

# Arbeidsrettede tiltak for personer med psykiske problemer

En systematisk oppsummering av internasjonal effektforskning

---

Avdeling for Sosialtjenesteforskning, Sosial- og helsedirektoratet

## Sammendrag

Det spørsmålet vi stiller i denne rapporten er: *Hvilke tiltak er dokumentert virksomme for å hjelpe personer med psykiske problemer ut i arbeid?* Arbeidslinja har lenge vært en klar og uttalt del av norsk velferdspolitik, men det er usikkert om prioriteringer i bruk av typer tiltak og samordning av ulike tjenestetilbud har ført til bedre tilbud for brukerne.

Denne rapporten er en oversikt over oppsummert forskning, med den hensikt å gi et overblikk av hva som finnes av effektforskning på dette feltet. Vi har benyttet en eksplisitt og systematisk framgangsmåte for å finne alle relevante publiserte studier. Vi har primært søkt etter og oppsummert systematiske oversikter. Dette kan innebære at vi har oversett enkeltstudier som er relevante for problemstillingen. Dette kan skyldes at det ikke er skrevet gode systematiske oversikter som har funnet alle relevante enkeltstudier, eller at enkeltstudier av nyere dato ikke er fanget opp i oversiktene som er brukt.

Rapporten ble sendt ut til vurdering blant fagpersoner i Aetat og Sosial- og helsedirektoratet. Vi har gjengitt disse kommentarene som en egen drøftingsdel (se kap 5). En har følgende vurdering:

*“Veldig positivt at det tas sentrale initiativ til å ta internasjonal forskning på alvor på dette feltet. Det er tidkrevende å følge med på dette selv, og det er etter mitt syn naturlig at man bidrar til slikt fra sentralt hold.”*

Typer tiltak og viktigste resultater:

- 1) Oppsummert forskning antyder at *Rådgivning og terapi tilknyttet primærhelsetjenesten* har god virkning på psykisk helse på kort sikt, men sammenlignet med de som får vanlig oppfølging jevner forskjellene seg ut over tid. De brukerne som får tilbud om rådgivning og terapi er mer tilfredse med oppfølgingen fra primærhelsetjenesten.
- 2) *Depresjonsbehandling og arbeidsevne*. Oppsummert forskning antyder at symptombedring og stabilitet over tid er en forutsetning for å komme tilbake i arbeid. Lengre oppfølgingstid ser ut til å øke sjansene for vellykket rehabilitering tilbake til jobb etter depresjon.
- 3) Oppsummert forskning er ikke entydig i forhold til om *Løsningsfokuserte tiltak* bidrar til at flere kommer tilbake i arbeid. Det er få relevante studier og resultatene er dermed usikre.
- 4) Oppsummert forskning antyder at *Koordinering av psykososialt arbeid – “Case management”* øker antallet som beholder kontakten med oppfølgingstjenester, men

samtidig øker også antallet innleggelseser. Ingen forskjeller med hensyn på psykisk helse, sosial fungering eller livskvalitet. Oversikten er fra 1998 og det kan finnes nyere forskning som justerer bildet.

5) Oppsummert forskning viser at *Oppsøkende psykososial behandling ("Assertive community treatment")* er en effektiv måte å følge opp pasienter med alvorlige psykiske lidelser på. Flere beholder kontakten med helsevesenet, antallet gjeninnleggelseser reduseres og metoden gir lovende resultater på flere viktige utfallsmål, deriblant antallet som deltar i arbeidslivet.

6) Oppsummert forskning antyder at *Psykososiale behandlingsstrategier for bipolare lidelser* er effektive både i forhold til behandling av selve sykdommen og sparte kostnader for samfunnet som følge av færre innleggelseser på sykehus. Den ene studien som viste til arbeidsrelaterte utfallsmål viste at individuell terapi kan være effektivt for å få personer med bipolare lidelser raskere tilbake i arbeid.

7) Oppsummert forskning viser at *individuell plassering og støtte* (ligner Arbeid med Bistand) er det mest effektive tiltaket når en person med en alvorlig psykisk lidelse har et uttalt ønske om å komme ut i ordinært arbeid.

8) Oppsummert forskning er ikke entydig i forhold til om *Ferdighetstrening for personer med alvorlige psykiske problemer* er effektivt med hensyn på tilbakeføring til arbeid. Tiltaket øker tilegnelse av ferdigheter og reduserer symptomer.

9) Oppsummert forskning er ikke entydig i forhold til om *Familiebehandling ved psykoser og schizofreni* er effektivt i forhold til tilbakeføring til arbeid. Resultatene fra denne oversikten tilsier at familierettede intervensjoner kan være effektive for å redusere tilbakefall blant schizofrene. De fleste studiene mangler resultatindikatorer på tilbakeføring til arbeid.

Konklusjon: Oppsummert forskning viser at *individuell plassering og støtte* (ligner Arbeid med Bistand) er det mest effektive tiltaket når en person med en alvorlig psykisk lidelse har et uttalt ønske om å komme ut i ordinært arbeid. Nærhet til reelle arbeidssituasjoner er en nøkkel i rehabilitering tilbake til arbeid for denne målgruppen. Dette kan innebære langvarig behandling, støtte og oppfølging når personene er i en reell arbeidssituasjon. De fleste arbeidsrettede tiltak som benyttes i det norske velferdssystemet er ikke tilfredsstillende vurdert med tanke på effekter. Det er også i internasjonal sammenheng veldig lite eksisterende kunnskap om effekter av tiltak rettet mot personer med moderate psykiske lidelser. Det er store kunnskapshull på feltet og det er åpenbart et behov for å måle tilbakeføring til arbeid som et viktig utfallsmål i forskning på ulike tiltak for denne målgruppen.

# Innhold

<b>1</b>	<b>INNLEDNING</b> .....	<b>5</b>
1.1	BAKGRUNN .....	7
1.2	DEFINISJONER AV TEMAER OG SENTRALE BEGREPER .....	8
<b>2</b>	<b>METODE FOR KUNNSKAPSOPPSUMMERINGEN</b> .....	<b>11</b>
2.1	SØKESTRATEGI .....	12
2.2	VURDERING AV RELEVANS OG KVALITET.....	12
2.3	SAMMENSTILLING AV DET VI FANT .....	13
2.4	FAGFELLEVRURDERING/HØRING .....	13
2.5	BEGRENSNINGER VED DENNE FREMGANGSMÅTEN .....	13
<b>3</b>	<b>BESKRIVELSER AV INKLUDERTE STUDIER</b> .....	<b>15</b>
3.1	RÅDGIVNING OG TERAPI TILKNYTTET PRIMÆRHELSETJENESTEN .....	16
3.2	DEPRESJONSBEHANDLING OG ARBEIDSEVNE.....	18
3.3	LØSNINGSFOKUSERT METODE .....	20
3.4	KOORDINERING AV PSYKOSOSIALT ARBEID – ”CASE MANAGEMENT” .....	21
3.5	OPPSØKENDE PSYKOSOSIAL BEHANDLING – ”ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT” .....	25
3.6	PSYKOSOSIALE BEHANDLINGSSTRATEGIER FOR BIPOLARE LIDELSER .....	28
3.7	YRKESMESSIG REHABILITERING FOR PERSONER MED ALVORLIGE PSYKISKE LIDELSER .....	31
3.8	YRKESMESSIG REHABILITERING FOR PERSONER MED SCHIZOFRENI OG ANDRE PSYKOTISKE LIDELSER ..	36
3.9	FERDIGHETSTRENING FOR PERSONER MED ALVORLIGE PSYKISKE PROBLEMER .....	38
3.10	FAMILIEBEHANDLING VED PSYKOSER OG SCHIZOFRENI .....	40
<b>4</b>	<b>OPPSUMMERING OG KONKLUSJONER</b> .....	<b>41</b>
4.1	MULIGE VEIER VIDERE .....	42
<b>5</b>	<b>REFLEKSJONER FRA FAGFELLEVRURDERINGER</b> .....	<b>43</b>
<b>6</b>	<b>VEDLEGG</b> .....	<b>46</b>
6.1	VEDLEGG 1 DE SYSTEMATISKE OVERSIKTENE I TABELLFORMAT .....	46
6.2	VEDLEGG 2 SØKESTRATEGI .....	54
6.3	VEDLEGG 3 EKSKLUDERTE STUDIER .....	56
6.4	VEDLEGG 4 NOEN STATISTISKE BEGREPER I RAPPORTEN .....	59
	REFERANSER.....	61

# 1 Innledning

*The largest library in disorder is not so useful as a smaller but orderly one; in the same way the greatest amount of knowledge, if it has not been worked out in one's own mind, is of less value than a much smaller amount that has been fully considered. For it is only when a man combines what he knows from all sides, and compares one truth with another, that he completely realises his own knowledge and gets it into his power.*

Arthur Schopenhauer, 1841

Oppdraget med rapporten er gitt av "Vilje Viser Vei – en systematisk tilnærming til arbeidslivet", som er et samarbeidsprosjekt mellom Aetat Arbeidsdirektoratet og Sosial- og helsedirektoratet. Vi ble enige om at bestillingen skulle omfatte en oppsummering av forskning om effekter av arbeidsrettede tiltak for personer med psykiske lidelser, og at vi på grunn av tidsbegrensninger primært skulle søke etter systematiske oversikter. Arbeidet omfatter en systematisk oppsummering av internasjonal effektforskning på dette feltet. Vi vektlegger presentasjon av data og vil begrense drøfting og diskusjon av stoffet.

De som har bidratt fra Avd for sosialtjenesteforskning: Avdelingsdirektør Gro Jamtvedt, forskningsbibliotekar Torill Johme, og forsker Pål Nystuen (hovedforfatter). Fra Aetat har Asgeir Helle bidratt med gjennomgang av flere oversiktsartikler og oppdaterte tall på Aetats arbeid med personer med psykiske problemer. Flere fagpersoner fra Aetat og Sosial- og helsedirektoratet har bidratt med gjennomlesning av utkast og tilbakemeldinger.

En viktig oppgave for forskningen er å evaluere og kvalitetssikre alle de nye tilnærmingene som utvikles i praksisfeltet. Det er ikke nødvendigvis alt som er nytt som er bra. Det finnes mange eksempler på behandlingsmetoder og tiltak som faktisk gjør mer skade enn gagn. Det er fagpersonene som kjenner feltet og brukerne best. Den erfaringen som hver praksisutøver sitter inne med har stor betydning, men kan også fungere som skylapper mot andre metoder og tilnærminger som kanskje fungerer bedre. Produksjonskrav og travle arbeidsdager gjør at det å forandre på innarbeidede rutiner ikke alltid er så lett.

*"Virker det?"* Praktikere vil ofte kjenne seg igjen i ønsket om å vite om de metodene man bruker faktisk virker. En kunnskapsoppsummering skal finne fram til, vurdere og oppsummere forskning. Flommen av informasjon har gjort det nødvendig å utvikle metoder for å kunne håndtere informasjon på et felt på en overkommelig måte. Antallet rapporter, artikler og bøker på et hvert fagfelt er ikke mulig å holde oversikt over for noen enkeltperson, og en kunnskapsoppsummering er en oversikt over systematiske oversikter som er publisert i vitenskapelige tidsskrifter på et gitt tema. Dette er en streng

begrensning i fokus for søket, men styrken er at det som finnes av systematiske oversikter blir funnet og at kunnskapshull kan bli tydeliggjort. Denne typen evalueringer stiller strenge krav til design og er ofte kostbare og tidkrevende å gjennomføre. Innen samfunnsfaglig forskning (sosialt arbeid, pedagogikk, psykologi) har eksperimentell tiltaksforskning stått svakt, delvis på grunn av kravene til ressurser for å gjennomføre gode studier og delvis på grunn av ulike vitenskapsteoretiske ståsted. Det at det ikke er publisert effektvurderinger av et tiltak, betyr nødvendigvis ikke at det ikke fungerer, men det kan si noe om hva som bør prioriteres på forskningsfeltet framover. Flere hevder at de typene virksomhet som utøves av mange innen disse fagene preges av behovet for kontekstuell tilpasning og variasjon (Miller, Duncan, & Hubble, 2004; Ekeland, 2001). Standard metoder og anbefalte retningslinjer for god praksis utfordrer et slikt ståsted. Det er derfor viktig å understreke begrensningene i denne oppsummeringen av kunnskap om ulike typer tiltak som kan fungere for personer med psykiske problemer. Disse resultatene sier noe om gjennomsnittsforskjeller og det vil alltid være viktig å vurdere den enkeltes situasjon og forutsetninger før et tiltak anbefales.

En viktig del av dette arbeidet er dermed å søke gjennom forskningslitteraturen for å se om det er typer tiltak som kan vurderes, eller om resultatene av effektvurderingene tilsier at arbeidet med denne målgruppen bør prioriteres annerledes enn i dag.

Spørsmålet vi stiller i denne rapporten er: ***Hvilke tiltak er dokumentert virksomme for å hjelpe personer med psykiske problemer ut i arbeid?***

## 1.1 Bakgrunn

Denne oppsummeringen har et bredt fokus ved at vi har søkt etter evalueringer av tiltak for personer med alvorlige lidelser (eks schizofreni og ulike psykosetilstander) samtidig som vi også har søkt etter forskning som kan være relevant i forhold til de med moderate psykiske problemer (eks krisereaksjoner, depresjonstilstander og angst). Personer med depresjonstilstander er en stor gruppe som utgjør mellom 60-70% av alle de rundt 50000 som hvert år er sykmeldt på grunn av psykiske problemer. (Nystuen, Hagen, & Herrin, 2001). De mest alvorlige diagnosene omfatter 2-3 % av de som er sykmeldt i mer enn 16 dager.

Det er lav yrkesdeltakelse blant personer med alvorlige psykiske lidelser. I USA er det anslått at 75-85% av disse personene er helt uten arbeid. I Storbritannia er tilsvarende tall estimert til 61-73% (Crowther R, Marshall M, Bond G, & Huxley P, 2003).<sup>1</sup> Dette gjenspeiler hvilke alvorlige ringvirkninger denne typen tilstander kan ha, men det sier også noe om at vi ikke velger de riktige tiltakene for å legge til rette for at en større andel av denne gruppen skal kunne ha inntektsgivende arbeid over tid. Arbeidslinja har lenge vært en klar og uttalt del av norsk velferdspolitik, men det er usikkert om prioriteringer i bruk av typer tiltak og samordning av ulike tjenestetilbud har hatt en god nok utvikling. I opptrappingsplanen for psykisk helsevern er det nevnt et anslag på 4000 nye tiltaksplasser for denne målgruppa (Sosial- og helsedepartementet, 1998). Det ble estimert at dette innebærer 2000 personer i tiltak i løpet av planperioden, tilsvarende 186 millioner i øremerkede midler. Midtveisrapporteringen sier følgende;

*“Ulike tiltak er satt i gang for å bedre tilbudet samt for å styrke samarbeidet på dette området. I 2001 ble det bevilget 39 mill. kroner fra Opptrappingsplanen over Arbeids og administrasjonsdepartementets (AAD) budsjett til ulike arbeidsmarkedstiltak for mennesker med psykisk lidelser (21 pst av måltallet). Antall personer som mottok tiltak var da økt med 2325. Dette omfatter også arbeidstiltak utenom Opptrappingsplanen. I statsbudsjettet for 2003 er bevilgningen økt til 64 mill. kroner.*

*Helsedepartementet har bedt Sosial- og helsedirektoratet utvikle en strategi for arbeid og psykisk helse i samarbeid med Aetat og trygdeetaten. Arbeidet med strategien skal ses i sammenheng med arbeid på tilgrensende områder som Inkluderende Arbeidsliv, samordningen av Aetat, trygdeetat og sosialtjeneste (SATS).”*

Det er viktig at disse ressursene brukes på måter som optimaliserer mulighetene for at de som ønsker det kan komme tilbake i arbeid.

## 1.2 Definisjoner av temaer og sentrale begreper

Litteraturen som oppsummeres her er publisert i internasjonale tidsskrift. De fleste av disse er engelskspråklige. Vi har valgt å bruke både oversettelser i tillegg til de engelske betegnelse for ulike tiltak som er beskrevet i forskningslitteraturen.

### Tilbud tilknyttet primærhelsetjenesten – "Counselling in primary care"

Terapi- og rådgivningstilbud tilknyttet primærhelsetjenesten kan også være aktuelle for denne oppsummeringen hvis utfallsmålene også omfatter sykefravær eller vurderinger av arbeidsevne. Forskningen på dette feltet kommer fra Storbritannia, der det har vært en lang tradisjon for å koble primærhelsetjenesten med ulike terapi og rådgivningstilbud. Her i Norge har vi en pågående prøveordning med kjøp av helsetjenester for sykmeldte med psykiske problemer.

### Koordinering av psykososialt arbeid – "Case management"

Koordinering av psykososialt arbeid (case management) ble utviklet som metode fra 70-tallet etter reduksjonen i antallet døgnplasser for personer med alvorlige psykiske problemer. Målet var å sørge for at pasientene holdt kontakt med helsetjenesten, redusere tilbakefall og øke sosial fungering og livskvalitet.

Case management er en metode for å koordinere tjenestene til personer med alvorlige psykiske lidelser. Personen som er psykisk syk får tildelt en case manager som er forventet å:

1) vurdere personens behov; 2) utvikle en omsorgsplan; 3) koordinere at hensiktsmessige tjenester skaffes; 4) evaluere kvaliteten på tjenestene; 5) holde kontakt med personen

Case management er ikke entydig og strengt definert og kan deles i flere undergrupper. Men i alle tilfeller er det forventet at en case manager har ansvar for relativt få saker. Case manageren kan oppfattes som en megler (eng.: broker) eller mellommann mellom den psykisk syke og de ulike tjenestene.

I Storbritannia brukes ofte *care management* og *care program approach* synonymt med case management.

---

<sup>1</sup> Vi har ikke funnet noen nasjonal oversikt over andelen yrkesaktive blant denne gruppa her i Norge. Henvendelse til Statistisk Sentralbyrå og søk på Trygdeetatens nettsted ga ingen resultater.



