling før og etter samt kontrollgruppe), men der fordeling på grupper ikke er (fullstendig) randomisert.
Ikke-systematiske kunnskapsoversikter	For at en oversikt skal kunne kalles systematisk, må disse tre kriteriene være oppfylt: 1) oversikten må ha en oppgitt søkestrategi: 2) oversikten må inneholde klare inklusjonskriterier; 3) oversikten må ha kvalitetsvurdert de inkluderte studiene og/eller oversiktene
Intention-totreat-analyse (ITT–analyse)	En statistisk strategi for å analysere data fra randomiserte kontrollerte studier. Alle deltakerne i en studie inkluderes i analysen i den tiltaksgruppen de ble randomisert til, uavhengig av om de deltok i eller fullførte tiltaket som var foreskrevet, eller ikke. Bruk av ITT-analyse reduserer risikoen for frafallsskjevhet, noe som kan endre baselinelikheten (oppnådd ved randomisering) og/eller reflektere etterlevelse av protokollen.
Kohortstudier	En form for longitudinell undersøkelse av en bestemt gruppe individer. Studien følger en gruppe mennesker (kohort) over tid for å identifisere subgrupper av personer som er, har vært, eller blir eksponert for en eller flere faktorer som hypotetisk påvirker sannsynligheten for sykdom eller andre utfall. Over tid observeres i hvilken grad sykdom eller andre utfall forekommer i ulike eksposisjonsgrupper.
Konfidensintervall (KI)	Statistisk uttrykk for feilmargin fra frekvensstatistikk. Det angir intervallet som med en spesifisert sannsynlighet (vanligvis 95 %) inneholder den «sanne» verdien av variabelen man har målt. Presisjonen på resultatet angis som ytterpunktene for et intervall,

	f.eks. når man skriver 10,5 ± 0,5 (95 % KI), så betyr dette at målingen var 10,5, og at konfidensintervallet strekker seg fra 10,0 til 11,0. Jo smalere intervall, desto større presisjon.
Kontrollgruppe	En gruppe som brukes som sammenligning for en tiltaksgruppe. Den har lignende karakteristika som tiltaksgruppen, men mottar et alternativt tiltak eller ingen tiltak.
Observasjonsstudier	En studie hvor forskerne ikke forsøker å intervenere, men simpelthen observerer hva som skjer. Forandringer eller forskjeller i en variabel (f.eks. behandling) blir studert i forhold til forandringer eller forskjeller i andre variabler (f.eks. død), uten noen innblanding fra forskeren. Det er en større risiko for seleksjonsskjevhet i en slik studie enn i en eksperimentell studie.
Oversikt over oversikter	Oversikter over oversikter lages når: 1) Det finnes flere tiltak for samme populasjon/diagnose og vi ønsker å vite hvilke som er mest effektive; eller 2) Det er flere populasjoner/diagnoser som kan behandles med samme tiltak og vi ønsker å vite om tiltaket er effektivt i de forskjellige populasjonene; eller 3) Det finnes flere systematiske oversikter med samme problemstilling, men med forskjellige konklusjoner.
Metaanalyse	Statistiske teknikker i en systematisk oversikt for å integrere resultatene av inkluderte studier.
Metaanalyse, fixed effects	Tar utgangspunkt i at de inkluderte studiene har utvalg fra ulike populasjoner/univers. Gir en gjennomsnittlig effekt.
Metaanalyse, random effects	Tar utgangspunkt i at de inkluderte studiene har utvalg fra samme populasjon/univers. Gir en «sann» effekt.
Randomiserte kontrollerte studier (RCT)	Et studiedesign hvor deltakerne er randomisert (tilfeldig fordelt) til en tiltaks- og kontrollgruppe. Resultatene blir vurdert ved å sammenligne utfall i behandlings-/tiltaksgruppen og kontrollgruppen. En fordel ved en RCT er at den tilfeldige fordeling av deltakere til de to (eller flere) gruppene i teorien sikrer at gruppene er like med hensyn til demografiske og sykdomsspesifikke variabler samt konfunder-variabler.
Registerdata med matched kontroll	Bruk av data fra f.eks. et administrativt register der hver deltakerne sammenlignes med en gruppe som er lik med hensyn til bestemte karakteristika.
Relativ risiko (RR)	Relativ risiko (RR) brukes ved dikotome målinger (enten-eller) og er forholdet mellom «risikoen» i to grupper. I intervensjonsstudier finner man RR ved å ta risikoen i intervensjonsgruppen og dele på risikoen i kontrollgruppen. For ønskede utfall (som det å få arbeid) innebærer en RR>1 at tiltaket er effektivt for dette utfallet. En RR=2 vil si at sjansen for f.eks. å komme i arbeid er dobbelt så stor i intervensjonsgruppen som i kontrollgruppen.
Risk of bias	Risiko for systematiske feil, som manglende eller mangelfull blinding, generering av randomiseringssekvens, skjult fordeling til grupper, vurdering av ufullstendige data, rapportering av utfallsmål eller frafall fra studien.
Standardisert gjennomsnittlig forskjell (SMD)	Standardisert gjennomsnittlig forskjell (*standardised mean difference*) er forskjellen mellom to estimerte gjennomsnitt delt på et estimat for standardavviket. SMD brukes for å kombinere resultater fra studier som bruker ulike målemåter, f.eks. ulike måleskalaer for depresjon
Standardavvik	Et mål for spredning eller fordeling av et sett med observasjoner. Beregnes som det gjennomsnittlige avviket fra gjennomsnittet i utvalget.
Systematisk oversikt	En oversikt over et klart definert forskningsspørsmål. Oversikten bruker systematiske og eksplisitte metoder for å identifisere, utvelge og kritisk vurdere relevant forskning, samt for å innsamle og analyse data fra studiene som er inkludert i oversikten. Statistiske metoder (metaanalyser) vil i noen tilfeller bli brukt for å analysere og oppsummere resultatene fra de inkluderte studiene. I andre tilfeller skjer oppsummering uten bruk av statistiske metoder.
Tverrsnittstudier	En studie som måler fordelingen av ulike egenskaper i en populasjon på ett bestemt tidspunkt. Kan vise sammenhenger men ikke årsaksforhold.

Vedlegg 3: Ekskluderte studier

36 oversikter ble ekskludert etter fulltekstlesing:

Studie	*Begrunnelse*
Arbesman M, Logsdon DW. Occupational therapy interventions for employment and education for adults with serious mental illness: A systematic review. American Journal of Occupational Therapy 2011;65(3):238-246.	Ikke systematisk oversikt (ikke systematisk kvalitetsvurdering)
Baldwin (2011) The effect of vocational rehabilitation on return-to-work rates post stroke: a systematic review.	Ikke SE/IPS etter kriterier
Bond G, Drake R, Luciano A. Employment and educational outcomes in early intervention programmes for early psychosis: A systematic review. Epidemiology and Psychiatric Sciences 2015;24(5):446-457.	Ikke systematisk oversikt (ingen kvalitetsvurdering)
Bond G, Drake RE, Campbell K. The effectiveness of the individual placement and support model of supported employment for young adults: results from four randomized controlled trials. Early Intervention in Psychiatry 2012;6:30-30.	Identisk med Bond 2014 (som også er ekskludert)
Bond GR, Campbell K, Drake RE. Standardizing measures in four domains of employment outcomes for individual placement and support. Psychiatric Services 2012;63(8):751-757.	Ikke systematisk oversikt (kun sammenslått fire studier)
Bond GR, Drake RE, Becker DR. An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. Psychiatric Rehabilitation Journal 2008;31(4):280-290.	Ikke systematisk oversikt (ikke systematisk søk)
Bond GR, Drake RE, Becker DR. Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. World Psychiatry 2012;11(1):32-39.	Ikke systematisk oversikt (ikke systematiske søk, ikke kvalitetsvurdering
Bond GR, Drake RE, Campbell K. Effectiveness of individual placement and support supported employment for young adults. Early Intervention in Psychiatry 2014	Ikke systematisk oversikt (kun sammenslått fire studier)
Bond GR, Drake RE, Mueser KT, Becker DR. An update of supported employment for people with severe mental illness. Psychiatric Services 1997;48(3):335-346.	Ikke systematisk oversikt (ikke kvalitetsvurdering)
Bond GR, Drake RE. Predictors of competitive employment among patients with schizophrenia. Current Opinion in Psychiatry 2008;21(4):362-369.	Ikke systematisk oversikt (vage inklusjonskriterier og ikke kvalitetsvurdering)
Bond GR, Xie H, Drake RE. Can SSDI and SSI beneficiaries with mental illness benefit from evidence-based supported employment? Psychiatric Services 2007;58(11):1412-1420.	Ikke systematisk oversikt (kun sammenslått fire studier)
Bond GR. Supported Employment: Evidence for an Evidence-Based Practice. Psychiatric Rehabilitation Journal 2004;27(4):345-359.	Ikke systematisk oversikt (ikke system. søk, inklusjonskriterier eller kvalitetsvurdering)
Campbell K, Bond GR, Drake RE, McHugo GJ, Xie H. Client predictors of employment outcomes in high-fidelity supported employment: a regression analysis. Journal of Nervous & Mental Disease 2010;198(8):556-563.	Ikke systematisk oversikt (kun sammenslått fire studier)

Campbell K, Bond GR, Drake RE. Who benefits from supported employment: A meta-analytic study. Schizophrenia Bulletin 2011;37(2):370-380.	Ikke systematisk oversikt (kun sammenslått fire studier)
Charzynska K, Kucharska K, Mortimer A. Does employment promote the process of recovery from schizophrenia? A review of the existing evidence. International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health 2015;28(3):407-418.	Ikke systematisk oversikt (ikke kvalitetsvurdering)
Cimera RE. The economics of supported employment: What new data tell us. Journal of Vocational Rehabilitation 2012; 37: 109–117.	Ikke systematisk oversikt (ikke system. søk, inklusjonskriterier eller kvalitetsvurdering)
Dowler DL, Walls RT. A Review of Supported Employment Services for People with Disabilities: Competitive Employment, Earnings, and Service Costs. Journal of Rehabilitation 2014;80(1):11-21.	Ikke systematisk oversikt (ikke systematisk kvalitetsvurdering)
Ellenkamp JJH, Brouwers EPM, Embregts P, Joosen MCW, van Weeghel J. Work Environment-Related Factors in Obtaining and Maintaining Work in a Competitive Employment Setting for Employees with Intellectual Disabilities: A Systematic Review. Journal of Occupational Rehabilitation 2016;26(1):56-69.	Ikke SE/IPS etter kriterier (og heller ikke inklusjon av studier med kontrollbetingelser)
Fleming AR, del Valle R, Kim M, Leahy MJ. Best practice models of effective vocational rehabilitation service delivery in the public rehabilitation program: A review and synthesis of the empirical literature. Rehabilitation Counseling Bulletin 2013;56(3):146-159.	Ikke systematisk oversikt, ikke SE/IPS etter kriterier
Jacob A, Scott M, Falkmer M, Falkmer T. The Costs and Benefits of Employing an Adult with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. Plos One 2015;10(10).	Systematisk oversikt men ikke SE og sammenligning etter kriterier
Khan F, Ng L, Turner-Stokes L. Effectiveness of vocational rehabilitation intervention on the return to work and employment of persons with multiple sclerosis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009(1).	Systematisk oversikt men ikke SE etter kriterier
Kinoshita Y, Furukawa T, Kinoshita K, Honyashiki M, Omori I, Marshall M, et al. Supported Employment for adults with severe mental illness. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2013	Systematisk oversikt men kun IPS og kun utvalg med psykiske lidelser
Latimer EA. Economic impacts of supported employment for persons with severe mental illness. The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie 2001;46(6):496-505.	Ikke systematisk oversikt (ikke syst. søk, ikke kvalitetsvurdering)
Marino LA, Dixon LB. An update on supported employment for people with severe mental illness. Current Opinion in Psychiatry 2014;27(3):210-215.	Ikke systematisk oversikt (ikke system. søk, inklusjonskriterier eller kvalitetsvurdering)
Mueser (1997)An update on supported employment for people with severe mental illness.	Identisk med Bond 1997 (som også er ekskludert)
Mueser KT, Campbell K, Drake RE. The Effectiveness of Supported Employment in People With Dual Disorders. Journal of Dual Diagnosis 2011;7(1-2):90-102.	Ikke systematisk oversikt (kun sammenslått fire studier)
Nicholas DB, Attridge M, Zwaigenbaum L, Clarke M. Vocational support approaches in autism spectrum disorder: A synthesis review of the literature. Autism 2015;19(2):235-245.	Ikke systematisk oversikt (ingen kvalitetsvurdering, ingen systematisk oppsummering av resultater)
Rinaldi M, Killackey E, Smith J, Shepherd G, Singh SP, Craig T. First episode psychosis and employment: A review. International Review of Psychiatry 2010;22(2):148-162.	Ikke systematisk oversikt (ikke kvalitetsvurdering)
Roels EH, Aertgeerts B, Ramaekers D, Peers K. Hospital- and community-based interventions enhancing (re) employment for people with spinal cord injury: a systematic review. Spinal Cord 2016;54(1):2-7.	Systematisk oversikt men ikke søk etter SE ifølge kriterier

Salkever D. Social Costs of Expanding Access to Evidence-Based Supported Employment: Concepts and Interpretive Review of Evidence. Psychiatric Services 2013;64(2):111-119.	Ikke systematisk oversikt (ikke system. søk, inklusjonskriterier eller kvalitetsvurdering)
Sharifi V, Abolhasani F, Farhoudian A, Amin-Esmaeili M. Which of community-based services are effective for people with psychiatric disorders? A review of evidence. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2013;19(2):96-100.	Artikkelen er på Farsi og ble derfor ikke lest i fulltekst
Taylor JL, McPheeters ML, Sathe NA, Dove D, Veenstra-VanderWeele J, Warren Z. A systematic review of vocational interventions for young adults with autism spectrum disorders. Pediatrics 2012;130(3):531-538.	Ikke systematisk oversikt (ikke systematiske inklusjonskriterier)
Trenaman LM, Miller WC, Escorpizo R, Team SR. Interventions for improving employment outcomes among individuals with spinal cord injury: A systematic review. Spinal Cord 2014;52(11):788-794.	Ikke systematisk oversikt (ingen kvalitetsvurdering)
Twamley EW, Jeste DV, Lehman AF. Vocational Rehabilitation in Schizophrenia and Other Psychotic Disorders: A Literature Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Journal of Nervous and Mental Disease 2003;191(8):515-523.	Ikke systematisk oversikt (ikke systematisk kvalitetsvurdering)
Van Til L, Fikretoglu D, Pranger T, Patten S, Wang J, Wong M, et al. Work Reintegration for Veterans With Mental Disorders: A Systematic Literature Review to Inform Research. Physical Therapy 2013;93(9):1163-1174.	Ikke systematisk oversikt (ikke systematisk kvalitetsvurdering)
Viering S, Jager M, Kawohl W. Which Factors Influence the Success of Supported Employment? Psychiatrische Praxis 2015;42(6):299-308.	Ikke systematisk oversikt (ingen kvalitetsvurdering)

Tre systematiske oversikter ble ekskludert etter kvalitetsvurdering:

Studie
Crowther RE, Marshall M. Employment Rehabilitation Schemes for People with Mental Health Problems in the North West Region: Service Characteristics and Utilisation. Jour-nal of Mental Health 2001;10(4):373-381.
Heffernan J, Pilkington P. Supported Employment for persons with mental illness: Systematic review of the effectiveness of individual placement and support in the UK. Journal of Mental Health 2011;20(4):368-380.
Marshall T, Goldberg RW, Braude L, Dougherty RH, Daniels AS, Ghose SS, et al. Supported employment: Assessing the evidence. Psychiatric Services 2014;65(1):16-23.

126 primærstudier ble ekskludert etter fulltekstlesing:

Studie	*Begrunnelse*
Allott KA, Cotton SM, Chinnery GL, Baksheev GN, Massey J, Sun P, et al. The relative contribution of neurocognition and social cognition to 6-month vocational outcomes following Individual Placement and Support in first-episode psychosis. Schizophr Res. 2013;150(1):136-43.	Ikke relevant sammenligning
Allott KA, Chinnery GL, Cotton SM, Jackson HJ, Killackey EJ. Does individual placement and support compensate for neurocognitive deficit in first-episode psychosis? Early Interv Psychiatry. 2012;6:14.	Konferanseabstrakt
Baksheev GN, Allott K, Jackson HJ, McGorry PD, Killackey E. Predictors of vocational recovery among young people with first-episode psychosis: findings from a randomized controlled trial. Psychiatr Rehabil J. 2012;35(6):421-7.	Tilsvarende Killackey 2008 (inkl.)
Bell, M.D., Greig, T.C., Zito, W., & Wexler, B.W. An RCT of neurocognitive enhancement therapy with supported employment: Employment outcomes at 24 months. Schizophrenia Bulletin, 2007; 33:420–421.	Konferanseabstrakt
Bell MD, Zito W, Greig T, Wexler, BE. Neurocognitive enhancement therapy with vocational services: Work outcomes at two-year follow-up. Schizophrenia Rsearch, 2008;105:18-29	Tilsvarande Bell 2008 (inkl.)
Bell MD, Choi KH, Dyer C, Wexler BE. Benefits of cognitive remediation and supported employment for schizophrenia patients with poor community functioning. Psychiatr Serv. 2014;65(4):469-75	Ikke relevant sammenligning
Blankertz L, Staines GL, Magura S, Madison EM, Horowitz E, Spinelli M, et al. The Customized Employment Supports (CES) model of vocational rehabilitation for methadone treatment patients. Journal of Vocational Rehabilitation. 2003;19(3):143-55.	Kun beskrivelse av tiltaket (til Magura 2007, inkl.)
Blankertz L, Spinelli M, Magura S, Bali P, Madison EM, Staines GL, et al. Integrating Fieldwork Into Employment Counseling for Methadone-Treatment Patients. Journal of Employment Counseling 2005;42(3):113-124.	Ikke SE/IPS etter kriterier
Bond GR, Campbell K, Becker DR. A test of the occupational matching hypothesis for rehabilitation clients with severe mental illness. J Occup Rehabil. 2013;23(2):261-9.	Ikke relevant sammenligning
Burgess J, Yeeles K, Burns T. Refining Individual Placement and Support (IPS) and establishing its effectiveness: a pragmatic, non-inferiority RCT (IPS-LITE trial). Psychiatr Prax. 2011;38.	Konferanseabstrakt (suppl til Bond 2015?)
Burke-Miller J, Razzano LA, Grey DD, Blyler CR, Cook JA. Supported employment outcomes for transition age youth and young adults. Psychiatr Rehabil J. 2012;35(3):171-9.	Henter data fra flere studier (EIDP) og sml aldersgr.
Burns T, Catty J, Group E. IPS in Europe: the EQOLISE trial. Psychiatr Rehabil J. 2008;31(4):313-7.	Tilsvarer Burns 2007 (inkl.)
Burns T, White SJ, Catty J, group E. Individual Placement and Support in Europe: the EQOLISE trial. Int Rev Psychiatry. 2008;20(6):498-502.	Tilsvarer Burns 2007 (inkl.)

