

Arbeid og psykisk helse



# IPS – Evidens

# Forord

Psykisk helsevern har gjennomgått store reformer de siste 20 årene i de fleste vestlige land, fra store sentralinstitusjoner til integrering av mennesker med alvorlige psykiske lidelser i lokalsamfunnene. Den siste omdreiningen i denne viktige menneskehetsrettslige utviklingen er at mennesker med alvorlig psykiske lidelser også har en rett til å jobbe og at arbeid er en viktig faktor i mestring og bedring ved psykiske lidelser.

Forskerne Deborah Becker og Bob Drake, ved Dartmouth Psychiatric Research Center, New Hampshire, USA - er det miljøet i verden som har jobbet lengst og mest systematisk med å utvikle metodikk på dette feltet. Støttet av Johnson & Johnson Foundation og av amerikanske myndigheter har de utviklet en evidensbasert retning som kan vise til gode resultater over lang tid. Den implementeres nå i mange amerikanske stater i tillegg til at mange land i Europa og andre deler av verden begynner å prøve ut denne evidensbaserte tilnærmingen.

Tilnærmingen kalles Individual Placement and Support (IPS) og er en svært systematisk måte å jobbe på for å oppnå ordinært arbeid for mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Med ordinært arbeid menes en jobb i det ordinære arbeidsmarkedet, betalt på vanlig måte, men det stilles ikke krav til et minste antall timer pr. uke eller reduksjon i ulike stønader mv. De amerikanske forskerne har laget et Implementerings Kit som består av en rekke hefter som nokså detaljert beskriver hovedpunktene i denne tilnærmingen og måten den gjennomføres på:

- IPS - Hvordan bruke modulene
- IPS - Komme i gang
- IPS - Hvordan bygge et tilbud
- IPS - Hvordan sikre kvalitet
- IPS - Evidens
- IPS - Opplæring av IPS konsulenter

Arbeids- og velferdsdirektoratet har finansiert oversettelsen av dette materialet og tanken er at ved å ha tilgang til en norsk versjon vil det bli lettere for norske beslutningstakere og fagfolk å sette seg inn i denne tilnærmingen og vurdere den for norske forhold. Vi har fått tillatelse fra forfatterne til å oversette dette materialet på norsk. Materialet er ikke kulturelt oversatt, i betydningen sammenlignet med amerikanske systemer og ordninger opp mot norske, men er en direkte språklig oversettelse.

Samtidig har Bransjeforeningen søkt om midler til et Farve prosjekt med Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet som vil arbeide med å peke på problemstillinger som må løses knyttet til en eventuell implementering av denne metodikken i Norge. Dette arbeidet er planlagt ferdigstilt innen september 2011.

Oslo 12/2- 2011

Arne Svendsrud  
Bransjeforeningen Arbeid & Inkludering

*Stig Nygård*

*Arbeids – og velferdsdirektoratet*

*IPS – Evidens* gir alle interessenter en innføring i forskningslitteraturen og andre ressurser i forbindelse med IPS. Dette heftet inneholder følgende ressurser:

- et dokument som tar for seg forskningslitteraturen
- en utvalgt litteraturliste for utfyllende lesning
- henvisninger til kildeangivelser som forekommer i KIT-modulen
- henvisninger til KIT-utviklere og bidragsytere

### **Kildeangivelser**

Dette dokumentet er utarbeidet av New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center for Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) under kontraktsnummer 280-00-8049 og Westat under kontraktsnummer 270-03-6005, sammen med SAMHSA, U.S. Department of Health and Human Services (HHS). Neal Brown, M.P.A., og Crystal Blyler, Ph.D., har fungert som myndighetenes prosjektansvarlige.

### **Ansvar**

Synspunktene, meningene og innholdet i denne publikasjonen tilhører forfatterne og bidragsyterne. De gjenspeiler ikke nødvendigvis synspunktene, meningene og retningslinjene til Center for Mental Health Services (CMHS), SAMHSA eller HHS.

### **Offentlighet**

Alt materiale i dette dokumentet er offentlig, og kan gjengis eller kopieres uten tillatelse fra SAMHSA. Vi setter likevel pris på kildeangivelse. Denne publikasjonen kan likevel ikke reproduseres eller distribueres mot betaling uten spesifikk skriftlig tillatelse fra Office of Communications, SAMHSA, HHS.

### **Elektronisk tilgang til publikasjonen og elektroniske kopier av den**

Denne publikasjonen kan lastes ned eller bestilles på [www.samhsa.gov/shin](http://www.samhsa.gov/shin). Eller ring SAMHSAs helseinformasjonsnettverk på **1-877-SAMHSA-7** (1-877-726-4727) (engelsk og spansk).

### **Anbefalt kildeangivelse**

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Supported Employment: The Evidence* DHHS pub. nr. SMA-08-4364, Rockville, MD, USA: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services, 2009.

### **Opprinnelig utgitt av**

**Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration ,1 Choke Cherry Road ,Rockville, MD 20857, USA**

DHHS-publikasjon nr. SMA-08-4364 Trykket i 200

Denne KIT-modulen er en del av en serie KIT-moduler for evidensbasert praksis som er utarbeidet av Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services.

Dette heftet er en del av en KIT-modul for IPS som består av en DVD, en CD-ROM og sju hefter:

IPS – Hvordan bruke modulene

IPS – Komme i gang

IPS – Hvordan bygge et tilbud

IPS – Opplæring av IPS konsulenter

IPS – Hvordan sikre kvalitet

IPS – Evidens

IPS – Bruk av multimedia

## IPS – Evidens

### Gjennomgang av forskningslitteraturen

Flere vitenskapelige artikler sammenfatter effekten av IPS. Denne KIT-modulen gjengir én av dem i sin helhet:

Bond, G. R. Becker, D. R. Drake, R. E., Rapp, C. A., Meisler, N., Lehman, A. F., mfl. (2001). Implementing supported employment as an evidence-based practice, *Psychiatric Services*, 52, 313–322.

Denne artikkelen beskriver de kritiske komponentene i den evidensbaserte modellen og effekten av den. Hindringer i forbindelse med implementeringen og strategier for å overvinne disse dekkes også, basert på vellykkede prosjekter i flere delstater.

Du kan lese eller skrive ut denne artikkelen fra CD-ROM-platen som følger med KIT-modulen. Eller les artikkelen på side 3.

## Implementering av IPS som evidensbasert praksis

Gary R. Bond, Ph.D.

Deborah R. Becker, M.Ed.

Robert E. Drake, M.D., Ph.D.

Charles A. Rapp, Ph.D.

Neil Meisler, M.S.W.

Anthony F. Lehman, M.D., M.S.P.H.

Morris D. Bell, Ph.D.

Crystal R. Blyler, Ph.D.