## **Oppsøkende psykososial behandling – "Assertive Community Treatment"**

ACT eller Assertive Community Treatment oppsto samtidig som case management i USA, men har mindre utbredelse. ACT vektlegger team arbeid i motsetning til det individuelle ansvaret til en case manager. Et ACT-team er tverrfaglig og omfatter gjerne en psykiater. I stedet for mellommann rollen i case management som koordinerer tjenestene utenfra, foretar ofte ACT-teamet selv den nødvendige intervensjonen i hjemmet eller på arbeidsplassen. Teambasert målrettet psykososial behandling er overfladisk sett ganske lik "case management" og har samme mål. Men mens "case management" vektlegger det personlige bånd mellom bruker og hjelper, dreier den andre metoden seg om forholdet mellom brukerne og et team av fagfolk. Teamet er tverrfaglig sammensatt og hele teamet har et felles ansvar for alle brukerne. Hvert teammedlem har ofte 10 - 15 brukere, som de arbeider med etter behov. Brukere som faller fra eller er lite motiverte blir aktivt søkt opp og forsøkt involvert på nytt.

## **Yrkesforberedende kurs og arbeidstrening - "Prevocational training"**

Vår forståelse av det som kalles "prevocational training" omfatter alle yrkesforberedende kurs og ulike typer arbeidstreningstiltak som har hovedvekt på det å kartlegge arbeidsevne, øke generell mestring og motivasjon, ulike typer kursvirksomhet eller praksis- og vernede arbeidsplasser ("Sheltered workshops"). Her arbeider personen som oftest sammen med andre som har et helseproblem i skjermet virksomhet. Tanken bak disse ulike tilnærmingene er at det å komme inn i opplegg som forbereder til en ordinær arbeidssituasjon kan øke sjansene for å ordinær ansettelse senere.

## **Rehabilitering til arbeid - "Psychosocial rehabilitation work programs"**

"Psychosocial rehabilitation work programs" kjennetegnes av arbeid i en overgangsperiode med lønn under minimumsnivå, eller frivillig plassering med lønn på minimumsnivå eller høyere, før ordinært arbeid etter prinsippet om trening før plassering. Disse tiltakene har blitt kritisert for at de ikke varer lenge nok til å kunne plassere personene i en passende jobb.

## **Fontenehusbevegelsen - "The Clubhouse movement"**

Fontenehusbevegelsen startet i USA på 1950-tallet som en reaksjon på det tradisjonelle tilbudet med vernede arbeidsplasser samt lite fokus på arbeid i det tradisjonelle tilbudet innen psykisk helsevern. Tanken var at man kunne oppnå bedre resultater ved å tilby arbeidstrening i alternative og mindre stigmatiserende omgivelser. Disse tilbudene innebærer ulike typer aktiviteter og har samme grunnleggende tanke om at en periode

med tilvenning kan gjøre det lettere å komme ut i ordinært arbeid. Rehabiliteringsprogrammer av denne typen inneholder ofte ulike former for trening eller kursopplegg der hensikten er å gradvis forberede personen på arbeidslivet.

### **Direkte utplassering - "Supported employment"**

På midten av 80-tallet ble det i USA utviklet en ny tilnærming til yrkesmessig rehabilitering kalt "*Individual Placement and Support*". Her i Norge best kjent som Aetats tiltak "Arbeid med bistand". I en del av disse programmene har deltagerne tilgang til psykiatere, psykologer og andre fagpersoner og tilretteleggere. Medarbeidere og sjefer samarbeider med behandlingsteamet for å kunne gi arbeidstakeren optimal støtte.

Seks sentrale prinsipper ligger til grunn for den manualiserte versjonen av denne tilnærmingen (Bond, 1998): 1) målet er ordinært arbeid; 2) deltakerne forventes å få jobb direkte, ikke via lange treningsopplegg; 3) den yrkesmessige rehabiliteringen er en integrert del av rehabiliteringstilbudet framfor en separat del; 4) fokus på brukerens preferanser og vurderinger; 5) måling og vurdering skjer kontinuerlig og er basert på konkrete arbeidserfaringer; og 6) støtten er ikke begrenset i tid.

Det er etter hvert mange tiltaksarrangører her til lands som tilbyr tiltak som går under betegnelsen Arbeid med Bistand. Det er mer usikkert hvor mange som faktisk jobber etter de prinsippene som står over.

## 2 Metode for kunnskapsoppsummeringen

Denne kunnskapsoppsummeringen er en sammenstilling av systematiske oversikter. En systematisk oversikt er en oversiktsartikkel der forfatterne har benyttet en systematisk og eksplisitt fremgangsmåte for å finne, vurdere og oppsummere internasjonal forskningsbasert kunnskap fra enkeltstudier som omhandler samme emne.

Rapporten har som formål å belyse følgende problemstilling:

***"Hvilke tiltak er dokumentert virksomme for å hjelpe personer med psykiske problemer ut i arbeid?"***

Problemstillingen kan presiseres gjennom et tredelt spørsmål;

HVEM? (personer)	HVA? (tiltak)	MED HVILKE RESULTAT? (utfallsmål)
Personer med psykiske problemer	Relevante tiltak	Ordinært arbeid, inntekt Funksjonsvurderinger (arbeidsrelevante ferdigheter, sosial fungering, kognitive strategier)

Følgende forhold er lagt til grunn for å ta med (inkludere) forskningsbasert kunnskap som er oppsummert i rapporten:

**Type studie:** Systematiske oversikter

**Populasjon:** Personer med psykiske lidelser, alvorlige og lettere symptomer

**Tiltak:** Alle tiltak og metoder som kan være relevante

**Utfallsmål:** Primære utfall er arbeid, ansettelse og inntekt. Sekundære resultater er ulike funksjonsvurderinger som arbeidsrelaterte ferdigheter og sosial fungering

Systematiske oversikter som bare omhandlet ren medikamentell behandling ble ikke tatt med (se vedlegg 3 for tabell med ekskluderte studier).

## 2.1 Søkestrategi

Vi søkte etter systematiske oversikter i Cochrane Database of Systematic Reviews<sup>2</sup> (CDSR), "Database of Abstracts of Reviews of Effect" (DARE) og "Health Technology Assessment" databasene (HTA). Det er også søkt i primærdatabasene Medline og PsycInfo med søkefilter for systematiske oversikter. Søket ble foretatt i desember 2004 og hadde ingen tidsbegrensninger bakover i tid. Det er heller ikke gjort noen språk-begrensninger. Søkestrategien var tilpasset den enkelte database (se vedlegg 2). Det ble søkt både i fritekst og ved hjelp av emneord, men vi brukte kun emneord for å fange opp studier om personer med mentale lidelser. Grunnen til dette er at det finnes veldig mange ulike diagnoser for psykiske lidelser, og siden vi ville inkludere alle disse hadde det blitt alt for mye arbeid å søke etter dette som tekstord innenfor tidsrammene til prosjektet. Vi søkte i tillegg etter enkeltstudier i Central utgitt etter 1999 for å oppdatere Cochrane oversikten "Vocational Rehabilitation for people with severe mental illness" (Crowther, 2001). Vi brukte den samme søkestrategien som ble brukt i oversikten, men la på noen relevante emneord i tillegg. Grunnen til at vi søkte etter primærstudier til akkurat denne oversikten var at vi vurderte temaet som et av de mest relevante for denne rapporten.

## 2.2 Vurdering av relevans og kvalitet

To personer vurderte titler, sammendrag og artikler både med hensyn til relevans og metodisk kvalitet. Sjekklistene utarbeidet av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten ble benyttet for å vurdere kvaliteten av oversiktsartiklene<sup>3</sup>. Sjekklistene er basert på internasjonale, anerkjente kriterier (Guyatt G & , 2002) og vurderer metodisk kvalitet med hensyn på beskrivelse av inklusjonskriterier, søkestrategi, vurdering av enkeltstudienes kvalitet og måten oppsummering av studiene ble gjennomført. Oversiktens kvalitet ble kategorisert som god (alle 4 kriterier møtt), moderat (2 eller 3 kriterier møtt), mangelfull (færre enn 2 kriterier møtt). Systematiske oversikter rangert til god og moderat kvalitet er inkludert som dokumentasjonsgrunnlag i kunnskapsoppsummeringen.

---

<sup>2</sup> [www.cochrane.no](http://www.cochrane.no)

<sup>3</sup> [www.kunnskapssenteret.no/dokumentarkiv](http://www.kunnskapssenteret.no/dokumentarkiv)

## 2.3 Sammenstilling av det vi fant

De inkluderte oversiktene blir presentert både i tekst og tabellform i henhold til "Håndbok for kunnskapsoppsummeringer"<sup>4</sup>. Tabellene finnes i vedlegg 1. Videre er resultatene oppsummert ved å gradere dokumentasjonen på følgende måte:

Dokumentasjonens styrke:	Basert på:
Oppsummeringen viser:	<ul style="list-style-type: none"> <li>en eller flere oppdaterte systematiske oversikter av god kvalitet:</li> <li>- basert på minst to metodisk gode enkeltstudier med entydige resultater</li> </ul>
Oppsummeringen antyder:	<ul style="list-style-type: none"> <li>en eller flere oppdatert systematiske oversikter av god eller moderat kvalitet:</li> <li>- basert på minst en metodisk god enkeltstudie</li> <li>- basert på minst to enkeltstudier av moderat kvalitet med entydige resultater</li> </ul>
Oppsummeringen er ikke entydig:	<ul style="list-style-type: none"> <li>en eller flere oppdaterte systematiske oversikter av varierende kvalitet:</li> <li>- der resultatene i de systematiske oversiktene peker i ulike retninger</li> <li>- der enkeltstudier av varierende kvalitet har resultater som peker i ulike retninger</li> <li>- basert på en enkeltstudie av moderat kvalitet</li> </ul>
Det mangler oppsummert forskning om:	<ul style="list-style-type: none"> <li>ingen foreliggende systematiske oversikter</li> </ul>

## 2.4 Fagfellevurdering/høring

Rapporten har vært gjennom en uformell høringsrunde hos fagpersoner i Aetat og i Shdir. Se kommentarene i kapittel 5.

## 2.5 Begrensninger ved denne fremgangsmåten

Vi har primært søkt etter, og inkludert systematiske oversikter. Dette kan innebære at vi har oversett enkeltstudier som er relevante for problemstillingen. Dette kan skyldes at det ikke er skrevet gode systematiske oversikter som har funnet alle relevante enkeltstudier, eller at enkeltstudier av ny dato ikke er fanget opp i oversiktene som er brukt.

---

<sup>4</sup> [www.kunnskapssenteret.no](http://www.kunnskapssenteret.no) - se under publikasjoner, undervisningsmaterieill

Mens denne begrensningen opplagt påvirker rapportens fullstendighet, svekkes nødvendigvis ikke påliteligheten i innholdet som presenteres.

Rapporten beskriver et fagfelt som har ulike behandlingstradisjoner og det kan være at det ikke er gjort robust forskning innen alle felt. Disse feltene vil da ikke være belyst i rapporten.

Det er ytterligere en begrensning at resultatene er rapportert slik forfatteren(e) av de systematiske oversiktene har vurdert den. Vi har i liten grad innhentet dokumentasjon fra inkluderte enkeltstudier som inngår i de systematiske oversiktene.

### 3 Beskrivelser av inkluderte studier

De opprinnelige søkene etter systematiske oversikter ga totalt 1463 antall treff. På bakgrunn av gjennomgang av titler og sammendrag ble 45 artikler innhentet i full tekst. Av disse ble 12 inkludert og beskrevet i denne rapporten. Oversiktene som ikke ble tatt med er listet i vedlegg 5.3 med viktigste grunn for eksklusjon.

Studiene som presenteres i denne delen av rapporten er systematiske oversikter over relevant forskning og vi har prøvd å presentere dem på en kortfattet og muntlig, men likevel presis måte. De originale publikasjonene anbefales for de som ønsker flere detaljer om hvordan disse arbeidene er utført og hva som ligger bak resultatene<sup>5</sup>.

Temaene vi har funnet oversikter på er:

- Rådgivning og terapi tilknyttet primærhelsetjenesten
- Depresjonsbehandling og arbeidsevne
- Løsningsfokusert metode
- Koordinering av psykososialt arbeid – "Case management"
- Oppsøkende psykososial behandling – "Assertive community treatment"
- Psykososiale behandlingsstrategier for bipolare lidelser
- Yrkesmessig rehabilitering for personer med schizofreni og andre psykotiske lidelser (to oversikter)
- Ferdighetstrening for personer med alvorlige psykiske problemer
- Familiebehandling ved psykoser og schizofreni

Rapporten er strukturert etter de beskrevne problemenes og tilstandenes alvorlighetsgrad og begynner med tiltak for å møte problemene tidlig i helsevesenets førstelinjer. I presentasjonen har vi vektlagt presentasjon av det vi mener er de mest sentrale resultatene som er knyttet til arbeid.

---

<sup>5</sup> De av oversiktene som er Cochrane-oversikter finnes fritt tilgjengelig via [www.cochrane.no](http://www.cochrane.no)

### 3.1 Rådgivning og terapi tilknyttet primærhelsetjenesten

**Bower** med flere (Bower et al., 2002) har vurdert effekter av ulike typer rådgivnings-tilbud tilknyttet primærhelsetjenesten. Vi vil spesielt se på om det finnes data som sier noe om slike tilbud kan bidra til at flere beholder kontakten med arbeidslivet. Målgruppen for denne oversikten er personer som oppsøker sin primærlege med psykiske og/eller psykososiale problemer. Bakgrunnen for dette arbeidet er at det i Storbritannia er en lang tradisjon for å benytte rådgivning i tilknytning til primærhelsetjenester. Nesten halvparten av alle primærhelsetjenester har denne typen tilbud og 80% av de som ikke har det ønsker å knytte til seg slike tjenester. Disse tjenestene utgjør dermed en vesentlig helseressurs og det er viktig å vurdere effekter og kostnader forbundet med dette tilbudet. I Norge og Skandinavia er dette også et område der det i økende grad brukes ressurser. Siden midten av 90-tallet har det her til lands blitt tilbudt psykolog- og rådgivningstjenester som et supplement til ordinære bedriftshelsetjenester. Også her i landet har det vært en debatt rundt ressursbruk og prioritering når det gjelder bruk av rådgivnings- og terapitilbud til "vanlige folk" med "vanlige problemer". Hva er best av å komme tidlig inn og hindre utvikling av større problemer, eller skal vi prioritere tilbudet som gis til de som har de største problemene? For å gi faglig gode svar på denne typen spørsmål er det viktig å støtte seg til den forskning som finnes på dette i verden framfor å allokere ressursene som følge av ekspertuttalelser og mer tilfeldige oppslag i media.

#### Typen tiltak og profesjoner

"Counselling" er det engelske begrepet som brukes i den originale oversikten. I mange sammenhenger kan det være rimelig å oversette med rådgivning, men dette er det ulike kulturer på. Samtaler med likt innhold vil i ulike deler av systemene kalles alt fra veiledning, terapi, konsultasjon og rådgivning. Innholdet i tilbudene omfatter ulike typer terapeutiske intervensjoner som for eksempel gestaltterapi, kognitiv terapi, endringsfokuset rådgivning, familierapi, løsningsfokuset terapi og mange andre.

Begrepet defineres på denne måten i oversikten (s 4); *"Counselling is the skilled and principled use of relationships which develop self-knowledge, emotional acceptance and growth, and personal resources. The overall aim is to live more fully and satisfyingly. Counselling may be concerned with addressing and resolving specific problems, making decisions, coping with crises, working through feelings and inner conflict, or improving relationships with others. The counsellor's role is to facilitate the client's work in ways that respect the client's values, personal resources, and capacity for self determination."*

Slik "counselling" defineres i oversikten utføres det av mange ulike profesjoner som sosionomer, rådgivere, psykologer, psykiatriske sykepleiere og andre faggrupper.



## Resultater

Hovedanalysen viste at gruppen som mottok rådgivning ("counselling") fikk bedre psykisk helse på kort sikt (3-4 måneder) sammenlignet med de som fikk vanlig oppfølging, men denne forskjellen jevnet seg mer ut på lengre sikt (12 måneder og mer).

Tre av studiene målte sosial fungering med det samme måleverktøyet. Analysene fra disse studiene viste ingen forskjell mellom de som fikk "counselling" og de som fikk vanlig oppfølging.

De studiene som også vurderte resultater som "dager borte fra jobb" gjorde dette som en del av økonomiske evalueringer av "counselling" sett i forhold til vanlig oppfølging. Det er dermed vanskelig å si noe om denne typen tilbud øker sjansen for å komme raskere tilbake i arbeid. De fant ingen statistisk signifikante økonomiske forskjeller mellom tilbudene når de slo sammen kostnader forbundet med legebesøk, medisinbruk og tapt arbeidstid.

De som fikk "counselling" var generelt mer fornøyde med oppfølgingen sammenlignet med de som fikk vanlig oppfølging hos primærlege.

## Konklusjon

Oversikten gir støtte til at "counselling" har en god virkning på psykisk helse på kort sikt sammenlignet med vanlig oppfølging fra primærhelsetjeneste, men mindre virkning på lengre sikt. Denne oversikten kan ikke si noe om en slik bedring øker sjansen til å beholde jobben eller komme raskere tilbake i jobb. Det er likevel rimelig å anta at det er en sammenheng mellom psykisk helse og arbeidsevne. Dette temaet blir tatt opp under pkt 3.2 i denne rapporten.

De fant ingen signifikante forskjeller i pengebruk mellom de som fikk "counselling" og de som fikk ordinært tilbud. Dette kan forstås som at det uansett ikke er noe å tape på å satse på slike tilbud. De maner likevel til forsiktighet når det gjelder tolkingen av dette fordi kostnadsstudiene preges av metodiske svakheter og de økonomiske regnestykkene er omdiskutert.

Våre velferdstjenester trenger metoder for å utvikle gode samarbeidsrelasjoner til sine brukere. Det at de som mottok denne typen tjenester er gjennomgående mer fornøyd med tilbudet er et viktig resultat i seg selv.