Campbell K. Employment rates for people with severe mental illness in the UK not improved by 1 year's individual placement and support. Commentary. Evid Based Mental Health 2010;13: 114.	Tilsvarende Heslin 2011 (inkl.)
Caruana E, Cotton S, Killackey E, Allott K. The relationship between cognition, job complexity, and employment duration in first-episode psychosis. Psychiatr Rehabil J. 2015;38(3):210-7.	Ikke relevant sml
Catty J, Lissouba P, White S, Becker T, Drake RE, Fioritti A, et al. Predictors of employment for people with severe mental illness: results of an international six-centre randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2008;192(3):224-31.	Ikke relevant sml (analyse av Fidelity scale)
Catty J, Koletsi M, White S, Becker T, Fioritti A, Kalkan R, et al. Therapeutic relationships: their specificity in predicting outcomes for people with psychosis using clinical and vocational services. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2010;45(12):1187-93.	Ikke relevant sml (om betydningen av relasjoner)
Catty J, White S, Koletsi M, Becker T, Fioritti A, Kalkan R, et al. Therapeutic relationships in vocational rehabilitation: predicting good relationships for people with psychosis. Psychiatry Res. 2011;187(1-2):68-73.	Ikke relevant sml (om betydningen av relasjoner)
Chan ASM. Enhancing employment opportunities of people with mental illness through an integrated supported employment approach (ISE). Thesis for Master of Philisophy, Hong Kong Polytechnic University 2006.	Tilsvarende Tsang 2011
Cimera RE. The cost-effectiveness of supported employment and sheltered workshops in Wisconsin (FY 2002-FY 2005). Journal of Vocational Rehabilitation 2007;26(3):153-158.	Ikke tilstrekkelige kontrollbetingelser (sammenlagte tverrsnittstudier)
Cimera RE. The cumulative cost-effectiveness of supported and sheltered employees with mental retardation. Research and Practice for Persons with Severe Disabilities 2007;32(4):247-252.	Ikke tilstrekkelige kontrollbetingelser
Cimera RE. The cost-trends of supported employment versus sheltered employment. Journal of Vocational Rehabilitation 2008;28(1):15-20.	Ikke tilstrekkelige kontrollbetingelser
Christensen TN, Eplov L, Nordentoft M. The effectiveness of IPS enhanced with cognitive remediation and social skills training for people with severe mental illness in Denmark: A randomized controlled trial. Early intervention in psychiatry 2012;6:97.	Protokoll, identisk med Christensen 2015 (listet som protokoll)
Christensen TN, Gammelgaard I, Stenager E, Nordentoft M, Eplov LF. Individual placement and support (IPS) supplemented with cognitive remediation and work-related social skills training in Denmark: a randomized clinical trial. Early Intervention in Psychiatry 2014;8:44-44.	Protokoll, identisk med Christensen 2015 (listet som protokoll)
Cook, J.A., Lehman, A.F., Drake, R.E., McFarlane, W.R., Gold, P.B., Leff, H.S., Blyler, C.R., Toprac, M.G., Razzano, L.A., Burke-Miller, J.K., Blankertz, L.E., Shafer, M.S., Pickett-Schenk, S.A., & Grey, D. D. (2005). Integration of psychiatric and vocational services: A multisite randomized, controlled trial of supported employment. American Journal of Psychiatry, 162(10), 1948-1956.	En *multisite* studie (8 steder, EIDP) der flere av enkeltstudiene er inkludert i vår oversikt (Macias 2006, Gold 2006, Lehman 2002, Mueser 2004)
Cook JA, Leff HS, Blyler CR, Gold PB, Goldberg RW, Mueser KT, et al. Results of a multisite randomized trial of supported employment interventions for individuals with severe mental illness. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(5):505-12.	Som over
Cook JA, Razzano LA, Burke-Miller JK, Blyler CR, Leff HS, Mueser KT, et al. Effects of co-occurring disorders on employment outcomes in a multisite randomized study of supported employment for people with severe mental illness. J Rehabil Res Dev. 2007;44(6):837-49.	Som over
Cook JA, Blyler CR, Burke-Miller JK, McFarlane WR, Leff HS, Mueser KT, et al. Effectiveness of supported employment for individuals with schizophrenia: Results of a multi-site, randomized trial. Clinical schizophrenia & related psychoses. 2008;2(1):37-46.	Som over

Cook JA, Blyler CR, Leff H, McFarlane WR, Goldberg RW, Gold PB, et al. The Employment Intervention Demonstration Program: Major findings and policy implications. Psychiatr Rehabil J. 2008;31(4):291-5.	Som over
Cotton S, Allott K, Chinnery G, Jackson H, Killackey E. The relationship between vocational functioning and quality of life in patients with first episode psychosis. Early Interv Psychiatry. 2014;8:81.	Konferanseabstrakt
Drake RE, Becker DR, Biesanz JC, Wyzik PF, Torrey WC. Day treatment versus supported employment for persons with severe mental illness: a replication study. Psychiatric Services 1996;47(10):1125-1127.	Ikke tilstrekkelige kontrollbetingelser (oppfølging av Drake 1994)
Drake RE, Becker DR, Biesanz JC, Torrey WC, McHugo GJ, Wyzik PF. Rehabilitative day treatment vs. supported employment: I. Vocational outcomes. Community Mental Health Journal 1994;30(5):519-532.	Ikke tilstrekkelige kontrollbetingelser
Dudley R, Nicholson M, Stott P, Spoors G. Improving vocational outcomes of service users in an Early Intervention in Psychosis service. Early intervention in psychiatry 2014;8(1):98-102.	Ikke tilstrekkelige kontrollbetingelser (før-og-etter-studie med kun to grupper)
Duwe G. The benefits of keeping idle hands busy: An outcome evaluation of a prisoner reentry employment program. Crime & Delinquency 2015;61(4):559-586.	Ikke tilstrekkelige kontrollbetingelser, ikke SE/IPS etter kriterier
Euler U, Wegewitz UE, Schmitt J, Seilder A. Interventions to support return-to-work for patients with coronary heart disease (Protocol). The Cochrane Library	Protokoll, ikke SE/IPS etter kriterier
Fabian ES. Supported employment and the quality of life: Does a job make a difference? Rehabilitation Counseling Bulletin 1992;36(2):84-97.	Ikke tilstrekkelige kontrollbetingelser
Ferguson KM, Xie B, Glynn S. Adapting the Individual Placement and Support Model with Homeless Young Adults 2012. Child Youth Care Forum 41:277–294.	Ikke tilstrekkelige kontrollbetingelser
Ferguson KM. Using the Social Enterprise Intervention (SEI) and Individual Placement and Support (IPS) models to improve employment and clinical outcomes of homeless youth with mental illness. Social Work in Mental Health 2013;11(5):473-495.	Ikke tilstrekkelige kontrollbetingelser (før-og-etter-studie med kun to grupper)
Forrester-Jones, Rachel (2014) Evaluation of Buckinghamshire care day opportunities and supported employment services final report. Tizard Centre, University of Kent (Unpublished) https://kar.kent.ac.uk/id/eprint/53448	Ser ikke ut til å være kontrollbetingelser/ikke mulig å få tak i
Frank RG. Supported employment: Evidence on economic impacts. Psychiatric Services 2013;64(2):103.	Lederartikkel
Fraser VV, Jones AM, Frounfelker R, Harding B, Hardin T, Bond GR. VR closure rates for two vocational models. Psychiatr Rehabil J. 2008;31(4):332-9.	Ikke relevant sammenligning
García-Villamisar D, Hughes C. Supported employment improves cognitive performance in adults with Autism. Journal of Intellectual Disability Research 2007;51(Pt 2):142-150.	Ikke tilstrekkelige kontrollbetingelser (ikke randomisering eller andre ktr.betingelser)
Germundsson P, Gustafsson J, Lind M, Danermark B. Disability and supported employment: impact on employment, income, and allowances. International Journal of Rehabilitation Research 2012;35(3):263-269.	Ikke tilstrekkelige kontrollbetingelser
Goetz LL, Ottomanelli LA, Barnett SD. Multicenter trial of supported employment for veterans with spinal cord injury. Top Spinal Cord Inj Rehabil. 2013;19(1):15.	Konferanseabstrakt

Gold PB, Macias C, Rodican CF. Does competitive work improve quality of life for adults with severe mental illness? Evidence from a randomized trial of supported employment. The Journal of Behavioral Health Services & Research. 2014:No Pagination Specified.	Morstudie Macias 2006 men sammenligninger ikke gruppene
Greig TC, Zito W, Wexler BE, Fiszdon J, Bell MD. Improved cognitive function in schizophrenia after one year of cognitive training and vocational services. Schizophr Res. 2007;96(1-3):156-61.	Suppl til Bell 2008 (inkl.)
Griffin DK. Self-esteem and job satisfaction of adults with mild mental retardation in sheltered workshops and supported employment programs. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences 1994;54(8-A):2981.	Ikke tilstrekkelige kontrollbetingelser
Griffin DK, Rosenberg H, Cheyney W, Greenberg B. A comparison of self-esteem and job satisfaction of adults with mild mental retardation in sheltered workshops and supported employment. Education & Training in Mental Retardation & Developmental Disabilities 1996;31(2):142-150.	Ikke tilstrekkelige kontrollbetingelser
Henry AD, Lucca AM, Banks S, Simon L, Page S. Inpatient hospitalizations and emergency service visits among participants in an Individual Placement and Support (IPS) model program. Mental Health Services Research 2004;6(4):227-237.	Ikke tilstrekkelige kontrollbetingelser (ikke-randomisert, kun to grupper)
Howard D. Supported employment versus day centre attendance : a comparison of the impact on the self-concept of people with learning disabilities. 1999. Phd thesis. Open University, UK.	Ser ikke ut til å være kontrollbetingelser/ikke abstrakt
Jäger M, Paras S, Nordt C, Warnke I, Bartsch B, Rossler W, et al. [How sustainable is supported employment? A follow-up investigation]. Neuropsychiatrie. 2013;27(4):196-201.	Kun en delvis oppfølging av Burns 2007 (inkl.) og ikke tiltak frem til måling
Kilian R, Lauber C, Kalkan R, Dorn W, Rossler W, Wiersma D, et al. The relationships between employment, clinical status, and psychiatric hospitalisation in patients with schizophrenia receiving either IPS or a conventional vocational rehabilitation programme. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2012;47(9):1381-9.	Ikke relevant sml (om smh mellom arbeid og psykiske lidelser)
Killackey E, Jackson HJ, McGorry PD. Results of the first Australian randomised controlled trial of individual placement and support in first episode psychosis. Schizophr Bull. 2007;33(2):593-.	Poster (til Killackey 2008, inkl.)
Killackey E, Jackson H, McGorry P. Results of a randomized controlled trial of individual placement and support for vocational rehabilitation in first episode psychosis. Early Interv Psychiatry. 2008;2:A9-A.	Konferanseabstrakt (til Killackey 2008, inkl.)
Killackey E. Individual placement and support in early psychosis: Evidence of benefit and future directions. Early Interv Psychiatry. 2010;4:6.	Konferanseabstrakt (til Killackey 2008, inkl.)
Killackey EJ, Allott KA, Cotton SM, Chinnery GL, Sun P, Collins Z, et al. Vocational recovery in first-episode psychosis: First results from a large randomized controlled trial of IPS. Early Interv Psychiatry. 2012;6:13.	Konferanseabstrakt
Killackey E. Individual placement and support research and development in early psychosis in Australia. Australian and New Zealand journal of psychiatry. 2012;46:47.	Konferanseabstrakt (til Killackey 2008, inkl.)
Killackey E, Allott K, Cotton SM, Jackson H, Scutella R, Tseng YP, et al. A randomized controlled trial of vocational intervention for young people with first-episode psychosis: method. Early intervention in psychiatry 2013;7(3):329-337.	Metodeartikkel, beskriver ingen resultater
Killackey E, Allott K, Cotton SM, Chinnery G, Jackson HJ, Baksheev G. The role of neurocognition within a randomised controlled trial of Individual Placement and Support for first-episode psychosis. Schizophr Bull. 2013;39:S264-s5.	Konferanseabstrakt
Killackey E, Jackson H, Allott K, Cotton S. Vocational recovery in first episode psychosis: Preliminary results from a large randomised controlled trial of individual placement and support. Schizophr Res. 2014;153:S282.	Konferanseabstrakt, ikke tilstrekkelige opplysninger

Killackey E, Allott K, Cotton S, Chinnery G, Jackson H. Baseline to 18 months: main results from a randomized controlled trial of individual placement and support for young people with first-episode psychosis. Early Interv Psychiatry. 2014;8:152-.	Konferanseabstrakt
Koletsi M, Niersman A, van Busschbach JT, Catty J, Becker T, Burns T, et al. Working with mental health problems: clients' experiences of IPS, vocational rehabilitation and employment. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2009;44(11):961-70.	Kvalitative studie
Kroese BS, Hensel E, Krishnan M, Rose J. The impact of supported employment on psychological well-being. Journal of Intellectual Disability Research 2004;48:406-406.	Ikke tilstrekkelige kontrollbetingelser (konferanseabstrakt)
Kukla M, Bond GR. The working alliance and employment outcomes for people with severe mental illness enrolled in vocational programs. Rehabil Psychol. 2009;54(2):157-63.	Ikke relevant sammenligning
Latimer EA, Lecomte T, Becker DR, Drake RE, Duclos I, Piat M, et al. Individual placement and support to help people with severe mental illness find and maintain competitive employment: Preliminary results of the first Canadian randomized trial. Schizophr Bull. 2005;31(2):544-5.	Konferanseabstrakt
Latimer EA. Individual placement and support programme increases rates of obtaining employment in people with severe mental illness. Evidence-based mental health. 2008;11(2):52.	Tilsvarende Burns 2007 (inkl.)
Lauber C. Supported employment for people with severe mental illness: a European multi-centre randomised controlled trial. 2007.	Konferanseabstrakt, morstudie trolig Burns 2007 (inkludert)
Lauber C. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. 2007.	Identisk med Burns 2007 (inkludert)
Leddy M, Stefanovics E, Rosenheck R. Health and well-being of homeless veterans participating in transitional and supported employment: Six-month outcomes. Journal of Rehabilitation Research & Development 2014;51(1):161-175.	Ikke tilstrekkelige kontrollbetingelser (identifisert som *Meaghan*)
LePage J, Ottomanelli L, Barnett SD, Njoh EN. Spinal cord injury combined with felony history: effect on supported employment for Veterans. J Rehabil Res Dev. 2014;51(10):1497-504.	Suppl til Ottomanelli 2014 (inkl.)
Li-Tsang CW. The effect of a job placement and support program for workers with musculoskeletal injuries: a randomized control trial (RCT) study. 2006.	Identisk med Li-Tsang 2008 (inkludert)
Lovvik C, Overland S, Hysing M, Broadbent E, Reme SE. Association between illness perceptions and return-to-work expectations in workers with common mental health symptoms. Journal of Occupational Rehabilitation 2014;24(1):160-170.	Ikke tilstrekkelige kontrollbetingelser, ikke SE/IPS etter kriterier
Macias C, Jones DR, Hargreaves WA, Wang Q, Rodican CF, Barreira PJ, et al. When programs benefit some people more than others: tests of differential service effectiveness. Adm Policy Ment Health. 2008;35(4):283-94.	Sammeligner ikke kun tiltak
Martin (2013) Effectiveness of a coordinated and tailored return-to-work intervention for sickness absence beneficiaries with mental health problems	Ikke SE/IPS etter kriterier
Mavranezouli I, Megnin-Viggars O, Cheema N, Howlin P, Baron-Cohen S, Pilling S. The cost-effectiveness of supported employment for adults with autism in the United Kingdom. Autism 2014;18(8):975-984.	Ikke tilstrekkelige kontrollbetingelser
Mawhood L, Howlin P. The outcome of a supported employment scheme for high-functioning adults with autism or Asperger syndrome. Autism 1999;3(3):229-254.	Ikke tilstrekkelige kontrollbet. (før-og-etter-studie med kun to grupper)
McCaughrin (1991) A benefit-cost analysis of supported employment in Illinois: The first 2 years	Ikke tilstrekkelige kontrollbetingelser
McCrone P, Heslin M, Howard L, Rice C, Leese M, Jarrett M, et al. The SWAN (Supported Work and Needs) Study: An Economic Evaluation	Konferanseabstrakt

of Supported Employment for People with Mental Health Problems in London. Journal of Mental Health Policy and Economics. 2009;12:S30-S.	
McGrew JH, Johannesen JK, Griss ME, Born DL, Katuin C. Performance-based funding of supported employment: A multi-site controlled trial. Journal of Vocational Rehabilitation 2005;23(2):81-99.	Ikke intervensjon/ sammenligning etter kriterier (kun ulike finansieringsmodeller)
McGuire AB, Bond GR, Clendenning DR, Kukla M. Service intensity as a predictor of competitive employee in an individual placement and support model. Psychiatr Serv. 2011;62(9):1066-72.	Suppl til Bond 2007 (inkl.) (ikke rel. sml.)
McGurk SR, Mueser KT, Feldman K, Wolfe R, Pascaris A. Cognitive training for supported employment: 2-3 year outcomes of a randomized controlled trial. Am J Psychiatry. 2007;164(3):437-41.	Ufullstendige resultater (suppl til McGurk 2005, inkl.)
McHugo GJ, Drake RE, Becker DR. The durability of supported employment effects. Psychiatr Rehabil J. 1998;22(1):55-61.	Ikke lenger randomisering av deltakerne (oppfølging til Drake 1996)
Michon H. Effectiveness of Individual Placement and Support; 18 & 30 months follow-up. 2011.	Identisk med Michon 2014 (inkludert)
Michon H, van Busschbach J, van Vugt M, Stant A, Kroon H, Wiersma D, et al. Effectiveness of the Individual Placement and Support (IPS) model of vocational rehabilitation for people with severe mental illnesses in the Netherlands. Psychiatr Prax. 2011;38.	Konferanseabstrakt
Mueser KT, Becker DR, Wolfe R. Supported employment, job preferences, job tenure and satisfaction. J Ment Health. 2001;10(4):411-7.	Suppl til Mueser 2004 (inkl.)
Mueser Kim T, Clark Robin E, Haines M, Drake Robert E, Bond Gary R, Becker Deborah R, et al. The Hartford study of supported employment for severe mental illness: employment and nonvocational outcomes. 155th Annual Meeting of the American Psychiatric Association; 2002 May 18-23rd; Philadelphia, PA, USA 2002.	Identisk med Mueser 2004 (B) (og konferanseabstrakt)
Mueser KT, Essock SM, Haines M, Wolfe R, Xie H. Posttraumatic stress disorder, supported employment, and outcomes in people with severe mental illness. CNS Spectr. 2004;9(12):913-25.	Sammenligner med utg.pkt i PTSD, ikke tiltak
Mueser KT, Aalto S, Becker DR, Ogden JS, Wolfe RS, Schiavo D, et al. The effectiveness of skills training for improving outcomes in supported employment. Psychiatr Serv. 2005;56(10):1254-60.	Studerer personer i SE som allerede er i arbeid
Mueser KT, McGurk SR. 2-3 year outcomes of a randomized controlled trial of cognitive training and supported employment for people with severe mental illness. Schizophr Bull. 2007;33(2):448-9.	Konferanseabstrakt
Mueser KT, Bond GR, Essock SM, Clark RE, Carpenter-Song E, Drake RE, et al. The effects of supported employment in Latino consumers with severe mental illness. Psychiatr Rehabil J. 2014;37(2):113-22.	Sammenligner med utg.pkt i latino-bakgrunn, ikke tiltak
Negrini A, Corbiere M, Fortin G, Lecomte T. Psychosocial well-being construct in people with severe mental disorders enrolled in supported employment programs. Community Mental Health Journal 2014;50(8):932-942.	Ikke tilstrekkelige kontrollbetingelser (oppfølgingsstudie av SE-tiltak)
Nuechterlein KH, Subotnik KL, Turner LR, Ventura J, Becker DR, Drake RE. Individual placement and support for individuals with recent-onset schizophrenia: integrating supported education and supported employment. Psychiatr Rehabil J. 2008;31(4):340-9.	Ingen resultater
Nuechterlein KH, Subotnik KL, Turner L, Ventura J, Gitlin MJ, Gretchen- Doorly D, et al. Individual placement and support after an initial episode of schizophrenia: The UCLA Randomized Controlled Trial. Early Interv Psychiatry. 2010;4:5.	Konferanseabstrakt
Nuechterlein K. SUCCESSFUL RETURN TO WORK OR SCHOOL IN RECENT-ONSET SCHIZOPHRENIA: THE UCLA RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL OF INDIVIDUAL PLACEMENT AND SUPPORT. Schizophr Res. 2010;117(2-3):133-.	Konferanseabstrakt
Nuechterlein KH, Subotnik KL, Turner L, Ventura J, Gitlin MJ, Gretchen-Doorly D, et al. Individual placement and support after an initial episode of schizophrenia: impact on school or work recovery,	Konferanseabstrakt