2001  
Dedikert til  
evidensbasert  
psykiatri

*Dr. Bond er tilknyttet det psykologiske fakultet ved Indiana University–Purdue University Indianapolis, 402 North Blackford Street, Indianapolis, Indiana 46202, USA (e-post: [gbond@iupui.edu](mailto:gbond@iupui.edu)). Fr. Becker og Dr. Drake arbeider ved New Hampshire–Dartmouth Psychiatric Research Center i Lebanon, New Hampshire, USA. Dr. Rapp er tilknyttet School of Social Welfare ved University of Kansas i Lawrence, USA. Hr. Meisler arbeider ved psykiatrisk avdeling ved Medical University of South Carolina i Charleston, USA. Dr. Lehman arbeider ved psykiatrisk avdeling ved University of Maryland i Baltimore, USA. Dr. Bell arbeider ved psykiatrisk avdeling ved Yale University i New Haven, Connecticut, USA. Dr. Blyler er tilknyttet Center for Mental Health Services ved Substance Abuse and Mental Health Services Administration i Rockville, Maryland, USA.*

**IPS for personer med en alvorlig psykisk lidelse er evidensbasert praksis som er basert på sammenfallende funn fra åtte vilkårlig kontrollerte undersøkelser og tre kvasiexperimentelle studier. De kritiske bestanddelene i IPS er grundig beskrevet, og en kvalitetsskala differensierer IPS-programmer fra andre IPS-tjenester. Effekten av IPS ser ut til å kunne generaliseres på tvers av et bredt spekter av deltakerkarakteristikker og miljøer. Det er behov for mer forskning med hensyn til langsiktige resultater og kostnadseffektivitet. Tilgangen til IPS-programmer er fremdeles et problem selv om de brukes i økende grad over hele USA. Forfatterne drøfter faktorer som hindrer implementering og strategier for å overvinne disse, basert på vellykkede prosjekter i flere stater. (*Psychiatric Services* 52:313-322, 2000)**

Som et resultat av forskning gjennom mer enn to tiår vet vi ganske mye om resultatforbedring og en mer effektiv rehabiliteringsprosess for personer med en alvorlig psykisk lidelse ved hjelp av effektive helsetjenester. Implementeringen av tiltak som forskningen har vist er effektive, og som vi her kaller evidensbasert praksis, ligger dessverre langt bak kunnskapsnivået på området. Individuer med alvorlige psykiske lidelser som schizofreni, vil sannsynligvis ikke få behandling i form av grunnleggende evidensbasert praksis innenfor rammene av vanlige helsetjenester (1). Implementeringen av evidensbasert praksis må overvinne mange hindringer, noen generiske og andre spesifikke for evidensbasert praksis. Sektoren for helsetjenester begynner likevel langsomt å ta i bruk forskningsbaserte tjenester som behandlingsgrunnlag (2).

I denne rapporten, den første av flere om evidensbasert praksis for personer med en alvorlig psykisk lidelse, drøfter vi IPS, en relativt ny tilnærming som over tid har vist seg å være mer effektiv enn tradisjonelle metoder. Våre mål er å gjøre deltakere, pårørende, klinikere, ledere og helsepolitikere kjent med IPS; gå gjennom funn og begrensninger ved aktuell forskning; og drøfte faktorer i forbindelse med implementering, som tilgjengelighet, hindringer og strategier. Ettersom det allerede finnes flere ferske rapporter om forskning på IPS (3–7), vil vi konsentrere oss om informasjon som er tilgjengelig for andre interessentgrupper enn forskere.

### IPS

IPS er en veldefinert tilnærming til å hjelpe mennesker med funksjonshemninger til å delta så mye som mulig på det regulære arbeidsmarkedet ved at de arbeider med noe de liker og med den faglige støtten de har behov for. I henhold til den føderale definisjonen innebærer IPS «en vanlig jobb i integrerte arbeidsmiljøer ... i samsvar med kompetanse, ressurser, ønsker, problemer, egenskaper, evner, interesser og personlige valg for personer med betydelige funksjonshemninger, og som tidligere ikke har hatt tilgang til regulære jobber; eller som har deltatt på det regulære arbeidsmarkedet uregelmessig eller midlertidig på grunn av betydelige funksjonshemninger» (8).

Selv om den føderale definisjonen av IPS inneholder referanser til overgangsansettelser, det vil si midlertidig utplassering på vanlige arbeidsplasser, er det stor forskjell på de to tilnæringsmetodene, både konseptuelt og i praksis (9). Mange organisasjoner tilbyr begge deler, og i slike tilfeller oppfatter behandlerne at det er ulike tilnæringsmetoder; overgangsansettelser anses som et skritt på veien mot IPS (10). Vi drøfter ikke overgangsansettelser i denne rapporten.

Selv om mange prinsipper for IPS har vært omfavnet i mange tiår (11), utkrystalliserte disse ideene seg på 1980-tallet gjennom et nasjonalt nettverk av pedagoger, som konkluderte med at skjermede arbeidsplasser isolerer mennesker med psykiske funksjonshemninger fra storsamfunnet (12). Nettverket lyktes med å endre det føderale regelverket for denne typen tjenester som finansieres av systemer for IPS på føderalt nivå og delstatsnivå.

I 1987 hadde IPS tiltrukket seg interesse på området psykiatrisk rehabilitering (13). Tilpasset til denne befolkningsgruppen, går IPS-programmer normalt ut på å skaffe enkeltpersoner arbeid på det regulære arbeidsmarkedet – det vil si vanlige jobber som lønnes med

minimum minstelønn i henhold til tariffen og som hvem som helst kan søke på – i samsvar med deltakerens ønsker og evner og uten å kreve langvarig yrkesopplæring. Til forskjell fra andre arbeidsrettede tilnæringsmetoder (4,14), vurderer ikke IPS-programmer hvor skikket mennesker er for arbeidslivet, men hjelper alle som gir uttrykk for at de vil arbeide; de tilbyr ikke midlertidig arbeidserfaring, som yrkesopplæring, overgangsansettelser eller skjermede arbeidsplasser; de bidrar aktivt til å finne jobber, ofte ved at personale følger deltakere til jobbintervjuer og bidrar med kontinuerlig støtte etter at deltakeren er ansatt.

IPS-programmer benyttes i sammenheng med et bredt spekter av tjenester, som offentlige psykiatriske helsesentre, offentlige rehabiliteringsprogrammer, sosiale foreninger og psykiatriske rehabiliteringsinstitusjoner (10, 15,16). Selv om forskningen tyder på at IPS har optimal effekt kun dersom deltakerne samtidig mottar adekvat saksbehandling, er ikke konseptet nødvendigvis begrenset til en spesifikk tjenestemodell som for eksempel ACT (aktiv oppsøkende behandling i lokalmiljøet).

Den tilnærmingen til IPS for personer med en alvorlig psykisk lidelse som oftest beskrives, er en modell med individuell ansettelse og støtte (17,18). Vi ser ikke på denne tilnærmingen som en unik modell for IPS. Den er snarere ment å være en standardisering av prinsippene for IPS i programmer for personer med en alvorlig psykisk lidelse, slik at IPS kan bli klart definert, gransket på en vitenskapelig måte og implementert i samfunnet. En undersøkelse av 116 IPS-programmer i hele USA viste faktisk at disse programmene normalt benytter prinsippene for en modell med individuell ansettelse og støtte (19).

## Effekten av IPS

For å forstå sammenhengen for denne gjennomgangen er det avgjørende å definere noen punkter fra den generelle litteraturen om arbeidsrettede aktiviteter. For det første har intervensjoner som ikke direkte har ansettelse som mål, svært liten effekt på sysselsettingsresultatene (20). For det andre ble det i siste halvdel av forrige århundre utviklet mange metoder for å hjelpe personer med en alvorlig psykisk lidelse med å skaffe seg arbeid. Få har blitt strengt evaluert; de som er gransket i strengt kontrollerte undersøkelser, har vist skuffende resultater (4,14,21,22).

**Kvasiekperimentelle studier.** Hittil har tre kvasiekperimentelle studier evaluert dagbehandlingsprogrammer der rehabiliteringstjenester er konvertert til IPS. Drake med flere (23) studerte et offentlig psykiatrisk helsesenter i et landlig område i New Hampshire, der de utviklet et IPS-program som erstatning for dagbehandlingstjenestene. I et naturlig eksperiment ble det konverterte behandlingsstedet sammenlignet med et sted i nærheten, som fortsatte dagbehandlingen i kombinasjon med tradisjonell arbeidsformidling. Ansettelsene i vanlige jobber økte betydelig på det konverterte stedet, mens situasjonen var uendret på sammenligningsstedet. Dessuten var det ingen økning i negative resultater som hospitalisering, fengselsopphold og frafall på det konverterte stedet.