## 3.2 Depresjonsbehandling og arbeidsevne

Mintz med flere (Mintz, Mintz, Arruda, & Hwang, 1992) har vurdert effekter av anti-depressiva og psykoterapi når det gjelder arbeidsrelaterte utfallsmål. Det spesielle med denne oversikten er at de har gått gjennom 10 studier og hentet inn nye data som beskriver arbeidsevne og status etter gjennomførte tiltak. Bakgrunnen for å gjøre dette er at de fleste studier som omhandler depresjonsbehandling i hovedsak måler resultater som handler om symptombedring. Hensikten med denne oversikten var å måle effekter av antidepressiv behandling når det gjelder arbeidsrelaterte resultater og å se på sammenhenger mellom symptombedring og arbeidsevne. De ønsket også å lete etter mulige faktorer som tilsier at sjansene for å komme tilbake i arbeid er gode. Deltakerne fra disse studiene var aktuelle for å motta en eller annen form for depresjonsbehandling. De ekskluderte personer som; 1) ikke var en del av den yrkesaktive befolkningen (trygd, hjemmeværende, studenter, unge og gamle); 2) ikke hadde redusert arbeidsevne når studien startet; 3) ikke ga opplysninger som kunne si om personen hadde noen arbeidstilknytning; 4) ikke mottok eller ønsket behandlingen.

### Typer tiltak

I åtte av ti studier innebærer et av tiltakene behandling med antidepressive medikamenter. Det var stor variasjon i typene tiltak i disse 10 studiene. Ulike typer antidepressiva (eks imipramine og litium). Ulike typer psykoterapeutiske tilnærminger (eks kognitiv terapi, atferdsterapi). Tre av studiene hadde to typer tiltak, gjerne en medisinsk og en psykoterapeutisk tilnærming, samt en kontrollgruppe. Fem av studiene var sammenligninger av to ulike typer medikamenter. De to siste var sammenligninger av ulike terapeutiske tilnærminger.

### Resultater

Oversikten sammenstiller data fra 10 inkluderte studier (n=827).

Det er klare effekter når det gjelder medisinsk behandling av depresjon sammenlignet med kontrollgruppe når det gjelder symptomreduksjon og tilbakeføring til arbeid.

Det er klar sammenheng mellom reduserte symptomer og arbeidsrelaterte resultatmål. De som blir bedre kommer også tilbake i jobb i større grad. Lengden på behandlingen har sammenheng med resultatene. Ulik lengde på behandlingstid (fra 6 uker til 9 måneder) ga ikke noen forskjell i symptomer, men økte andelen som kom tilbake i arbeid.

Betydningen av stabilitet over tid er vesentlig for om personer klarer å komme tilbake i arbeid. Tilbakefall reduserer mulighetene for å komme tilbake eller finne nytt arbeid.

Det ble også ledd etter faktorer (kjønn, alder, utdanning, sivil status, etnisk bakgrunn, inntekt og sosial tilhørighet) som kunne predikere hvem som kommer tilbake i arbeid og hvem som faller ut. Ingen av analysene ga klare indikasjoner på at noen bakgrunnsfaktorer spilte noen vesentlig betydning. Symptombedring er det eneste som predikerer økte muligheter for tilbakeføring til arbeid. I flere av studiene var oppfølgingstiden svært kort (4-6 uker) og dette begrenser mulighetene for å finne mulige prediktive faktorer.

## **Konklusjon**

Symptombedring og stabilitet over tid ser ut til å være en forutsetning for å komme tilbake i arbeid etter depresjon. Økt oppfølgingstid ser ut til å øke sjansene for vellykket tilbakeføring.

På kort sikt ser det ut til at medisiner kan føre til raskere symptomendring sammenlignet med psykoterapeutiske tilnærminger, men denne forskjellen jevner seg ut etter 4-6 måneder.

## **Kommentar**

Denne oversikten ble publisert i 1992 og er ikke oppdatert. De fleste studiene er fra 80-tallet og det er sannsynlig at det finnes nyere forskning som kan komplettere bildet.

### 3.3 Løsningsfokusert metode

**Gingerich** med flere (Gingerich & Eisengart, 2000) gjennomførte en systematisk oversikt som oppsummerer det vitenskapelige grunnlaget for effekter av metoden.

#### Typen tiltak

Løsningsfokusert metode er mye brukt i ulike deler av velferdstjenestene. Opprinnelsen til denne tilnærmingen er Brief Family Therapy Center i Milwaukee USA der de gjennom et kvart århundre har utviklet en terapiform som tar utgangspunkt i tanken om at vi kan være mer nyttige for de vi møter ved å være opptatt av de ønskene de har i møtet med oss, ressursene de har, kompetansen de har og den mestringen de har vist tidligere i livet (Miller, 1997). I oversikten ble det pekt på syv kjernekomponenter i metoden som ble vurdert for hver enkelt studie: (1) utsjekking i forhold til endringer i forkant av avtalen, (2) formulering av et klart mål for samarbeidet, (3) bruk av mirakel-spørsmål, (4) bruk av skalerings-spørsmål, (5) utforsking av unntak, (6) en pause mot slutten av samtalen og en (7) strukturert tilbakemelding med oppgave til neste samtale.

#### Resultater

Det ble funnet 15 studier med til sammen 1116 deltakere. Ti av studiene hadde fra moderat til god kvalitet. Seks av disse ti studiene rapporterer positive, statistisk signifikante resultater. To av disse omhandler bruk av metoden for rehabilitering og tilbakeføring til arbeid. Alle studiene er praksisbaserte, mange har få inkluderte deltakere og dårlig statistisk styrke og dermed liten avsløringsevne.

#### Konklusjon

Denne oppsummeringen av resultatene viser at metoden *kan* virke, men det er så langt ikke noe vitenskapelig grunnlag for å hevde at denne metoden virker bedre enn andre former for psykoterapi. Metoden er imidlertid relativt lett å tilegne seg for mange typer hjelpeprofesjoner.

### 3.4 Koordinering av psykososialt arbeid – "Case management"

**Marshall** og **Mueser** har begge publisert relevante systematiske oversikter på case management (Marshall, Gray, Lockwood, & Green, 1998; Mueser, Bond, Drake, & Resnick, 1998). Case management i engelskspråklige land har arbeidsformer og metodikk som kan sammenlignes med ansvarsgrupper og individuell plan i Norge.

Etter at flere store psykiatriske institusjoner ble nedlagt fra 1950 årene ble pasientene behandlet i poliklinikker, og ble samtidig etablert dagsenter og andre typer tilbud i lokalsamfunnene. Økende gjeninnleggelser i psykiatriske sykehus antydnet at denne behandlingsformen ikke var tilstrekkelig, og ut fra dette oppsto Case management allerede på 1970-tallet.

Her skal vi gjennomgå to systematiske oversikter som har som mål å vurdere effekten av case management som tilnæringsmåte.

#### **Marshalls oversikt**

Denne studien er publisert i The Cochrane Database of systematic Reviews i 1998. Den er ikke oppdatert. De strenge inklusjonskravene som Marshall et al. benytter har medført at oversikten er basert på bare 10 enkeltstudier publisert i tidsrommet 1987-1997.

#### **Typer tiltak**

Å bestemme effektene av case management som en tilnærming til omsorg for alvorlig psykisk syke i lokal samfunnet. Case management sammenlignes med standard omsorg på fire områder: 1) antallet som opprettholder kontakt med psykiatri tjenestene, 2) grad av sykehus innleggelser, 3) resultater som kan måles klinisk eller sosialt, herunder yrkesstatus - antall i jobb ved avslutning av undersøkelsen og 4) økonomi.

Kriteriene for inklusjon er studier som har randomiserte kontroll forsøk som 1) sammenlignet case management med standard åpen omsorg; og 2) der aldersgruppen var i hovedsak mellom 18-65 år. Studiene av case management var definert ut fra at forskerne beskrev intervensjonen som enten 'case' eller 'care' management i motsetning til 'Assertive Community Treatment' (ACT)

#### **Resultater**

Case management øker antallet som holder kontakten med psykiatri tjenestene, case management fordobler antallet som innlegges i sykehus. Det betyr ikke at pasientene oppholder seg lenger på sykehus, men dataene for å analysere dette er ikke tilgjengelig. Et funn i en studie viser at case management medfører bedre samarbeid omkring medisinbruk. Bortsett fra dette enkeltfunnet, fant ikke Marshall et al signifikante fordeler

med case management på noen psykiske eller sosiale profiler når en sammenlignet med standard åpen omsorg. Økonomiske data var ikke i favør av case management.

### **Konklusjoner**

Case management sikrer at flere holder kontakten med de psykiatriske tjenestene. Case management øker antallet sykehus innleggelseser, selv om det er noe data som tyder på bedre samarbeid rundt medisinbruk, så medfører ikke case management en signifikant forbedring av psykisk helse, sosial fungering eller livskvalitet. Marshall stiller derfor spørsmål ved om case management fortjener å bli oppfattet som en hjørnestein i psykiatritjenestene. Marshall anbefaler en prioritering av ACT modellen i stedet for case management.

### **Kommentarer til Marsalls oversikt**

Verken case management eller ACT-teamet kan direkte sammenlignes med Individuell plan i Norge, selv om det er mange likhetspunkter. Individuell plan er en overordnet plan som skal inkorporere delplanene fra de enkelte etater eller tjenester som yter en person service. Den individuelle planen setter brukeren i fokus. Planen kan settes opp og ajourføres ved møter i ansvarsgrupper ikke ulikt ACT-teamet.

Blant målene for å se på effekten av case management satte Marsall et al opp *endringer klinisk eller sosialt*, herunder yrkesstatus - antall i jobb ved avslutning. Rapporten oppgir ingen direkte data om yrkesstatus. Yrkesstatus inngår i ulike typer skalaer som er brukt i studiene som for eksempel Global Assessment Scale, Social Adjustment Scale og Quality of Life Scale.

Marshall et al skiller ikke mellom ulike modeller for case management. Dette diskuteres noe mer inngående i neste oversikt.

### **Muesers oversikt**

Denne artikkelen (Mueser et al., 1998) beskriver ulike modeller for tjenester til personer med alvorlige psykiske lidelser og gjennomgår faglitteratur på case management i 75 studier. Artikkelen starter med å drøfte utviklingen av ulike metoder og strategier som oppsto etter at bevegelsen med avskaffing av de store institusjonene skjøt fart på 1950- og 60-tallet. Anerkjennelsen av at det var nødvendig å hjelpe personer med psykiske lidelser med å koordinere de ulike psykiske tjenestene førte til at det utviklet seg en ny type profesjon innenfor psykisk helsevern: case manageren. Flere modeller utviklet seg etter hvert. Den første megler / case management modellen la vekt på 1) vurdering 2) planlegging, 3) tilknytte personen til tjenestene 4) overvåke og 5) være talsmann. Forholdet ansatt til pasient kunne være 1:50 her.

En innvending mot meglerrollen var at case manageren manglet klinisk kompetanse. Dermed oppsto klinisk case management. Her har case manager kompetanse i psykoterapi og utfører en del av behandlingen. Forholdet ansatt til pasient er her oppgitt til 1:30+ . Andre modeller med færre pasienter per ansatt ble også utviklet som forsterket case management med ratio 1:20-30, rehabilitering case management også den med ratio 1:20-30. Mens de mest personal krevende modellene er Intensive case management (ICM) og Assertive community treatment (ACT).

## Typen tiltak

Intensive Case management (ICM) er en type forsterket case management der forholdet fagperson/ pasient ligger på samme nivå som ved ACT.

Studiene måtte minimum inneholde enten 1) Vurdering gjennomført på et oppfølgings-tidspunkt for to grupper pasienter som mottok ulike modeller psykiatriske tjenester i lokalsamfunnet; eller 2) vurdering ved start og ved oppfølging for pasienter som mottok tjenester av typen case management (pre-post studier). De fleste studiene som oppfylte ett av disse kriteriene oppfylte begge. Studier som omfattet familieterapi ble ikke tatt med.

75 studier ble valgt ut. Trettito av disse studiene hadde et eksperimentelt design som randomiserte kontrollgrupper, 18 var kvasiekperimentelle og 25 var pre-post studier. De fleste studiene (59%) dreier seg om Assertive Community Treatment, 21% om Intensive Case management (ICM), resten om andre typer tilbud. Det betyr at majoriteten av studiene i oversikten dreier seg om å sammenligne en intensiv modell av case management med en mindre intensiv.

## Resultater

For å forenkle framstillingen ble alle 75 studiene satt opp i tabeller der resultatet på inntil 11 helse- og sosiale- indikatorer ble sammenlignet i forhold til kontroll gruppe eller tilstand som forbedring, uforandret eller dårligere. Til slutt ble funnene sammenfattet i en for hver indikator og totalt. Studiene ble ikke vektet mot hverandre på noe måte. Dette mener forfatteren er metodologisk vanskelig fordi studiene er så lite homogene.

Yrkesmessig funksjonsnivå ble bare undersøkt i 8 studier. Av disse fant 3 positive effekter. To av disse er eldre ACT studier som rapporterte om positive yrkesmessige resultat i henholdsvis 1973 og 1980. En nyere undersøkelse av ACT fra 1992 som delvis var en reanalyse av undersøkelsen fra 1980, fant ingen effekt av ACT. Konklusjonen i denne rapporten var at det er nødvendig at en intensiv yrkesmessig komponent må tilføres for å få effekt i forhold til arbeidslivet. Denne konklusjonen støttes også av en

studie fra 1996. Denne studien sammenlignet to ACT-programmer. Det ene hadde ingen yrkesmessig effekt, det andre fikk stor effekt ved å satse på den yrkesmessige delen av rehabiliteringen med blant annet å organisere overgangsarbeid (jfr. Fontenehus bevegelsen).

## **Konklusjoner**

Forfatteren konkludere med at for å få effekt i forhold til arbeidslivet må programmet inneholde en yrkesmessig komponent og en yrkesrettet målsetting.

Avslutningsvis diskuteres en del andre forhold som noen av studiene har undersøkt. Blant dette er effekten av å trappe ned fra en ACT eller ICP modell til en modell med mindre bistand. Pasientene som er i et ACT eller ICM program har alvorlige psykiske lidelser og forsøkene med nedtrapping av bistand har ikke medført at samme livsstandard opprettholdes.

Forfatterne avslutter med at det kan være mer fruktbart å flytte fokus fra hvilken modell som er best til hvilken modell som passer best til hvilken brukergruppe.

## **Kommentarer til Mueser et al**

Styrken ved Muesers oversikt er at en får differensiert noe de ulike modellene for Case management. Studiene han konsentrerer seg om dreier seg om den mest personell krevende Intensive case management.

Mueser et al er noe mer eksplisitt og drøfter noe mer inngående yrkesmessige forhold enn Marshall et al. Men likevel er det bare 8 av 75 studier som omhandler dette temaet.



### 3.5 Oppsøkende psykososial behandling – "Assertive community treatment"

**Marshall** (Marshall & Lockwood, 2000) gjennomførte en systematisk oversikt for Cochrane Collaboration som ble sist oppdatert i 1998. Det er dermed sannsynlig at det finnes nyere enkeltstudier på dette området.

"Assertive community treatment" (ACT), oversatt til "oppsøkende psykososial behandling", ble utviklet tidlig på 70-tallet som en måte å takle den nye trenden med færre døgnplasser i psykisk helsevern og flere pasienter i polikliniske tilbud. Et nøkkelaspekt ved modellen er en teambasert tilnærming. Teamet er sammensatt av ulike faggrupper med utfyllende kompetanse (f eks sosialarbeidere, sykepleiere, psykiatere og psykologer). Medlemmene i teamet deler ansvaret for alle brukerne som er tatt inn og det er dermed vanlig med stor grad av samarbeid mellom fagpersonene. Viktige stikkord er fleksibilitet i forhold til rammene for behandlingen, fullt ansvar for å kunne tilby all nødvendig behandling og oppfølging, og teamene jobber oppsøkende ved at de ikke slutter å kontakte avvisende eller passive brukere. Samarbeid rundt riktig medisinbruk vektlegges. ACT eller PACT (Program for Assertive Community Treatment) utviklet seg i 1970-årene. Først ble det utviklet som en spesialisert omsorgspakke for å møte behovene til pasienter med alvorlige psykiske lidelser. ACT utføres av et tverrfaglig team. Det er en lav ratio pasienter til fagpersoner ofte så lav som 10:1, men kan være opp til 30:1.

Denne oppfølgingsmodellen blandes noen ganger med "case management" som også er beskrevet i denne rapporten.

#### Typen tiltak

For å bli godkjent som tiltak i denne oversikten måtte tiltaket under utprøving bli beskrevet som "Assertive Community treatment" eller "Assertive case management" eller PACT.

#### Resultater

Resultatene viser at flere av brukerne forblir i kontakt med helsevesenet, sykehusoppholdene blir færre og kortere, flere brukere sysselsettes og bor for seg selv og brukertilfredsheten øker. For personer med et stort forbruk av sykehustjenester kan denne metoden være kostnadsbesparende.

Denne systematiske oversikten inkluderer i alt 26 randomiserte, kontrollerte studier av Oppsøkende psykososial behandling – "Assertive community treatment", ofte forkortet til ACT. Studiene er hovedsakelig gjennomført i USA, bare to studier ble gjennomført utenfor og en av disse viste ingen positive resultater av metoden.

Det ble gjennomført tre ulike sammenligninger:

1. Oppsøkende psykososial behandling versus standard oppfølging (17 studier, n=1597)
2. Oppsøkende psykososial behandling versus rehabilitering på institusjon (3 studier, n=185)
3. Oppsøkende psykososial behandling versus koordinering av psykososialt arbeid (6 studier, n=110)

**1. Oppsøkende psykososial behandling versus standard oppfølging.** De som ble fulgt opp med oppsøkende psykososial behandling beholdt i større grad kontakten med helsevesenet, de ble i mindre grad innlagt på institusjon, de klarte i større grad å leve på egen hånd, de ble i mindre grad arbeidsløse og de var som gruppe mer fornøyd med den oppfølgingen de fikk. Alle disse resultatene var statistisk signifikante. Det var derimot ingen klare forskjeller når det gjaldt mental helse, sosial fungering, selvtilitt eller livskvalitet. Tendensene gikk også her i favør av oppsøkende psykososial behandling, men det var stor variasjon mellom studiene på disse resultatmålene, og dermed større usikkerhet.