hospitalization and utilization of disability support. Early Interv Psychiatry. 2012;6:14-.	
Nuechterlein K. Maximizing successful return to school or work after an initial episode of schizophrenia. Schizophr Res. 2012;136:S14.	Konferanseabstrakt
Nygren U, Markstrom U, Svensson B, Hansson L, Sandlund M. Individual placement and support - a model to get employed for people with mental illness - the first Swedish report of outcomes. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2011;25(3):591-598.	Ikke tilstrekkelige kontrollbetingelser (kun oppfølging av to intervensjonsgrupper)
O'Brien A, Price C, Burns T, Perkins R. Improving the vocational status of patients with long-term mental illness: A randomized controlled trial of staff training. Community Mental Health Journal 2003;39(4):333-347.	Ikke tilstr. kontrollbetingelser (klyngerandom. men av de ansatte); ikke IPS
Ottomanelli L, Goetz L, McGeough C, Suris A, Sippel J, Sinnott P, et al. Methods of a multisite randomized clinical trial of supported employment among veterans with spinal cord injury. J Rehabil Res Dev. 2009;46(7):919-30.	Metodeartikkel (til Ottomanelli 2014, inkl.)
Ottomanelli L, Barnett SD, Toscano R. Individual placement and support (IPS) in physical rehabilitation and medicine: the VA spinal cord injury experience. Psychiatr Rehabil J. 2014;37(2):110-2.	Tilsvarende Ottomanelli 2014 A
Ottomanelli L, Barnett SD, Goetz LL, Toscano R. Vocational rehabilitation in spinal cord injury: what vocational service activities are associated with employment program outcome? Top Spinal Cord Inj Rehabil. 2015;21(1):31-9.	Suppl til Ottomanelli 2014 (inkl.)
Parletta (2015) Evaluating evidence-based supported employment implemented within an Australian disability employment service for adults with mental illness	Ikke tilstrekkelige kontrollbetingelser
Pitkänen A, Puolakka K. Effectiveness of psychological and psychosocial interventions on quality of life of patients with schizophrenia and related disorders: a systematic review protocol. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports 2013;11(6)157 - 168	Protokoll, ikke SE/IPS etter kriterier
Reme SE, Øverland S, Grasdal A, Ludvigsen K, Løvvik C, Lie SA. Effektevaluering av Senter for Jobbmestring: Sluttrapport. Uni Research 2013.	Tilsvarende Reme 2015 (inkl)
Rinaldi M, Perkins R. Comparing employment outcomes for two vocational services: Individual placement and support and non-integrated pre-vocational services in the UK. Journal of Vocational Rehabilitation 2007;27(1):21-27.	Ikke tilstrekkelige kontrollbetingelser
Rosenheck RA, Mares AS. Implementation of supported employment for homeless veterans with psychiatric or addiction disorders: two-year outcomes. Psychiatric Services 2007;58(3):325-333.	Ikke tilstrekkelige kontrollbetingelser
Salkever DS, Gibbons B, Drake RE, Frey WD, Hale TW, Karakus M. Increasing earnings of social security disability income beneficiaries with serious mental disorder. J Ment Health Policy Econ. 2014;17(2):75-90.	Suppl til Drake 2013 (inkl.)
Sato S, Ikebuchi E, Yamaguchi S, Shimodaira M, Taneda A, Ichikawa K, et al. EFFECTS OF COGNITIVE REMEDIATION AND SUPPORTED EMPLOYMENT FOR PEOPLE WITH SEVERE MENTAL ILLNESS IN JAPAN_A RANDOMISED CONTROLLED TRIAL. Schizophr Bull. 2015;41:S189-S.	Konferanseabstrakt (til Sato 2014, inkl.)
Schneider J, Boyce M, Johnson R, Secker J, Slade J, Grove B, et al. Impact of supported employment on service costs and income of people with mental health needs. Journal of Mental Health 2009;18(6):533-542.	Ikke tilstrekkelige kontrollbetingelser
Serra Buades F. Intervenció del preparador laboral en situacions crítiques en l'aplicació de programes de treball amb suport (supported employment). 'Intervención del preparador laboral en situaciones críticas en la aplicación de programas de trabajo con soporte (supported employment)'. 2001.	Ikke tilstrekkelige kontrollbetingelser

Serra Buades F. La Presència del suport natural en els processos d'inclusió laboral mitjançant el model de treball amb suport (supported employment). Universitat de les Illes Balears; 2004.	Ikke tilstrekkelige kontrollbetingelser
Shearn J, Beyer S, Felce D. The cost-effectiveness of supported employment for people with severe intellectual disabilities and high support needs: A pilot study. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities 2000;13(1):29-37.	Ikke tilstrekkelige kontrollbetingelser
Shu-Kei C. Job coach model for occupational shoulder soft tissue injuries rehabilitation. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering 2007;68(3-B):1568.	Ikke SE/IPS etter kriterier
Staines GL, Blankertz L, Magura S, Bali P, Madison EM, Spinelli M, et al. Efficacy of the customized employment supports (CES) model of vocational rehabilitation for unemployed methadone patients: preliminary results. Subst Use Misuse. 2004;39(13-14):2261-85.	Foreløpige data til Magura 2007 (inkl.)
Stant A, Busschbach J, Vugt M, Michon H. A rehabilitation intervention to help people with severe mental illness obtain and keep a paid job: The economic evaluation. Value in health. 2012;15(7):A337.	Konferanseabstrakt
Stant AD, Busschbach JT, Vugt M, Michon H. A rehabilitation intervention to help people with severe mental illness obtain and keep a paid job: The economic evaluation. Journal of mental health policy and economics. 2013;16:S32.	Konferanseabstrakt
Sungur M, Soygur H, Guner P, Ustun B, Cetin I, Falloon IR. Identifying an optimal treatment for schizophrenia: a 2-year randomized controlled trial comparing integrated care to a high-quality routine treatment. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice 2011;15(2):118-127.	Ikke SE/IPS etter kriterier
Sytema S, Jörg F, Nieboer R, Wunderink L. Adding evidence-based interventions to assertive community treatment: a feasibility study. Psychiatric services (Washington, DC) 2014;65(5):689-692.	Ikke SE/IPS etter kriterier
Szczebak M. Measuring the effect of supported employment treatment on self-efficacy in individuals with severe mental illness. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering 2013;73(9-B(E)):No Pagination Specified.	Ikke tilstrekkelige kontrollbetingelser (før-og-etter-studie med kun to grupper)
Tines J, Rusch FR, McCaughrin W, Conley RW. Benefit-cost analysis of supported employment in Illinois: a statewide evaluation. American Journal of Mental Retardation 1990;95(1):44-54	Ikke tilstrekkelige kontrollbetingelser
Twamley EW, Padin DS, Bayne KS, Narvaez JM, Williams RE, Jeste DV. Work rehabilitation for middle-aged and older people with schizophrenia - A comparison of three approaches. Journal of Nervous and Mental Disease. 2005;193(9):596-601.	Samme data som Twamley 2012 (inkl.)
Uggen C, Shannon SK. Productive addicts and harm reduction: How work reduces crime-But not drug use. Social Problems 2014;61(1):105-130.	Ikke SE/IPS etter kriterier
Verdugo MA, de Urries FBJ, Orgaz B, Benito MC, Martin-Ingelmo R, Ruiz N, et al. The impact of supported employment on quality of life: results of a national programme in Spain. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities 2010;23(5):446-446.	Ikke tilstrekkelige kontrollbetingelser
Wallace CJ, Tauber, R. Supplementing supported employment with workplace skills training. Rehab rounds. Psychiatric Services 2004;55(5):513-515.	Presenterer funn fra Mueser 2005 (ekskl.)
Walter KH, Jak AJ, Twamley EW. Psychiatric comorbidity effects on compensatory cognitive training outcomes for veterans with traumatic brain injuries. Rehabil Psychol. 2015;60(3):303-8.	Som Twamley 2015 (inkl.)
Webster J, Staton-Tindall M, Dickson MF, Wilson JF, Leukefeld CG. Twelve-month employment intervention outcomes for drug-involved offenders. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse 2014;40(3):200-205.	Ikke SE/IPS etter kriterier

Vedlegg 4: Protokoller

I litteratursøket fant vi følgende 10 protokoller, altså pågående primærstudier eller systematiske oversikter om effekt av Supported Employment:

Studie
Busschbach JT. A randomised controlled trial of the cost-effectiveness of individual placement and support in six European countries [EQOLISE] [ISRCTN15173187]. controlled-trialscom 2005.
Christensen TN, Nielsen IG, Stenager E, Morthorst BR, Lindschou J, Nordentoft M, et al. Individual Placement and Support supplemented with cognitive remediation and work-related social skills training in Denmark: study protocol for a randomized controlled trial. Trials [Electronic Resource] 2015;16:280.
Hamilton IS, Schneider J, Kane E, Jordan M. Employment of ex-prisoners with mental health problems, a realistic evaluation protocol. BMC Psychiatry 2015;15:185.
Hellstrom L, Bech P, Nordentoft M, Lindschou J, Eplov LF. The effect of IPS-modified, an early intervention for people with mood and anxiety disorders: study protocol for a randomised clinical superiority trial. Trials [Electronic Resource] 2013;14:442.
Kawohl W, Moock J, Heuchert S, Rossler W. Job Maintenance by Supported Employment: An Overview of the "Supported Employment Plus" Trial. Frontiers in Public Health 2015;3:140.
Killackey E, Allott K, Cotton SM, Jackson H, Scutella R, Tseng YP, et al. A randomized controlled trial of vocational intervention for young people with first-episode psychosis: method. Early intervention in psychiatry 2013;7(3):329-337.
Nordt C, Brantschen E, Kawohl W, Bartsch B, Haker H, Rusch N, et al. 'Placement budgets' for supported employment-Improving competitive employment for people with mental illness: Study protocol of a multicentre randomized controlled trial. BMC Psychiatry Vol 12 Oct 2012, ArtID 165 2012;12.
Suijkerbuijk YB, Verbeek JH, van Mechelen J, Ojajärvi A, Anema JR, Corbiere M, Schaafsma FG. Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis (Protocol). Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 9.
Sveinsdottir V, Lovvik C, Fyhn T, Monstad K, Ludvigsen K, Overland S, et al. Protocol for the effect evaluation of Individual Placement and Support (IPS): a randomized controlled multicenter trial of IPS versus treatment as usual for patients with moderate to severe mental illness in Norway. BMC Psychiatry 2014;14:307.
Viering S, Bartsch B, Obermann C, Rusch N, Rossler W, Kawohl W. The effectiveness of individual placement and support for people with mental illness new on social benefits: a study protocol. BMC Psychiatry 2013;13:195.

Vedlegg 5: Inkluderte studier – kjennetegn og risiko for skjevheter

I dette vedlegget følger en beskrivelse av alle de 38 inkluderte studiene i alfabetisk rekkefølge. Beskrivelsen inneholder informasjon om hvilke artikler dataene er hentet fra, detaljer om studien, samt vår vurdering av risiko for skjevheter (*Risk of bias*).

Bejerholm 2015

Artikler	Bejerholm 2015: *Individual placement and support in Sweden - a randomized controlled trial* Areberg 2013: *The effect of IPS on participants' engagement, quality of life, empowerment, and motivation: a randomized controlled trial*
Studie	Design: RCT Land: Sverige (2008-2011) Oppfølgingstid: 18 mnd
Deltakere	Antall: 120 Alder: 18-63 år, gjennomsnitt 38 år Kjønn: 56% menn, 44% kvinner Problem/diagnose: 64 % schizofreni og andre psykotiske lidelser, 8% bipolar, 28% andre (ICD-10)
Tiltak	IPS etter kriterier (*Fidelity Scale*)
Kontrolltiltak	Lokalt tilgjengelig og individuelt tilpasset tradisjonell yrkesmessig rehabilitering: ulike former for skjermet arbeid, dagsenter, evt. i samarbeid med helse, individuelt eller i gruppe (kategori 2)
Utfallsmål	Komme i vanlig arbeid Tid i vanlig arbeid (timer) Inntekt Livskvalitet (*The Manchester Short Assessment of Quality of Life vs 2*)

Risiko for skjevheter

Område	*Vår vurdering*	*Begrunnelse*
Randomisering	Lav risiko	Randomisering og allokering med dataprogram. Håndtert av en forskningsassistent utenfor og uten kontakt med deltakerne
Allokering	Lav risiko	
Blinding av deltakere	Lav/høy risiko	Ikke mulig (lav risiko for objektive utfallsmål; høy risiko for subjektive utfallsmål)
Blinding av utfallsmåler	Uklar risiko	Ikke beskrevet
Frafall	Uklar risiko	28% frafall, til dels redegjort for, delvis inkludert i analysen
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Bell 2008

Artikler	Bell 2008: *Neurocognitive Enhancement Therapy and Competitive Employment in Schizophrenia: Effects on Clients with Poor Community Functioning*
Studie	Design: RCT Land: USA (2000-2005) Oppfølgingstid: 12 mnd aktivt program + 12 mnd oppfølging
Deltakere	Antall: 72 Alder: gjennomsnittsalder 40 år Kjønn: 54% menn, 46% kvinner Problem/sykdom: alle diagnostisert med schizofreni eller schizoaffektiv lidelse Evt. ekstra eksklusjonskriterier: tidligere hodeskader, kjente nevrologiske skader eller aktivt rusmiddelmisbruk
Tiltak	VOC + NET. NET = 1) to gruppemøter i uken med kognitivt/sosialt fokus, ledet av ansatte og deltakelse fra jobbspesialister som kunne gi individuelle tilbakemeldinger 2) kognitivt treningsprogram, opp til 10 t pr uke (*Fidelity Scale*)
Kontrolltiltak	VOC = IPS + ukentlige (arbeidsrettet + livsstil) gruppemøter med psykolog, samt pengestøtte for å få en deltaker raskt i vanlig arbeid
Utfallsmål	Komme i vanlig arbeid (timer) Tid i vanlig arbeid
Merknader	Oppfølgingsmåling er 12 mnd etter at tiltaket er avsluttet.

Risiko for skjevheter

Område	*Vår vurdering*	*Begrunnelse*
Randomisering	Lav risiko	Stratifisert randomisering utført av statistiker utenfor studien
Allokering	Uklar risiko	Ikke beskrevet
Blinding av deltakere	Lav/høy risiko	Ikke mulig (lav risiko for objektive utfallsmål; høy risiko for subjektive utfallsmål)
Blinding av utfallsmåler	Lav/høy risiko	Ikke beskrevet
Frafall	Lav risiko	Intet frafall
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Bond 1995

Artikler	Bond 1995: *Accelerating entry into supported employment for persons with severe psychiatric disabilities*
Studie	Design: RCT Land: USA (1989-1991) Oppfølgingstid: 12 mnd
Deltakere	Antall: 86 Alder: 18-60 år, gjennomsnittsalder 35 år Kjønn: 51% menn, 49% kvinner Problem/sykdom: 66% schizofreni el schizoaffektiv lidelse, 14% personlighetsforstyrrelser, 11% stemningslidelser, 9% andre
Tiltak	SE etter kriterier (ikke fullt IPS)
Kontrolltiltak	Først fire mnd yrkesforberedende opplæring, deretter SE
Utfallsmål	I vanlig arbeid Tid i vanlig arbeid (uker)

	Inntekt siste år Hatt vanlig arbeid I arbeid på full tid Antall psyk innleggelse Dager innlagt	
Merknader	Senere utfallsmål er lite dokumentert + da har også kontrollgruppen fått SE i lengre tid	
Risiko for skjevheter		
Område	*Vår vurdering*	*Begrunnelse*
Randomisering	Uklar risiko	Ikke beskrevet
Allokering	Uklar risiko	Ikke beskrevet
Blinding av deltakere	Lav/høy risiko	Ikke mulig (lav risiko for objektive utfallsmål; høy risiko for subjektive utfallsmål)
Blinding av utfallsmåler	Lav/høy risiko	Ikke beskrevet
Frafall	Lav risiko	14 % frafall, alt er forklart, men ikke inkludert
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Høy risiko	Etter fire mnd fikk kontrollgruppa også SE, oppfølging 12 mnd

Bond 2007

Artikler	Bond 2007: *A randomized controlled trial comparing two vocational models for persons with severe mental illness* Kukla 2013: *A randomized controlled trial of evidence-based supported employment: Nonvocational outcomes*	
Studie	Design: RCT Land: USA (1999-2004) Oppfølgingstid: 24 mnd	
Deltakere	Antall: 187 Alder: > 18 år, gjennomsnittsalder 39 år Kjønn: 64% menn Problem/sykdom: 39% schizofreni, 17% schizoaffektiv, 17% depresjon, 24% bipolar (DSM-IV) Evt. ekstra eksklusjonskriterier: ingen alvorlige fysiske sykdommer	
Tiltak	IPS etter kriterier (*Fidelity Scale*)	
Kontrolltiltak	*Diversified Placement Approach*: Skrittvis til arbeid med vekt på klargjøring til arbeid før plassering i arbeid, personellintensivt, tilbud om ulike grupper (kategori 2)	
Utfallsmål	Type arbeid oppnådd Tid i vanlig arbeid (timer) Inntekt Psykiske symptomer Livskvalitet (*An abbr version of Lehman's Quality of life Interview*) Psykiatriske innleggelser	
Risiko for skjevheter		
Område	*Vår vurdering*	*Begrunnelse*
Randomisering	Lav risiko	Datarandomisering
Allokering	Lav risiko	Formidlet av projektleder
Blinding av deltakere	Lav/høy risiko	Ikke mulig (lav risiko for objektive utfallsmål; høy risiko for subjektive utfallsmål)
Blinding av utfallsmåler	Lav/høy risiko	Ikke beskrevet
Frafall	Lav risiko	3,6% frafall
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent

Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Bond 2015

Artikler	Bond 2015: *A Controlled Trial of Supported employment for People With Severe Mental Illness and Justice Involvement*
Studie	Design: RCT Land: USA (2011-2013) Oppfølgingstid: 12 mnd
Deltakere	Antall: 85 Alder: >18 år, gjennomsnittsalder 44 år Kjønn: 79% menn, 21% kvinner Problem/sykdom: 60% schizofreni, 21% depresjon, 31% bipolar, 4% andre Evt. ekstra inklusjonskriterier: historie med arrestasjoner eller fengsel
Tiltak	IPS etter kriterier (*Fidelity Scale*)
Kontrolltiltak	En jobbklubb, legger til rette for egen jobbsøker-aktivitet (kategori 1)
Utfallsmål	Komme i vanlig arbeid Tid i vanlig arbeid (dager) Innleggelse Livskvalitet (*The 24-item subscale of the 32-item Recovery Assessment Scale*) Dager på sykehus

Risiko for skjevheter

Område	*Vår vurdering*	*Begrunnelse*
Randomisering	Lav risiko	Urne-randomisering til konvolutter fordelt på de to stedene.
Allokering	Lav risiko	Etter første intervju trakk deltakerne en konvolutt der tiltaket stod.
Blinding av deltakere	Lav/høy risiko	Ikke mulig (lav risiko for objektive utfallsmål; høy risiko for subjektive utfallsmål)
Blinding av utfallsmåler	Lav/høy risiko	Ikke beskrevet
Frafall	Lav risiko	2-5 prosent
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Burns 2007

Artikler	Burns 2007: *The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial* Burns 2009: *The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: results of an international study of individual placement and support* Knapp 2013: *Supported employment: cost-effectiveness across six European sites*
Studie	Design: RCT (*multisite*) Land: Bulgaria, England, Italia, Nederland, Sveits og Tyskland (2003-2005) Oppfølgingstid: 18 mnd
Deltakere	Antall: 312 Alder: 18-65 år, gjennomsnittsalder 38 år Kjønn: 60% menn, 40% kvinner

	Problem/sykdom: 80% schizofreni/schizoaffektiv lidelse,17% bipolar lidelse, 3% andre
Tiltak	IPS etter kriterier (*Fidelity Scale*)
Kontrolltiltak	Det best tilgjengelige alternativet der studien fant sted. Høykvalitet yrkesmessig rehabilitering (kategori 2)
Utfallsmål	Å komme i vanlig arbeid (minst 1 dag) Tid i vanlig arbeid (timer) Tid på sykehus (nye innleggelser) Symptomer (bedring) Psykiske symptomer (angst og depresjon) Livskvalitet (*Lancashire Quality of Life Profile—European version*) Kostnadseffektivitet

Risiko for skjevheter

Område	*Vår vurdering*	*Begrunnelse*
Randomisering	Lav risiko	Stratifisert randomisering foretatt med dataprogram
Allokering	Lav risiko	Skjult til plassering
Blinding av deltakere	Lav/høy risiko	Ikke mulig (lav risiko for objektive utfallsmål; høy risiko for subjektive utfallsmål)
Blinding av utfallsmåler	Lav/høy risiko	Ikke beskrevet
Frafall	Lav risiko	ITT, 19 % frafall, ingen forskjeller vedr baseline, frafall beskrevet
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Burns 2015