Deltakere, pårørende og det psykiatriske personalet reagerte positivt på konverteringen selv om et mindretall nevnte mindre sosial kontakt som en ulempe (24). Det er interessant at mange deltakere som ikke fant noen jobb, også rapporterte at de hadde nytte av endringen fordi de oppdaget tilfredsstillende aktiviteter utenfor det offentlige psykiatriske helsesenteret.

Å erstatte dagbehandlingen med IPS førte også til reduserte kostnader (25). På grunn av de gode erfaringene fra den første konverteringen konverterte deretter det andre stedet også til IPS med tilsvarende gode resultater (26). I en annen studie av nedbygging av dagbehandlingsprogrammet i en småby oppnådde deltakere som ble overført til det nye IPS-programmet, bedre resultater enn de som fortsatte med dagbehandling (27).

En tredje studie sammenlignet to dagbehandlingsprogrammer i staten Rhode Island i USA, der det ene ble konvertert til IPS, mens det andre ikke ble endret (28) – med tilsvarende resultater. Andre har også rapportert om vellykket konvertering fra dagbehandling til IPS-programmer (29). Disse evalueringene viser at IPS kan implementeres på en kostnadseffektiv måte i praktiske situasjoner for et bredt spekter av deltakere med en alvorlig psykisk lidelse, ikke bare for en utvalgt gruppe som viser interesse for IPS.

**Vilkårlig kontrollerte undersøkelser.** En gjennomgang i 1997 (3) sammenfattet resultatene fra seks vilkårlig kontrollerte undersøkelser som sammenlignet IPS med ulike tradisjonelle tjenester for personer med en alvorlig psykisk lidelse (30–35). Alle seks studier rapporterte betydelig fremgang med hensyn til å skaffe seg arbeid og beholde det for personer som deltok i IPS. For eksempel hadde gjennomsnittlig 58 prosent av IPS-deltakerne skaffet seg jobb på det regulære arbeidsmarkedet en eller annen gang i løpet av en 12- til 18-månedersperiode, sammenlignet med 21 prosent for kontrollgruppen som deltok i forskjellige andre yrkesrelaterte aktiviteter, blant annet yrkesopplæring, skjermede arbeidsplasser og yrkesveiledning som skritt på veien mot en jobb på det regulære arbeidsmarkedet. Kontrollgruppen ble behandlet i henhold til det som tjenesteleverandørene i miljøet anså som beste praksis innen rehabilitering.

Andre sysselsettingsresultater for regulært arbeid, som ansettelsesvarighet og lønn, var også gunstigere for deltakerne i IPS-programmet, enn for kontrollgruppene. En metaanalyse av disse studiene førte til svært like konklusjoner, og at resultatene var robuste (5,6).

En innsamling av data ble nylig gjennomført for Center for Mental Health Services Employment Intervention Demonstration Program (36). I dette prosjektet ble randomiserte og kontrollerte undersøkelser gjennomført på åtte steder for å evaluere effekten av IPS. Det forventes at resultatene fra disse undersøkelsene av flere behandlingssentre vil bli rapportert i løpet av neste år.

To steder har rapportert foreløpige og eksperimentelle resultater. I Hartford i Connecticut sammenlignet Mueser med flere (37) individuelle ansettelser og påfølgende støtte med to etablerte yrkesrelaterte tilnæringsmetoder. Det ene var et psykiatrisk rehabiliteringssenter som benyttet overgangsansettelser og det andre var et formidlingskonsept med en kombinasjon av skjermede arbeidsplasser, spesielle stillinger opprettet av det offentlige og individuelle ansettelser. Meisler med flere (38) sammenlignet et program for individuell ansettelse og påfølgende støtte i et opplegg med ACT (aktiv oppsøkende behandling i lokalmiljøet), med tradisjonelle IPS-

tjenester i et landleg område i South Carolina. Kontrollgruppen ble henvist til et anerkjent rehabiliteringssenter som tilbyr langtidskontrakter og mange stillinger som var spesielt opprettet av det offentlige.

Resultatene fra begge studiene bekrefter tidligere resultater som viser store forskjeller når det gjelder sysselsettingsresultater på det regulære arbeidsmarkedet. IPS viser seg å være mer effektivt enn tradisjonelle metoder. Selv når skjermede arbeidsplasser – overgangsansettelser og spesielt opprettede stillinger – tas i betraktning, viser begge studiene at deltakerne innen IPS oppnådde bedre sysselsettingsresultater.

Mange av disse studiene har også undersøkt ikke-yrkesrelaterte resultater, som rehospitaliseringsandel, symptomer, livskvalitet og selvtillit. Studiene har sjelden funnet noen eksperimentelle variasjoner i ikke-yrkesrelaterte resultater som er i favør av deltakere i IPS-programmer, sammenlignet med andre programmer. Det virker med andre ord som at gruppeeffekten av IPS-programmer hovedsakelig er begrenset til resultatene på det regulære arbeidsmarkedet, i hvert fall i løpet av de relativt korte oppfølgingsperiodene som er undersøkt i studiene. Men forskningsresultatene tyder heller ikke på at IPS-programmer har noen negative effekter. Rehospitaliseringsandelene påvirkes ikke av deltagelse i IPS, noe som motbeviser antagelsen om at stress på jobben kan føre til høyere tilbakefallsandeler.

Selv om deltagelse i et IPS-program i seg selv ikke gir bedre ikke-yrkesrelaterte resultater, opplever deltakere at de får bedre selvtillit og har bedre kontroll over symptomene i det regulære arbeidsmarkedet, sammenlignet med deltakere som ikke jobber eller som jobber svært lite (39,40).

Kostnadsfaktorer er viktige i forbindelse med beslutninger om å implementere psykiatriske tjenester. IPS-tjenester er arbeidsintensive. De årlige kostnadene per deltager i IPS er på ca. 2000 til 4000 USD (25,41). Disse tallene er omtrent de samme som for tradisjonelle IPS-tjenester (42). Deltakere i IPS-programmer benytter seg iblant av færre psykiatriske helsetjenester, spesielt hvis de ellers ville ha mottatt dagbehandling, noe som kan redusere kostnader (25,43–45).

## **Kritiske komponenter**

Granskere som forsøker å identifisere empirisk validerte prinsipper for IPS, har kommet frem til konklusjoner som ligner hverandre (7,46–49). Noen komponenter er nesten alltid til stede i vellykkede yrkesrelaterte programmer. De finnes som oftest i IPS-programmene som er evaluert i de vilkårlig kontrollerte undersøkelsene som er sammenfattet ovenfor. Følgende komponenter er prediktive for bedre sysselsettingsresultater:

- ◆ Organisasjonen som leverer IPS-tjenester, er opptatt av at det regulære arbeidsmarkedet er et oppnåelig mål for deltakere med en alvorlig psykisk lidelse og bruker heller ressursene til rehabiliteringstjenester med dette formålet, enn til dagbehandling eller skjermede arbeidsplasser. Utallige studier viser at dette elementet er felles for vellykkede programmer (23,26–29,33,34,49,50).
- ◆ IPS-programmer bruker en metode for rask jobbsøking for å hjelpe deltakerne med å skaffe seg jobb så snart som mulig i stedet for å tilby langvarig kompetanseevaluering, opplæring og rådgivning. Forskningsresultatene på dette området er tydelige, med vilkårlig kontrollerte undersøkelser som fokuserte spesifikt på denne variabelen (30,51), pluss fem vilkårlig kontrollerte undersøkelser der denne komponenten var en avgjørende forskjell mellom betingelsene i studien (32–34,37,38). En vilkårlig kontrollert undersøkelse som evaluerte en yrkesrelatert tilnærming med omfattende klasseromsundervisning før deltakerne fikk jobb, ga sysselsettingsresultater som tilsvarer resultatene til kontrollgruppen som ble henvist til delstatens etat for rehabiliteringstjenester (52).
- ◆ Personalet og deltakerne finner individualiserte jobber i samsvar med deltakerens preferanser, egenskaper og arbeidserfaring. Flere korrelasjonelle studier støtter denne konklusjonen (49,53–56).
- ◆ Oppfølging og støtte opprettholdes uten tidsbegrensning. Korrelasjonelle resultater fra fire forskjellige forskningsgrupper indikerer at dette er en viktig komponent (31,57–59).
- ◆ IPS-programmet er tett integrert med den psykiatriske behandlingsgruppen. Eksperimentelle resultater samsvarer med denne konklusjonen selv om denne variabelen ikke er studert isolert (31–33,35,37,38,59). Dette prinsippet støttes også av et solid teoretisk grunnlag (60). Til tross for sterke indikasjoner praktiseres likevel ikke dette prinsippet universelt (19).

Til sammen danner disse prinsippene grunnlaget for evidensbaserte retningslinjer for IPS-tjenester. I en undersøkelse som omfattet en hel delstat, hadde programmer som la stor vekt på å implementere disse prinsippene, bedre sysselsettingsresultater (upubliserte data, Becker DR, 2000). Flere spesifikke programelementer – for eksempel et rimelig antall kasus, varierte arbeidsmarkedstilbud, oppsøkende virksomhet og rådgivning om stønader – benyttes i de fleste IPS-programmer (15), men relasjonen mellom disse elementene og bedre sysselsettingsresultater er foreløpig ikke påvist. Det er behov for mer forskning for å klargjøre de kritiske bestanddelene i IPS, noe som vil føre til modifikasjoner, justeringer og tillegg.

## Forskningsresultatenes begrensninger

### *Deltakerfaktorer*

De mest konsistente resultatene fra litteraturen om IPS har vært fraværet av spesifikke deltakerfaktorer som er prediktive for bedre sysselsettingsresultater. Diagnose, symptomer, alder, kjønn, funksjonshemningsstatus, tidligere hospitalisering og utdanningsnivå er blitt undersøkt, og ingen av disse faktorene har vist seg å være tydelige eller konsistente prediktive faktorer (30,32,33). Det er verdt å merke seg at et parallelt misbruksproblem heller ikke har vist seg å være prediktivt for sysselsettingsresultatene (61–63).

Selv om tidligere arbeidserfaring er prediktivt for bedre sysselsettingsresultater i IPS-programmer, er IPS fremdeles mer effektivt enn tradisjonelle IPS-tjenester for deltakere med både liten og stor arbeidserfaring (28,32,33). Vi tror derfor at den profesjonelle assistansen som IPS-programmer gir på alle trinn i ansettelsesprosessen, i større grad kompenserer for problemer som deltakerne sliter med, enn det mindre aktive metoder gjør. Den omfattende litteraturen om deltakerfaktorer som er prediktive for sysselsettingsresultater for personer med en alvorlig psykisk lidelse som enten har fått lite yrkesrelatert assistanse, eller som har deltatt i tradisjonelle rehabiliteringsprogrammer (48), kan i stor grad være irrelevant for IPS-programmer.

Vilkårlig kontrollerte undersøkelser av IPS er utført i miljøer med et signifikant antall deltakere av europeisk (30-32,59), afrikansk (33,38) og latinsk (37) herkomst. Selv om disse resultatene må bekreftes, tyder alt så langt på at IPS er mer effektivt enn tradisjonell rehabilitering for hele den afro-amerikanske og spansk-talende befolkningen. Sammenligninger av sysselsettingsandeler for ulike etniske grupper innenfor studier har begrenset verdi på grunn av små utvalg, så vi kan ikke avgjøre om IPS fungerer like effektivt for alle etniske grupper innenfor et spesifikt miljø.

For å forstå hvilken rolle etnisk bakgrunn spiller i IPS-programmer, kan det hende at det er mest fruktbart å kombinere resultater fra flere studier ved hjelp av metaanalytiske teknikker og gjennom kvalitative studier (64-66). Vi har anekdotisk kunnskap om at kultur og språk i enkelte befolkningsgrupper kan være alvorlige hindringer i forbindelse med IPS.

Ikke alle deltakere har nytte av IPS. Ved lokale psykiatriske helsesentre som konverterer dagbehandlingsprogrammer til IPS-programmer, kan det for eksempel hende at noen deltakere ikke har sysselsetting som mål. At slike deltakere ikke arbeider, bør ikke være overraskende. Selv blant deltakere som uttrykker interesse for å arbeide, vil det være en betydelig andel som til en hver tid ikke har noen jobb. Vi må utvikle effektive strategier for disse deltakerne. Det er også viktig å hjelpe deltakere med å avgjøre om IPS er riktig for dem. Informasjonsaktiviteter som på forhånd forklarer hvordan IPS fungerer, gjør deltakerne bedre i stand til å fatte informerte beslutninger om deltagelse og kan potensielt redusere frafallsandelen (67,68).

### *Samfunnsmessige og økonomiske faktorer*

IPS er implementert med godt resultat i mange forskjellige typer miljøer. Programmer i landlige områder er ikke mindre vellykket enn i byområder (49,50). Ett funn som kan virke lite intuitivt, er at økonomiske forhold ikke ser ut til å påvirke IPS-programmer i særlig grad (50,69-71). Catalano mfl. (69) har spekulert i at en økonomisk teori om arbeidsmarkedet kan gjøre seg gjeldende her. Det primære arbeidsmarkedet, som består av stillinger for helt eller delvis faglærte personer, krymper i økonomiske nedgangstider. Det sekundære arbeidsmarkedet, som består av stillinger for ufaglært arbeidskraft i tjenestesektoren, er mer elastisk og mindre sårbart for økonomisk nedgang. IPS-programmer finner de fleste jobbene på det sekundære arbeidsmarkedet, der det vanligvis finnes ledige stillinger. De ovenfornevnte studiene har imidlertid bare tatt for seg en relativt begrenset del av arbeidsløsheten. Det er ikke sikkert at resultatene kan generaliseres, slik at de gjelder der arbeidsløsheten er svært høy (35).

Jobbmulighetene for deltakere med en alvorlig psykisk lidelse er ofte begrensede på grunn av deltakernes begrensede arbeidserfaring, utdanning og kompetanse. Derfor er de fleste aktuelle jobber for IPS tilgjengelige for ufaglærte (3,72). Halvparten av alle deltakere slutter i sine IPS-stillinger innen seks måneder (3), men i disse stillingene er det også høy omsetning av ansatte uten funksjonshemninger (73). De fleste stillinger innen IPS er dessuten deltidsjobber. Deltakerne ønsker ofte å begrense arbeidstiden for å beholde økonomiske stønader og fordeler fra det offentlige (48,74). En kontinuerlig utfordring i forbindelse med IPS-programmer er å hjelpe deltakerne med å utnytte muligheter til utdanning og yrkesopplæring, slik at de kan skaffe seg jobber som krever kvalifikasjoner og en tilfredsstillende karriere (72).