**2. Oppsøkende psykososial behandling versus rehabilitering på institusjon.** De som ble fulgt opp med oppsøkende psykososial behandling beholdt i samme grad kontakten med helsevesenet. Stor variasjon i resultatene fra de ulike studiene gjør at det ikke er mulig å konkludere med hvilket tilbud som best sikrer fortsatt kontakt med helsevesenet.

De som ble fulgt opp med oppsøkende psykososial behandling ble i mindre grad innlagt på institusjon, de klarte i større grad å leve på egen hånd, de ble i mindre grad arbeidsløse og de ble i mindre grad arrestert (data på arrestasjoner kommer fra en enkelt studie og er mindre robust). Alle disse resultatene var statistisk signifikante.

**3. Oppsøkende psykososial behandling versus koordinering av psykososialt arbeid.** Det var ikke tilstrekkelige data for å si noe om forskjeller mellom disse metodene når det gjelder kontakt med helsevesenet eller gjeninnleggelser. De som ble fulgt opp med oppsøkende psykososial behandling klarte i større grad å leve på egen hånd og de var som gruppe mer fornøyd med den oppfølgingen de fikk.

Det ble ikke funnet statistisk signifikante forskjeller mellom disse metodene på følgende resultatmål: arrestasjoner, mental helse, sosial fungering og selvtillitt.

## **Konklusjon**

Oppsøkende psykososial behandling er en effektiv måte å følge opp pasienter med alvorlige psykiske lidelser på. Flere beholder kontakten med helsevesenet, antallet gjeninnleggelser reduseres og metoden gir lovende resultater på flere viktige utfallsmål, deriblant antallet som faller ut av arbeidslivet.

Forfatterne ser stort behov for flere solide randomiserte kontrollerte forsøk utenfor USA for å kunne si om disse funnene også er gyldige i andre typer helse- og velferdssystemer.

### 3.6 Psykososiale behandlingsstrategier for bipolare lidelser

**Bauer** (Bauer, 2001) har gjort en gjennomgang av forskning på ulike typer ikke-medisinske rehabiliterings- og behandlingsprogrammer for bipolare lidelser (manisk-depressivitet). Denne oversikten er en oppdatering av en lignende systematisk oversikt utgitt av Huxley med flere i 2000. På grunn av at oversikten til Huxley inkluderer en randomisert studie som ikke er inkludert i studien til Bauer, har vi valgt å inkludere begge disse oversiktene.

Oversikten omfatter 22 studier fra 1975 til 2000. Studiene er av varierende kvalitet, og er derfor gruppert i tre generelle kategorier etter bestemte kvalitetskriterier. 10 av studiene er av høy metodisk kvalitet, det vil si at det er en randomisert kontrollert eller kontrollert studie. Fire av studiene ble vurdert til å være av moderat kvalitet og syv av studiene ble vurdert til å være av lav metodisk kvalitet.

#### Resultater

Tre av studiene i oversikten rapporterer om effekten av psykososiale intervensjoner i forhold til arbeidsrelaterte utfall. To av disse studiene viser at par og gruppeterapi kan være effektivt for å få personer med bipolare lidelser over i arbeid eller utdanning. Den siste studien viser ingen forskjell i arbeidsmessige utfall for pasientene som deltok i gruppeterapi og pasientene som fikk behandling i den kommunale helsetjenesten eller litiumbehandling. Men gruppeterapi var mer effektivt når det gjaldt sosial funksjonsevne og familieinteraksjon.

#### Konklusjon

Samlet viser denne oversikten at flere typer psykososiale behandlingsstrategier er effektive for å forbedre sykdomsforløpet til personer med bipolare lidelser. Det finnes randomiserte kontrollerte studier som viser at noen typer par/partner, kognitiv adferds, familie og individuell psykoedukativ metode er effektivt for bipolare lidelser. Kliniske studier av bra kvalitet samt case series og case rapporter finnes også for alle disse terapitypene og for group interpersonal/psychoeducational terapi i tillegg. Ingen av de psykososiale behandlingsstrategiene viser seg å være spesielt mer effektive enn andre. Det mest overraskende resultatet var at IPSRT (Interpersonal plus social rhythms therapy) som ble evaluert i en kontrollert studie, ikke viste seg å ha noen større effekt enn kontrolltiltaket i forhold til både den akutte sykdommen og når det gjaldt tilbakefall.

**Huxley med flere** (Huxley, Parikh, V, & Baldessarini, 2000) har i likhet med Bauer oppsummert og evaluert litteratur om ikke-medisinske rehabiliterings- og behandlingsprogrammer for bipolare lidelser (manisk-depressivitet).

Huxley har inkludert publiserte fagfelle vurderte artikler om gruppe-, familie- og individuell psykoterapi for personer med bipolare lidelser publisert til og med år 1999. Studier som kun så på utfallet for enkeltpersoner eller som inkluderte færre enn fire deltagere, ble ikke inkludert i oversikten.

## **Resultater**

Oversikten oppsummerer 32 studier med til sammen 1052 personer, 773 i intervensjonsgruppene og 279 i kontrollgruppene. Alle studiene i denne oversikten er utført i USA. Bare en av studiene har arbeidsrelaterte utfallsmål (Perry, 1999). Den metodiske kvaliteten på de inkluderte studiene er varierende. De fleste studiene mangler relevante utfallsmål, og bare 13 av studiene er randomiserte kontrollerte studier. 27 av studiene omhandler gruppe- eller familieterapi, og fem studier individuell psykoterapi. De viktigste resultatmålene i oversikten er innleggelse på sykehus, (klinisk) tilbakefall, arbeidsevne, sosial funksjonsevne, selvrapportert utvikling, sinnsstemning, kunnskaper om sykdommen/sykdomshåndtering, medisiner og andre symptomer/endringer. 11 av studiene har sosial funksjonsevne som utfallsmål, som også kan si noe om arbeidsevnen.

I studien som ser på arbeidsrelaterte utfallsmål ble 34 pasienter som fikk standard behandling pluss syv til 12 individuelle timer med en psykolog sammenlignet med 35 lignende pasienter som bare fikk standard behandling. Målinger ble foretatt ved oppstart av studien, og etter 6, 12 og 18 måneder. Analyser viste at tiltaksgruppen hadde færre maniske episoder, men det var ingen forskjeller mellom gruppene når det gjaldt tilbakefall i forhold til depresjon. Deltagerne i studien viste forbedringer når det gjaldt sosiale og yrkesmessige utfallsmål i løpet av 18 måneder, men intervensjonen hadde ingen effekt når det gjaldt medisiner og bruk av poliklinisk tilbud.

## **Konklusjon**

Samlet viser denne oversikten at gruppe-, familie- og individuell terapi kan brukes i behandlingen av pasienter med bipolare lidelser, så lenge de i tillegg får relevant farmasøytisk behandling. Oversikten antyder at psykososiale behandlingsstrategier er effektive både i forhold til behandling av selve sykdommen og sparte kostnader for samfunnet som følge av færre innleggelse på sykehus. Den ene studien som viste til arbeidsrelaterte utfallsmål viste at individuell terapi kan være effektivt for å få personer med bipolare lidelser raskere tilbake i arbeid. Det er få tilgjengelige studier på dette

området og kvaliteten på disse studiene er varierende. Det er derfor behov for mer forskning på dette området.

## **Enkeltstudier**

**Perry et al** (randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorders to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. BMJ 1999).

Denne enkeltstudien ble identifisert via en systematisk oversikt som er inkludert i denne rapporten (ref). Perry og medarbeidere var eneste studie som rapporterte arbeidsrelaterte utfallsmål og vi valgte derfor å omtale denne spesielt. Formålet med denne enkeltstudien var å evaluere et program som skulle lære pasienter med bipolare lidelser tidlig å identifisere symptomer på tilbakefall og søke hjelp fra helsevesenet. Utfallsmål i studien var tilbakefall og sosial fungering over en oppfølgingsperiode på 1½ år. Sosial fungering ble målt via intervju og dekket 8 områder hvorav ett område dekket arbeidsrelaterte temaer. Tiltaket som ble evaluert besto av 7 – 12 individuelle samtaler mellom pasient og psykolog, og tett oppfølging og videre samarbeid med helsevesenet. I studien ble 69 pasienter tilfeldig fordelt til dette tiltaket pluss standard behandling, eller til standard behandling. Studien var av god metodisk kvalitet.

I løpet av den 8 måneder lange oppfølgingen hadde pasientene i gruppen som fikk opplæringsprogrammet færre maniske tilbakefall (30 % færre, KI 8 - 52%), men det var ingen forskjell i antall eller lengde av tilbakefall på grunn av depresjon. Studien viste videre bedre sosial fungering og arbeidsevne i gruppen som fikk opplæring enn i gruppen som fikk vanlig standard behandling. (Forskjell i arbeidsevne mellom gruppene på 0,70 poeng på en skala fra 0-3).

Studien indikerer at det å undervise pasienter i å identifisere tidlige symptomer og søke hjelp kan bedre sosial funksjon og arbeidsrelevant atferd.

### 3.7 Yrkesmessig rehabilitering for personer med alvorlige psykiske lidelser

**Crowther** med flere (Crowther R et al., 2003) har laget en systematisk oversikt som er publisert i Cochrane library og som en Health Technology Assessment rapport (Marshall et al., 2001). De innleder med å slå fast at det er svært lav yrkesdeltakelse blant personer med alvorlige psykiske lidelser på tross av at spørreskjemaundersøkelser viser at flertallet ønsker å delta i arbeidslivet. Rehabiliteringstilbudene har tradisjonelt vært bygd opp ved at personene først får tilbud om en periode med forberedelse og arbeidstrening for å rede grunnen for formidling til ordinært arbeid. En nyere metode har utviklet et opplegg der deltakere blir raskt plassert på ordinære arbeidsplasser med tett og langvarig oppfølging. Denne oversikten har som ambisjon å oppsummere kunnskapen for å si noe om hvilken av disse to strategiene som fungerer best. De har også en ambisjon om å kunne si noe om ulike effekter av ulike modeller innenfor de to hovedstrategiene. I tillegg er de ute etter metoder som kan bedre begge typer modeller (eks betaling, rådgivning, annen støtte).

Det viktigste resultatmålet var antallet personer som var i noen form for ordinært arbeid på ulike tidspunkt etter at tiltaket startet. Sekundære resultatmål knyttet til arbeid var blant annet; enhver form for aktivitet, antall timer i ordinært arbeid, månedslønn. De så også på ulike kliniske utfall som symptomer, livskvalitet og sosial fungering. I tillegg vurderte de direkte kostnader ved programmene og kostnader ved bruk av øvrige helse- og velferdstjenester.

#### Typer tiltak

Det ble gjort fire hovedgrupperinger av de forskjellige tiltakene som ble sammenlignet.

1) **Yrkesforberedende kurs og arbeidstrening (YKA)** ble definert som ulike typer tiltak der deltakerne skulle gjennomgå en periode med forberedelser før de ble oppmuntret til å søke ordinært arbeid. Dette kunne spenne ganske vidt, fra helt skjermede arbeidsplasser til brukerstyrte klubbhus og hospiteringsplasser.

2) **Individuell plassering og støtte (IPS)** ble definert som enhver type tilnærming der personen blir raskt plassert ut i ordinære virksomheter med støtte fra en tilrettelegger. Det var akseptabelt at tiltaket startet med en kort forberedelse, men denne perioden skulle ikke vare i mer enn en måned og skulle ikke innebære noen form for arbeidstrening eller hospitering

3) **Modifiserte rehabiliteringsprogrammer** ble definert som alle typer tiltak (både 1 og 2 over) der det hadde blitt brukt en beskrevet metode for å øke deltakernes motivasjon. Dette kunne for eksempel handle om å delta eller en eller annen form for psykologisk intervensjon.

4) **Standard behandling** ble definert som ordinær behandling på institusjon eller poliklinisk i psykisk helsevern, men uten spesifikke arbeidsrettede elementer.

## Resultater

Hovedfunnet i denne systematiske oversikten er at *Individuell plassering og støtte* (IPS) er vesentlig mer effektivt sammenlignet med *Yrkesforberedende kurs og arbeidstrening* (YKA) med hensyn på hvor mange som var i ordinært arbeid på ulike tidspunkt etter tiltaket. Etter 18 måneder var 34% av IPS-deltakerne i en eller annen form for ordinært arbeid versus 12% av de som hadde deltatt på ulike former for Yrkesforberedende kurs og arbeidstrening (YKA). IPS-deltakerne jobbet også flere timer i måneden og tjente mer. Det var ikke grunnlag for å si at Yrkesforberedende kurs og arbeidstrening er bedre enn ordinær oppfølging i psykisk helsevern når det gjelder tilbakeføring til arbeid.

Denne systematiske oversikten inkluderer i alt 18 randomiserte, kontrollerte studier av arbeidsrettede tiltak for personer med alvorlige psykiske lidelser. I alt 2546 individer er med i studiene. Primærstudiene ble publisert fra 1982 fram til 1999.

Det ble gjennomført fem ulike sammenligninger:

1. YKA versus ordinært institusjonstilbud i psykisk helsevern (3 studier, n=172)
2. YKA i tillegg til ordinært tilbud versus bare ordinært tilbud (5 studier, n=1204)
3. Modifisert YKA (4 studier, n=423) versus ordinært tilbud
4. IPS versus ordinært tilbud (1 studie, n=256)
5. IPS versus YKA (5 studier, n=491)

**1. Arbeidsforberedende tiltak versus institusjonstilbud i psykisk helsevern.** Det var lite data på tilbakeføring til arbeid i denne sammenligningen. En av studiene viste en liten (ikke signifikant) forskjell i favør av arbeidstreningsgruppa. Andre resultater som handlet om arbeid viste økt noe aktivitet i gruppen som fikk arbeidstrening. Studiene var ikke entydige på dette.

**2. Arbeidsforberedende tiltak versus vanlig poliklinisk tilbud og oppfølging.** I denne sammenhengen betyr "arbeidsforberedende tiltak" alle typer tiltak som innebærer en form for treningsperiode, inkludert ulike typer brukerstyrte tilbud. Data på antall i ordinært arbeid var rapportert i to av fem studier. En av studiene så på forskjeller mellom brukerstyrte tilbud versus vanlig oppfølging uten å finne noen forskjell med hensyn på tilbakeføring til arbeid.

**3. Modifiserte arbeidsforberedende tiltak.** Dette er sammenligninger av ulike varianter av arbeidstreningstiltak. *Arbeidstrening med eller uten økonomisk godtgjørelse;*



En studie fant at flere var i noen form for ansettelse i en gruppe som fikk betalt for å delta i arbeidstrening. Det var også høyere deltakelse blant de som fikk betalt. *Arbeidstrening med eller uten psykologisk intervensjon*: analysen støtter seg på to studier, den ene fant ingen forskjell mens den andre gruppen fant at flere var i ordinært arbeid blant de som også fikk psykologisk intervensjon. *Akselerert tilbakeføring versus gradvis tilbakeføring*: Det var en tendens til at akselerert tilbakeføring var mer effektivt, men resultatet var ikke statistisk signifikant. Deltakerne i den gruppa som hadde raskere tilbakeføringsopplegg hadde høyere inntekt 15 måneder etter at tiltaket ble gjennomført.

**4. Individuell plassering og støtte versus ordinært tilbud.** Det var ingen statistisk signifikante forskjeller i antall i ordinært arbeid mellom Individuell plassering og støtte (IPS) og ordinær oppfølging etter 12 måneder, men det var en forskjell i favør av Individuell plassering og støtte etter 24 måneder. Det var da betydelig flere IPS-deltakere som hadde ordinært arbeid. IPS-deltakerne hadde dessuten større sjanse til å være en eller annen form for arbeidslignende aktivitet etter 12 måneder og de hadde høyere gjennomsnittlig inntekt. Det var tendenser til at IPS kostet mer enn ordinært tilbud.

**5. Individuell plassering og støtte versus Yrkesforberedende kurs og arbeidstrening.** Det var forskjell i antall i ordinært arbeid etter 4, 6, 9, 12, 15 og 18 måneder i favør av IPS-deltakerne. Etter 12 måneder var 34% av IPS-deltakerne i arbeid versus 12% i gruppen som deltok på arbeidsforberedende tiltak og arbeidstrening. IPS-deltakerne hadde flere timer i arbeid per måned og 3 av fire studier viste økte inntekter for IPS-deltakerne. Det var ingen signifikante forskjeller i deltakelse på de ulike tiltakene. Det var heller ikke forskjeller i ulike mål på funksjon; selv-tillitt, opplevd helse eller mental helse. De direkte kostnadene for IPS-tiltakene var høyere, men deltakerne brukte mindre øvrige helsetilbud, så AB kom bedre ut på totale utgifter sammenlignet med Yrkesforberedende kurs og arbeidstrening.

## Konklusjon

Denne systematiske oversikten er av god metodisk kvalitet men trenger oppdatering. Individuell plassering og støtte er det mest effektive tiltaket når en person med en alvorlig psykisk lidelse har et uttalt ønske om å komme ut i ordinært arbeid.

## Beskrivelse av spesielt relevante enkeltstudier

Fordi denne svært relevante og sentrale systematiske oversikten sist ble oppdatert i 1999 ønsket vi å oppdatere dette søket for å se om det var relevante enkeltstudier som kunne supplere funnene i oversikten. Se søkestrategien under 2.1 for en beskrivelse av hvordan søket ble gjennomført.

Hver enkelt studie beskrives kort med originaltittel som overskrift:

### **Improving employment outcomes for persons with severe mental illnesses (Lehman et al., 2002)**

Formålet med denne enkeltstudien var å evaluere effekten av "Individual placement and support" sammenlignet med vanlige rehabiliteringstilbud for personer med alvorlige psykiske lidelser.