Artikler	Burns 2015: *A randomised controlled trial of time-limited individual placement and support: IPS-LITE trial*
Studie	Design: RCT Land: England Oppfølgingstid: 18 mnd
Deltakere	Antall: 123 Alder: 18-65 år, gjennomsnittsalder 38 år Kjønn: 59% menn, 41% kvinner Problem/sykdom: 58% med psykotisk lidelse, 42% uten psykotisk lidelse
Tiltak	IPS Lite, dvs. en tidsbegrenset versjon av IPS. Deltakerne fikk kun 9 mnd hjelp til å søke jobb og kun 4 mnd hjelp for de som fikk jobb
Kontrolltiltak	Standard IPS
Utfallsmål	Komme i vanlig arbeid (minst 1 dag) Tid i vanlig arbeid Livskvalitet (*Manchester Short Assessment of Quality of Life*, MANSA) Psykiske symptomer Innleggelser i psykiatri Kostnadseffektivitet

Risiko for skjevheter

Område	*Vår vurdering*	*Begrunnelse*
Randomisering	Lav risiko	Randomisering utført av uavhengig statistiker (stratifisert algoritme)
Allokering	Lav risiko	Prosedyre for å sikre skjult allokering
Blinding av deltakere	Lav/høy risiko	Ikke mulig (lav risiko for objektive utfallsmål; høy risiko for subjektive utfallsmål)

Blinding av utfalls-måler	Lav/høy risiko	Ingen blinding
Frafall	Lav risiko	2,4% frafall
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Craig 2014

Artikler	Craig 2014: *Vocational rehabilitation in early psychosis: cluster randomised trial*
Studie	Design: RCT Land: England Oppfølgingstid: 12 mnd
Deltakere	Antall: 159 Alder: 18-35 år, gjennomsnittsalder 24 år Kjønn: 73% menn, 27% kvinner Problem/sykdom: alle hadde nylig vært gjennom første psykotiske episode
Tiltak	IPS + ansatte fikk opplæring i MI (Motiverende Intervju) (*Fidelity Scale*)
Kontrolltiltak	Standard IPS
Utfallsmål	Komme i vanlig arbeid Symptomer

Risiko for skjevheter

Område	*Vår vurdering*	*Begrunnelse*
Randomisering	Uklar risiko	Ikke beskrevet
Allokering	Uklar risiko	Ikke beskrevet
Blinding av deltakere	Lav/høy risiko	Ikke mulig (lav risiko for objektive utfallsmål; høy risiko for subjektive utfallsmål)
Blinding av utfalls-måler	Lav/høy risiko	Ingen blinding
Frafall	Lav risiko	15% frafall, likt fordelt, ingen forskjell ved baseline, ikke inkludert i endelige analyser
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Davis 2012

Artikler	Davis 2012: *A randomized controlled trial of supported employment among veterans with posttraumatic stress disorder*
Studie	Design: RCT Land: USA (2006-2010) Oppfølgingstid: 12 mnd
Deltakere	Antall: 85 Alder: 19-60 år, gjennomsnittsalder 40 år Kjønn: 78% menn, 12% kvinner Problem/sykdom: PTSD Annen info: Mange har (ikke-psykotiske) tilleggsdiagnoser
Tiltak	IPS etter kriterier (*Fidelity Scale*)
Kontrolltiltak	Vanlig yrkesrehabiliter. for veteraner; testing, skjermet arbeid, begrenset støtte til å søke vanlig arbeid og ved oppnådd arbeid (kategori 1)
Utfallsmål	Komme i vanlig arbeid Tid i vanlig arbeid (timer) Inntekt

Risiko for skjevheter		
Område	*Vår vurdering*	*Begrunnelse*
Randomisering	Lav risiko	Randomisert med utgangspunkt i en liste
Allokering	Uklar risiko	Ikke beskrevet
Blinding av deltakere	Lav/høy risiko	Ikke mulig (lav risiko for objektive utfallsmål; høy risiko for subjektive utfallsmål)
Blinding av utfallsmåler	Lav risiko	Blindet
Frafall	Lav risiko	16% frafall, omtrent likt fordelt på gruppene, gjort rede for, og alle er inkludert i analysen
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Drake 1996

Artikler	Drake 1996: *The New Hampshire study of supported employment for people with severe mental illness* Clark 1998: *Benefits and costs of supported employment from three perspectives*
Studie	Design: RCT Land: USA Oppfølgingstid: 18 mnd
Deltakere	Antall: 143 Alder: 20-65 år, gjennomsnittsalder 37 år Kjønn: 48% menn, 52% kvinner Problem/sykdom: 47% schizofreni/psykotiske lidelser, 43% bipolar/ alvorlige stemningslidelser
Tiltak	IPS
Kontrolltiltak	Group Skill Training: Gruppeopplæring i ferdigheter rettet mot arbeid, individuell plassering i jobb med oppfølging, kontakt med helsetjenesten (kategori 2)
Utfallsmål	Komme i vanlig arbeid Inntekt Psykiske symptomer Livskvalitet (*the Quality of Life Interview, QOLI; Lehman, 1983*) Kostnadseffektivitet

Risiko for skjevheter		
Område	*Vår vurdering*	*Begrunnelse*
Randomisering	Uklar risiko	Ikke beskrevet (annet enn «stratifisert»)
Allokering	Uklar risiko	Ikke beskrevet
Blinding av deltakere	Lav/høy risiko	Ikke mulig (lav risiko for objektive utfallsmål; høy risiko for subjektive utfallsmål)
Blinding av utfallsmåler	Lav/høy risiko	Ikke beskrevet
Frafall	Lav risiko	Kun 2.1 prosent (forklart)
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Drake 1999

Artikler	Drake 1999: *A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders*

	Dixon 2002: *Cost-effectiveness of two vocational rehabilitation programs for persons with severe mental illness*
Studie	Design: RCT Land: USA (1994-1997) Oppfølgingstid: 18 mnd
Deltakere	Antall: 152 Alder: gjennomsnittsalder 39 år Kjønn: 39% menn, 61% kvinner Problem/sykdom: 67% schizofreni-spektrum, 14 % bipolar, 16% depresjon Evt. ekstra inklusjons/eksklusjonskriterier: sentrumsbeboere, mange hjemløse, mange med dobbeltdiagnmoser, ikke svekket hukommelse eller medisinsk sykdom som kunne hindre arbeid eller intervjuer
Tiltak	IPS etter kriterier (*Fidelity Scale*)
Kontrolltiltak	Forsterket yrkesrehabilitering, ekstra yrkesveileder, skrittvis tilnærminger, skjermet arbeid (kategori 1)
Utfallsmål	Arbeid Inntekt Tid i vanlig arbeid (timer) Livskvalitet (*Sections of the Quality of Life interview (Lehman 1983*) Symptomer Innleggelser Kostnadseffektivitet

Risiko for skjevheter

Område	*Vår vurdering*	*Begrunnelse*
Randomisering	Lav risiko	Datagenerert randomisering
Allokering	Ikke beskrevet	Uklar risiko
Blinding av deltakere	Lav/høy risiko	Ikke mulig (lav risiko for objektive utfallsmål; høy risiko for subjektive utfallsmål)
Blinding av utfallsmåler	Lav/høy risiko	Ikke blindet
Frafall	Lav risiko	1,3% frafall
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Drake 2013

Artikler	Drake 2013: *Assisting Social Security Disability Insurance beneficiaries with schizophrenia, bipolar disorder, or major depression in returning to work*
Studie	Design: RCT Land: USA (23 byer) Oppfølgingstid: 24 mnd
Deltakere	Antall: 2238 Alder: 18-55 år, gjennomsnitt 47 år Kjønn: 47% menn, 53% kvinner Problem/sykdom: 30% schizofreni, 70% stemningslidelser
Tiltak	IPS + medisinkoordinering (gjennomgang av medisinering, koordinering) + sosial støtte (eks. tilbud om koordinering av tjenster, rusmiddelbehandling, støtte til familien) + kostnadsdekning (*Fidelity Scale*)
Kontrolltiltak	Ulike kontrolltiltak i de ulike byene (TAU)
Utfallsmål	Komme i vanlig arbeid Tid i vanlig arbeid (mnd)

	Inntekt Symptomer Livskvalitet (*the Quality of Life Interview*) Innleggelser

Risiko for skjevheter		
Område	*Vår vurdering*	*Begrunnelse*
Randomisering	Lav risiko	Datagenerert randomisering
Allokering	Uklar risiko	Ikke beskrevet
Blinding av deltakere	Lav/høy risiko	Ikke mulig (lav risiko for objektive utfallsmål; høy risiko for subjektive utfallsmål)
Blinding av utfallsmåler	Lav/høy risiko	Ikke beskrevet
Frafall	Lav risiko	8,2% frafall, redegjort i flytskjema, ikke inkludert
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

García -Villamisar 2002

Artikler	García -Villamisar 2002: *Changes in the quality of autistic people's life that work in supported and sheltered employment. A 5-year follow-up study*
Studie	Design: Kontrollert design (to grupper, ikke randomisert) Land: Spania, Tyskland (1996-2000) Oppfølgingstid: 5 år
Deltakere	Antall: 51 Alder: Gjennomsnittsalder 21 år Kjønn: 76% menn, 24% kvinner Problem/sykdom: Alle hadde autisme (DSM 1994) Annen info: gj.snittl. IQ: 57,41. 20% hadde også epilepsi
Tiltak	SE: 15-30 t per uke, vanlig lønn, tildelt job coach, (ikke mer enn to plassert i samme bedrift)
Kontrolltiltak	Skjermet arbeidsvirksomhet, arbeid i beskyttet miljø med kun funksjonshemmede kolleger
Utfallsmål	Livskvalitet (*Quality of life Survey*, intervjuer med autister, omsorgsgivere, terapeuter og familie)

Risiko for skjevheter		
Område	*Vår vurdering*	*Begrunnelse*
Fordelingsprosedyre	Høy risiko	Oppgitt at deltakerne ble fordelt på to grupper, men ikke hvordan. Et senere avsnitt beskriver at deltakerne i SE-gruppen ble valgt etter spesifikke kriterier.
Skjult fordeling	Høy risiko	Følger av over
Lik baseline for utfallsmål	Lav risiko	Ikke signifikant ulikt
Lik baseline for kjennetegn ved populasj.	Lav risiko	Ikke signifikant ulikt
Manglende data	Lav risiko	Det er oppgitt 55 deltakere, men 26+25 på gruppene. Ikke oppgitt om noen hadde falt fra ved andre måling.
Blinding	Lav/høy risiko	Ingen blinding (lav risiko for objektive utfallsmål; høy risiko for subjektive utfallsmål)
«Smitteeffekter»	Lav risiko	Lite sannsynlig at kontrollgruppen fikk tilgang til fra Tiltaksgruppen program

Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Gold 2006

Artikler	Gold 2006: *Randomized trial of supported employment integrated with assertive community treatment for rural adults with severe mental illness*
Studie	Design: RCT Land: USA (1996-1998) Oppfølgingstid: 24 mnd
Deltakere	Antall: 143 Alder: > 18 år, majoriteten 26-45 år Kjønn: 38% menn, 62% kvinner Problem/sykdom: 69% schizofrenispektrum, 31% stemningslidelser Evt. ekstra inklusjons/eksklusjonskriterier: deltakerne skulle være grisgrendt-boende
Tiltak	ACT-IPS, dsv IPS tilpasset ACT-strukturen *(assertive community treatment*, kommunebasert psykiatrisk oppfølging) (*Fidelity Scale*)
Kontrolltiltak	Tilpasset arbeidspraksis, gradvis tilnærming til vanlig arbeid (kategori 1)
Utfallsmål	Type arbeid Tid i vanlig arbeid (timer) Inntekt Årsak til avslutning Bruk av tjenester (psykisk helsehjelp eller arbeidsstøtte) Antall, varighet, sted
Merknader	En del av *Employment Intervention Demonstration Program* (EIDP). Tiltaket var opprinnelig to IPS-tiltak (standard og forsterket) som ble slått sammen underveis.

Risiko for skjevheter

Område	*Vår vurdering*	*Begrunnelse*
Randomisering	Lav risiko	Statistisk generert randomiseringssekvens
Allokering	Lav risiko	Skjult fordeling
Blinding av deltakere	Lav/høy risiko	Ikke mulig (lav risiko for objektive utfallsmål; høy risiko for subjektive utfallsmål)
Blinding av utfallsmåler	Lav/høy risiko	Ikke blindet
Frafall	Lav risiko	Totalt 24,5% frafall (flere i kontrollgruppen), alle inkludert i analysen
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Uklar risiko	Endringer i programmet underveis

Goldberg 1990

Artikler	Goldberg 1990: *Transition of persons with developmental disability from extended sheltered employment to competitive employment*
Studie	Design: RCT Land: USA (1986-1988) Oppfølgingstid: 12 mnd
Deltakere	Antall: 49 Alder: 18-55 år, gjennomsnittsalder 31 år Kjønn: 49% menn, 51% kvinner, Problem/sykdom: utviklingshemmet fra fødsel

	Anne info: en del deltakere har fysisk og/eller psykisk tilleggsproblematikk
Tiltak	SE: Plassert i vanlig arbeid så raskt som mulig, diverse støtte: en spesialist på yrkesopplæring, en jobbveileder, en sosialarbeider til støtte for familien, samt ansatte som støttet klient og familie i øvrig liv.
Kontrolltiltak	Utvidet skjermet arbeidspraksis: de mottok vurderinger, yrkesmessig opplæring, hjelp til jobbsøk – til de var klare for vanlig arbeid
Utfallsmål	Komme i vanlig arbeid Funksjonsevne

Risiko for skjevheter

Område	*Vår vurdering*	*Begrunnelse*
Randomisering	Uklar risiko	Ikke beskrevet
Allokering	Uklar risiko	Ikke beskrevet
Blinding av deltakere	Lav/høy risiko	Ikke mulig (lav risiko for objektive utfallsmål; høy risiko for subjektive utfallsmål)
Blinding av utfallsmåler	Lav risiko	Blindet ved funksjonstesten
Frafall	Lav risiko	Intet frafall
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Heslin 2011

Artikler	Heslin 2011: *Randomized controlled trial of supported employment in England: 2 year follow-up of the Supported Work and Needs (SWAN) study* Howard 2010: *Supported employment: Randomised controlled trial*
Studie	Design: RCT Land: England (2004-2007) Oppfølgingstid: 24 mnd
Deltakere	Antall: 219 Alder: 18-65 år, gjennomsnittsalder 38 år Kjønn: 67% menn, 33% kvinner Problem/sykdom: 68% psykotisk lidelse, 26% stemningslidelse
Tiltak	IPS etter kriterier, *men ikke strukturelt organisert sammen med mental helse* (*Fidelity Scale*)
Kontrolltiltak	Psykososial rehabilitering og dagsenter (tilbud om jobbsøkerkurs mm) (kategori 1)
Utfallsmål	Komme i vanlig arbeid Inntekt Livskvalitet (*Manchester Short Assessment version 2, a brief modified version of the Lancashire Quality of Life Profile*) Kostnadseffektivitet

Risiko for skjevheter

Område	*Vår vurdering*	*Begrunnelse*
Randomisering	Lav risiko	Stratifisert randomisering og allokering, foretatt av uavhengig institutt
Allokering	Lav risiko	(se over)
Blinding av deltakere	Lav/høy risiko	Ikke mulig (lav risiko for objektive utfallsmål; høy risiko for subjektive utfallsmål)
Blinding av utfallsmåler	Lav risiko	Blindet
Frafall	Lav risiko	14% frafall, like mange i hver gruppe, ikke forskj. baseline, ikke inkludert i analysene
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent

Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Hoffmann 2014

Artikler	Hoffmann 2014: *Long-term effectiveness of supported employment: 5-year follow-up of a randomized controlled trial* Hoffmann 2012: *A randomised controlled trial of the efficacy of supported employment*
Studie	Design: RCT Land: Sveits Oppfølgingstid: 2-5 år
Deltakere	Antall: 100 Alder: 18-64 år, gjennomsnittsalder 34 år Kjønn: 65% menn, 35% kvinner Problem/sykdom: 38% schizofreni-spektrum, 41% stemningslidelser, 21 prosent annet (12% med rusproblemer i tillegg) Evt. ekstra inklusjonskriterier: noe arbeidsevne ved oppstart
Tiltak	IPS etter kriterier (*IPS Fidelity Scale*)
Kontrolltiltak	Tradisjonell yrkesmessig rehabilitering: Opplæring, skjermet arbeid, ikke oppfølging når man har kommet i vanlig arbeid (kategori 1)
Utfallsmål	Komme i vanlig jobb (minst fem dager) Tid i vanlig arbeid (uker) Inntekt Psykiske symptomer (målt etter 2 år) Innleggelser Livskvalitet (*The Wisconsin Quality of Life Index (W-QLI), derived from the Quality of Life Index for Mental Health*) Kostnadseffektivitet
Merknader	Pga sveitsisk trygdesystem måtte deltakerne være i stand til å arbeide/delta en viss prosent ved vurdering til programmet

Risiko for skjevheter

Område	*Vår vurdering*	*Begrunnelse*
Randomisering	Lav risiko	Data-algoritme som tilfredsstiller Cochrane-kriterier
Allokering	Lav risiko	Lukkede konvolutter
Blinding av deltakere	Lav/høy risiko	Ikke mulig (lav risiko for objektive utfallsmål; høy risiko for subjektive utfallsmål)
Blinding av utfallsmåler	Lav risiko	Blindet
Frafall	Lav risiko	12% ved 5 år, ITT-analyser (*last observation carried forward* for utfallsmål≠arbeid)
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Killackey 2008

Artikler	Killackey 2008: *Vocational intervention in first-episode psychosis: individual placement and support v. treatment as usual*
Studie	Design: RCT Land: Australia (2005-2006) Oppfølgingstid: 6 mnd
Deltakere	Antall: 41 Alder: 15-25 år, gjennomsnittsalder 21 år Kjønn: 80% gutter, 20% jenter Problem/sykdom: førstegangs-psykose

	Evt. ekstra info: 1-1,5 år siden debut med psykotisk lidelse
Tiltak	IPS etter kriterier (*Fidelity Scale*) + TAU
Kontrolltiltak	TAU: Individuell saksbehandling og medisinsk gjennomgang, henvisning til arbeidskontor, tilbud om arbeidsrettet gruppe på senter for psykosebehandling (EPPIC) (kategori 2)
Utfallsmål	Komme i vanlig arbeid Tid i vanlig arbeid (uker) Inntekt

Risiko for skjevheter		
Område	*Vår vurdering*	*Begrunnelse*
Randomisering	Lav risiko	Datagenerert, utført av statistiker
Allokering	Lav risiko	Statistikeren administrerte allokeringen
Blinding av deltakere	Lav/høy risiko	Ikke mulig (lav risiko for objektive utfallsmål; høy risiko for subjektive utfallsmål)
Blinding av utfallsmåler	Lav/høy risiko	Trolig ikke blindet
Frafall	Lav risiko	6 stk (15%) falt fra (1 i IPS, 5 i TAU), alle inkludert i analysen
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Latimer 2006

Artikler	Latimer 2006: *Generalisability of the individual placement and support model of supported employment - results of a Canadian randomised controlled trial* Shi 2011: *Cost-effectiveness of the individual placement and support model of supported employment for people with severe mental illness: results from a Canadian randomized trial*
Studie	Design: RCT Land: Canada (2001-2004) Oppfølgingstid: 12 mnd
Deltakere	Antall: 150 Alder: 18-64 år, gjennomsnittsalder 41 år Kjønn: 61 % menn, 39% kvinner Problem/sykdom: 17% schizoaffektiv, 59% andre schizofreni-spektrum, 20% bipolar lidelse
Tiltak	IPS (SE *Fidelity Scale*)
Kontrolltiltak	Tradisjonell yrkesmessig tilbud (skjermet arbeid el l., tilbud om trening i jobbsøking, fokus på gradvis i vanlig arbeid) (kategori 1)
Utfallsmål	Komme i vanlig arbeid Tid i vanlig arbeid (timer) Livskvalitet (*The Canadian version of the Wisconsin Quality-of-Life scale*) Inntekt Kostnadseffektivitet

Risiko for skjevheter		
Område	*Vår vurdering*	*Begrunnelse*
Randomisering	Lav risiko	Stratifisert randomisering, generert av statistiker
Allokering	Lav risiko	Fordeling i skjult konvolutt, åpnet etter baseline-intervju
Blinding av deltakere	Lav/høy risiko	Ikke mulig (lav risiko for objektive utfallsmål; høy risiko for subjektive utfallsmål)
Blinding av utfallsmåler	Lav/høy risiko	Ikke blindet

Frafall	Lav/uklar risiko	17 prosent frafall, gjort rede for (flere i IPS-gruppa enn i kontroll) Større frafall mht kost-nytte-data (Shi)
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Lehman 2002

Artikler	Lehman 2002: *Improving employment outcomes for persons with severe mental illnesses*
Studie	Design: RCT Land: USA (1996-2000) Oppfølgingstid: 24 mnd
Deltakere	Antall: 219 Alder: gjennomsnittsalder 42 år Kjønn: 57 % menn, 43% kvinner Problem/sykdom: 74% psykotisk lidelse, 26% stemningslidelser Evt. ekstra inklusjonskriterier: polikliniske pas. fra «inner cities»
Tiltak	IPS etter kriterier (*Fidelity Scale*)
Kontrolltiltak	Psykososialt rehabiliteringsprogram, sosiale tilbud (ferdighetstrening, sosial trening, støtte til transport eller bolig, rådgiving) + tilbud om støtte til opplæring, skjermet arbeid og støtte ved vanlig arbeid (kategori 2)
Utfallsmål	Komme i arbeid
Merknader	En del av Employment Intervention Demonstration Program (EIDP).