### *Programfaktorer*

Spesifikke detaljer er ikke tilstrekkelig undersøkt i forbindelse med de beste måtene å levere IPS-tjenester på. Viktige faktorer er blant annet hva det medfører å avsløre en psykisk lidelse med henblikk på å finne og beholde jobber og hvordan deltakere skal støttes med hensyn til omfang, sted, anledning og intensitet (57,75) samt hvordan støtten fra kolleger og arbeidsledere fungerer (76). Forholdet mellom IPS-tjenester og medisinerer er ikke nøye undersøkt selv om det anses som viktig (77).

De langsiktige resultatene av IPS er heller ikke undersøkt i særlig grad. Vi tror at programmer som deltakerne er med i over tid, som tar hensyn til deltakernes uttrykte ønsker og som opprettholder en tilnærming som integrerer kliniske og rehabiliterende tjenester, vil ha best resultater på lang sikt. Men med få unntak (30,58,59) inneholder de fleste randomiserte og kontrollerte undersøkelser ingen oppfølgingsinformasjon som strekker seg lenger enn to år. Det er behov for mye lengre oppfølgingsperioder for å avgjøre om et opprettholdt engasjement kan føre til gode resultater for flere deltakere.



## Faktorer som hindrer implementering

### *Tilgang til IPS*

60 til 70 prosent av alle som lider av en alvorlig psykisk lidelse, ønsker å delta i det regulære arbeidsmarkedet (78,79), men minst 85 prosent av dem som behandles av de offentlige helsetjenester, har ikke en vanlig jobb (78–82). De fleste foretrekker en vanlig jobb fremfor skjermede arbeidsplasser (83) og dagbehandling (30,84). De fleste har imidlertid ikke tilgang til noen form for IPS-tjeneste. Mindre enn 25 prosent av folk med en alvorlig psykisk lidelse mottar noen form for arbeidsrelatert assistanse (1,85, 86), og bare en brøkdel av disse har tilgang til IPS (87). I noen delstater er IPS-programmer nå vanlige ved offentlige psykiatriske helsesentre, men kapasiteten tilsvarer ikke behovet (19,50). En annen faktor er kvaliteten på de tilgjengelige programmene. Det er ikke overraskende at den er blandet (15,49).

Faktorer som hindrer implementering av programmer med høy kvalitet, finnes på mange nivåer – innenfor nasjonale, regionale og lokale myndigheter og innenfor ledelsen for programmene og ved sykehusene, blant klinikere og programansvarlige og i forbindelse med samarbeidet med deltakere og pårørende. Resten av dette dokumentet drøfter faktorene som hindrer implementering av IPS-programmer av høy kvalitet og foreslår løsninger, basert på erfaring, for hvordan de kan overvinnes.

### *Myndighetsrelaterte hindringer*

IPS-systemer på føderalt nivå og delstatsnivå har tidligere vært den viktigste finansieringskilden for IPS-tjenester. Føderal finansiering av IPS har imidlertid aldri vært tilstrekkelig til å betjene mer enn en liten brøkdel av dem som har behov for det (88). Mange observatører har dessuten tvilt på at denne finansieringen er brukt på en fornuftig måte. Det virker som om en uforholdsmessig stor del av utgiftene til IPS er brukt til administrasjon, evalueringer og andre aktiviteter i forkant av selve sysselsettingen (89). Det kompliserer problemet ytterligere at personer med en alvorlig psykisk lidelse dobbelt så ofte som personer med fysiske funksjonshemninger, ikke blir godkjent som egnede for IPS (90). Organisasjoner innen IPS fortsetter likevel å avsette minimalt med midler til IPS-tjenester (91).

Offentlige midler til helsetjenester er en annen finansieringskilde for IPS-tjenester. Historisk har dessverre offentlige psykiatriske helsesentre avsatt bare en brøkdel av sine budsjetter til IPS-tjenester (85). Siden 1980-tallet har de fleste delstater endret sine Medicaid-planer slik at de dekker offentlige psykiatriske helsetjenester med muligheter til å utføre rehabiliteringstjenester, noe som tillater en liberal tolkning av hvilke tiltak som kan dekkes av offentlige midler.

IPS er en av de få tjenestene som i henhold til regelverket ikke er berettiget til Medicaid-midler. Evidensbaserte komponenter innen IPS, som løpende støtterådgivning i hjemmet og lokalsamfunnet, gruppemøter, psykiaterdeltakelse i rehabiliteringsplanleggingen og hjelp til deltakere med å finne jobbmuligheter er imidlertid rehabiliteringstjenester som delstatene kan dekke gjennom Medicaid. Likevel inneholder delstatenes Medicaid-planer unødvendige begrensninger for hvilke tjenester som dekkes i forbindelse med yrkesrelaterte aktiviteter. Gitt den økende andelen av Medicaid-budsjettet som fullfinansierte offentlige helsetjenester utgjør, medfører feiltolkning av de føderale Medicaid-retningslinjene et alvorlig hinder mot tilgangen til IPS-tjenester.

Stykkprissystemene som dekker tjenesteeenheter uavhengig av resultater, har oppmuntret til å videreføre tjenester som ikke er evidensbaserte, som for eksempel dagbehandling (92). Noen aktører har konkludert med at finansiering av IPS-programmer ikke vil bli enklere innenfor systemer med forhåndsbetalte helseplaner (managed care) (93).

Den fragmenterte finansieringen av IPS har også ført til utskilling av tjenester. Historisk har IPS-tjenester vært satt ut – det vil si levert av en annen organisasjon enn det offentlige psykiatriske helsesenteret (16) – selv om vi nå vet at denne tilnærmingen er motproduktiv (47, 60). Selv IPS-programmer i regi av offentlige psykiatriske helsesentre er ofte ikke tett integrert med de psykiatriske helseteamene (19), til tross for sterke indikasjoner på at integrasjon er avgjørende for å lykkes. I delstaten Indiana har en spesiell rolle for oppfølgende spesialister som er opprettet ved hjelp av separate finansieringskilder, bidratt til at tjenester er lagt ned (94).

Lederne for delstatenes etater for helsetjenester kan spille en avgjørende rolle for å fremme IPS-tjenester. På 1980-tallet førte vedtaket i Ohio om å prioritere saksbehandling og bolighjelp til store forbedringer, men denne beslutningen gikk samtidig ut over utviklingen av yrkesrettede tjenester ved å definere dem som et sekundært mål (82). Noen delstater har satt i verk «en rekke yrkesrettede tiltak» (95), noe som har ført til en mengde ulike – og uprøvde – modeller, mens andre delstater har investert store ressurser i spesifikke modeller som ikke er evidensbaserte. Andre delstater igjen har tatt et standpunkt om at IPS ikke er en sak for delstatens organisasjon for helsetjenester. De fleste delstater har dessuten ingen systematisk overvåking av deltakernes resultater, noe som hindrer utviklingen av objektive metoder for å belønne vellykkede yrkesrettede programmer.

### *Programadministratorer*

Fra en leders perspektiv består hindringene ofte i å skaffe penger til å finansiere oppstarten av programmer og løpende programkostnader, administrere organisasjonsmessige endringer og håndtere de politiske implikasjonene i forbindelse med endringer i samfunnet. Ledere tar ofte ikke ansvar for å implementere nye løsninger selv om de er evidensbasert. Ledere som har informasjon om evidensbasert praksis, vil kanskje ikke verdsette resultatene eller tro at løsningene er mulige (49). Ledere, spesielt de som har utdannelse og faglig praksis fra en annen tidsepoke, er kanskje negativt innstilte mot relevansen av arbeid – for eksempel: «Schizofreni er en kronisk sykdom med lite håp om bedring ... arbeid er en kilde til unødvendig stress.»