Utfallsmål i studien var arbeidsmessig status etter gjennomført tiltak, antall timer i arbeid og inntekt.

Metode. Studien vurderes til å være av god metodisk kvalitet.

Resultater. I løpet av oppfølgingsperioden var tiltaksgruppen i større grad i arbeid (42% vs 11%), jobbet flere timer og tjente mer. Alle disse forskjellene var statistisk signifikante. Når de sammenlignet de personene som kom ut i jobb var det ingen forskjeller på hvor lenge de beholdt jobbene. Det å beholde en jobb over tid var et problem for begge gruppene.

Konklusjon: "Individual placement and support" var mer effektivt for å hjelpe personer i målgruppa tilbake i arbeid. Resultatet styrker konklusjonen i oversikten.

### **Cost-effectiveness of two vocational rehabilitation programs for persons with severe mental illness (Dixon et al., 2002)**

Formålet med denne enkeltstudien var å vurdere forskjeller i kostnader knyttet til to ulike tilnærminger til yrkesmessig rehabilitering. De to metodene som ble sammenlignet er tidligere beskrevet som "individuell plassering og støtte" (IPS) og yrkesforberedende kurs og arbeidstrening (YKA).

Utfallsmål i studien var kostnader forbundet med de to tilnærmingene

Metode. Studien vurderes til å være av god metodisk kvalitet.

Resultater. Det ble ikke funnet noen statistisk signifikante forskjeller i kostnader forbundet med metodene. Deltakerne i IPS-programmene hadde signifikant mer

arbeidstid sammenlignet med YKA-deltakerne. Likevel var deltakernes totale inntekter når de slo sammen ordinær lønn og tilskudd like i begge grupper

Konklusjon: "Individual placement and support" bidro til at flere kom ut i ordinært arbeid, men til en høyere pris.

### 3.8 Yrkesmessig rehabilitering for personer med schizofreni og andre psykotiske lidelser

Twamley med flere (Twamley, Jeste, & Lehman, 2003) gjennomførte en systematisk oversikt der målgruppe og tema er svært likt den oversikten som ble beskrevet under pkt 3.7. Grunnen til at vi likevel ønsker å ta med denne i tillegg er at den er nyere og inkluderer enkeltstudier fram til 2002. De viser til at eksisterende forskning tyder på at det finnes arbeidsrettede tiltak for denne målgruppa som øker sjansene for å komme ut i ordinært arbeid.

Deltakerne bør ha: a) et ønske om å få seg jobb, b) ha jobbet tidligere, c) hatt få innleggelse, eller d) ha gode ferdigheter

Utfallsmålet i denne litteraturoversikten er antall personer i tilpasset eller ordinært arbeid på ulike tidspunkt etter at tiltaket startet. Sekundære resultatmål er antall uker i arbeid og lønn.

Antall deltakere i disse 11 studiene var til sammen 1617. 66% av deltagerne hadde en "primary psychotic disorder".

Gjennomsnittsalderen til deltakerne var 38 år, og 58% var menn.

#### Typen tiltak

Tiltakene ble gruppert i 3 generelle kategorier:

1. Individuell plassering og støtte (IPS) eller "supported employment"
2. Arbeidsrelatert sosial ferdighetstrening
3. "Incentive Therapy"; et VA-basert program som tilbyr deltagerne deltidsjobb på et VA sykehus, med lønn (kompensasjon) under minimumsnivå. Tiltaket er ikke avgrenset til pasienter med psykiske lidelser, og deltakerne arbeider sammen med andre friske ansatte.

(VA = Veterans Administration)

Kontrollgruppen(e) fikk disse tiltakene:

- Ordinær behandling
- Psychosocial vocational rehabilitation programs
- Tiltak som stort sett var like eksperimenttiltaket. Forskjellen mellom tiltakene kunne for eksempel være arbeidstrening med eller uten økonomisk godtgjørelse.

## **Resultater**

9 av de 11 inkluderte studiene undersøkte effekten av individuell plassering og støtte (AB) sammenlignet med ordinær oppfølging. Alle disse studiene viste positive resultater for deltagerne i arbeidstreningsgruppene.

En studie målte effekten av et VA-basert program (se over). Denne studien fant at flere var i arbeid i løpet av studien eller ved tiltakets slutt, når de fikk betalt for å delta i arbeidstrening.

En av studiene undersøkte effekten av arbeidsrelatert sosial ferdighetstrening. Denne studien viste at flere var i arbeid når de fikk månedlig oppfølging fra en "social skills group leader" i tre måneder.

8 studier rapporterte prosent deltakere i arbeid ved ulike tidspunkt i løpet av studien. Samlet viste disse 8 studiene at 61% av deltagerne i tiltaksgruppen mot 32% av deltagerne i kontrollgruppen var i arbeid i løpet av tiltaksperioden. En av de tre resterende studiene viste at ved tiltakets slutt var gjennomsnittlig 32% av tiltaksgruppen versus 19% av kontrollgruppen i en eller annen form for arbeid. De to siste studiene viste at ved programmets slutt, var en større andel av eksperimentgruppen enn kontrollgruppen i arbeid.

Av de 9 studiene som målte effekten av individuell plassering og støtte (IPS), viste 7 av studiene andel deltagere i hver gruppe som kom over i ordinært arbeid. Alle de 6 studiene som sammenlignet IPS med andre yrkesforberedende tiltak, rapporterte bedre resultater for deltakerne i IPS-gruppen. Fem av disse rapporterte andel deltagere som var i arbeid i løpet av studien. Sammenlagt viste disse 5 studiene at 51% av deltagerne som fikk IPS var i ordinært arbeid i løpet av studien, mens bare 18% av dem som fikk tradisjonelle yrkesforberedende tiltak var i ordinært arbeid. Det var omtrent fire ganger mer sannsynlig at en av IPS-deltagerne enn en av dem som fikk et av kontrolltiltakene kom over i ordinært arbeid.

## **Konklusjon**

Denne oversikten viser at arbeidsrettede tiltak for denne målgruppen øker sjansene for å komme over i ordinært arbeid.

### 3.9 Ferdighetstrening for personer med alvorlige psykiske problemer

Dilk og Bond (Dilk & Bond, 1996) har sett på effekter av ferdighetstrening for personer med alvorlige psykiske problemer. Dette har i flere tiår blitt sett på som et viktig tiltak for personer med alvorlige psykiske problemer. De fleste studiene omhandler sosial trening og oppmerksomhetstrening, men enkelte har også fokus på andre typer ferdigheter knyttet til bo- evne og arbeidsliv. De aller fleste personene som omfattes av disse studiene har alvorlige psykiske problemer.

#### Typen tiltak

Alle studiene benyttet varianter av atferdsterapeutiske eller kognitive prinsipper som hovedmetode i sine treningsopplegg. Trening i sosiale ferdigheter utgjorde størstedelen av studiene (81%). Fem av studiene så spesielt på Atferdsfaglige prinsipper som bygger på lange tradisjoner og solid grunnforskning innen psykologi og pedagogikk. Innlæring av ny atferd skjer ved å skreddersy individuelle opplegg der ønsket atferd forsterkes. Kognitiv atferdsterapi kombinerer atferd og kognisjon og jobber særlig med bevisstgjøring av tanker og følelser knyttet til utfordrende situasjoner og endring av selvinstruksjoner. Det foreligger begrenset informasjon om hvordan de enkelte studiene konkret la opp selve treningen men de inneholdt et bredt spekter av ulike tilnæringer og elementer i treningen. Noen stikkord: verbal instruksjon; skriftlig instruksjon; "Modeling"; trening på ønsket atferd; hjemmeoppgaver; video-opptak og feedback; skriftlig feedback; avspenningstrening.

#### Resultater

Utvalget studier besto av 59 studier som sammenlignet grupper som fikk ulike tiltak (i 39 av disse ble deltakerne tilfeldig fordelt til tiltaks- og kontrollgruppe). Totalt var det 2753 personer med i disse studiene. Oversikten inneholder også 9 studier uten kontrollgruppe som målte resultater før og etter tiltak (N=725).

Resultatene i denne oversikten viste at ferdighetstrening er fra moderat til svært effektivt med hensyn på å øke tilegnelse av ferdigheter og redusere symptomer.

Det ble i liten grad undersøkt om de økte ferdighetene var generaliserbare til aktuelle situasjoner utenfor treningsoppleggets rammer.

De fleste studiene omfattet innlagte pasienter og de fleste handlet om rene sosiale ferdigheter. Det var imidlertid ingen forskjeller i effekt mellom institusjonsbaserte tilbud og polikliniske.

## **Konklusjon**

Fem av studiene hadde arbeidsrelevante sosiale ferdigheter som tema og disse fem studiene hadde størst effekt av alle, noe som tilsier at ferdighetstrening er en lovende metode for å øke yrkesrelevante ferdigheter.

### 3.10 Familiebehandling ved psykoser og schizofreni

**Pharoah** med flere (Pharoah, Mari, & Streiner, 2000) har skrevet en Cochrane-oversikt der de vurderer effekter av familierettede tiltak for schizofrene. Schizofrene fra familier som preges av høy grad av kritikk, fiendtlighet eller overinvolvering har oftere tilbakefall og innleggelser enn personer med tilsvarende problem fra familier som i mindre grad spiller ut emosjonelle reaksjoner. Denne oversikten har som hensikt å oppsummere effektforskning som kan si noe om familierettede tiltak fungerer som de er tenkt.

Den finske psykologen Jaako Seikkula har fra midten av 90-tallet utviklet et nytt behandlingsopplegg ved første gangs psykoser (Seikkula, 2003). Rask første respons innen 24 timer og stor grad av involvering og ansvarliggjøring av personen selv og nettverket rundt er sentrale stikkord for tiltaket. Det foreligger dessverre ingen publiserte effektstudier med tilfeldig fordeling til tiltaks- og kontrollgruppe.

#### Typen tiltak og resultatmål

Tiltakene er definert som enhver psykososial intervensjon som inkluderte familie og nært nettverk i minst fem samtaler. Resultatmålene var: 1) Selvmord og dødelighet, 2) Innleggelser, dager i institusjon, 3) Oppfølging av behandling, 4) Mental tilstand og atferd, 5) Sosial fungering (herunder yrkesmessig status), 6) Familiefunksjon, 7) Kostnader

#### Resultater

Familierettede tiltak kan redusere antall tilbakefall. Denne typen tiltak kan også øke antallet som tar foreskrevet medisin. Tiltakene har ingen klar effekt når det gjelder å droppe ut av behandlingsopplegg. Denne typen tiltak kan forbedre sosiale ferdigheter. Bare fire av studiene rapporterer resultater i forhold til arbeid. Det er ingen forskjeller i antallet arbeidsløse etter tiltakene. I en av studiene jobbet tiltaksgruppen i 5,6 måneder sammenlignet med kontrollgruppen som jobbet i gjennomsnitt 3,1 måneder. Dette var en statistisk signifikant forskjell.

#### Konklusjon

Resultatene fra denne oversikten er ikke entydige nok til å fastslå at familierettede intervensjoner vil være effektive for å redusere tilbakefall blant schizofrene. Det er ikke grunnlag for å si at denne typen tiltak er effektivt i forhold til å komme i arbeid. De ønsker mer forskning som kan informere praksisfeltet om potensialet i denne typen tilnærming.



## 4 Oppsummering og konklusjoner

Det foreligger ingen publiserte effektevalueringer av norske tiltak rettet mot denne målgruppen og vi anbefaler at nye forskningsprosjekter planlegges med bakgrunn i det som er tendenser fra internasjonal forskning på feltet.

Nivå	Basert på:
1. Oppsummert forskning viser at <sup>6</sup> :	<p><i>Individuell støtte og plassering</i> (ligner Arbeid med Bistand) har større effekt med tanke på tilbakeføring til arbeid når det gjelder personer med psykiske problemer som har et ønske om å komme ut i ordinært arbeid.</p> <p><i>Oppsøkende psykososial behandling – "Assertive community treatment"</i> er en effektiv måte å følge opp pasienter med alvorlige psykiske lidelser på. Flere beholder kontakten med helsevesenet, antallet gjeninnleggelser reduseres og metoden gir lovende resultater på flere viktige utfallsmål, deriblant antallet som deltar i arbeidslivet.</p>
2. Oppsummert forskning viser at <sup>7</sup> :	<p><i>Rådgivning tilknyttet primærhelsetjenesten</i> gir god effekt på kort sikt (3-4 måneder) sammenlignet med vanlig oppfølging, men forskjellene blir borte etter lengre tid. Tilbudet øker brukertilfredsheten.</p> <p><i>Symptombedring og stabilitet</i> over tid er en forutsetning for å komme ut i / tilbake i arbeid. Lengre oppfølgingstid ser ut til å øke sjansene for vellykket rehabilitering tilbake til jobb etter depresjon.</p> <p><i>"Case management"</i> øker antallet som beholder kontakten med oppfølgingstjenester, men samtidig øker antallet innleggelser. Ingen forskjeller med hensyn på psykisk helse, sosial fungering eller livskvalitet.</p> <p><i>Psykososiale behandlingsstrategier for bipolare lidelser (to oversikter)</i>. Oversiktene antyder at psykososiale behandlingsstrategier er effektive både i forhold til behandling av selve sykdommen og sparte kostnader for samfunnet som følge av færre innleggelser på sykehus.</p>
3. Oppsummert forskning er ikke entydig for/om <sup>8</sup> :	<p><i>Løsningsfokuserede tiltak</i> viser moderat effekt i enkeltstudier av arbeidsrettet rehabilitering, men det er få relevante studier og resultatene er dermed usikre.</p> <p><i>Ferdighetstrening for personer med alvorlige psykiske problemer</i>. Resultatene i denne oversikten viste at ferdighetstrening er effektivt med hensyn på å øke tilegnelse av ferdigheter og redusere symptomer. Usikkert om det øker tilbakeføring til arbeid.</p> <p><i>Familiebehandling ved psykoser og schizofreni</i>. Resultatene fra denne oversikten tilsier at familierettede intervensjoner kan være effektive for å redusere tilbakefall blant schizofrene. Det er ikke grunnlag for å si at denne typen tiltak er effektivt i forhold til arbeid.</p>
4. Vi mangler oppsummert forskning som omhandler <sup>9</sup> :	<p>De fleste arbeidsrettede tiltak som benyttes i det norske velferdssystemet.</p> <p>Det er også i internasjonal sammenheng veldig lite eksisterende kunnskap om effekter av tiltak rettet mot personer med moderate psykiske lidelser.</p>

---

<sup>6</sup> Basert på minst én god systematisk oversikt med gode og relevante studier, eller minst to gode enkeltstudier. Resultatene er entydige.

<sup>7</sup> Basert på én systematisk oversikt av moderat kvalitet eller én god systematisk oversikt med studier av varierende kvalitet eller studier med små utvalg eller én god enkelt studie.

<sup>8</sup> Basert på forskning av god eller moderat kvalitet som peker i ulik retning.

<sup>9</sup> Basert på at det er ikke identifisert gode systematiske oversikter eller enkeltstudier på området.

Et svært viktig forbehold når det gjelder tolkningen av resultatene i denne rapporten er om forskning fra andre land kan være gyldig som kunnskapsgrunnlag for norske forhold? Dette spørsmålet er helt avgjørende for betydningen av den forskningen som er oppsummert i denne rapporten. Et land som USA har totalt forskjellige velferdsordninger og langt mindre generell ressursbruk når det gjelder offentlig tilbud av helse- og velferdstjenester. Et fenomen som er verdt å merke seg i denne sammenheng er at det kan være "lettere" å påvise signifikante forskjeller mellom ulike tiltak og kontrollgruppe fordi de som ikke får tiltakene ikke får noen alternative tilbud. Det beste er selvfølgelig å benytte forskning på nordiske og norske forhold, men det er likevel viktig å kjenne til trender fra internasjonal forskning og la det være med i beslutningsgrunnlaget når nye prosjekter og prioriteringer av tiltak gjøres. Behovet for å gjennomføre gode effektstudier på norske forhold er stort. Det vil supplere den internasjonale forskningen samtidig som vi vil få en pekepinn på om resultatene går i samme retning.

Ikke alle oversiktene gir gode data på tilbakeføring til arbeid. Vi ser på dette som en stor utfordring i retning av ha med arbeidsrelaterte utfallsmål i alle typer forskning og prosjekter knyttet til psykisk helse.

For kommentarer fra fagfellevurderingene, se kapittel 5.

#### **4.1 Mulige veier videre**

I samarbeid med prosjektet Vilje Viser Vei er det diskutert mulighetene for å organisere ulike samlinger med psykiatrirådgivere, fagpersoner, ledere fra Aetat og eventuelt andre interessenter. Hensikten vil være å bruke de viktigste funnene i rapporten til å diskutere hvilke eventuelle implikasjoner dette kan og bør ha for praksis. Dette vil også være et bidrag til å øke forståelsen og betydningen av å kunne samle inn, lese, vurdere og oppsummere forskning på en systematisk og kritisk måte.

Avdeling for Sosialtjenesteforskning i Sosial- og helsedirektoratet blir nedlagt fra 280205, men flere av fagpersonene som har jobbet med denne rapporten vil fortsette som en Campbell-gruppe i Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> [www.kunnskapssenteret.no](http://www.kunnskapssenteret.no)

## 5 Refleksjoner fra fagfellevurderinger

Vi sendte et utkast til gjennomgang og innspill fra ledere og fagpersoner i Aetat og Shdir. Dette er deres tilbakemeldinger før siste redigering av rapporten. Tilbakemeldinger på rene skrivefeil og mangler har vi ikke tatt med her.