Risiko for skjevheter

Område	*Vår vurdering*	*Begrunnelse*
Randomisering	Uklar risiko	Ikke beskrevet
Allokering	Lav risiko	Skjult i konvolutter
Blinding av deltakere	Lav/høy risiko	Ikke mulig (lav risiko for objektive utfallsmål; høy risiko for subjektive utfallsmål)
Blinding av utfallsmåler	Lav/høy risiko	Ikke beskrevet
Frafall	Høy risiko	31 prosent (68 stk) frafall, lignende mønster over de to årene (men størst frafall i kontrollgruppen 40 vs 26 prosent). Alle er inkludert i analysen. Ingen målbare forskjeller ml de som ble og de som falt fra
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Li-Tsang 2008

Artikler	Li-Tsang 2008: *The effect of a job placement and support program for workers with musculoskeletal injuries: a randomized control trial (RCT) study*
Studie	Design: RCT Land: Hong Kong (Kina) Oppfølgingstid: 3 uker
Deltakere	Antall: 66 Alder: 20-59 år Kjønn: 62% menn, 38% kvinner Problem/sykdom: muskel/skjelettskader fra arbeid

	Evt. ekstra inklusjons/eksklusjonskriterier: mottatt forberedelseskurs, sykemeldt > 6 mnd
Tiltak	En kortvarig variant av SE; tre ukers program, tildelt «case manager» med erfaring fra jobbveiledning, individuelle (og gruppe) timer for å forberede til jobbsøk, hjelp til jobbsøk, hjelp til evt tilrettelegging, praktisk, sosial og psykologisk oppfølging etter behov.
Kontrolltiltak	Ett møte med sosialarbeider, deretter overlatt til selv å søke jobber
Utfallsmål	Komme tilbake i arbeid Antall timer jobbet per uke Inntekt per måned Livskvalitet, helserelatert (*SF-36=Short Form Health Survey*)

Risiko for skjevheter

Område	*Vår vurdering*	*Begrunnelse*
Randomisering	Lav risiko	Trakk konvolutter
Allokering	Lav risiko	Trakk konvolutter
Blinding av deltakere	Lav/høy risiko	Ikke mulig (lav risiko for objektive utfallsmål; høy risiko for subjektive utfallsmål)
Blinding av utfallsmåler	Lav risiko	Blindet
Frafall	Lav risiko	4,5% frafall, fordelt på begge grupper, forklart men ikke inkludert i analysen
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Macias 2006

Artikler	Macias 2006: *Supported employment outcomes of a randomized controlled trial of ACT and clubhouse models*
Studie	Design: RCT Land: USA (1996-2000) Oppfølgingstid: 24 mnd
Deltakere	Antall: 121 (interessert i å komme i arbeid) Alder: > 18 år, gjennomsnittsalder 38 år Kjønn: 55% menn, 45% kvinner Problem/sykdom: schizofreni, bipolar, alvorlig depresjon (52% hadde schizofrenidiagnose)
Tiltak	ACT-modell av SE: desentralisert (*out-of-clinic*) psykiatrisk behandling og arbeidsstøtte
Kontrolltiltak	Clubhouse-modell (Fontene-huset) av SE: sted drevet av pasienter og ansatte i samarbeid
Utfallsmål	Komme i vanlig arbeid Tid i vanlig arbeid (timer) Inntekt
Merknader	En del av Employment Intervention Demonstration Program (EIDP).

Risiko for skjevheter

Område	*Vår vurdering*	*Begrunnelse*
Randomisering	Lav risiko	Trekking av lapp fra boks (fem m/ACT og fem m/Clubhouse)
Allokering	Uklar risiko	Ikke beskrevet
Blinding av deltakere	Lav/høy risiko	Ikke mulig (lav risiko for objektive utfallsmål; høy risiko for subjektive utfallsmål)
Blinding av utfallsmåler	Lav/høy risiko	Ikke beskrevet
Frafall	Lav risiko	Intet frafall fra de 121

Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Magura 2007

Artikler	Magura 2007: *An innovative job placement model for unemployed methadone patients: a randomized clinical trial*
Studie	Design: RCT Land: USA (2001-2005) Oppfølgingstid: 12 mnd
Deltakere	Antall: 213 Alder: gjennomsnittsalder 45 år Kjønn: 58% menn, 42% kvinner Problem/sykdom: pasienter på to metadonklinikker, tidligere heroinbrukere, nå stabilisert på metadon
Tiltak	SE-CES (Custumized Employment Support): Intensiv bygging av terapeutisk allianse i starten, deretter raskt ut i vanlig arbeid. Yrkesveiledning + psykososial og praktisk veiledning, også utenfor klinikken
Kontrolltiltak	Standard individuell yrkesrådgiving + mulighet for å delta i grupper (kun rettet mot arbeid, kun inne på klinikken), flere deltakere per ansatt
Utfallsmål	Komme i vanlig arbeid Inntekt

Risiko for skjevheter		
Område	*Vår vurdering*	*Begrunnelse*
Randomisering	Uklar risiko	Ikke beskrevet
Allokering	Uklar risiko	Ikke beskrevet
Blinding av deltakere	Lav/høy risiko	Ikke mulig (lav risiko for objektive utfallsmål; høy risiko for subjektive utfallsmål)
Blinding av utfallsmåler	Lav/høy risiko	
Frafall	Uklar risiko	29 stk ble ekskludert fra analysen, kun delvis forklart. 16 stk falt fra ved oppfølging gjort rede for men ikke inkludert.
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

McGurk 2005

Artikler	McGurk 2005: *Cognitive training and supported employment for persons with severe mental illness: one-year results from a randomized controlled trial*
Studie	Design: RCT Land: USA (2 sentre) Oppfølgingstid: 3-12 mnd
Deltakere	Antall: 48 Alder: gjennomsnittsalder 36 år Kjønn: 55% menn, 45% kvinner Problem/sykdom: 72.7% schizofreni, 4,5% schizoaffektiv lidelse, 22,7% stemningslidelse
Tiltak	SE + kognitiv trening rettet mot arbeid (*Thinking Skills Work Program*). TSWP= Vurdering + 24 t databasert kognitiv trening + jobbplanlegging + kognitiv støtte i oppnådd jobb (SE *Fidelity Scale*)

Kontrolltiltak	Standard SE
Utfallsmål	Komme i vanlig arbeid Tid i vanlig arbeid (timer) Inntekt Symptomer

Risiko for skjevheter		
Område	*Vår vurdering*	*Begrunnelse*
Randomisering	Lav risiko	Datagenerert randomiseringsliste
Allokering	Uklar risiko	Ikke beskrevet
Blinding av deltakere	Lav/høy risiko	Ikke mulig (lav risiko for objektive utfallsmål; høy risiko for subjektive utfallsmål)
Blinding av utfallsmåler	Lav/høy risiko	Ikke beskrevet
Frafall	Lav risiko	8,3% frafall, forklart men ikke inkludert
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

McGurk 2015

Artikler	McGurk 2015: *Cognitive Enhancement Treatment for People With Mental Illness Who Do Not Respond to Supported employment: A Randomized Controlled Trial*
Studie	Design: RCT Land: USA (2 steder) Oppfølgingstid: 24 mnd
Deltakere	Antall: 107 Alder: gjennomsnittsalder 44 år Kjønn: 65% menn, 35% kvinner Problem/sykdom: 23.4% schizofreni, 22.4% schizoaffektiv lidelse, 23.4% bipolar lidelse, 16.8% alvorlig depresjon, 14% andre
Tiltak	IPS (*Enhanced Supported Employment*) + Thinking Skills for Work Program (TSWP= Vurdering + 24 t databasert kognitiv trening + jobbplanlegging + kognitiv støtte i oppnådd jobb) (*Fidelity Scale*)
Kontrolltiltak	IPS (*Enhanced Supported Employment*) + opplæring av jobbspesialistene i hvordan støtte personer med kognitiv svikt
Utfallsmål	Komme i vanlig arbeid Tid i vanlig arbeid (uker) Livskvalitet (*Quality of Life Scale*) Inntekt Symptomer

Risiko for skjevheter		
Område	*Vår vurdering*	*Begrunnelse*
Randomisering	Lav risiko	Stratifisert, datagenerert randomisering utenfor studien
Allokering	Uklar risiko	Ikke beskrevet
Blinding av deltakere	Lav/høy risiko	Ikke mulig (lav risiko for objektive utfallsmål; høy risiko for subjektive utfallsmål)
Blinding av utfallsmåler	Lav risiko	Blindet
Frafall	Lav risiko	ITT-analyser, ingen frafall
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Michon 2014

Artikler	Michon 2014: *Effectiveness of individual placement and support for people with severe mental illness in the Netherlands: A 30-month randomized controlled trial*
Studie	Design: RCT (4 steder) Land: Nederland (2005-2009) Oppfølgingstid: 30 mnd
Deltakere	Antall: 151 Alder: 18-65 år, gjennomsnittsalder 35 år Kjønn: 74% menn, 26% kvinner Problem/sykdom: 60% psykotisk lidelse
Tiltak	IPS etter kriterier (*Fidelity Scale*)
Kontrolltiltak	Tradisjonell yrkesmessig rehabilitering. Gradvis tilnærming, opplæring, skjermet arbeid, separat fra den psykiatriske behandlingen (kategori 1)
Utfallsmål	Komme i vanlig arbeid Livskvalitet (*Manchester Short Assessment of Quality of Life*) Psykisk helse

Risiko for skjevheter

Område	*Vår vurdering*	*Begrunnelse*
Randomisering	Lav risiko	Stratifisert randomisering (betalt arbeid >5 år) utført av et uavhengig byrå.
Allokering	Uklar risiko	Ikke beskrevet
Blinding av deltakere	Lav/høy risiko	Ikke mulig (lav risiko for objektive utfallsmål; høy risiko for subjektive utfallsmål)
Blinding av utfallsmåler	Lav risiko	Blindet
Frafall	Lav risiko	1 stk frafall som ikke er inkludert i analysene, flere frafall, men ITT-analyser (alle med)
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Mueser 2004

Artikler	Mueser 2004: *The Hartford study of supported employment for persons with severe mental illness*
Studie	Design: RCT Land: USA (1996-2000) Oppfølgingstid: 24 mnd
Deltakere	Antall: 204 Alder: gjennomsnittsalder 41 år Kjønn: 62 % menn, 38% kvinner Problem/sykdom: 53% schiziofreni, 21% scizoaffektiv, 17% major depression, 5% bipolar (DSM-IV)
Tiltak	IPS etter kriterier (*Fidelity Scale*)
Kontrolltiltak	A. Psykososial rehabiliteringsprogram (PSR).: Forberedende yrkestrening etterfulgt av skjermet arbeid, deretter støtte til å komme i vanlig arbeid. I tillegg tilbud om drop-in-senter, ferdisghetstrening, støttegrupper, fritidsaktiviter, støtte til bolig (kategori 2) (B. *Treatment as usual*)
Utfallsmål	Komme i vanlig arbeid Tid i vanlig arbeid (timer) Inntekt

	Livskvalitet (*Quality of life was assessed with the Brief Version of the Quality of Life Interview*) Symptomer	
Merknader	En del av Employment Intervention Demonstration Program (EIDP).	
Risiko for skjevheter		
Område	*Vår vurdering*	*Begrunnelse*
Randomisering	Lav risiko	Stratifisert datagenerert randomsering (betalt arbeid >5 år; etnisitet og kjønn)
Allokering	Uklar risiko	Ikke beskrevet
Blinding av deltakere	Lav/høy risiko	Ikke mulig (lav risiko for objektive utfalls-mål; høy risiko for subjektive utfallsmål)
Blinding av utfalls-måler	Lav/høy risiko	Ikke blindet
Frafall	Lav risiko	19 % frafall, likt mellom gruppene, ikke beskrevet årsak, ITT analyse (*last observa-tion carried forward*)
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Oshima 2014

Artikler	Oshima 2014: *A randomized controlled trial of individual placement and support in Japan*	
Studie	Design: RCT Land: Japan (2006-2007) Oppfølgingstid: 6 mnd	
Deltakere	Antall: 37 Alder: 18-59, gjennomsnittsalder 41 år Kjønn: 76% menn, 24% kvinner Problem/sykdom: schizofreni, stemingslidelser eller nevrotiske lidelser (ICD-10)	
Tiltak	IPS etter kriterier (*Fidelity Scale*)	
Kontrolltil-tak	Vanlig arbeidsforberedende tilbud, opplæring for å forberede delta-kerne for betalt arbeid (kategori 1)	
Utfallsmål	Få vanlig arbeid Tid i vanlig arbeid (timer) Inntekt	
Risiko for skjevheter		
Område	*Vår vurdering*	*Begrunnelse*
Randomisering	Uklar risiko	Ikke beskrevet
Allokering	Uklar risiko	Ikke beskrevet
Blinding av deltakere	Lav/høy risiko	Ikke mulig (lav risiko for objektive utfalls-mål; høy risiko for subjektive utfallsmål)
Blinding av utfalls-måler	Lav/høy risiko	Ikke blindet
Frafall	Lav risiko	Intet frafall
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Ottomanelli 2014

Artikler	Ottomanelli 2014: *Effectiveness of supported employment for veterans with spinal cord injury: 2-year results*

	Ottomanelli 2013: *A prospective examination of the impact of a supported employment program and employment on health-related quality of life, handicap, and disability among Veterans with SCI* Ottomanelli 2012: *Effectiveness of supported employment for veterans with spinal cord injuries: results from a randomized multisite study* Sinnott 2014: *Cost-effectiveness of supported employment for veterans with spinal cord injuries*
Studie	Design: RCT (6 steder) Land: USA (2009-) Oppfølgingstid: 12-24 mnd
Deltakere	Antall: 157 Alder: 18-65 år, gjennomsnittsalder 48 år Kjønn: 96% menn, 4% kvinner Problem/sykdom: krigsveteraner med ryggmargsskade (bilulykke, skuddskade, fall) Evt. ekstra info: ulike tilleggsplager, fysisk/psykisk
Tiltak	IPS: Integrert yrkesmessig og helsemessig rehabilitering, raskt ut i arbeid, vanlig betalt arbeid, vide inklusjonskriterier, støtte underveis i arbeidet, deltakerens preferanser (*Fidelity Scale*)
Kontrolltiltak	TAU: henvisning til vanlig arbeidsveiledning utenfor veteranhelsesenteret (NB Vi inkluderer TAU-IS, ikke TAU-OS – denne siste hadde ikke RCT-design. N=201 for alle tre grupper)
Utfallsmål	Vanlig betalt arbeid Inntekt (lønn per uke) Livskvalitet (*Veterans RAND 36-item health survey*, VR-36) Funksjonsevne Kostnadseffektivitet

Risiko for skjevheter

Område	*Vår vurdering*	*Begrunnelse*
Randomisering	Lav risiko	Randomiseringsprosedyre (*biased coin design*)
Allokering	Lav risiko	Lokale ansatte kontaktet koordineringssenteret (med randomisering) for hver deltaker
Blinding av deltakere	Lav/høy risiko	Ikke mulig (lav risiko for objektive utfallsmål; høy risiko for subjektive utfallsmål)
Blinding av utfallsmåler	Lav/høy risiko	Ikke beskrevet
Frafall	Uklar risiko	13.4% frafall ved 1 år, fordelt, forklart og ITT-analyse. 46.9 % frafall ved 2 år, fordelt og ingen demogra. forskjeller, ITT-analyse.
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Poremski 2015

Artikler	Poremski 2015: *A randomised controlled trial of evidence based supported employment for people who have recently been homeless and have a mental illness*
Studie	Design: RCT Land: Canada (2010-2012) Oppfølgingstid: 8 mnd
Deltakere	Antall: 90 Alder: >18 år, gjennomsnittsalder 46 år Kjønn: 63% menn, 37% kvinner

	Problem/sykdom: 64% alvorlig depresjon, 22% psykotisk lidelse, 13% panikk-lidelse, manisk/hypoman lidelse, PTSD Evt. ekstra inklusjonskriterier: deltakere i Housing First-prosjekt
Tiltak	IPS etter kriterier (*Fidelity Scale*)
Kontrolltiltak	Tilbud om noe støtte til å søke arbeid, mulighet for opplæring og skjermet arbeid (kategori 1)
Utfallsmål	Komme i vanlig arbeid

Risiko for skjevheter

Område	*Vår vurdering*	*Begrunnelse*
Randomisering	Lav risiko	Stratifisert randomisering
Allokering	Lav risiko	Skjult i konvolutter
Blinding av deltakere	Lav/høy risiko	Ikke mulig (lav risiko for objektive utfallsmål; høy risiko for subjektive utfallsmål)
Blinding av utfallsmåler	Lav/høy risiko	Ikke blindet
Frafall	Lav risiko	5.5%, ikke inkludert i analysen (1 i IPS og 4 i kontroll)
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Reme 2015

Artikler	Reme 2015: *Work-focused cognitive-behavioural therapy and individual job support to increase work participation in common mental disorders: a randomised controlled multicentre trial*
Studie	Design: RCT (2010-2012) Land: Norge (6 steder) Oppfølgingstid: 12 mnd
Deltakere	Antall: 1193 Alder: 18-60 år, gjennomsnitt 40,4 år Kjønn: 33% menn, 67% kvinner Problem/sykdom: milde til moderate psykiske lidelser (som angst, depresjon); sykemeldte, i fare for sykemelding, eller på trygd/stønad (etter 12 mnd sykemelding)
Tiltak	Tilpasset IPS: Individuell jobbstøtte + arbeidsrettet kognitiv atferdsterapi (integrert tilbud, primært rettet mot arbeid) (*Fidelity Scale*)
Kontrolltiltak	Vanlig behandling, dvs oppfølging fra NAV, fastlege og/eller andre (helse)tjenester – men ikke integrert
Utfallsmål	Komme i / tilbake til arbeid Symptomer Livskvalitet (EQ5D, helserelatert livskvalitet) Kostnadseffektivitet
Merknader	Ved baseline var 31,4% av deltakerne i arbeid (av disse hadde 48% en kombinasjon av arbeid og sykepenger), 39% var fullt sykemeldte, 21,7% hadde arbeidsavklaringspenger (sykemeldt > 12 mnd) og 7,9% var arbeidsledige.