Hvis lederne er uvillige til å vurdere endringer, er det ikke sannsynlig at behandlerne vil endre noe. Dårlig administrasjonspraksis er et annet tydelig hinder mot implementering av evidensbasert praksis (96). Organisasjoner som styres av kriser og kaos, har ofte overordnede ledere og arbeidsledere som ikke har etablert et system med grundig behandlingsplanlegging i samsvar med deltakernes ønsker og behov.

### *Klinikere og arbeidsledere*

Som ledere, ser klinikere ofte på deltakerne som for umotiverte til å arbeide (97) og undervurderer ofte behovet for IPS-tjenester (98,99). Mange behandlere mangler informasjonen og ferdighetene som kreves for å skaffe personale til IPS-programmer (100-102).

Motstand mot endringer er et hinder i alle organisasjoner. Innen helsetjenester defineres den faglige identiteten ut fra hva behandlerne gjør – metodene som brukes, programmets navn osv. – eller ut fra fagområdet, ikke ut fra resultatene man forsøker å oppnå. Programendringer innføres iblant i form av ideer som tvinges gjennom utenfra i stedet for å være resultater av en prosess med deltakelse fra de klinikerne og arbeidslederne som i siste instans er ansvarlige for å implementere den ønskede endringen (103). Under slike omstendigheter oppfatter behandlere endringstiltak som kritikk og nedvurdering av arbeidet de utfører.

En annen vanlig hindring handler om utilstrekkelige ressurser. Personalet kan ikke implementere IPS-programmer på en effektiv måte hvis de ikke har tid til å utføre det de er pålagt eller hvis arbeidslederne gir dem motstridende informasjon om ansvarsområder. Hvis for eksempel IPS-konsulenter tildeles andre arbeidsoppgaver som ikke er yrkesrelaterede, mister de fokus på sysselsettingsaktivitetene.

### *Deltakere og pårørende*

Deltakere og pårørende får ofte ingen nøyaktig informasjon om IPS. Det hender at deltakere frarådes å skaffe seg arbeid av velmenende klinikere og pårørende som tror stress i forbindelse med jobben overskygger fordelene. De henvises i stedet til dagprogrammer. Deltakere tror ofte at å gå tilbake til arbeidslivet, automatisk vil frata dem retten til sykepenger og stønader. Pårørende får kanskje ingen informasjon om hvordan de kan støtte et familiemedlem i arbeidslivet, eller de blir kanskje ikke betraktet som en del av teamet eller støttenettverket.

## **Strategier for implementering**

Selv om vi har mer systematisk informasjon om faktorer som hindrer evidensbasert praksis enn om strategier for å overvinne dem, er det identifisert noen tilnærminger for implementering av evidensbasert praksis (104,105).

### *Tiltak fra myndighetene*

På delstatsnivå er første skritt å definere klart hvilke mål som skal prioriteres. Deretter er det avgjørende å utføre systematiske vurderinger av sysselsettingsmålene. Delstatens offentlige helsetjenester må fjerne organisasjonsmessige og økonomiske faktorer som hindrer utvikling av IPS-programmer på samme måte som i New Hampshire (50), Vermont (upubliserte data, Dalmasse D, 1998), Rhode Island (106) og Kansas (49). Både i New Hampshire og Rhode Island anmodet de offentlige helsetjenester i samarbeid med Medicaid-organisasjonene om at Health Care Financing Administration skulle tillate at IPS-tjenester dekkes i tillegg til direkte IPS-tiltak. Anmodningen ble etterkommet, slik at Medicaid-finansiering skaffet deltakere mye lettere tilgang til IPS-tjenester.

Ny føderal lovgivning – Medicaid buy-in-programmet som ble autorisert av Balanced Budget Act fra 1997 og Ticket to Work and Work Incentives Improvement Act fra 1999 – har gitt delstatsmyndighetene større fleksibilitet til å godkjenne Medicaid-finansiering. Hensikten er å redusere sysselsettingshindringer som skyldes mulig tap av stønader gjennom Medicaid (107). Noen delstater – for eksempel Oregon og Minnesota – har implementert nye retningslinjer som utvider Medicaid-dekningen slik at den tillater mer liberale inntekts- og formuegrenser for personer med funksjonshemninger som er i arbeid.

Delstatenes offentlige helsetjenester har satt i verk vellykkede direkte incentiver for å oppfylle arbeidsrettede mål. I Ohio fordoblet deltakerorganisasjonene sysselsettingsandelen da incentivene ble innført (82). I New Hampshire har deltakelsen på det regulære arbeidsmarkedet for deltakere med en alvorlig psykisk lidelse ved offentlige psykiatriske helsesentre økt fra 7 prosent til 37 prosent siden 1990, da delstaten begynte å vektlegge regulært arbeid i forbindelse med kontrakter (50). Delstatenes organisasjoner for IPS i Alabama, Oklahoma og Pennsylvania har innført resultatbasert finansiering for IPS, også et system som belønner organisasjoner for oppnådde resultater (108,109). En advarsel er likevel på sin plass. Denne typen incentivsystemer kan føre til at bare deltakere med lavt behandlingsbehov blir tilgodesett dersom incentivene ikke er utformet med tanke på dette.

Incentiver er imidlertid ikke nok. Delstatsorganisasjonene bør også ha en ledende rolle når det gjelder å gi teknisk assistanse gjennom å samarbeide med ledende forsknings- og undervisningssentre med aktuell fagkunnskap, slik New Hampshire (110), Rhode Island (106) og andre delstater gjør. Kansas, Indiana, New Jersey og New York har etablert sentre for teknisk assistanse innen IPS for å hjelpe lokale programmer med implementering og overvåking av IPS-tjenester.

Å skape konsensus blant interessenter er et annet element i forbindelse med innføring av evidensbasert praksis. Ledelsen i National Association of State Mental Health har utgitt en erklæring om sysselsetting og rehabilitering av personer med alvorlige psykiske funksjonshemninger som sier at delstatenes organisasjoner for helsetjenester skal sørge for at organisasjoner innen IPS og andre arbeidsmarkedsaktører i delstatene skal samarbeide om å gi personer med en alvorlig psykisk lidelse bedre tilgang til det regulære

arbeidsmarkedet (111). Delstatsorganisasjonen for helsetjenester i Rhode Island har akseptert dette mandatet, og har involvert Medicaid og andre organisasjoner innen IPS i finansieringen.

Midler til konsensusbyggende aktiviteter i form av informasjon om eksempler på vellykket praksis er tilgjengelig gjennom Community Action Grant Program fra Center for Mental Health Services.

### *Tiltak fra programadministratorer*

Effektive organisasjoner konsentrerer energi og ressurser om spesifikke mål, og reduserer distraksjoner fra disse målene (112). Viktige elementer i lederskap er blant annet å definere ønskede resultater og praksisen som skal brukes for å oppnå dem, bygge opp en organisasjonsstruktur og en kultur som legger til rette for implementering av evidensbasert praksis, utforme systemer for overvåking av den evidensbaserte praksisen og deltakerresultatene, ansette personale med egnede holdninger og ferdigheter, etablere gruppetilsyn eller andre samarbeidsmetoder, utarbeide evalueringsprosedyrer for ansatte som vektlegger evidensbasert praksis og sysselsettingsresultater og belønne gode resultater på disse områdene (49,113).

IPS-programmer lykkes best i organisasjoner som satser helhjertet på regulære arbeidsplasser uten at fokus og ressurser utvannes gjennom parallell satsing på tradisjonelle former for yrkesrelaterte aktiviteter (49,50). Et lignende mønster finnes på området for utviklingsrelaterte funksjonshemninger, der IPS ikke har nådd sitt fulle potensial fordi organisasjoner har sett på IPS som en tilleggstjeneste, samtidig som de har opprettholdt omfattende programmer med skjermede arbeidsplasser (114).