### **Hvordan dere oppfatter rapporten?**

*"Veldig positivt at det tas sentrale initiativ til å ta internasjonal forskning på alvor på dette feltet. Det er tidkrevende å følge med på dette selv, og det er etter mitt syn naturlig at man bidrar til slikt fra sentralt hold."*

*"Rapporten er bredt lagt opp. Det er diskrepans mellom tittel på rapporten og spørsmålet som stilles i den "Hvilke tiltak er dokumentert virksomme for å hjelpe personer med psykiske problemer tilbake i arbeid?". (Praktisk konsekvens er at rapporten beskriver mye som ikke treffer.) Og, betyr det at tiltak for å få folk i arbeid som ikke har vært i arbeid tidligere er ekskludert?"<sup>11</sup>*

*"Pkt 3.7 Yrkesmessig rehabilitering for personer med alvorlige psykiske lidelser meget relevant og interessant. Vi kunne ønsket oss at punktet som helhet og hva som kjennetegner de ulike typer tiltak/studier som beskrives ble utdypet samt noe om mulig overføringsverdi til norske forhold. Likeledes 3.8 og 3.9."*

*"Rapporten påpeker flere viktige poeng, bl.a. at det finnes mange eksempler på tiltak og behandlingsmetoder som kan gjøre mer skade enn gagn. Det er viktig å få fram hva som virker slik at vi kan gjøre mer av det (og hva som ikke virker – slik at vi kan slutte med det). Videre utfordringen å få folk (oss selv inkludert) til å endre atferd. (Fra kunnskap til handling)"*

*"Jeg har med stor interesse lest rapporten "Arbeidsrettede tiltak for personer med psykiske problemer" Fra Avdeling for Sosialtjenesteforskning/Sosial- og helsedirektoratet. Jeg svært fornøyd med at dette temaet bringes systematisk på banen, og imponert over innsats/resultat."*

*"Å tilføre førstelinjen kunnskap om psykiske lidelser og arbeid er nødvendig og tiden er overmoden. Kunnskapen må imidlertid ha en form som i stor grad blir entydig og handlingsrettet. Rapportens format(jfr. Punkt 4) kan være noe "akademisk" i denne sammenheng."*

*"Men som sagt dere har gjort en kjempejobb - det var veldig interessant å se hvordan dere har systematisert og rapport fra feltet. Hvis du har videre spørsmål til meg så bare ring eller skriv."*

### **Om dere tenker at denne måten å oppsummere forskning på har noe for seg?**

*"Ubetinget ja."*

*"Ja! Det er bl.a. viktig å drøfte hva inklusjonskriteriene skal være. Og vi vil gjerne drøfte hvordan slike oppsummeringer/kunnskap om et felt kan oppdateres jevnlig. Slike oppsummeringer må ses i sammenheng med supplerende kunnskapskilder. Det er en utfordring å få systematisk/ god nok kunnskap basert på brukererfaringer og tilbakemeldinger, kvalitative studier m.v."*

---

<sup>11</sup> Vi endret spørsmålet til: **Hvilke tiltak er dokumentert virksomme for å hjelpe personer med psykiske problemer ut i arbeid?**

### **Hvordan kan forskning best presenteres og kanskje jobbes videre med?**

"Rapporten er litt vanskelig tilgjengelig og uoversiktlig med så mange enkeltstående reviewer/ studier som presenteres separat. Det er tiltalende at vi får presentert resultatene relativt nøkternt, men kanskje kunne det vært bedre å samle fremstillingen rundt temaer/problemstillinger som flere reviewer og enkeltstudier bidro til å belyse. Eksempelvis kunne det vært temaene som legges til grunn i sammendraget. Jeg vet ikke sikkert, men lurer på det. Det kan jo være vanskelig å bruke ulike studier til å belyse samme tema ettersom det gjerne ligger forskjellige forutsetninger og rammebetingelser til grunn. Men dette synes jeg er løst godt her eksempelvis ved betraktningene rundt case/care management og ACT samt betraktningene rundt YKA og IPS. Jeg tror kanskje rapporten ville vært nyttig og tilgjengelig for flere ved å knytte den til viktige problemstillinger."

"Bl.a. ved å være tydelig på avgrensinger. Drøfte hva funn/konklusjoner betyr i lys av hva norske forskningsmiljøer arbeider med – og se i sammenheng med dette. Drøfte hva som er overførbart til norske forhold."

### **Tenker du at du vil endre på noe av det du gjør på bakgrunn av dette?**

"Ikke overordnet sett, men jeg kommer helt sikkert til å bruke elementer fra rapporten i planlegging og i innlegg som jeg holder i ulike sammenhenger (ref. mine to kommentarer øverst)."

"Dette er det viktig å drøfte i prosjektet (samarbeidsgruppen, referansegruppen) sammen med dere som har laget rapporten og sammen med AFI og andre aktuelle miljøer."

### **Hvem kan være målgruppe for denne rapporten?**

"Slik den foreligger nå ser jeg primært fagfolk og premissleverandører som målgruppe. Ikke så mye beslutningstakere og ledere direkte."

"...sitter igjen med inntrykk av at dette er viktig informasjon som mange ville ha nytte av å lese/vite eksisterer. Selve formen er kanskje litt gjentakende i stilen, men det er kanskje både nødvendig og ønskelig i denne form for rapportering."

"Prosjektets samarbeidsgruppe og referansegruppen og andre aktuelle miljøer/instanser. Dette må drøftes nærmere med prosjektledelsen og samarbeidsgruppen."

"Hele denne gjennomgangen vitner jo om at det er et skrikende behov for forskning på dette feltet her hjemme. Det er ikke alltid enkelte å sammenlikne resultater fra USA med forholdene her. Så det er vel rapportens viktigste fortrinn at den påpeker dette behovet, sammen med den store jobben dere har gjort med å gjennomgå alt det som finnes. Tror aktuelle lesere av den grunn vil være de som sitter på penger til forskning eller som har påvirkningskraft i forhold til fordeling av forskningsmidler."

### **Generelle kommentarer**

"I forhold til jobb på Aetat Arbeidsrådgivning (ARK) er mye av våre erfaringer i samsvar med mange av funnene. Altså god og vedvarende oppfølging mens man er i ordinært arbeid ser ut til å være noe av det som virker for folk med psykiske plager. Det å følge personer som får slik oppfølging er som du selv nevner en mangel vare, men tror ARK i Østfold har jobbet med noe de kaller IO altså individuell oppfølgingen - de har kanskje skrevet ned noe om sine erfaringer som kunne vært interessant for dere å se nærmere på."

"Jeg savner tilknytning til epidemiologisk forskning, inkludert forbruk av spesialisthelsetjenester. Psykiske problemer er svært forskjelligartede. De store folkesykdommene er angst- og depresjonslidelser, dette gjelder også innenfor

*attføring/uførepensjon. Alvorlige psykiske lidelser (Severe mental illness/severe and persistent mental illness) omfatter ikke denne gruppen. Uten epidemiologi/diagnostisk spesifisering blir det lett å assosiere alvorlige psykiske lidelser med psykiske lidelser overhodet. Skal vi bruke ressursene våre på de store befolkningsgruppene som faller ut av arbeidslivet, må vi fokusere på angst og depresjon."*

*"Jeg savner en modell for arbeidsevne/funksjon, som kan relateres til attføring /tiltak for personer med psykiske lidelser. Psykiske lidelser kan profitere på spesiell behandling, spesielle attføringstiltak, og spesiell tilrettelegging av arbeidssituasjonen. Behandling og tilrettelegging blir særlig viktig i et IA-perspektiv. Behandling og tilrettelegging vil være diagnosespesifikk. En modell for arbeidsevne/funksjon vil lette differensiering av ulike virkemidler. ICF kan være en god modell."*

*"Det foreligger en omfattende forskningslitteratur på evidensstøttede metoder for behandling av psykiske lidelser. I tillegg foreligger det noe kunnskap om bruk av spesialisthelsetjenester for personer med psykiske lidelser. Et viktig arbeidsrettet tiltak vil være at flest mulig i arbeidsstyrken får tilgang til effektiv, målrettet, kortvarig, symptom-mestrende behandling. Samtidig vet vi at parallellitet/integrasjon mellom behandling og attføringstiltak er det som ofte gir maksimal effekt."*

*"Beskrivelsen av de ulike tiltakene(særlig side 9 - 11) blir noe generell. Det er vanskelig å få tak i det spesifikke innholdet. Jeg ser dette særlig i forhold til IPS, som jeg kjenner noe til. Generelt har rapporten valgt en meget krevende form, hvor det er vanskelig å finne det riktige abstraksjonsnivået. Jeg synes beskrivelsene blir litt for abstrakte."*

*"Konklusjonene kunne vært spisset noe, og det kunne vært skilt noe mer mellom attføringstiltak og behandlingstiltak. Dette skillet kan periodevis bli noe uklart."*

*"Dette var idiosynkratiske detaljer. Det er gjort en formidabel jobb, som sannsynligvis er enestående i Norge. Det viktige er at denne typen kunnskap blir integrert i Aetatens/Adirs tenkning."*

## 6 Vedlegg

### 6.1 Vedlegg 1 De systematiske oversiktene i tabellformat

Vi har valgt å legge ved disse stikkordsmessige tabellene som oppsummerer de viktigste elementene i de ulike studiene. Tabellene inneholder også

Tabell 1. Rådgivning og terapi tilknyttet primærhelsetjenesten

<b>Publikasjon</b>	Bower, P., Rowland, N., Mellor, C. J., Heywood, P., Godfrey, C., & Hardy, R. (2002). Effectiveness and cost effectiveness of counselling in primary care. <i>Bower.P., Rowland.N., Mellor.Clark.J., Heywood.P., Godfrey.C., Hardy.R.The Cochrane Database of Systematic Reviews.2002., Issue. 1.</i>
<b>Problemstilling</b>	Måle effekt og kostnader ved å benytte rådgivning og terapi tilknyttet primærhelsetjenesten.
<b>Metode</b>	Systematisk oversikt med 7 studier rapportert i 11 publikasjoner (n=971). Det er sannsynlig at alle disse studiene ble gjennomført i Storbritannia.
<b>Populasjon</b>	Personer med lettere til moderate psykiske lidelser eller andre psykososiale problemer
<b>Tiltak</b>	Rådgivning, veiledning, terapi
<b>Utfallsmål</b>	Selvrapporterte mål på depresjon og angst, sosial og yrkesmessig status og fungering, grad av fornøydhhet med tilbudet de fikk, kostnader
<b>Resultater</b>	Hovedanalysen som inkluderte seks av studiene (n=772) viste at gruppen som mottok rådgivning ("counselling") fikk bedre psykisk helse på kort sikt (3-4 måneder), gjennomsnittlig forskjell -0.24, 95% konfidensintervall fra -0.43 til -0.13. Denne forskjellen jevnet seg mer ut på lengre sikt (12 måneder og mer). De fire studiene som rapporterte resultater etter lengre tid (n=475) fant ingen signifikante forskjeller mellom gruppene med hensyn på psykisk helse. Gjennomsnittlig forskjell -0.09, 95% konfidensintervall fra -0.27 til 0.10. Tre av studiene brukte det samme mål på sosial fungering og fant ingen forskjell mellom gruppene på dette utfallsmålet, verken på kort (gjennomsnittlig forskjell -0.09, 95% konfidensintervall fra -0.29 til 0.11, n=386) eller lengre sikt (gjennomsnittlig forskjell -0.12, 95% konfidensintervall fra -0.33 til 0.08). Flere av studiene rapporterte data på brukertilfredshet. Det er forskjeller i måten disse dataene ble innhentet på, men flere enkeltstudier rapporterer statistisk signifikante forskjeller i favør av gruppa som mottok "counselling".
<b>Metodisk kvalitet</b>	Klare inklusjonskriterier?: ja Sannsynlig at relevante studier ble funnet / søkestrategi: ja Vurdering av enkeltstudienes metodiske kvalitet: ja Fornuftig sammenfatning av resultatene?: ja  Oversikt av god metodisk kvalitet
<b>Kommentarer</b>	<i>Siste oppdatering var 2001, det er dermed mulig at det finnes nyere forskning på dette feltet</i>

Tabell 2. Depresjonsbehandling og arbeidsevne

<b>Publikasjon</b>	Mintz, J., Mintz, L. I., Arruda, M. J., & Hwang, S. S. (1992). Treatments of depression and the functional capacity to work. [erratum appears in Arch Gen Psychiatry 1993 Mar;50(3):241]. <i>Archives of General Psychiatry.</i> , 49, 761-768.
<b>Problemstilling</b>	Måle effekter av antidepressiv behandling når det gjelder arbeidsrelaterte resultater og å se på sammenhenger mellom symptombedring og arbeidsevne. De ønsket også å lete etter mulige faktorer som tilsier at sjansene for å komme tilbake i arbeid er gode.
<b>Metode</b>	Systematisk oversikt med 10 inkluderte studier (n=827). Det er sannsynlig at de fleste av disse studiene ble gjennomført i USA.
<b>Populasjon</b>	Alle deltakerne fra disse studiene var aktuelle for å motta en eller annen form for depresjonsbehandling. De tok ikke med personer som; 1) ikke så ut til å være en del av den yrkesaktive befolkningen (trygd, hjemmeværende, studenter, unge og gamle); 2) de som ikke hadde redusert arbeidsevne når studien startet; 3) ikke ga opplysninger som kunne si om personen hadde noen arbeidstilknytning; 4) de som ikke mottok eller ønsket behandlingen.
<b>Tiltak</b>	Det var stor variasjon i typene tiltak i disse 10 studiene. Ulike typer antidepressiva (eks imipramin og litium). Ulike typer psykoterapeutiske tilnærminger (eks kognitiv terapi, atferdsterapi). Tre av studiene hadde to typer tiltak, gjerne en medisin og en psykoterapeutisk tilnærming, samt en kontrollgruppe. Fem av studiene var sammenligninger av to ulike typer medisin. De to siste var sammenligninger av ulike terapeutiske tilnærminger.
<b>Utfallsmål</b>	De så etter resultater som handlet om arbeid; status etter at tiltaket var avsluttet, samt egenrapportert arbeidsevne.
<b>Resultater</b>	De konkluderer med en klar sammenheng mellom reduserte symptomer og arbeidsrelaterte resultatmål. De som blir bedre kommer også tilbake i jobb i større grad. Lengden på behandlingen har sammenheng med resultatene. Ulik lengde på behandlingstid (fra 6 uker til 9 måneder) ga ikke noen forskjell i symptomer, men økte andelen som kom tilbake i arbeid.
<b>Metodisk kvalitet</b>	Klare inklusjonskriterier: ja Sannsynlig at relevante studier ble funnet / søkestrategi: nei Vurdering av enkeltstudienes metodiske kvalitet: Ja Fornuftig sammenfatning av resultatene?: nei Oversikt av middels metodisk kvalitet
<b>Kommentarer</b>	Dette er en oversikt som blander effektvurderinger med mer beskrivende typer data som sier noe om mulige sammenhenger mellom bakgrunnsvariabler og resultater Det opprinnelige søket dekket perioden 1983-87 og det er dermed relativt "gamle" data.

Tabell 3. Koordinering av psykososialt arbeid – "Case Management"

<b>Publikasjon</b>	Marshall, M., Gray, A., Lockwood, A., & Green, R. (1998). Case management for people with severe mental disorders. <i>Marshall.M., Gray.A, Lockwood.A, Green.R. Case management for people with severe mental disorders. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 1998., Issue.2.</i>
<b>Problemstilling</b>	Å vurdere effektene av Koordinering av psykososialt arbeid ("Case Management") som en metode for å ivareta personer med alvorlige psykiske lidelser i lokalmiljøet
<b>Metode</b>	Systematisk oversikt med 10 inkluderte studier (n=1673). Fem av disse ble gjennomført i USA, fire i Storbritannia, en ukjent.
<b>Populasjon</b>	Personer mellom 18 og 65 år med alvorlige psykiske lidelser
<b>Tiltak</b>	Alt som ble beskrevet som "Koordinering av psykososialt arbeid" brukt i forhold til langvarige tiltander og situasjoner, ikke som kriseintervensjoner og akutte hendelser
<b>Utfallsmål</b>	Antall som beholder kontakten med psykisk helsevern; omfang av sykehusinnleggelse; diverse kliniske og sosiale utfallsmål (død, fengslinger, status i yrkeslivet, boligsituasjon, psykisk helse, følge opp medisinering, livskvalitet, tilfredshet med tilbud og selvtillitt).
<b>Resultater</b>	Case management øker antallet som holder kontakten med psykiatri tjenestene (OR=0.70, 99% KI 0.50-0.98; n=1210). Case management fordobler antallet som innlegges i sykehus (OR=1.84, 99% KI 1.33-2.57; n=1300). Det betyr ikke at pasientene oppholder seg lenger på sykehus, men dataene for å analysere dette er ikke tilgjengelig. Et funn i en studie viser at case management medfører bedre samarbeid omkring medisinbruk. Bortsett fra dette enkeltfunnet, fant ikke Marshall et al signifikante fordeler med case management på noen psykiske eller sosiale profiler når en sammenlignet med standard åpen omsorg. Økonomiske data var ikke i favør av case management.
<b>Metodisk kvalitet</b>	Klare inklusjonskriterier?: ja Sannsynlig at relevante studier ble funnet / søkestrategi: ja Vurdering av enkeltstudienes metodiske kvalitet: ja Fornuftig sammenfatning av resultatene?: ja Oversikt av god metodisk kvalitet
<b>Kommentarer</b>	



Tabell 4. Oppsøkende psykososial behandling – "Assertive community treatment"