Risiko for skjevheter

Område	*Vår vurdering*	*Begrunnelse*
Randomisering	Lav risiko	Datagenerert randomisering av statistiker
Allokering	Lav risiko	Utdelt fra utenforstående senter når deltaker er randomisert
Blinding av deltakere	Lav/høy risiko	Ikke mulig (lav risiko for objektive utfallsmål; høy risiko for subjektive utfallsmål)
Blinding av utfallsmåler	Lav/høy risiko	Ikke beskrevet

Frafall	Lav risiko for arbeid, høy risiko for andre	Ingen frafall mht. arbeid. 52% frafall for sekundære utfallsmål.
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Sato 2014

Artikler	Sato 2014: *The effects of the combination of cognitive training and supported employment on improving clinical and working outcomes for people with schizophrenia in Japan*
Studie	Design: Prospektiv kontrollert studie Land: Japan Oppfølgingstid: 4-12 mnd
Deltakere	Antall: 109 Alder: 20-45 år, gjennomsnittsalder 34 år Kjønn: (ikke rapportert) Problem/sykdom: alle hadde schizofreni eller schizoaffektiv lidelse
Tiltak	SE + CR (*Cognitive Remediation*, *bygger på Thinking Skills for Work Program*), 2 t/uke kognitiv trening på data + 1 t/uke muntlig trening i gruppe (programmet varer i 12 uker)
Kontrolltiltak	Standard SE
Utfallsmål	Komme i vanlig arbeid (min 5 t/uke) Inntekt Symptomer

Risiko for skjevheter

Område	*Vår vurdering*	*Begrunnelse*
Fordelingsprosedyre	Høy risiko	Fordelt på gruppene etter rekkefølgen de kom inn i studien
Skjult fordeling	Høy risiko	Følger av over
Lik baseline for utfallsmål	Uklar risiko	Gruppene er like på de fleste variabler bortsett fra tre psykologiske variabler samt medisinering.
Lik baseline for kjennetegn ved populasj.	Lav risiko	Ikke signifikant ulikt
Manglende data	Lav risiko	13,8% frafall, til dels forklart, men N varierer på ulike utfallsmål mellom 94 og 109
Blinding	Lav/høy risiko	Ingen blinding (lav risiko for objektive utfallsmål; høy risiko for subjektive utfallsmål)
«Smitteeffekter»	Lav risiko	Lite sannsynlig at kontrollgruppen fikk tilgang til fra tiltaksgruppens program
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Tsang 2011

Artikler	Tsang 2009: *Vocational outcomes of an integrated supported employment program for individuals with persistent and severe mental illness* Tsang 2010: *Three year follow-up study of an integrated supported employment for individuals with severe mental illness* Tsang 2011: *Supported employment versus traditional vocational rehabilitation for individuals with severe mental illness: a three-year study*

Studie	Design: RCT (2003-2005) Land: Hong Kong Oppfølgingstid: (a) 15 mnd, (b) 3 år
Deltakere	Antall: 189 Alder: gjennomsnittsalder 35 år Kjønn: 49% menn, 51% kvinner Problem/sykdom: 77,3% schizofreni, 22,7% andre diagnoser (DSM-IV) Evt. ekstra eksklusjonskriterier: ikke svekket hukommelse eller medisinsk sykdom som kunne hindre arbeid eller intervjuer
Tiltak	IPS + arbeidsrettet sosial ferdighetstrening (*Fidelity Scale*)
Kontrolltiltak	(a) Arbeidsrettet vurdering + opplæring, TAU (b) Standard IPS
Utfallsmål	Komme i vanlig arbeid Inntekt

Risiko for skjevheter

Område	*Vår vurdering*	*Begrunnelse*
Randomisering	Uklar risiko	Ikke beskrevet
Allokering	Uklar risiko	Ikke beskrevet
Blinding av deltakere	Lav/høy risiko	Ikke mulig (lav risiko for objektive utfallsmål; høy risiko for subjektive utfallsmål)
Blinding av utfallsmåler	Lav risiko	Blindet utfallsmåler (*occupational therapist*)
Frafall	Lav risiko	22,1% frafall, lik fordeling på de tre gruppene, delvis gjort rede for, ITT-analyser
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Twamley 2012

Artikler	Twamley 2012: *The efficacy of Supported Employment for middle-aged and older people with schozophrenia* Twamley 2008: *Supported employment for middle-aged and older people with schizophrenia*
Studie	Design: RCT Land: USA Oppfølgingstid: 12 mnd
Deltakere	Antall: 58 Alder: 45-60 år, gjennomsnittsalder 51 år Kjønn: 62% menn, 38% kvinner Problem/sykdom: 40% schizofreni, 60% schizoaffektiv lidelse (DSM-IV) Evt. ekstra inklusjonskriterier: middelaldrende og eldre
Tiltak	IPS etter kriterier (*Fidelity Scale*)
Kontrolltiltak	Vanlig yrkesrehabilitering: jobb-forberedende kurs, støtte til jobbsøking (avtaler, påminnelser, transport 3 ggr) (kategori 1)
Utfallsmål	Få vanlig arbeid Få betalt arbeid Uker i arbeid Inntekt Livskvalitet (*The Quality of Life Interview (Lehman, 1983*)

Risiko for skjevheter

Område	*Vår vurdering*	*Begrunnelse*
Randomisering	Uklar risiko	Ikke beskrevet
Allokering	Uklar risiko	Ikke beskrevet

Blinding av deltakere	Lav/høy risiko	Ikke mulig (lav risiko for objektive utfalls-mål; høy risiko for subjektive utfallsmål)
Blinding av utfalls-måler	Lav/høy risiko	Blindet
Frafall	Lav risiko	21% falt fra, ingen forskjeller mellom mlm gruppene, men noe forskjell i baseline. ITT-analyser (dropout = uten jobb)
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Twamley 2015

Artikler	Twamley 2015: *CogSMART Compensatory Cognitive Training for Traumatic Brain Injury: Effects Over 1 year* Twamley 2014: *Cognitive Symptom Management and Rehabilitation Therapy (CogSMART) for Veterans with traumatic brain injury: Pilot randomized controlled trial*
Studie	Design: RCT Land: USA Oppfølgingstid: 12 mnd
Deltakere	Antall: 50 Alder: Gjennomsnittsalder 32 år, Kjønn: 96% menn, 4% kvinner Problem/sykdom: krigsveteraner med milde til moderate traumeinduserte hodeskader (med nevropsykologiske og kognitive ettervirkninger/nedsettelser) Evt. ekstra info: 74% hadde begynnende PTSD
Tiltak	SE + CogSMART = kognitive trening (12 ukers manualbasert program, vekt på hukommelse, prospektiv hukommelse, oppmerksomhet, eksekutive funksjoner/problemløsing)
Kontrolltiltak	SE + ett ekstra møte i uken. NB! Begge grupper fikk SE i ett år, og tilleggskomponenten de første tre månedene.
Utfallsmål	Komme i vanlig arbeid Livskvalitet (*The Quality of Life Interview – Brief Version*)
Merknader	

Risiko for skjevheter

Område	*Vår vurdering*	*Begrunnelse*
Randomisering	Lav risiko	Datagenerert randomisering
Allokering	Uklar risiko	Ikke beskrevet
Blinding av deltakere	Lav/høy risiko	Ikke mulig (lav risiko for objektive utfalls-mål; høy risiko for subjektive utfallsmål)
Blinding av utfalls-måler	Lav/høy risiko	Ikke blindet
Frafall	Lav risiko	16% frafall, fordelt likt på gruppene, ikke forskjellig fra resten. ITT-analyser.
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Viering 2015

Artikler	Viering 2015: *Supported employment for the Reintegration of Disability Pensioners with Mental Illnesses: A Randomized Controlled Trial*
Studie	Design: RCT Land: Sveits (2011-2014)

	Oppfølgingstid: 24 mnd
Deltakere	Antall: 250 Alder: >18 år, gjennomsnittsalder 43 år Kjønn: 47% menn, 53% kvinner Problem/sykdom: 47% stemningslidelser, 16% schizofreni/schizoaffektive lidelser, 17% personlighetsforstyrrelser
Tiltak	IPS etter kriterier (*Fidelity Scale*)
Kontrolltiltak	Tilbud om å søke jobb selv, bruke arbeidskontor, men ingen ekstra støtte (kategori 1)
Utfallsmål	Komme i vanlig arbeid (minst 1 mnd)
Merknader	

Risiko for skjevheter

Område	*Vår vurdering*	*Begrunnelse*
Randomisering	Lav risiko	Randomisering ifølge en nummerliste (*Bernoulli distribution*, toleddet sannsynlighetsfordeling)
Allokering	Uklar risiko	Ikke beskrevet
Blinding av deltakere	Lav/høy risiko	Ikke mulig (lav risiko for objektive utfallsmål; høy risiko for subjektive utfallsmål)
Blinding av utfallsmåler	Lav/høy risiko	Ikke beskrevet
Frafall	Lav risiko	ITT-analyse, 32% frafall (likt i begge grupper), analyse både med og uten frafall
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Waghorn 2014

Artikler	Waghorn 2014: *A multi-site randomised controlled trial of evidence-based supported employment for adults with severe and persistent mental illness*
Studie	Design: RCT Land: Australia (2008-2010) Oppfølgingstid: 6 mnd (egentlig 12 mnd, se nedenfor)
Deltakere	Antall: 208 Alder: 18-59 år, gjennomsnittsalder 32 år Kjønn: 69% menn, 31% kvinner Problem/sykdom: 81% psykotisk lidelse, 8% bipolar, 6 % alvorlig depresjon eller angstlidelse Evt. ekstra inklusjons/eksklusjonskriterier:
Tiltak	IPS etter kriterier (*Fidelity Scale*)
Kontrolltiltak	Henvisning fra psykiatrisk helsetjeneste til lokal arbeidskontor for personer med bistandsbehov, oppfølging av progresjon (kategori 2)
Utfallsmål	Komme i vanlig arbeid
Merknader	Måling ved 12 mnd inkluderte 28 deltakere som gikk fra kontroll til IPS

Risiko for skjevheter

Område	*Vår vurdering*	*Begrunnelse*
Randomisering	Lav risiko	Randomiserings-algoritme (*MSAccess*) sentralt
Allokering	Uklar risiko	Ikke beskrevet
Blinding av deltakere	Lav/høy risiko	Ikke mulig (lav risiko for objektive utfallsmål; høy risiko for subjektive utfallsmål)
Blinding av utfallsmåler	Lav/høy risiko	Ikke blindet

Frafall	Uklar risiko	31 prosent frafall, noe flere i kontrollgruppen, forklart og inkludert i analysene (ITT)
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ikke kjent (overganger skjedde etter 6 mnd)

Wong 2008

Artikler	Wong 2008: *A randomized controlled trial of a supported employment program for persons with long-term mental illness in Hong Kong*
Studie	Design: RCT Land: Hong Kong (2001-2004/5) Oppfølgingstid: 18 mnd
Deltakere	Antall: 92 Alder: gjennomsnittsalder 33 år Kjønn: 60% menn, 40% kvinner Problem/sykdom: 70% schizofreni-spektrum, 18% stemningslidelse
Tiltak	IPS etter kriterier (*Fidelity Scale*)
Kontrolltiltak	Arbeidstrening i skjermet miljø, oppmuntret til å søke vanlig arbeid på egen hånd (kategori 1)
Utfallsmål	Komme i vanlig arbeid (i løpet av perioden) Inntekt Livskvalitet (*The Hong Kong Chinese Version: World Health Organization Quality of Life Measure*) Psykiske symptomer

Risiko for skjevheter

Område	*Vår vurdering*	*Begrunnelse*
Randomisering	Lav risiko	Datagenerert randomisering
Allokering	Ikke beskrevet	Uklar risiko
Blinding av deltakere	Lav/høy risiko	Ikke mulig (lav risiko for objektive utfallsmål; høy risiko for subjektive utfallsmål)
Blinding av utfallsmåler	Lav/høy risiko	Ikke beskrevet
Frafall	Lav risiko	0,1% frafall (1 person)
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Vedlegg 6: Ekstra resultattabeller

Her presenterer vi tabeller med utfallsmål eller detaljer som ikke er inkludert i selve rapporten.

Effekt av forsterket SE versus standard SE. Psykiske symptomer.

Tabell 27. Resultattabell. Psykiske symptomer (2 studier)

Studie (tid)	**Måleinstrument (subskala)**	**Tiltak**	**Kontroll**	**Resultat**
McGurk 2005 (3 mnd) (n=23+21) *Bruker PANSS med fem subskalaer*	PANSS Positive symptomer	1,79 (SD 0,82)	1,75 (SD 0,69)	0,04 (KI -0.41 til 0.49)
	PANSS Negative symptomer	2,03 (SD 0,61)	2,24 (SD 0,51)	-0,21 (KI -0,54 til 0,12)
	PANSS Aktivering	1,49 (SD 0,48)	1,36 (SD 0,42)	0,13 (KI -0,14 til 0,40)
	PANSS Depresjon	2,15 (SD 0,67)	2,46 (SD 0,81)	-0,31 (KI -0,75 til 0,13)
	PANSS Autistisk opptatthet («preoccupation»)	1,38 (SD 0,31)	1,56 (SD 0,22)	-0.18 (KI -0,34 til -0,22)
Sato 2014 (4 mnd) (n=50+49) *Bruker standard PANSS med tre subskalaer*	PANSS Positive symptomer	13,52 (SD 5,24)	12,61 (SD 5,57)	0,91 (KI -1,22 til 3,04)
	PANSS Negative symptomer	17,20 (SD 5,21)	15.94 (SD 6,05)	1,26 (KI -0,97 til 3,49)
	PANSS Generelle symptomer	31,86 (SD 9,26)	28,41 (SD 10,70)	3,45 (KI -0,50 til 7,40)
	PANSS Totalskåre	62,58 (SD 17,13)	55,96 (SD 20,90)	6,62 (KI -0,92 til 14,16)

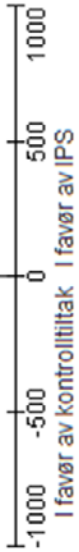
Effekt av IPS versus annet tiltak. Inntekt.

Figur 11. Metaanalyse. Inntekt MD, dollar per 6 mnd (11 studier)

Study or Subgroup	IPS Mean	IPS SD	IPS Total	Kontrolltiltak Mean	Kontrolltiltak SD	Kontrolltiltak Total	Weight	Mean Difference IV, Random, 95% CI
Bejerholm 2015 (1)	458.3	193	34	355.7	193	44	23.6%	102.60 [16.23, 188.97]
Bond 2007 (2)	1,299.8	2,118.3	92	1,311	1,894.8	95	5.1%	-11.20 [-587.86, 565.46]
Davis 2012 (3)	4,654	6,724.5	42	1,954.5	3,106	43	0.4%	2699.50 [463.94, 4935.06]
Drake 1999 (4)	666.7	131	74	668.3	113	76	25.3%	-1.60 [-40.80, 37.60]
Hoffmann 2014 (5)	5,855.5	8,376.5	46	3,409	7,973	54	0.2%	2446.50 [-775.56, 5668.56]
Killackey 2008 (6)	3,329	3,798	20	2,705	9,333	21	0.1%	624.00 [-3700.86, 4948.86]
Latimer 2006 (7)	494.5	982.5	74	390	928	73	12.0%	104.50 [-204.41, 413.41]
Mueser 2004 (8)	523.8	722	68	180	405.3	67	17.5%	343.80 [146.65, 540.95]
Oshima 2014 (9)	1,851	3,401	18	319	1,023	19	0.8%	1532.00 [-105.10, 3169.10]
Twamley 2012 (10)	1,023.5	1,509	30	303.5	587	28	5.1%	720.00 [137.89, 1302.11]
Wong 2008 (11)	766.7	1,033.3	46	366.7	733.3	46	9.8%	400.00 [33.84, 766.16]
Total (95% CI)			**544**			**566**	**100.0%**	**200.89 [54.66, 347.12]**

Heterogeneity: Tau² = 21618.84; Chi² = 35.38, df = 10 (P = 0.0001); I² = 72%

Test for overall effect: Z = 2.69 (P = 0.007)



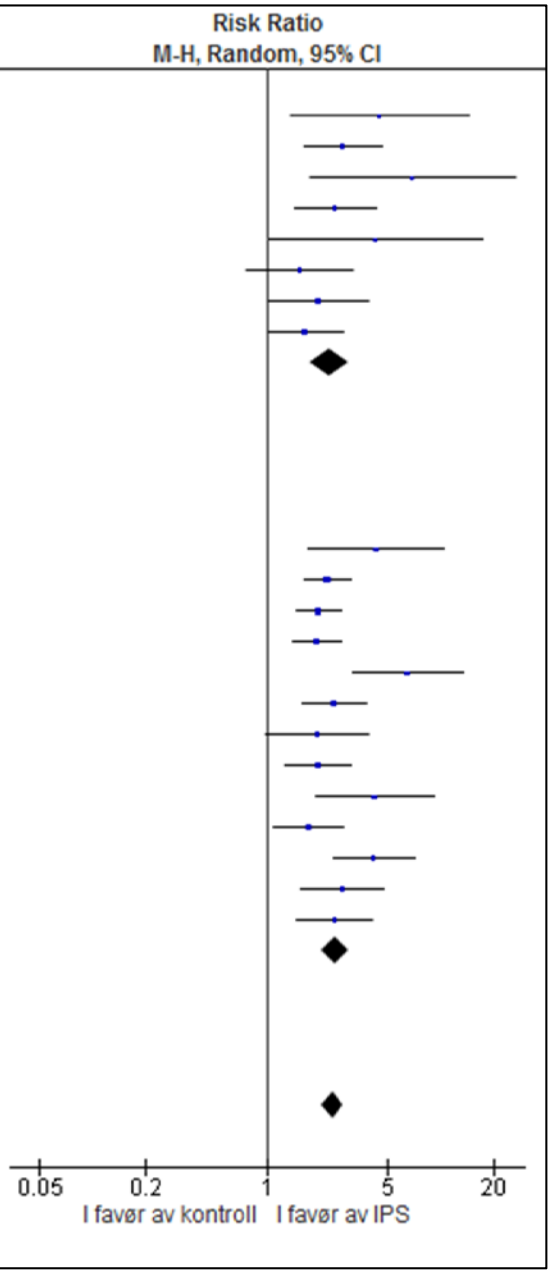
Footnotes

(1) Total inntekt 18 mnd, euro (SD for kontrollgruppen var ikke oppgitt og er satt likt som eksperimentgr)
(2) Total inntekt, 24 mnd, dollar
(3) Total årsinntekt, dollar
(4) Total inntekt etter 18 mnd, dollar
(5) Årlig total inntekt 5 år, sveitsiske franc
(6) Totalinntekt 6 mnd, Australske dollar
(7) Totalinntekt 12 mnd, kanadiske dollar
(8) Total inntekt 24 mnd, dollar
(9) Total inntekt 6 mnd, japanske yen
(10) Total inntekt 12 mnd, dollar
(11) Total inntekt 18 mnd, dollar

Effekt av IPS versus annet tiltak. Oppfølgingstid.