Som nevnt ovenfor har offisielle psykiatriske helsesentre oppnådd gode resultater gjennom å konvertere alle dagbehandlingsprogrammer til IPS. Ettersom denne omfordelingen av ressurser reduserer kostnader i tillegg til å være interessante for viktige parter og aktører, er det en svært tiltalende strategi. Tjenester drevet av deltakere kan spille en rolle for å oppfylle det sosiale behovet til arbeidsløse deltakere etter konverteringen fra dagbehandling til IPS (115).

Overvåking av kvaliteten til programmet er avgjørende for implementeringen av evidensbasert praksis (116). Derfor legger forskere, planleggingsmyndigheter, programansvarlige, deltakere og pårørende stadig større vekt på kvalitet. Individual Placement and Support Fidelity Scale (117), et instrument i 15 deler som evaluerer implementeringen av kritiske bestanddeler i IPS, er et offentlig tilgjengelig kvalitetssikringsverktøy. Selv om det er utformet for fagpersoner som er godt kjent med de kritiske bestanddelene i modellen, er det så enkelt å bruke at det ikke er nødvendig å være forsker.

Adekvat pålitelighet er påvist i et testområde gjennom besøk på stedet av to fagpersoner som har intervjuet personale, studert diagrammer og observert programaktiviteter (117). Individual Placement and Support Fidelity Scale skiller klart mellom IPS-programmer og andre yrkesrelaterte tilnæringsmetoder, noe som betyr at dette verktøyet kan brukes til å avgjøre om et program faktisk er en implementering av IPS (19). Mer omfattende måleskalaer for implementering av IPS er også utprøvd i felten (15,94).

### *Tiltak fra klinikere og arbeidsledere*

Organisasjoner som lykkes med IPS, ser ut til å ha noen fellestrekk (49,113,118). Vellykkede programmer gir personalet ressursene de trenger for å utføre oppgavene effektivt. Dette innebærer også at selve organisasjonen må ha en god struktur på andre områder og må kunne tilby saksbehandlingstjenester av høy kvalitet. Arbeidsledere må formidle tydelige visjoner, organisere tjenestene i en tverrfaglig teamstruktur og fokusere på resultater i stedet for tjenesteeenheter og papirarbeid (119).

Offentlige psykiatriske helsesentre som lykkes med innovative løsninger, har vanligvis minst én pådriver som er talsperson for den nye løsningen (120). Pådriveren må ha tilstrekkelige autoritet til å implementere endringen. Når IPS innføres, finner pådriveren frem til respekterte frontlinjehandlere som kan bidra under implementeringen. Disse rekrutterer i sin tur annet personale som deltar i planleggingen og utviklingen av det nye programmet, slik at alt personale føler eierskap til programmet.

Tilstrekkelig opplæring og løpende tilsyn er avgjørende for å gi personalet ferdighetene som kreves for å implementere praksisen (118). Retningslinjer, håndbøker og video er viktige verktøy for løpende tilsyn og formidling av kulturen i IPS-programmet (118). Et annet kritisk element er faglig konsultasjon gjennom besøk og telefonkonferanser. Implementeringen går lettere ved at personale – ikke bare IPS-konsulentene, men også ledere, klinikere og arbeidsledere – besøker IPS-programmer som allerede er etablert.

### *Tiltak fra deltakere og pårørende*

Deltakere og pårørende er klar over behovet for IPS-tjenester (89,98,121) men trenger informasjon om hvordan gode tjenester ser ut og hvordan de kan arbeide effektivt for slike tjenester i forbindelse med lovgivnings- og finansieringsprosesser. De har påvirkningskraft i forhold til å definere standarder og sørge for at disse standardene overholdes på delstats-, program- og deltakernivå. Deltakere og pårørende bør søke om medlemskap i referansegrupper på alle nivåer. De kan samarbeide med delstatsmyndigheter for å finansiere IPS-programmer og for å etablere standarder som er basert på evidensbasert praksis, og sørge for at disse integreres i lisensieringskrav, kriterier for tildeling av midler osv. På programnivå kan de kreve at inntakskriteriene til IPS baseres på deltakerens ønske om å arbeide, ikke på symptomer eller tidligere arbeidserfaring. De kan også delta i utformingen av IPS-programmer. På individuelt deltakernivå kan de argumentere for deltakerens ønsker og for tjenester som samsvarer med evidensbasert praksis.

# Konklusjoner

Det voksende evidensgrunnlaget for IPS er tydelig og konsistent, med bedre sysselsettingsresultater for mange ulike miljøer og befolkningsgrupper. Litteraturen beskriver dessuten at de fleste tilnærminger til IPS avhenger av et sett kritiske komponenter.

En viktig oppgave som gjenstår, er å overvinne faktorer som hindrer implementering, slik at IPS-tjenester blir allment tilgjengelige. Ingen andre IPS-konsepter for personer med en alvorlig psykisk lidelse har oppnådd samme status som evidensbasert praksis, til tross for utviklingsarbeid og uformelle eksperimenter i forbindelse med en rekke psykiatriske rehabiliteringsprogrammer gjennom et halvt århundre. Talspersoner for andre yrkesrelaterte konsepter har enten unnlatt å utføre empiriske undersøkelser av metodene, eller har ikke funnet sterke bevis på at metodene fungerer. Det er også et faktum at mange yrkesrelaterte programkonsepter som ikke er effektive, fremdeles er i utstrakt bruk.

I tillegg til å implementere IPS, må vi fremdeles justere og forbedre modellen slik at den når frem til et bredere spekter av befolkningen, og slik at deltakerne ikke bare finner og beholder en regulær jobb, men også kan skaffe seg en karriere på lang sikt.

## Kildeangivelser

Arbeidet med dette dokumentet er sponset av National Institute of Mental Health, tilskudd MH-00842 og MH-00839, Center for Mental Health Services, kontrakt 280-008049, samt et tilskudd fra Robert Wood Johnson Foundation.

## Henvisninger

1. Lehman AF, Steinwachs DM: Patterns of usual care for schizophrenia: initial results from the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) client survey. *Schizophrenia Bulletin* 24:11–23, 1998
2. Drake RE, Goldman HH, Leff HS mfl.: Implementing evidence-based practices in routine mental health service settings. *Psychiatric Services* 52:179–182, 2001
3. Bond GR, Drake RE, Mueser KT mfl.: An update on supported employment for people with severe mental illness. *Psychiatric Services* 48:335–346, 1997
4. Bond GR, Drake RE, Becker DR mfl.: Effectiveness of psychiatric rehabilitation approaches for employment of people with severe mental illness. *Journal of Disability Policy Studies* 10(1):18–52, 1999
5. Crowther R, Marshall M, Bond GR m.fl.: Vocational rehabilitation for people with severe mental disorders. *Cochrane Review*, i *Cochrane Library*. Oxford, England, Update Software, under trykking
6. Crowther RE, Marshall M, Bond GR mfl.: Helping people with severe mental illness to return to work: a systematic review. *British Medical Journal*, under trykking
7. Ridgway P, Rapp C: *The Active Ingredients in Achieving Competitive Employment for People With Psychiatric Disabilities: A Research Synthesis*. Lawrence, University of Kansas, School of Social Welfare, 1998
8. Rehabilitation Act Amendments of 1998: Title IV of the Workforce Investment Act of 1998, Pub Law 105–220, 112 Stat 936
9. Bilby R: A response to the criticisms of transitional employment. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 16(2):69–82, 1992
10. Picone J, Drake RE, Becker D mfl.: A survey of clubhouse programs. Indianapolis, USA, Indiana University – Purdue University, Indianapolis, Department of Psychology, 1998
11. Newman L: Instant placement: a new model for providing rehabilitation services within a community mental health program. *Community Mental Health Journal* 6:401–410, 1970
12. Wehman P: Supported competitive employment for persons with severe disabilities. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling* 17:24–29, 1986
13. Mellen V, Danley K: Special issue: Supported Employment for Persons with Severe Mental Illness. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 9(2):1–102, 1987
14. Bond GR: Vocational rehabilitation, in *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*. Redigert av Liberman RP. New York, USA, Macmillan, 1992
15. Bond GR, Picone J, Mauer B mfl.: The Quality of Supported Employment Implementation Scale. *Journal of Vocational Rehabilitation* 14:201–212, 2000
16. Gervy R, Parrish A, Bond GR: Survey of exemplary supported employment programs for persons with psychiatric disabilities. *Journal of Vocational Rehabilitation* 5:115–125, 1995