Publikasjon	<b>Marshall, M. &amp; Lockwood, A. (2000). Assertive community treatment for people with severe mental disorders. [Review] [27 refs]. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i>.(2):CD001089.</b>
Problemstilling	Vurdere effekter av oppsøkende psykososial behandling – "Assertive community treatment"
Metode	Systematisk oversikt med 20 inkluderte studier (n=3501). Seksten av disse ble gjennomført i USA, to i Canada, en i Storbritannia og en i Sverige.
Populasjon	Personer mellom 18 og 65 år med alvorlige psykiske lidelser
Tiltak	Oppsøkende psykososial behandling
Utfallsmål	Antallet deltakere/pasienter som beholder kontakten med helsetilbud; sykehusinnleggelse; ulike mål på helse og sosial status deriblant arbeidsledighet; boligsituasjon; kostnader
Resultater	Resultatene viser at:  <b>1. Oppsøkende psykososial behandling versus standard oppfølging</b> (17 studier, n=1597). Flere av brukerne forblir i kontakt med helsevesenet (OR 0.51, 99% konfidensintervall 0.37 til 0.70). Sykehusoppholdene blir færre og kortere (OR 0.59, 99% konfidensintervall 0.41 til 0.85) <b>2. Oppsøkende psykososial behandling versus rehabilitering på institusjon</b> (3 studier, n=185) <b>3. Oppsøkende psykososial behandling versus koordinering av psykososialt arbeid</b> (6 studier, n=110)
Metodisk kvalitet	Klare inklusjonskriterier?: ja Sannsynlig at relevante studier ble funnet / søkestrategi: ja Vurdering av enkeltstudienes metodiske kvalitet: ja Fornuftig sammenfatning av resultatene?: ja Oversikt av høy metodisk kvalitet
Kommentarer	

Tabell 5. Løsningsfokuserede tiltak

Publikasjon	<b>Gingerich, W. J. &amp; Eisengart, S. (2000). Solution-focused brief therapy: a review of the outcome research. <i>Family Process</i>, 39, 477-498.</b>
Problemstilling	Hva er effektene av løsningsfokuseret terapi?
Metode	Systematisk oversikt med 15 inkluderte studier (n=1116).
Populasjon	Svart varierte gruppe deltakere: studenter, pasienter under rehabilitering, fanger, elever, klienter i familierterapi, brukere av ulike sosiale tjenester
Tiltak	Løsningsfokuseret terapi både som individuelt tilbud og som gruppetilbud
Utfallsmål	Store variasjoner
Resultater	Seks av disse ti studiene rapporterer positive, statistisk signifikante resultater. To av disse omhandler bruk av metoden for rehabilitering og tilbakeføring til arbeid. Alle studiene er praksisbaserte, mange har få inkluderte og dårlig statistisk styrke og dermed liten avsløringssevne. Det ble ikke gjort noe forsøk på å sammenstille studiene ved å regne ut effektstørrelser.
Metodisk kvalitet	Klare inklusjonskriterier?: Ja Sannsynlig at relevante studier ble funnet / søkestrategi: Nei Vurdering av enkeltstudienes metodiske kvalitet: Ja Fornuftig sammenfatning av resultatene?: Nei Oversikt av Lav til Moderat metodisk kvalitet
Kommentarer	

Tabell 6. Psykososiale behandlingsstrategier for bipolare lidelser

<b>Publikasjon</b>	Bauer M. An evidence-based review of psychosocial treatments for bipolar disorders. <i>Psychopharmacology Bulletin</i> 2001; 35(3): 109-134
<b>Problemstilling</b>	Hva er effektene av psykososiale behandlingsstrategier for personer med bipolare lidelser?
<b>Metode</b>	Systematisk oversikt med 22 inkluderte studier med ulike design. Sammensatte studier, med ulike utfallsmål. Bare tre av studiene har arbeidsrelaterede utfallsmål
<b>Populasjon</b>	Personer med bipolare lidelser (manisk depressivitet) i ulike aldersgrupper. Primærstudier fra 1975 til 2000.
<b>Tiltak</b>	Tiltakene ble gruppert i 7 generelle kategorier: 1) par/partner terapi, 2) gruppe, interpersonal og / eller psychoeducational psykoterapi, 3) kognitiv adferdsterapi, 4) familie terapi, 5) interpersonal/social rhythms, 6) individuell psychoeducation, 7) andre intervensjoner
<b>Utfallsmål</b>	Funksjonalitet, sykdomshåndtering og arbeidsrelaterede utfallsmål.
<b>Resultater</b>	<p>De tre studiene som rapporterer om arbeidsrelaterede utfallsmål, viser at ulike typer psykososiale behandlingsstrategier kan være effektive for å få flere over i arbeid eller utdanning.</p> <p>Studie 1: retrospektiv kohort studie, 2-10 år etter behandling ved NIMH (National Institute of Mental Health). 65 pasienter som hadde fått behandling ved NIMH ble etter utskrivelsen utpekt til å delta ukentlig i parterapi. En annen gruppe som geografisk bodde langt fra NIMH ble henvist til den kommunale helsetjenesten, og en tredje gruppe fikk litiumbehandling. Det viste seg at det gikk bedre med pasientene som deltok i parterapi enn pasientene som fikk behandling i den kommunale helsetjenesten når det gjaldt sosial funksjon, og bedre enn litium gruppa når det gjaldt familie interaksjon (interaction). Det ble ikke notert noen forskjeller i arbeidsrelaterede utfall.</p> <p>Studie 2: en retrospektiv oppsummering av gruppeterapi. 20 pasienter som var veldig motiverte for å delta på gruppeterapi deltok ukentlig på gruppeterapi med to terapeuter. Sammenlignet med de to foregående årene, ble antall dager på sykehus redusert fra gjennomsnittlig 17 til fire uker. I tillegg økte antall personer i fulltids arbeid eller studier fra seks til 16. Det er usikkert om pasientene fikk litium i perioden før studien begynte, men dataene indikerer at det gikk bedre med pasientene når de fikk en kombinasjon av litium og gruppeterapi.</p> <p>Studie 3: en retrospektiv oppsummering av 10 års erfaringer med en gruppe på 14 polikliniske pasienter med bipolare lidelser. Pasientene fikk til å begynne med bare litium behandling, og etter hvert deltok de også på gruppeterapi. Forfatterne av studien rapporterte at innleggelsene på sykehus var lavere enn før pasientene deltok på gruppeterapi, og at 5 av de 14 deltakerne fikk forbedret arbeidsstatus i løpet av behandlingen.</p> <p>Generelt viser denne oversikten at flere typer psykososiale behandlingsstrategier er effektive for å forbedre sykdomsforløpet til personer med bipolare lidelser. Det finnes randomiserte kontrollerte studier som viser at noen typer par/partner, kognitiv adferds, familie og individuell psychoeducation terapi er effektive for BP. Kliniske studier av bra kvalitet samt case series og case rapporter finnes også for alle disse terapitypene og for group interpersonal/psychoeducational terapi i tillegg. Ingen av de psykososiale behandlingsstrategiene viser seg å være spesielt mer effektive enn andre. Det mest overraskende resultatet var at IPSRT (Interpersonal plus social rhythms therapy) som ble evaluert i en kontrollert studie, ikke viste seg å ha noen større effekt enn kontrolltiltaket i forhold til både den akutte sykdommen og når det gjaldt tilbakefall.</p> <p>Effektestimater</p>
<b>Metodisk kvalitet</b>	<p>Systematisk oversikt av god metodisk kvalitet. Inneholder enkeltstudier av ulik kvalitet, men enkeltstudiene er vurdert i henhold til klare kvalitetskriterier. De tre studiene som rapporterer om arbeidsrelaterede utfallsmål er alle av lav metodisk kvalitet, og utvalgene er små (få deltakere). Vi kan derfor ikke stole 100% på resultatene av disse studiene.</p> <p>Inklusjonskriterier? Ja</p> <p>Sannsynlig at relevante studier ble funnet / søkestrategi: uklart/delvis</p> <p>Vurdering av enkeltstudienes metodiske kvalitet: ja</p> <p>Fornuftig sammenfatning av resultatene?: Ja</p>
<b>Kommentarer</b>	

<b>Publikasjon</b>	Huxley NA, Parikh SV, Baldessarini RJ. Effectiveness of psychosocial treatments in bipolar disorder: State of the evidence. <i>Harvard Rev Psychiatry</i> 2000; 8(3): 126-140
<b>Problemstilling</b>	Hva er effektene av psykososiale behandlingsstrategier for personer med bipolare lidelser?
<b>Metode</b>	Systematisk oversikt med 32 inkluderte studier av varierende metodisk kvalitet (n=1052, 773 i tiltaksgrupper og 279 i kontrollgrupper). En studie som viser til arbeidsrelatererte utfallsmål.
<b>Populasjon</b>	Personer med bipolare lidelser (manisk depressivitet) i ulike aldersgrupper. Seks primærstudier fra 1970-tallet, syv fra 1980-tallet og 18 fra 1990-tallet.
<b>Tiltak</b>	Det er gjort tre hovedgrupperinger av tiltakene: gruppeterapi (14 studier), familie psykoterapi (13 studier) og individuell psykoterapi (5 studier).
<b>Utfallsmål</b>	Utfallsmålene er innleggelse på sykehus, (klinisk) tilbakefall, arbeidsevne, sosial funksjonsevne, selvrapportert utvikling, sinnsstemning, kunnskaper om sykdommen/sykdomshåndtering, medisiner og andre symptomer/endringer. Bare en av studiene har arbeidsrelatererte utfallsmål.
<b>Resultater</b>	Bare en av studiene har arbeidsrelatererte utfallsmål (Perry, 1999). Den metodiske kvaliteten på de inkluderte studiene er varierende. I studien som ser på arbeidsrelatererte utfallsmål ble 34 pasienter som fikk standard behandling pluss syv til 12 individuelle timer med en psykolog sammenlignet med 35 lignende pasienter som bare fikk standard behandling. Målinger ble foretatt ved oppstart av studien, og etter 6, 12 og 18 måneder. Analyser viste at tiltaksgruppen hadde signifikant færre maniske episoder, men det var ingen forskjeller mellom gruppene når det gjaldt tilbakefall i forhold til depresjon. Deltagerne i studien viste forbedringer når det gjaldt sosiale og yrkesmessige utfallsmål i løpet av 18 måneder, men intervensjonen hadde ingen effekt når det gjaldt medisiner og time in day-hospital.
<b>Metodisk kvalitet</b>	Systematisk oversikt av god metodisk kvalitet. Enkeltstudiene er av varierende metodisk kvalitet. 13 av studiene er randomiserte kontrollerte studier. En av disse rapporterer om arbeidsrelatererte utfallsmål.  Inklusjonskriterier? Ja Sannsynlig at relevante studier ble funnet / søkestrategi: uklart/delvis Vurdering av enkeltstudienes metodiske kvalitet: ja Fornuftig sammenfatning av resultatene?: Ja
<b>Kommentarer</b>	

Tabell 7. Yrkesmessig rehabilitering for personer med alvorlige psykiske lidelser

<b>Publikasjon</b>	Crowther R, Marshall M, Bond G, Huxley P. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. <i>The Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2003, Issue 2. Art.
<b>Problemstilling</b>	Hva er effektene av: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Yrkesforberedende kurs og arbeidstrening (YKA) (eks arbeidsmarkedsbedrift)</li> <li>• Individuell plassering og støtte (AB) i ordinært arbeidsliv</li> </ul> når det gjelder tilbakeføring til arbeid, arbeidsinntekt og arbeidsevne?
<b>Metode</b>	Systematisk oversikt med 18 inkluderte studier (n=2546)
<b>Populasjon</b>	Personer med alvorlige psykiske problemer i yrkesaktiv alder. Primærstudier fra 1982 til 1999.
<b>Tiltak</b>	1) Yrkesforberedende kurs og arbeidstrening (YKA) ble definert som ulike typer tiltak der deltakerne skulle gjennomgå en periode med forberedelser før de ble oppmuntret til å søke ordinært arbeid. 2) Individuell plassering og støtte (AB) ble definert som enhver type tilnærming der personen blir raskt plassert ut i ordinære virksomheter med støtte fra en tilrettelegger.
<b>Utfallsmål</b>	Tilbakeføring til ordinært arbeid, alle typer ansettelse/tiltak, lønnsinntekt, vurdering av arbeidsevne, egenvurdering av arbeidsevne, ulike helserelevante utfallsmål
<b>Resultater</b>	Hovedfunnene i denne oversikten er at Individuell plassering og støtte er mer effektivt med hensyn på hvor stor andel som har ordnært arbeid (etter 18 måneder; 34% for AB vs 18% for YKA). Resultatene pekte i samme retning når det gjaldt utbetalt lønn og antall timer i arbeid.
<b>Metodisk kvalitet</b>	Klare inklusjonskriterier?: Ja Sannsynlig at relevante studier ble funnet / søkestrategi: Ja Vurdering av enkeltstudienes metodiske kvalitet: Ja Fornuftig sammenfatning av resultatene?: Ja Oversikt av God metodisk kvalitet

Tabell 8. Yrkesmessig rehabilitering for personer med alvorlige psykiske problemer

<b>Publikasjon</b>	Twamley EW, Jeste DV, Lehman AF. Vocational rehabilitation in Schizophrenia and other Psychotic Disorders: A literature review and meta-analysis of randomized controlled trials. <i>The Journal of Nervous and Mental Disease</i> 2003; 191(8): 515-523
<b>Problemstilling</b>	Hva er effektene av: <ul style="list-style-type: none"> <li>• IPS eller supported employment</li> <li>• Job-related social skills training</li> <li>• Incentive therapy</li> </ul> når det gjelder tilbakeføring til arbeid og arbeidsinntekt
<b>Metode</b>	Systematisk oversikt med 11 inkluderte studier (n=1617).
<b>Populasjon</b>	Personer med alvorlige psykiske problemer i yrkesaktiv alder. Primærstudier fra 1986 til 2002.
<b>Tiltak</b>	Tiltakene ble gruppert i 3 generelle kategorier: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Arbeid med bistand (AB) eller supported employment</li> <li>2. Arbeidsrelatert sosial ferdighetstrening</li> <li>3. "Incentive Therapy"; et VA-basert program som tilbyr deltagerne deltidsjobb på et VA sykehus, med lønn (kompensasjon) under minimumsnivå. Tiltaket er ikke avgrenset til pasienter med psykiske lidelser, og deltakerne arbeider sammen med andre friske ansatte.</li> </ol>
<b>Utfallsmål</b>	Antall personer i tilpasset eller ordinært arbeid på ulike tidspunkt etter at tiltaket startet. Sekundære resultatmål er antall uker i arbeid og lønn
<b>Resultater</b>	Sammenlagt viste alle 11 studiene en vektet gjennomsnittlig effektstørrelse på 0.66 for intervensjonsgruppene i forhold til kontrollgruppene.
<b>Metodisk kvalitet</b>	Klare inklusjonskriterier? Ja Sannsynlig at relevante studier ble funnet / søkestrategi: uklart/delvis Vurdering av enkeltstudienes metodiske kvalitet: nei Fornuftig sammenfatning av resultatene?: Ja - moderat metodisk kvalitet
<b>Kommentarer</b>	

Tabell 9. Familiebehandling ved psykoser og schizofreni

<b>Publikasjon</b>	Pharoah, F. M., Mari, J. J., & Streiner, D. (2000). Family intervention for schizophrenia. [update in Cochrane Database Syst Rev. 2003;(4):CD000088; PMID: 14583908].
<b>Problemstilling</b>	Vurdere effektene av familierettede tiltak for personer med schizofreni sammenlignet med vanlig oppfølging.
<b>Metode</b>	Systematisk oversikt med 28 inkluderte studier (n=2665). Studiene ble gjennomført i en rekke land; ni i USA, en i Canada, ni i ulike europeiske land, seks i Kina og to i Australia.
<b>Populasjon</b>	Nesten alle deltakerne i de inkluderte studiene hadde en schizofrenidiagnose. De øvrige hadde bipolare lidelser eller depresjonstilstander med psykose. Utvalget utgjør en variert gruppe der de fleste hadde hatt flere innleggelses tidligere, men tre av studiene omhandlet bare første gangs innleggelses.
<b>Tiltak</b>	Alle de familierettede tiltakene hadde et psykoedukativt element. En del benyttet familierterapi med mange ulike tiltak (endringsfokusert rådgivning, kognitiv terapi, avslapningstrening, rollespill for å nevne noen).
<b>Utfallsmål</b>	Det viktigste målet i alle studiene var å forbedre familiens strategier og øke mestring og på den måten redusere antallet innleggelses. Studiene rapporterte mål på psykisk fungering, livskvalitet, sosial fungering (herunder arbeid) og mål på familiens fungering.
<b>Resultater</b>	Familierettede tiltak kan redusere antall tilbakefall (n=721, RR 0.72 CI 0.6 til 0.9, NNT 7 CI 5 til 16). Denne typen tiltak kan også øke antallet som tar foreskrevet medisin (n=369 RR 0.74 CI 0.6 til 0.9, NNT 7 CI 4 til 19). Tiltakene har ingen klar effekt når det gjelder å droppe ut av behandlingsopplegg. Denne typen tiltak kan forbedre sosiale ferdigheter. Bare fire av studiene rapporterer resultater i forhold til arbeid. Det er ingen forskjeller i antallet arbeidsløse etter tiltakene. I en av studiene jobbet tiltaksgruppen i 5,6 måneder sammenlignet med kontrollgruppen som jobbet i gjennomsnitt 3,1 måneder. Dette var en statistisk signifikant forskjell.
<b>Metodisk kvalitet</b>	Klare inklusjonskriterier: ja Sannsynlig at relevante studier ble funnet / søkestrategi: ja Vurdering av enkeltstudienes metodiske kvalitet: ja Fornuftig sammenfatning av resultatene?: ja Oversikt av god metodisk kvalitet
<b>Kommentarer</b>	Det var bare fire studier som hadde arbeidsrelevante utfallsmål. Store forskjeller i tiltak og bruke av svært mange resultatindikatorer gjør disse resultatene vanskelige å konkludere ut fra.

## 6.2 Vedlegg 2 Søkestrategi

Dette er søkestrategien som er brukt i PsycInfo. Søkestrategien er stort sett lik for alle databasene, med tilpasninger til den enkelte database.