Figur 12. Subgruppeanalyse. Å komme i vanlig arbeid, fordelt på oppfølgingstid 6-12 mnd (8 studier) og 1,5-5 år (13 studier)

Study or Subgroup	Experimental (IPS) Events	Experimental (IPS) Total	Control (TAU, diverse) Events	Control (TAU, diverse) Total	Weight	Risk Ratio M-H, Random, 95% CI
1.10.1 6-12 mnd						
Bond 2015	13	42	3	43	1.4%	4.44 [1.36, 14.46]
Davis 2012	32	42	12	43	5.3%	2.73 [1.64, 4.54]
Killackey 2008	13	20	2	21	1.0%	6.83 [1.76, 26.51]
Latimer 2006	35	75	14	74	5.0%	2.47 [1.45, 4.19]
Oshima 2014	8	18	2	19	1.0%	4.22 [1.03, 17.28]
Poremski 2015	15	44	9	41	3.3%	1.55 [0.76, 3.15]
Twamley 2012	17	30	8	28	3.6%	1.98 [1.02, 3.85]
Waghorn 2014	33	106	19	102	5.5%	1.67 [1.02, 2.74]
Subtotal (95% CI)		**377**		**371**	**26.1%**	**2.30 [1.77, 2.99]**
Total events	166		69			
Heterogeneity: Tau² = 0.02; Chi² = 7.93, df = 7 (P = 0.34); I² = 12%						
Test for overall effect: Z = 6.27 (P < 0.00001)						
1.10.2 18-30 mnd						
Bejerholm 2015	19	41	5	46	2.2%	4.26 [1.75, 10.39]
Bond 2007	69	92	32	95	9.2%	2.23 [1.64, 3.02]
Burns 2007	85	156	43	156	9.6%	1.98 [1.48, 2.65]
Drake 1996	57	73	27	67	9.0%	1.94 [1.41, 2.66]
Drake 1999	45	76	7	76	3.1%	6.43 [3.10, 13.34]
Gold 2006	42	66	20	77	6.8%	2.45 [1.61, 3.72]
Heslin 2011	21	93	11	95	3.6%	1.95 [1.00, 3.82]
Hoffmann 2014	30	46	18	54	6.5%	1.96 [1.27, 3.01]
Lehman 2002	31	113	7	106	2.8%	4.15 [1.91, 9.03]
Michon 2014	31	71	20	79	6.0%	1.72 [1.09, 2.74]
Mueser 2004	50	68	12	67	5.0%	4.11 [2.41, 6.99]
Viering 2015	40	127	14	121	4.7%	2.72 [1.56, 4.74]
Wong 2008	32	46	13	46	5.5%	2.46 [1.50, 4.05]
Subtotal (95% CI)		**1068**		**1085**	**73.9%**	**2.45 [2.05, 2.93]**
Total events	552		229			
Heterogeneity: Tau² = 0.05; Chi² = 22.20, df = 12 (P = 0.04); I² = 46%						
Test for overall effect: Z = 9.86 (P < 0.00001)						
Total (95% CI)		**1445**		**1456**	**100.0%**	**2.40 [2.08, 2.77]**
Total events	718		298			
Heterogeneity: Tau² = 0.03; Chi² = 30.07, df = 20 (P = 0.07); I² = 33%						
Test for overall effect: Z = 11.95 (P < 0.00001)						
Test for subgroup differences: Chi² = 0.15, df = 1 (P = 0.70), I² = 0%						



Effekt av IPS versus annet tiltak. Fidelity Scale

1. *IPS Fidelity Scale* (Bond et al., 1997), 15 spm (*A total score of 70 or more is considered high fidelity to IPS (corresponding to 4.67 on the 5-point scale), whereas a score of 56 or less is considered a serious departure from adequate fidelity*)
   Fidelty Scale: **66–75** is regarded as good IPS implementation, **56–65** as fair implementation, and **≤55** as "not supported employment."
2. *Revised Individual Placement and Support Fidelity Scale* (IPS-25), 25 spm (Bond et al 2012) OGSÅ kalt *The Supported Employment Fidelity Scale* (0-120 poeng)
   Add up your marks and see how well your service adheres to the IPS Fidelity Scale.
   - 115-125: Exemplary IPS Fidelity
   - 100-114: Good IPS Fidelity
   - 74-99: Fair IPS Fidelity
   - 73 and below: Not supported employment
3. *Quality of Supported Employment Implementation Scale* (QSEIS; Bond et al., 2002)
   (*The QSEIS consists of 33 items to be scored on a five point scale.*)
   QSIES: høyeste skåre: 33 x 5 = 165

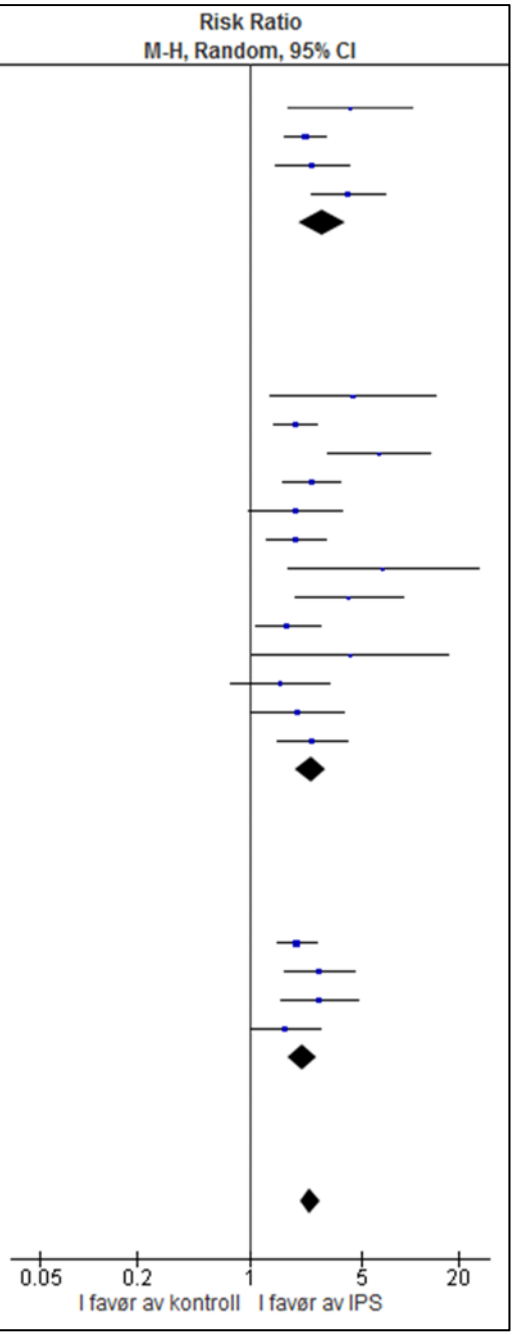
Tabell 28. Skårer på ulike kvalitetsskalaer (20 studier)

Studie	IPS Fidelity-skåre	Vurdering
Bejerholm 2015*	The fidelity score at 6 months was 110 (good fidelity), at 12 months 115 (excellent fidelity) and **at 18 months 117 points (excellent fidelity).**	Topp
Bond 2007	**72** (i.e., 4.80 on the 5-point scale) suggesting excellent fidelity	Topp
Bond 2015*	**"good fidelity".**	God
Burns 2007	good or fair levels of IPS fidelity throughout the study (**median 65,** min–max 61–70 of 75)	Akseptabel
Davis 2012	55 at the onset of the study, and this score steadily improved to within a range of 58–65 during the study, with a mean±SD score of **61.2±2.1. ("fair")**	Akseptabel
Drake 1999	«high fidelity» (regularly assessements)	God
Gold 2006	64, 69, 72, and 72, for years 1–4, respectively, indicating very high IPS model fidelity in years 2–4.	God
Heslin 2011	in the 2 boroughs maintained a good IPS rating of 69 and 67 respectively= **68 («good»)**	God
Hoffmann 2014	from **66 to 68** (out of 75), indicating consistently **good fidelity** to the model.	God
Killackey 2008	**high fidelity (68/75)**	God
Latimer 2006	Both ratings indicated **good** implementation of individual placement and support (**72 and 70.5,** out of 75).	Topp
Lehman 2002	**69-71** AV 75 MULIGE	God
Michon 2014**	Two of the four participating agencies scored **"good-high"** on fidelity in every assessment, and two scored **"moderate."**	God
Mueser 2004	IPS (M = **70.00**, SD = 2.77) A score of 70 or higher is considered high fidelity to the IPS model.	Topp
Oshima (2014)	**68** out of 75, which is considered **good** implementation	God
Poremski 2015*	**good**	God
Twamley 2012	**good**	God
Viering 2015	Moderate IPS fidelity was given throughout the whole study period (M = 61.2, SD = 3.03).	Akseptabel
Waghorn 2014	**fair** fidelity	Akseptabel
Wong 2008	scored **69** out of 75, which is equivalent to **good** implementation	God

* *Revised*
** QSEIS

Figur 13. Subgruppeanalyse av å komme i arbeid. Skårer på Fidelity Scale fordelt på topp kvalitet (4 studier), god kvalitet (13 studier) og akseptabel kvalitet (4 studier)

Study or Subgroup	Experimental (IPS) Events	Experimental (IPS) Total	Control (TAU, diverse) Events	Control (TAU, diverse) Total	Weight	Risk Ratio M-H, Random, 95% CI
1.17.1 Top quality						
Bejerholm 2015	19	41	5	46	2.2%	4.26 [1.75, 10.39]
Bond 2007	69	92	32	95	9.2%	2.23 [1.64, 3.02]
Latimer 2006	35	75	14	74	5.0%	2.47 [1.45, 4.19]
Mueser 2004	50	68	12	67	5.0%	4.11 [2.41, 6.99]
Subtotal (95% CI)		**276**		**282**	**21.5%**	**2.85 [2.03, 4.00]**
Total events	173		63			
Heterogeneity: Tau² = 0.05; Chi² = 5.22, df = 3 (P = 0.16); I² = 42%						
Test for overall effect: Z = 6.08 (P < 0.00001)						
1.17.2 Good quality						
Bond 2015	13	42	3	43	1.4%	4.44 [1.36, 14.46]
Drake 1996	57	73	27	67	9.0%	1.94 [1.41, 2.66]
Drake 1999	45	76	7	76	3.1%	6.43 [3.10, 13.34]
Gold 2006	42	66	20	77	6.8%	2.45 [1.61, 3.72]
Heslin 2011	21	93	11	95	3.6%	1.95 [1.00, 3.82]
Hoffmann 2014	30	46	18	54	6.5%	1.96 [1.27, 3.01]
Killackey 2008	13	20	2	21	1.0%	6.83 [1.76, 26.51]
Lehman 2002	31	113	7	106	2.8%	4.15 [1.91, 9.03]
Michon 2014	31	71	20	79	6.0%	1.72 [1.09, 2.74]
Oshima 2014	8	18	2	19	1.0%	4.22 [1.03, 17.28]
Poremski 2015	15	44	9	41	3.3%	1.55 [0.76, 3.15]
Twamley 2012	17	30	8	28	3.6%	1.98 [1.02, 3.85]
Wong 2008	32	46	13	46	5.5%	2.46 [1.50, 4.05]
Subtotal (95% CI)		**738**		**752**	**53.4%**	**2.41 [1.94, 3.01]**
Total events	355		147			
Heterogeneity: Tau² = 0.06; Chi² = 20.33, df = 12 (P = 0.06); I² = 41%						
Test for overall effect: Z = 7.85 (P < 0.00001)						
1.17.3 Fair quality						
Burns 2007	85	156	43	156	9.6%	1.98 [1.48, 2.65]
Davis 2012	32	42	12	43	5.3%	2.73 [1.64, 4.54]
Viering 2015	40	127	14	121	4.7%	2.72 [1.56, 4.74]
Waghorn 2014	33	106	19	102	5.5%	1.67 [1.02, 2.74]
Subtotal (95% CI)		**431**		**422**	**25.1%**	**2.12 [1.72, 2.61]**
Total events	190		88			
Heterogeneity: Tau² = 0.00; Chi² = 2.84, df = 3 (P = 0.42); I² = 0%						
Test for overall effect: Z = 7.05 (P < 0.00001)						
Total (95% CI)		**1445**		**1456**	**100.0%**	**2.40 [2.08, 2.77]**
Total events	718		298			
Heterogeneity: Tau² = 0.03; Chi² = 30.07, df = 20 (P = 0.07); I² = 33%						
Test for overall effect: Z = 11.95 (P < 0.00001)						
Test for subgroup differences: Chi² = 2.26, df = 2 (P = 0.32), I² = 11.3%						



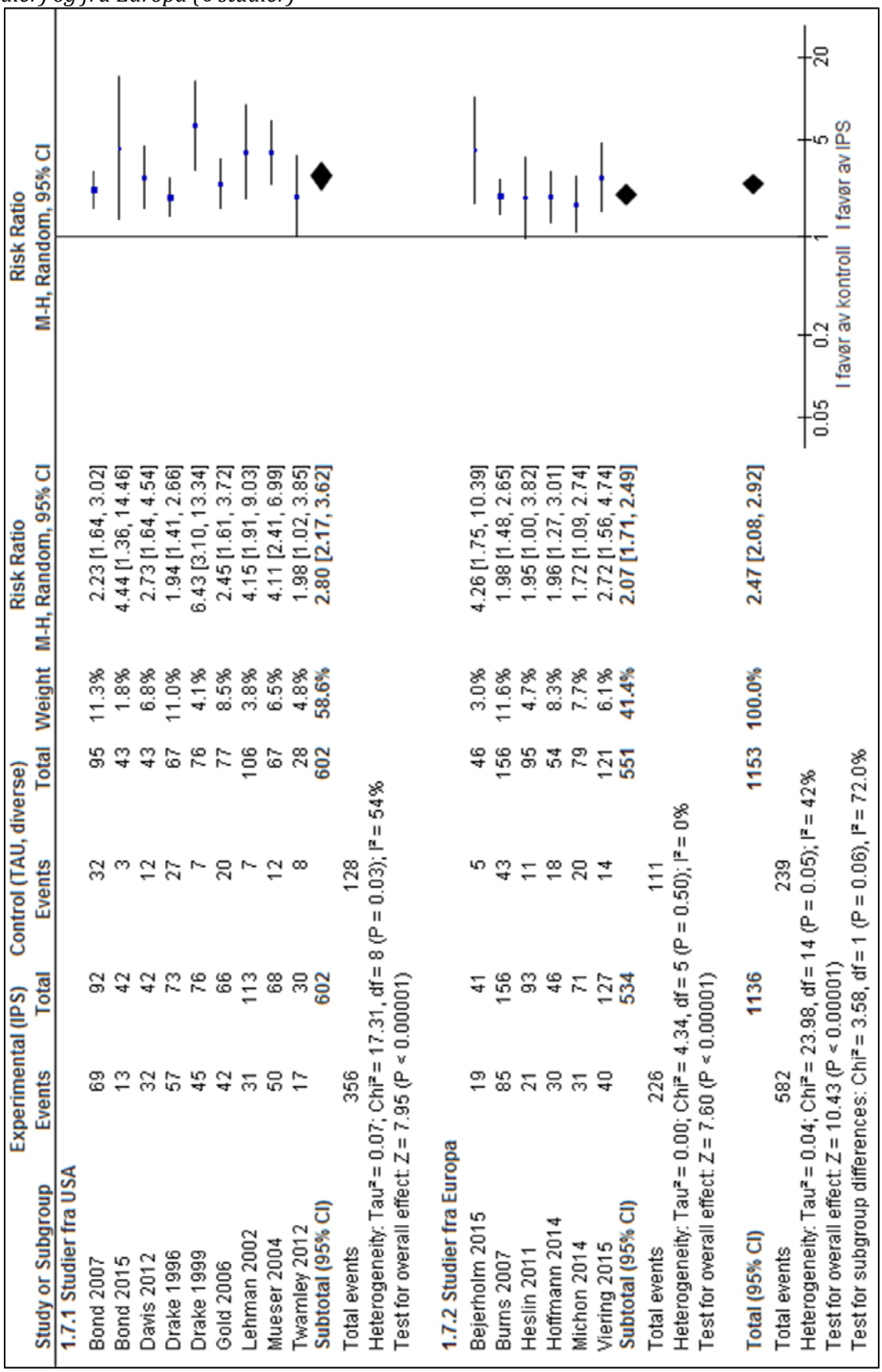
Effekt av forsterket IPS versus annet tiltak. Psykiske symptomer.

Tabell 29. Resultattabell. Psykiske symptomer (2 studier)

Studie	**Måleinstrument**	**Tiltak**	**Kontroll**	**Resultat**
Drake 2013	*Short-Form Health Survey, mental component* (høyere skåre betyr friskere)	38,79 (SD 13,30)	35,91 (SD 13,18)	MD 2,88 (KI 0,77 til 4,99)
Reme 2015	*Hospital Anxiety and Depression Scale* (lavere skåre betyr friskere)	*Totalskåre* 13,0 (SE 0,43) (SD 8,34)	*Totalskåre* 15,12 (SE 0,53) (SD 8,40)	*Totalskåre* MD -2,12 (KI -3,46 til -0,78)
		Angst 7.88 (SE 0,24) (SD 4,65)	*Angst* 8,86 (SE 0,30) (SD 4,75)	*Angst* MD -0.98 (KI -1,73 til -0,23)
		Depresjon 5,11 (SE 0,23) (SD 4,46)	*Depresjon* 6,27 (SE 0,28) (SD 4,44)	*Depresjon* MD -1,16 (KI -1,87 til -0,45)

Overførbarhet. Geografisk/kulturell kontekst

Figur 14. Subgruppeanalyse. Å komme i vanlig arbeid fordelt på studier fra USA (9 studier) og fra Europa (6 studier)



Vedlegg 7: GRADE evidensprofiler

Tabell 30. Sammenligning SE vs annet tiltak

Author(s): Heid Nøkleby
Date: 30.01.2017
Question: Standard SE compared to various controls for unemployed people with severe mental illness, autism or developmental disability
Setting: USA, Spania/Tyskland
Bibliography: Bond 1995, García-Villamisar 2002, Goldberg 1990

Quality assessment							№ of patients		Effect		Quality
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Standard SE	various controls	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)	
Komme i vanlig arbeid (psykiske lidelser) (follow up: 12 months)											
1	randomised trials	very serious [a,b]	not serious	not serious	very serious [c]	none	22/39 (56.4 %)	10/35 (28.6 %)	**RR 1.97** (1.09 to 3.57)	**277 more per 1 000** (from 26 more to 734 more)	⊕◯◯◯ VERY LOW
Komme i vanlig arbeid (utviklingshemming) (follow up: 12 months)											
1	randomised trials	serious [a]	not serious	not serious	very serious [c]	none	7/24 (29.2 %)	0.5/25 (2.0%)	**RR 15.6** (0.9 to 259.0)	**292 more per 1 000** (from 2 fewer to 1 000 more)	⊕◯◯◯ VERY LOW
Tid i vanlig arbeid (psykiske lidelser) (follow up: 12 months)											
1	randomised trials	very serious [a,b]	not serious	not serious	very serious [d]	none	39	35	-	MD **6.26 weeks higher** (1.72 higher to 10.8 higher)	⊕◯◯◯ VERY LOW
Inntekt (psykiske lidelser) (follow up: 12 months)											
1	randomised trials	serious [a,b]	not serious	not serious	very serious [d]	none	39	35	-	MD **951 dollar higher** (2.99 higher to 1899.01 higher)	⊕◯◯◯ VERY LOW
Livskvalitet (autisme) (follow up: 5 years)											
1	observational studies	serious [e]	not serious	not serious	very serious [d]	none	25	26	-	MD **5.2 higher** (2.61 higher to 7.8 higher)	⊕◯◯◯ VERY LOW
Symptomer/funksjonsevne (utviklingshemming) (follow up: 12 months; assessed with: Functional Assessment Scale)											
1	randomised trials	serious [a]	not serious	not serious	very serious [d]	none	24	25	-	MD **2.2 lower** (6.6 lower to 2.2 higher)	⊕◯◯◯ VERY LOW
Innleggelser på psykiatrisk avdeling (psykiske lidelser) (follow up: 12 months)											

Quality assessment							№ of patients		Effect		Quality
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Standard SE	various controls	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)	
1	randomised trials	very serious [a,b,f]	not serious	not serious	very serious [d]	none	Antall dager innlagt var 5,8 i intervensjonsgruppen og 5,3 i kontrollgruppen. Ingen standardavvik er rappportert, men de oppgitte antall dagene tyder ikke på noen forskjell mellom gruppene.				⊕◯◯◯ VERY LOW

CI: Confidence interval; **RR:** Risk ratio; **MD:** Mean difference
a. Uklare prosedyrer for randomisering og allokering.
b. Kontrollgruppen fikk SE etter fire mnd
c. Antall hendelser > 300 (ved svært lavt antall og/eller bredt KI er det trukket 2)
d. Totalt antall deltakere < 400 (ved svært lavt antall og/eller bredt KI er det trukket 2)
e. Ingen blinding av deltakere, personell og/eller utfallsmålere, og utfallet er subjektivt

Tabell 31. Sammenligning forsterket SE vs standard SE

Author(s): Heid Nøkleby
Date: 30.01.2017
Question: Enhanced SE compared to Standard SE for unemployed people with severe mental illness or brain injuries
Setting: USA, Japan
Bibliography: McGurk 2005, Sato 2014, Twamley 2015

Quality assessment							№ of patients		Effect		Quality
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Enhanced SE	Standard SE	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)	
Komme i vanlig arbeid (McGurk 2005) (follow up: 12 months)											
1	randomised trials	serious [a]	not serious	not serious	very serious [b]	none	16/23 (69.6 %)	1/21 (4.8%)	**RR 14.61** (2.12 to 100.82)	**648 more per 1 000** (from 53 more to 1 000 more)	⊕◯◯◯ VERY LOW
Komme i vanlig arbeid (Sato 2014) (follow up: 12 months)											
1	observational studies	not serious	not serious	not serious	very serious [b]	none	7/47 (14.9 %)	7/47 (14.9 %)	**RR 1.00** (0.38 to 2.63)	**0 fewer per 1 000** (from 92 fewer to 243 more)	⊕◯◯◯ VERY LOW
Komme i vanlig arbeid (Twamley 2015) (follow up: 12 months)											
1	randomised trials	serious [a]	not serious	not serious	very serious [b]	none	13/25 (52.0 %)	13/25 (52.0 %)	**RR 1.00** (0.59 to 1.70)	**0 fewer per 1 000** (from 213 fewer to 364 more)	⊕◯◯◯ VERY LOW
Tid i vanlig arbeid (McGurk 2015) (follow up: 12 months)											
1	randomised trials	serious [a]	not serious	not serious	very serious [c]	none	23	21	-	MD **348.96 hours more** (167.24 more to 530.68 more)	⊕◯◯◯ VERY LOW
Inntekt (McGurk 2015) (follow up: 12 months)											
1	randomised trials	serious [a]	not serious	not serious	very serious [c]	none	23	21	-	MD **2025.86 dollars more** (683.32 more to 3368.4 more)	⊕◯◯◯ VERY LOW
Inntekt (Sato 2014) (follow up: 12 months)											

Quality assessment							№ of patients		Effect		Quality
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Enhanced SE	Standard SE	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)	
1	observational studies	not serious	serious	not serious	very serious [c]	none	47	47	-	MD **45607 yen higher** (103122.52 higher to 194336.52 higher)	⊕◯◯◯ VERY LOW
Livskvalitet (Twamley 2015) (follow up: 12 months; assessed with: The Quality of Life Interview – Brief Version)											
1	randomised trials	serious [a,d,e]	not serious	not serious	very serious [c]	none	Ingen effekt på livskvalitet.				⊕◯◯◯ VERY LOW

CI: Confidence interval; **RR:** Risk ratio; **MD:** Mean difference
a. Prosedyrer for allokering ikke beskrevet.
b. Antall hendelser < 300 (ved svært lav N og/eller bredt KI trekkes 2).
c. Antall deltakere < 400 (ved svært lavt antall og/eller bredt KI trekkes 2).
d. Ingen blinding av deltakere, personell og/eller utfallsmåler, og utfallet er subjektivt.
e. Mangelfull rapportering.