1	meta analysis/	2548
2	literature review/	22120
3	meta analysis.fc.	4263
4	"literature review/research review".fc.	0
5	metaanaly\$.tw.	143
6	meta-analy\$.tw.	5934
7	meta analy\$.tw.	5934
8	metanaly\$.tw.	18
9	(systematic overview\$ or systematic review\$).tw.	896
10	(quantitative overview\$ or quantitative review\$).tw.	173
11	(methodologic\$ overview\$ or methodologic\$ review\$).tw.	151
12	(collaborative\$ overview\$ or collaborative\$ review\$).tw.	4
13	integrative research review\$.tw.	20
14	research integration.tw.	106
15	(handsearch\$ or hand search\$ or manual search\$).tw.	180
16	pooled data.tw.	147
17	mantel haenszel.tw.	159
18	peto.tw.	17
19	(dersimonian or der simonian).tw.	4
20	fixed effect\$.tw.	264
21	(electronic or bibliographic database\$).tw.	4702
22	medline.tw.	1139
23	cinahl.tw.	81
24	embase\$.tw.	136
25	medlars.tw.	8
26	(scisearch or science citation index or isi citation databases or web of science).tw.	97
27	(ovid or winspirs or blaise or bids).tw.	287
28	or/1-27	35561
29	exp vocational rehabilitation/	4071
30	exp employment status/ or employability/	6936
31	occupational status/	2022
32	exp occupations/	4599
33	(employ\$ or work\$ or occupation\$ or vocation\$ or job\$ or career\$).tw.	340372
34	or/29-33	341884

35	exp mental disorders/	223179
36	adaptive behavior/	874
37	exp attention deficit disorder/	7033
38	behavior disorders/	5474
39	borderline states/ or borderline personality disorder/	4476
40	exp communication disorders/	21439
41	conduct disorder/	1771
42	exp emotional adjustment/	12292
43	homeless mentally ill/	316
44	exp learning disorders/	21375
45	exp memory disorders/	4854
46	exp mental retardation/	28469
47	microcephaly/	71
48	narcissism/	2170
49	exp perceptual disturbances/	3660
50	psychiatric patients/	22045
51	psychiatric symptoms/	4099
52	exp psychodiagnosis/	18410
53	psychopathology/	13070
54	exp schizophrenia/	41763
55	exp sexual function disturbances/	3517
56	exp sleep disorders/	4431
57	exp self destructive behavior/	16626
58	or/35-57	363175
62	28 and 34 and 58	876

### 6.3 Vedlegg 3 Ekskluderte studier

Totalt ble 45 oversikter hentet inn og lest i fulltekst og etter vurdering ble 13 av disse ble inkludert. De 32 ekskluderte studiene er listet opp i tabellen under med de viktigste grunnene for eksklusjon.

Ekskluderte studier	Grunn for eksklusjon:
1. Barbato, A., D. apos, & Avanzo, B. (2000). Family interventions in schizophrenia and related disorders: a critical review of clinical trials. <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i> , 102, 81-97.	Dekkes av en annen oversikt
2. Barton, R. (1999). Psychosocial rehabilitation services in community support systems: a review of outcomes and policy recommendations. <i>Psychiatric Services</i> , 50, 525-534.	Den baserer seg på andre oversikter og meta-analyser og har ingen søkestrategi.
3. Bond, G. R., Drake, R. E., Mueser, K. T., & Becker, D. R. (1997). An update on supported employment for people with severe mental illness. <i>Psychiatric Services</i> , 48, 335-346.	Dekkes av en annen oversikt
4. Brown, C. & Schulberg, H. C. (1995). The efficacy of psychosocial treatments in primary care: a review of randomized clinical trials. <i>General Hospital Psychiatry</i> , 17, 414-424.	Har ikke relevante utfallsmål
5. Burns, B. J. & Santos, A. B. (1995). Assertive community treatment: an update of randomized trials. [Review] [46 refs]. <i>Psychiatric Services</i> , 46, 669-675.	Dekkes av en annen oversikt
6. Burns, T., Knapp, M., Catty, J., Healey, A., Henderson, J., Watt, H. et al. (2001). Home treatment for mental health problems: a systematic review. [Review] [106 refs]. <i>Health Technology Assessment (Winchester, England)</i> , 5, 1-139.	Har ikke relevante utfallsmål
7. Crowther, R. E., Marshall, M., Bond, G. R., & Huxley, P. (2001). Helping people with severe mental illness to obtain work: Systematic review. [References]. <i>BMJ: British Medical Journal</i> , 322, 204-208.	Dekkes av en annen oversikt
8. Deacon, B. J. & Abramowitz, J. S. (2004). Cognitive and behavioral treatments for anxiety disorders: a review of meta-analytic findings. <i>Journal of Clinical Psychology</i> , 60, 429-441.	Dette er en oversikt over oversikter
9. Dion, G. L. & Anthony, W. A. (1987). Research in psychiatric rehabilitation: A review of experimental and quasi-experimental studies. <i>Rehabilitation Counselling Bulletin</i> , 30, 177-203.	De fleste studiene er fra før 1985
10. Draine, J. (1997). A critical review of randomized field trials of case management for individuals with serious and persistent mental illness. <i>Research on Social Work Practice</i> , 7, 32-52.	Dette er en beskrivelse og analyse av forskning og behov framover
11. Gorey, K. M., Leslie, D. R., Morris, T., Carruthers, W. V., John, L., & Chacko, J. (1998). Effectiveness of case management with severely and persistently mentally ill people. <i>Community Mental Health Journal</i> , 34, 241-250.	Dekkes av en annen oversikt
12. Hayes, R. L. & McGrath, J. J. (2000). Cognitive rehabilitation for people with schizophrenia and related conditions. [Review] [31 refs]. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . (3):CD000968.	Har ikke relevante utfallsmål
13. Herdelin, A. C. & Scott, D. L. (1999). Experimental studies of the Program of Assertive Community Treatment (PACT). [References]. <i>Journal of Disability Policy Studies</i> , 10, 53-89.	Dekkes av en annen oversikt



14. Huibers, M. J. H., Beurskens, A. J. H. M., Bleijenberg, G., & Schayck, C. v. (2003). The effectiveness of psychosocial interventions delivered by general practitioners. <i>The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003</i>	Har ikke relevante utfallsmål
15. Huxley, N. A., Rendall, M., & Sederer, L. (2000). Psychosocial treatments in schizophrenia: a review of the past 20 years. [Review] [107 refs]. <i>Journal of Nervous &amp; Mental Disease.</i> , 188, 187-201.	Har svært få relevante utfallsmål på temaer som dekkes av andre oversikter
16. Jeffery, D. P., Ley, A., McLaren, S., & Siegfried, N. (2000). Psychosocial treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse. <i>The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2000.</i> , Issue.2.	Har ikke relevante utfallsmål
17. Jones C, Cormac, I., Silveira da Mota Neto JI, & Campbell, C. (2004). Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. [update of Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):CD000524; PMID: 10796390]. [Review] [70 refs]. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews.</i> (1)	Har ikke relevante utfallsmål
18. Kaltenthaler, E., Parry, G., & Beverley, C. (2004). Computerized Cognitive Behaviour Therapy: A Systematic Review. [References]. <i>Behavioural &amp; Cognitive Psychotherapy</i> , 32, 31-55.	Har ikke relevante utfallsmål
19. Lehman, A. F. (1995). Vocational rehabilitation in schizophrenia. <i>Schizophrenia Bulletin</i> , 21, 645-656.	Dekkes av en annen oversikt
20. Malmberg, L. & Fenton, M. (2001). Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness. <i>The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2001.</i> , Issue.3	Har ikke relevante utfallsmål
21. Marshall, M., Crowther, R., Almaraz-Serrano, A., Creed, F., Sledge, W., Kluiters, H. et al. (2001). Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care. [Review] [66 refs]. <i>Health Technology Assessment (Winchester, England).</i> , 5, 1-75.	Dekkes av en annen oversikt
22. Marshall, M. & Lockwood, A. (2004). Early Intervention for psychosis. Marshall, M., Lockwood, A. <i>Early Intervention for psychosis. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003.</i> , Issue.2.	Har ikke relevante utfallsmål
23. McDermut, W., Miller, I. W., & Brown, R. A. (2001). The efficacy of group psychotherapy for depression: A meta-analysis and review of the empirical research. [References]. <i>Clinical Psychology: Science &amp; Practice</i> , 8, 98-116.	Har ikke relevante utfallsmål
24. Mojtabai, R., Nicholson, R. A., & Carpenter, B. N. (1998). Role of psychosocial treatments in management of schizophrenia: A meta-analytic review of controlled outcome studies. <i>Schizophrenia Bulletin</i> , 24, 569-587.	Har ikke relevante utfallsmål
25. Penn, D. L. & Mueser, K. T. (1996). Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. <i>American Journal of Psychiatry</i> , 153, 607-617.	Dekkes av en annen oversikt
26. Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Martindale, B. et al. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: II. Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. [see comment]. <i>Psychological Medicine.</i> , 32, 783-791.	Har ikke relevante utfallsmål
27. Reinares, M., Colom, F., Martinez-Aran, A., Benabarre, A., & Vieta, E. (2002). Therapeutic interventions focused on the family of bipolar patients. [References]. <i>Psychotherapy &amp; Psychosomatics</i> , 71, 2-10.	Har ikke relevante utfallsmål
28. Robertson, L., Connaughton, J. A., & Nicol, M. M. (2000). Life skills programmes for chronic mental illnesses. [Review] [2 refs].	Har ikke relevante utfallsmål

<i>Cochrane Database of Systematic Reviews.</i> (	
29. Ruddy, R. & Milnes, D. (2004). Art therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. <i>Ruddy.R., Milnes.D.Art therapy for schizophrenia or schizophrenia like illnesses. The Cochrane Database of Systematic Reviews.2003., Issue.1</i>	Har ikke relevante utfallsmål
30. Sengupta, A., Drake, R. E., & McHugo, G. J. (1998). The relationship between substance use disorder and vocational functioning among people with severe mental illness. <i>Psychiatric Rehabilitation Journal, 22, 41-45.</i>	Dette er ikke en oversikt
31. Simpson, E. L. & House, A. O. (2002). Involving users in the delivery and evaluation of mental health services: Systematic review. [References]. <i>BMJ: British Medical Journal, 325, 1265-1271.</i>	Dette er ikke en oversikt
32. Tyrer, P., Coid, J., Simmonds, S., Joseph, P., & Marriott, S. (1998). Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. <i>The Cochrane Database of Systematic Reviews 1998, Issue.4.</i>	Har ikke relevante utfallsmål
33. Videka-Sherman, L. (1988). Metaanalysis of research on social work practice in mental health. <i>Social Work, 33, 325-338.</i>	Har ikke relevante utfallsmål

## 6.4 Vedlegg 4 Noen statistiske begreper i rapporten

Det er ikke mulig å presentere denne typen forskningsresultater uten å bruke noen statistiske begreper. I teksten har vi så langt det er mulig holdt oss til verbale beskrivelser av resultatene, mens i tabellene (vedlegg) har vi også tatt med de mest relevante effektestimaterne. Vi bruker de estimatene som er gitt i de ulike studiene, så de kan variere litt. For en full presentasjon av og bakgrunn for resultatene anbefaler vi de opprinnelige publikasjonene.

### Statistisk signifikant

Dette er et uttrykk for holdbarheten i resultatene av en forskningsstudie. Statistikk er basert på sannsynlighetsregning, og et resultat som er statistisk signifikant på 0,05 nivå er uttrykk for at et gitt resultat kan oppstå ved rene tilfeldigheter 5 av 100 ganger. Dette er det nivået av usikkerhet man har valg som standard i mange sammenhenger. Bruken av signifikanstesting er omdiskutert og mange argumenterer for at andre mål på effekt også bør rapporteres. Effektstørrelse er et eksempel på et alternativt mål for effekt.

Fagfellekommentar: Statistisk signifikans uttrykker sannsynligheten for å få et like stort eller sterkere avvik fra nullhypotesen dersom man trekker et uendelig stort antall utvalg av samme populasjon hvor utfallsmålet er normalfordelt og nullhypotesen er sann.

### Effektstørrelse

Er et mål med utgangspunkt i den gjennomsnittlige forskjellen i effekt mellom tiltaksgruppe og kontrollgruppe. Denne uttrykkes som en funksjon av variasjonen i utvalgene.

### Konfidensintervall

Dette er en feilmargin rundt et resultat som uttrykker usikkerhet pga av tilfeldige variasjoner. Med en viss sikkerhet (ofte 95%) rommer intervallet den sanne verdi i populasjon gitt visse forutsetninger. Eksempelvis forteller et 95% konfidensintervall fra 0.1 til 0.2 at den sanne verdien i populasjonen med 95% sannsynlighet ligger mellom 0.1 og 0.2.

### **Antall som må få tilbud – "numbers needed to treat; NNT"**

Dette er en måte å forklare og synliggjøre effekten av et tiltak. Det sier noe om hvor mange personer som må få et gitt tiltak for at det ønskede resultat (f eks tilbake i jobb) skal slå til.

### **Relativ risiko**

Hvis risikoen for sykdom er 20% i en gruppe og 10% i en annen gruppe, er den relative risikoen (RR) i den første gruppen i forhold til den andre  $20:10=2,0$ .

### **Oddsratio**

Hvis risikoen for å utvikle en type problem i en gruppe (enslige menn over 40) er 20%, er oddsen  $20/80 = 1/4$ . Hvis risikoen i en annen gruppe (gifte menn mellom 30 og 40) er 10%, blir oddsen her  $10/90 = 1/9$ . Oddsratioen (OR) blir da  $1/4 : 1/9 = 2,25$ . Oddsratio er tilnærmet lik relativ risiko hvis begge risikoer er under 20%.

## Referanser

- Bauer, M. S. (2001). An evidence-based review of psychosocial treatments for bipolar disorder. *Psychopharmacology Bulletin*, 35, 109-134.
- Bond, G. R. (1998). Principles of the Individual Placement and Support model: empirical support. *Psychiatric-Rehabilitation-Journal*, 22, 11-23.
- Bower, P., Rowland, N., Mellor, C. J., Heywood, P., Godfrey, C., & Hardy, R. (2002). Effectiveness and cost effectiveness of counselling in primary care. *Bower.P., Rowland.N., Mellor.Clark.J., Heywood.P., Godfrey.C., Hardy.R.Effectiveness.and cost.effectiveness.of counselling.in primary.care.The Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue1Art.No.: CD001025.DOI.: 10.1002./14651858.CD001025.*
- Crowther R, Marshall M, Bond G, & Huxley P (2003). Vocational rehabilitation for people with severe mental illness (Cochrane Review). *The Cochrane Library. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue1Art.No.: CD003080.DOI.: 10.1002./14651858.CD003080.*
- Dilk, M. N. & Bond, G. R. (1996). Meta-analytic evaluation of skills training research for individuals with severe mental illness. *Journal of Consulting & Clinical Psychology.*, 64, 1337-1346.
- Dixon, L., Hoch, J. S., Clark, R., Bebout, R., Drake, R., McHugo, G. et al. (2002). Cost-effectiveness of two vocational rehabilitation programs for persons with severe mental illness. *Psychiatric.Services.*, 53, 1118-1124.
- Ekeland, T. J. (2001). Evidence-based treatment: Quality control or an instrumentalistic mistake. [Norwegian]. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 36.
- Gingerich, W. J. & Eisengart, S. (2000). Solution-focused brief therapy: a review of the outcome research. *Family Process*, 39, 477-498.
- Guyatt G & , R. D. (2002). The Evidence-Based Medicine Working Group. Users` Guides to the medical literature. *JAMA & Archives Journals, JAMA Press.*
- Huxley, N. A., Parikh, S., V, & Baldessarini, R. J. (2000). Effectiveness of psychosocial treatments in bipolar disorder: state of the evidence. *Harvard Review of Psychiatry*, 8, 126-140.
- Lehman, A. F., Goldberg, R., Dixon, L. B., McNary, S., Postrado, L., Hackman, A. et al. (2002). Improving employment outcomes for persons with severe mental illnesses. *Archives.of General.Psychiatry*, 59, 165-172.
- Marshall, M., Crowther, R., Almaraz-Serrano, A., Creed, F., Sledge, W., Kluiters, H. et al. (2001). Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care. [Review] [66 refs]. *Health Technology Assessment (Winchester, England).*, 5, 1-75.
- Marshall, M., Gray, A., Lockwood, A., & Green, R. (1998). Case management for people with severe mental disorders. *Marshall.M., Gray.A, Lockwood.A, Green.R Case mnagement or people with severe mental disorders.The Cochrane Database of Systematic Reviews 1998 , Issue.2.Art.No.: CD000050.DOI.: 10.1002./14651858.CD000050.*
- Marshall, M. & Lockwood, A. (1998). Assertive community treatment for people with severe mental disorders. [Review] [27 refs]. *Cochrane Database of Systematic Reviews. 2.Art.No.: CD000050.DOI.: 10.1002./14651858. CD001089.*
- Miller, G. (1997). *Becoming miracle workers: Language and meaning in brief therapy.*

Miller, S., Duncan, B., & Hubble, M. (2004). Beyond Integration: the Triumph of Outcome Over Process in Clinical Practice. *Psychotherapy in Australia*, 10, 20-37.

Mintz, J., Mintz, L. I., Arruda, M. J., & Hwang, S. S. (1992). Treatments of depression and the functional capacity to work.[erratum appears in Arch Gen Psychiatry 1993 Mar;50(3):241]. *Archives of General Psychiatry*, 49, 761-768.

Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., & Resnick, S. G. (1998). Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 37-74.

Nystuen, P., Hagen, K. B., & Herrin, J. (2001). Mental health problems as a cause of long-term sick leave in the Norwegian workforce. *Scandinavian Journal of Public Health*, 175-182.

Pharoah, F. M., Mari, J. J., & Streiner, D. (2000). Family intervention for schizophrenia.[update in Cochrane Database Syst Rev. 2003;(4):CD000088; PMID: 14583908]. [Review] [37 refs]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.(2):CD000088.

Seikkula, J. (2003). Nätverket ökar resurserna vid psykosbehandling. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 23, 3419-21.

Sosial- og helsedepartementet (1998). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006* (Rep. No. St prp nr 63). Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Twamley, E. W., Jeste, D. V., & Lehman, A. F. (2003). Vocational Rehabilitation in Schizophrenia and Other Psychotic Disorders: A Literature Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. [References]. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 191, 515-523.