Tabell 32. Sammenligning kortvarig SE vs annet tiltak

Author(s): Heid Nøkleby
Date: 30.01.2017
Question: Short time SE compared to one advice meeting for unemployed people with musculoskeletal injuries
Setting: Hong Kong
Bibliography: Li-Tsang 2008

Quality assessment							№ of patients		Effect		Quality
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	short time SE	one advice meeting	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)	
Return to work (follow up: 3 weeks)											
1	randomised trials	not serious	not serious	not serious	very serious [a]	none	27/32 (84.4 %)	19/31 (61.3 %)	**RR 1.38** (1.00 to 1.89)	**233 more per 1 000** (from 0 fewer to 545 more)	⊕⊕◯◯ LOW
Hours worked per week (follow up: 3 weeks; assessed with: hours)											
1	randomised trials	not serious	not serious	not serious	very serious [b]	none	32	31	-	MD **1.7 hours more** (8.6 fewer to 12 more)	⊕⊕◯◯ LOW
Average income per month (follow up: 3 weeks; assessed with: HK$)											
1	randomised trials	not serious	not serious	not serious	very serious [b]	none	32	31	-	MD **1510 HK$ more** (90 more to 2929 more)	⊕⊕◯◯ LOW
Health-related quality of life (follow up: 3 weeks; assessed with: SF-36)											
1	randomised trials	serious [c]	not serious	not serious	very serious [b]	none	32	31	-	MD **8.46 higher** (1.3 lower to 18.23 higher)	⊕◯◯◯ VERY LOW

CI: Confidence interval; **RR:** Risk ratio; **MD:** Mean difference
a. Antallet hendelser <300 (ved svært lavt antall og/eller bredt KI er det trukket 2)
b. Totalt antall deltakere <400, svært lav N (N=63)
c. Deltakere og personell ikke blindet, subjektivt utfallsmål.

Tabell 33. Sammenligning SE-CES vs annet tiltak

Author(s): Heid Nøkleby
Date: 30.01.2017
Question: SE-CES compared to standard vocational councelling for unemployed people on methadone-maintenance
Setting: USA
Bibliography: Magura 2007

Quality assessment							№ of patients		Effect		Quality
№ of studies	**Study design**	**Risk of bias**	**Inconsistency**	**Indirectness**	**Imprecision**	**Other considerations**	**SE-CES**	**standard vocational councelling**	**Relative (95% CI)**	**Absolute (95% CI)**	
Komme i vanlig arbeid (follow up: 12 months)											
1	randomised trials	serious [a]	not serious	not serious	very serious [b]	none	8/78 (10.3 %)	5/90 (5.6%)	**RR 1.85** (0.63 to 5.41)	**47 more per 1 000** (from 21 fewer to 245 more)	⊕◯◯◯ VERY LOW
Total self-reported earnings (follow up: 12 months)											
1	randomised trials	serious [a]	not serious	not serious	very serious [c]	none	3707	3914	-	MD **207 lower** (2396 lower to 1982 higher)	⊕◯◯◯ VERY LOW

CI: Confidence interval; **RR:** Risk ratio; **MD:** Mean difference
a. Uklare prosedyrer for randomisering og allokering
b. Antallet hendelser <300 (ved svært lavt antall og/eller bredt KI er det trukket 2)
c. Totalt antallet deltakere <400 (ved svært lavt antall og/eller bredt KI er det trukket 2)

Tabell 34. Sammenligning SE-ACT vs SE-Clubhouse

Author(s): Heid Nøkleby
Date: 30.01.2017
Question: SE-ACT compared to SE-Clubhouse for unemployed people with severe mental illness
Setting: USA
Bibliography: Macias 2006

Quality assessment							№ of patients		Effect		Quality
№ of studies	**Study design**	**Risk of bias**	**Inconsistency**	**Indirectness**	**Imprecision**	**Other considerations**	**SE-ACT**	**SE-Clubhouse**	**Relative (95% CI)**	**Absolute (95% CI)**	
Komme i vanlig arbeid (follow up: mean 24 mnd months)											
1	randomised trials	serious [a]	not serious	not serious	serious [b]	none	40/63 (63.5 %)	27/58 (46.6 %)	**RR 1.36** (0.98 to 1.90)	**168 more per 1 000** (from 9 fewer to 419 more)	⊕⊕◯◯ LOW
Tid i arbeid (dager) (follow up: mean 24 months)											
1	randomised trials	serious [a]	not serious	not serious	very serious [c]	none	63	58	-	MD **192 fewer** (444 fewer to 60 more)	⊕◯◯◯ VERY LOW
Inntekt (follow up: mean 24 months)											
1	randomised trials	serious [a]	not serious	not serious	very serious [c]	none	63	58	-	MD **2254 lower** (4192.5 lower to 315.5 lower)	⊕◯◯◯ VERY LOW

CI: Confidence interval; **RR:** Risk ratio; **MD:** Mean difference
a. Uklare prosedyrer for randomisering og/eller allokering.
b. Antall hendelser < 300.
c. Antall deltakere (N) < 400.

Tabell 35. Sammenligning IPS vs annet tiltak

Author(s): Heid Nøkleby
Date: 30.01.2017
Question: IPS compared to various controls for unempl. people with severe mental illness or spinal cord injuries
Setting: USA, Sveits, Canada, Australia, England, Nederland, Sverige, Japan, Hong Kong
Bibliography: Bejerholm 2015, Bond 2007, Bond 2015, Burns 2007, Davis 2012, Drake 1996, Drake 1999, Gold 2006, Heslin 2011, Hoffmann 2014, Killackey 2008, Latimer 2006, Lehman 2002, Michon 2014, Mueser 2004, Oshima 2014, Ottomanelli 2014, Poremski 2015, Twamley 2012, Viering 2015, Waghorn 2014, Wong 2008

Quality assessment							№ of patients		Effect		Quality
№ of studies	**Study design**	**Risk of bias**	**Inconsistency**	**Indirectness**	**Imprecision**	**Other considerations**	**IPS**	**various controls**	**Relative (95% CI)**	**Absolute (95% CI)**	
Komme i vanlig arbeid (psykiske lidelser) (follow up: range 6 months to 5 years)											
21	randomised trials	serious [a]	not serious	not serious	not serious	none	731/1445 (50.6 %)	303/1456 (20.8 %)	**RR 2.40** (2.08 to 2.77)	**291 more per 1 000** (from 225 more to 368 more)	⊕⊕⊕◯ MODERATE
Komme i vanlig arbeid (ryggmargsskader) (follow up: 12 months)											
1	randomised trials	serious [b]	not serious	not serious	serious [c]	none	25/81 (30.9 %)	8/76 (10.5 %)	**RR 2.85** (1.37 to 5.93)	**195 more per 1 000** (from 39 more to 519 more)	⊕⊕◯◯ LOW
Tid i vanlig arbeid (psykiske lidelser) (follow up: range 6 months to 5 years)											
13	randomised trials	serious [a]	not serious	not serious	not serious	none	804	823	-	SMD **0.9 SD higher** (0.45 higher to 1.35 higher)	⊕⊕⊕◯ MODERATE
Inntekt (psykiske lidelser) (follow up: range 6 months to 5 years)											
11	randomised trials	serious [a]	not serious	not serious	not serious	none	544	566	-	SMD **0.3 SD higher** (0.14 higher to 0.46 higher)	⊕⊕⊕◯ MODERATE
Livskvalitet (psykiske lidelser) (follow up: range 18 months to 5 years)											
12	randomised trials	very serious [a,d]	not serious	not serious	not serious	none	Metaanalysen viste ingen forskjell. Fem studier rapporterte ingen tall men at resultatet viste ingen forskjell. To studier rapporterte ikke sammenlignbare resultater.				⊕⊕◯◯ LOW
Psykiske symptomer (psyk. lidelser) (follow up: range 18 months to 24 months; assessed with: PANSS, positive sympt. på psykose)											
2	randomised trials	not serious	not serious	not serious	serious [e]	none	178	174	-	**0.05 higher** (0.78 lower to 0.89 higher)	⊕⊕⊕◯ MODERATE
Innleggelser på psykiatrisk avdeling (psykiske lidelser)											
5	randomised trials	serious [a]	not serious	not serious	serious [f]	none	Fire studier viste en MD på 1,39 (KI -6,09 - 8,86). Én studien viste lavere prosentvis tid innlagt.				⊕⊕◯◯ LOW
Kostnadseffektivitet (psykiske lidelser) (follow up: range 12 months to 5 years)											
6	randomised trials	not serious	not serious	not serious	serious	none	IPS og kontrolltiltak ser ut til å være like kostbare, men IPS får bedre resultater.				⊕⊕⊕◯ MODERATE

CI: Confidence interval; **RR:** Risk ratio; **SMD:** Standardised mean difference
a. Flere studier har uklare prosedyrer for randomisering og allokering.
b. Høyt frafall ved to år
c. Antall hendelser <300 (ved svært lavt antall og/eller bredt KI er det trukket 2)
d. Flere studier manglet blinding av deltakere, personell og/eller utfallsmålere, og utfallet er subjektivt.
e. Totalt antall deltakere <400 (ved svært lavt antall og/eller bredt KI trekkes 2)
f. Bredt konfidensintervall

Tabell 36. Sammenligning forsterket IPS vs annet tiltak

Author(s): Heid Nøkleby
Date: 30.01.2017
Question: Enhanced IPS compared to various controls for unemployed people with mental illness
Setting: USA, Norge, Hong Kong
Bibliography: Drake 2013, Reme 2015, Tsang 2011

Quality assessment							№ of patients		Effect		Quality
№ of studies	**Study design**	**Risk of bias**	**Inconsistency**	**Indirectness**	**Imprecision**	**Other considerations**	**Enhanced IPS**	**various controls**	**Relative (95% CI)**	**Absolute (95% CI)**	
Komme i vanlig arbeid (Drake 2013) (follow up: 24 months)											
1	randomised trials	serious [a]	not serious	not serious	not serious	none	526/1 004 (52.4 %)	347/1 051 (33.0 %)	**RR 1.59** (1.43 to 1.76)	**195 more per 1 000** (from 142 more to 251 more)	⊕⊕⊕◯ MODERATE
Komme (tilbake) i vanlig arbeid (Reme 2015) (follow up: 12 months)											
1	randomised trials	not serious	not serious	not serious	not serious	none	278/6 30 (44.1 %)	209/5 63 (37.1 %)	**RR 1.19** (1.03 to 1.37)	**71 more per 1 000** (from 11 more to 137 more)	⊕⊕⊕⊕ HIGH
Komme i vanlig arbeid (Tsang 2011) (follow up: 15 months)											
1	randomised trials	serious [b]	not serious	not serious	very serious [c]	none	41/52 (78.8 %)	4/55 (7.3%)	**RR 10.84** (4.18 to 28.15)	**716 more per 1 000** (from 231 more to 1 000 more)	⊕◯◯◯ VERY LOW
Tid i vanlig arbeid (Drake 2013) (follow up: mean 24 months)											
1	randomised trials	serious [a]	not serious	not serious	not serious	none	1004	1051	-	MD **2.58 months higher** (1.98 higher to 3.18 higher)	⊕⊕⊕◯ MODERATE
Inntekt (Drake 2013) (follow up: 24 months)											
1	randomised trials	serious [a]	not serious	not serious	not serious	none	1004	1051	-	MD **41 higher** (28.89 higher to 53.11 higher)	⊕⊕⊕◯ MODERATE
Inntekt (Tsang 2011) (follow up: 15 months)											
1	randomised trials	serious [b,d]	not serious	not serious	very serious [e]	none	Tiltaksgruppen tjente i gjennomsnitt 26,9 dollar per jobb (SD 9,62), men studien rapporterer ingen inntekt for kontrollgruppen (få hadde fått arbeid), så vi kan ikke regne ut noen effektstørrelse				⊕◯◯◯ VERY LOW
Innleggelse på psykiatrisk avdeling (Drake 2013) (follow up: mean 24 months)											
1	randomised trials	serious [a]	not serious	not serious	not serious	none	892	973	-	MD **1.63 hospital days lower** (3.16 lower to 0.1 lower)	⊕⊕⊕◯ MODERATE
Kostnadseffektivitet (Reme 2015)											
1	randomised trials	serious [f]	not serious	not serious	not serious	none	Forsterket IPS hadde høyere kostnad enn kontrolltiltaket, dette ble ikke utlignet av kun mål for å komme tilbake i arbeid samlet sett.				⊕⊕⊕◯ MODERATE

CI: Confidence interval; **RR:** Risk ratio; **MD:** Mean difference
a. Uklare prosedyrer for allokering
b. Uklare prosedyrer for randomisering og allokering
c. Antall hendelser < 300 (ved svært lavt antall trekkes 2)
d. Mangelfull rapportering
e. Totalt antall deltakere < 400 (ved svært lavt antall trekkes 2)
f. Omfatter ikke alle deltakerne i studien, kun rekrutterte første år

Tabell 37. Sammenligning forsterket IPS vs standard IPS

Author(s): Heid Nøkleby
Date: 31.01.2017
Question: Enhanced IPS compared to Standard IPS for unemployed people with severe mental illness
Setting: USA, England, Hong Kong
Bibliography: Bell 2008, Craig 2014, McGurk 2015, Tsang 2011

Quality assessment							№ of patients		Effect		Quality
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Enhanced IPS	Standard IPS	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)	
Komme i vanlig arbeid (kognitiv forsterkning) (follow up: range 12 months to 3 years)											
3	randomised trials	serious [a]	not serious	not serious	not serious	none	105/153 (68.6 %)	71/149 (47.7 %)	**RR 1.43** (1.19 to 1.72)	**205 more per 1 000** (from 91 more to 343 more)	⊕⊕⊕◯ MODERATE
Komme i vanlig arbeid (MI-opplæring) (follow up: 12 months)											
1	randomised trials	serious [a]	not serious	not serious	serious [b]	none	29/67 (43.3 %)	12/67 (17.9 %)	**RR 2.42** (1.35 to 4.32)	**254 more per 1 000** (from 63 more to 595 more)	⊕⊕◯◯ LOW
Tid i vanlig arbeid (Bell 2008) (follow up: 24 months)											
1	randomised trials	serious [a,c]	not serious	not serious	very serious [d]	none	Tiltak: 638,7 timer og kontroll: 578 timer. Ingen standardavvik er oppgitt, så effektstørrelse kan ikke regnes ut.				⊕◯◯◯ VERY LOW
Tid vanlig arbeid (McGurk 2015) (follow up: 24 months)											
1	randomised trials	not serious [a]	not serious	not serious	very serious [d]	none	57	50	-	MD **14.7 weeks more** (4.9 more to 24.5 more)	⊕⊕◯◯ LOW
Inntekt (McGurk 2015) (follow up: 24 months)											
1	randomised trials	not serious [a]	not serious	not serious	very serious [d]	none	57	50	-	MD **1341 dollar more** (670 fewer to 3352 more)	⊕⊕◯◯ LOW
Inntekt (Tsang 2011) (follow up: 3 years)											
1	randomised trials	serious [a,c]	not serious	not serious	very serious [d]	none	Studien rapporterte ingen data, kun at forskjellen ikke var signifikant.				⊕◯◯◯ VERY LOW
Livskvalitet (McGurk 2015) (follow up: 24 months)											
1	randomised trials	serious [a,c,e]	not serious	not serious	very serious [d]	none	Studien rapporterte ingen data, kun at forskjellen ikke var signifikant.				⊕◯◯◯ VERY LOW
Psykiske symptomer (follow up: range 3 months to 24 months)											
1	randomised trials	serious [a,c]	not serious	not serious	very serious [d]	none	Studien rapporterte ingen data, kun at forskjellen ikke var signifikant.				⊕◯◯◯ VERY LOW

CI: Confidence interval; **RR:** Risk ratio; **MD:** Mean difference
a. Uklare prosedyrer for randomisering og/eller allokering
b. Antall hendelser < 300 (ved svært lavt antall og/eller bredt KI trekkes 2)
c. Mangelfull rapportering
d. Total antall deltakere < 400 (ved svært lavt antall og/eller bredt KI trekkes 2)
e. Ingen blinding av deltakere og personell, og utfallsmålet er subjektivt.

Tabell 38. Sammenligning IPS Lite vs standard IPS

Author(s): Heid Nøkleby
Date: 31.01.2017
Question: IPS Lite compared to standard IPS for unemployed people with mental illness
Setting: USA
Bibliography: Bond 2015

Quality assessment							№ of patients		Effect		Quality
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	IPS Lite	standard IPS	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)	
Komme i vanlig arbeid (follow up: mean 18 months)											
1	randomised trials	not serious	not serious	not serious	very serious [a]	none	24/59 (40.7 %)	27/59 (45.8 %)	**RR 0.89** (0.59 to 1.34)	**50 fewer per 1 000** (from 156 more to 188 fewer)	⊕⊕◯◯ LOW
Tid i vanlig arbeid (follow up: mean 18 months)											
1	randomised trials	serious [b]	not serious	not serious	very serious [c]	none	Kun oppgitt median. IPS Lite=44 og IPS standard=74				⊕◯◯◯ VERY LOW
Livskvalitet (follow up: mean 18 months; assessed with: Manchester Short Assessment of Quality of Life)											
1	randomised trials	serious [d]	not serious	not serious	very serious [c]	none	48	43	-	MD **0.2 lower** (0.55 lower to 0.15 higher)	⊕◯◯◯ VERY LOW
Psykiske symptomer (follow up: mean 18 months; assessed with: Brief Psychiatric Rating Scale)											
1	randomised trials	not serious	not serious	not serious	very serious [c]	none	47	43	-	MD **1.3 higher** (2.6 lower to 5.2 higher)	⊕⊕◯◯ LOW
Angst (follow up: mean 18 months; assessed with: Hospital Anxiety and Depression Scale)											
1	randomised trials	serious [d]	not serious	not serious	very serious [c]	none	47	43	-	MD **0.1 higher** (1.73 lower to 1.93 higher)	⊕◯◯◯ VERY LOW
Depresjon (follow up: mean 18 months; assessed with: Hospital Anxiety and Depression Scale)											
1	randomised trials	serious [d]	not serious	not serious	very serious [c]	none	47	43	-	MD **1.1 higher** (0.87 lower to 3.07 higher)	⊕◯◯◯ VERY LOW
Innleggelser i psykiatri (follow up: mean 18 months; assessed with: andel innlagte)											
1	randomised trials	not serious	not serious	not serious	very serious [c]	none	10/62 (16.1 %)	12/61 (19.7 %)	**RR 0.82** (0.38 to 1.76)	**35 fewer per 1 000** (from 122 fewer to 150 more)	⊕⊕◯◯ LOW
Kostnadseffektivitet (follow up: mean 18 months)											
1	randomised trials	serious [e]	not serious	not serious	very serious [c]	none	Tiltakene er like effektive, og ved lavere kostnader for IPS Lite vil dette være mer kostnadseffektivt.				⊕◯◯◯ VERY LOW

CI: Confidence interval; **RR:** Risk ratio; **MD:** Mean difference
a. Antallet hendelser <300 (ved svært lavt antall og/eller bredt KI trekkes 2)
b. Mangelfull rapportering
c. Totalt antall deltakere <400 (ved svært lavt antall og/eller bredt KI trekkes 2)
d. Ikke blinding av deltakere, personell eller de som måler utfallet, og utfallet er subjektivt.
e. Kostnader er ikke målt presist.

Utgitt av Folkehelseinsituttet
April 2017
Postboks 4404 Nydalen
NO-0403 Oslo
Telefon: 21 07 70 00
Rapporten kan lastes ned gratis fra
Folkehelseinstiuttets nettsider www.fhi.no

folkehelseinstituttet