17. Becker DR, Drake RE: A Working Life: The Individual Placement and Support (IPS) Program. Concord, NH, New Hampshire – Dartmouth Psykiatrisk Research Center, 1993
18. Drake RE, Becker DR: The individual placement and support model of supported employment. *Psychiatric Services* 47:473–475, 1996
19. Bond GR, Vogler KM, Resnick SG mfl.: Dimensions of supported employment: factor structure of the IPS Fidelity Scale. *Journal of Mental Health*, under trykking
20. Vandergoot D: Review of placement research literature: implications for research and practice. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 30:243–272, 1987
21. Baronet A, Gerber GJ: Psychiatric rehabilitation: efficacy of four models. *Clinical Psychology Review* 18:189–228, 1998
22. Lehman AF: Vocational rehabilitation in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 21: 645–656, 1995
23. Drake RE, Becker DR, Biesanz JC mfl.: Rehabilitation day treatment vs supported employment: I. vocational outcomes. *Community Mental Health Journal* 30:519–532, 1994
24. Torrey WC, Becker DR, Drake RE: Rehabilitative day treatment versus supported employment: II. consumer, family, and staff reactions to a program change. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 18(3):67–75, 1995
25. Clark RE: Supported employment and managed care: can they co-exist? *Psychiatric Rehabilitation Journal* 22(1):62–68, 1998
26. Drake RE, Becker DR, Biesanz JC mfl.: Day treatment versus supported employment for persons with severe mental illness: a replication study. *Psychiatric Services* 47:1125–1127, 1996
27. Bailey EL, Ricketts SK, Becker DR mfl.: Do long-term day treatment clients benefit from supported employment? *Psychiatric Rehabilitation Journal* 22(1):24–29, 1998
28. Becker DR, Bond GR, McCarthy D mfl.: Converting day treatment centers to supported employment programs in Rhode Island. *Psychiatric Services* 52:351–357, 2001
29. Gold M, Marrone J: Mass Bay Employment Services (a service of Bay Cove Human Services, Inc): a story of leadership, vision, and action resulting in employment for people with mental illness, in *Roses and Thorns from the Grassroots*. Boston, USA, Institute of Community Action, 1998
30. Bond GR, Dietzen LL, McGrew JH mfl.: Accelerating entry into supported employment for persons with severe psychiatric disabilities. *Rehabilitation Psychology* 40: 91–111, 1995
31. Chandler D, Meisel J, Hu T mfl.: A capitated model for a cross-section of severely mentally ill clients: employment outcomes. *Community Mental Health Journal* 33: 501–516, 1997
32. Drake RE, McHugo GJ, Becker DR mfl.: The New Hampshire study of supported employment for people with severe mental illness: vocational outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64: 391–399, 1996
33. Drake RE, McHugo GJ, Bebout RR mfl.: A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental illness. *Archives of General Psychiatry* 56:627–633, 1999
34. Gervy R, Bedell JR: Supported employment in vocational rehabilitation, in *Psychological Assessment and Treatment of Persons With Severe Mental Disorders*. Redigert av Bedell JR. Washington, DC, Taylor & Francis, 1994
35. McFarlane WR, Dushay RA, Deakins SM mfl.: Employment outcomes in family-aided assertive community treatment. *American Journal of Orthopsychiatry* 70:203–214, 2000
36. Carey MA: The continuing need for research on vocational rehabilitation programs. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 18(4):163–164, 1995
37. Mueser KT, Clark RE, Drake RE mfl.: A comparison of the individual placement and support model with the psychosocial rehabilitation approach to vocational rehabilitation for consumers with severe mental illness: the results of a controlled trial. Presentert under Fourth Biennial Research Seminar on Work, Matrix Research Institute, Philadelphia, USA, 11.–13. okt. 2000
38. Meisler N, Williams O, Kelleher J. mfl.: Rural-based supported employment approaches: results from South Carolina site of the Employment Intervention Demonstration Project. Presentert under Fourth Biennial Research Seminar on Work, Matrix Research Institute, Philadelphia, USA, 11.–13. okt. 2000
39. Bond GR, Resnick SR, Drake RE mfl.: Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, under trykking
40. Mueser KT, Becker DR, Torrey WC mfl.: Work and nonvocational domains of functioning in persons with severe mental illness: a longitudinal analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease* 185:419–426, 1997

41. Kregel J, Wehman P, Revell G mfl.: Supported employment benefit-cost analysis: preliminary findings. *Journal of Vocational Rehabilitation* 14:153–161, 2000
42. Clark RE, Bond GR: Costs and benefits of vocational programs for people with serious mental illness, in *Schizophrenia*. Redigert av Moscarelli M, Rupp A, Sartorius N. Sussex, England, Wiley, 1996
43. Bond GR, Dietzen LL, Vogler KM mfl.: Toward a framework for evaluating costs and benefits of psychiatric rehabilitation: three case examples. *Journal of Vocational Rehabilitation* 5:75–88, 1995
44. Clark RE, Xie H, Becker DR mfl.: Benefits and costs of supported employment from three perspectives. *Journal of Behavioral Health Services and Research* 25: 22–34, 1998
45. Rogers ES, Sciarappa K, MacDonald-Wilson K mfl.: A benefit-cost analysis of a supported employment model for persons with psychiatric disabilities. *Evaluation and Program Planning* 18:105–115, 1995
46. Bond GR: Applying psychiatric rehabilitation principles to employment: recent findings, in *Schizophrenia: Exploring the Spectrum of Psychosis*. Redigert av Ancill RJ, Holliday S, Higenbottam J. Chichester, England, Wiley, 1994
47. Bond GR: Principles of the individual placement and support model: empirical support. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 22(1):11–23, 1998
48. Cook J, Razzano L: Vocational rehabilitation for persons with schizophrenia: recent research and implications for practice. *Schizophrenia Bulletin* 26:87–103, 2000
49. Gowdy EA: "Work Is the Best Medicine I Can Have": Identifying Best Practices in Supported Employment for People With Psychiatric Disabilities. Ph.D. dissertation. Lawrence, University of Kansas, USA, School of Social Welfare, 2000
50. Drake RE, Fox TS, Leather PK mfl.: Regional variation in competitive employment for persons with severe mental illness. *Administration and Policy in Mental Health* 25:493–504, 1998
51. Bond GR, Dincin J: Accelerating entry into transitional employment in a psychosocial rehabilitation agency. *Rehabilitation Psychology* 31:143–155, 1986
52. Rogers ES: A randomized controlled study of psychiatric vocational rehabilitation services. Presentert under Fourth Biennial Research Seminar on Work, Matrix Research Institute, Philadelphia, USA, 11.–13. okt. 2000
53. Abrams K, DonAroma P, Karan OC: Consumer choice as a predictor of job satisfaction and supervisor ratings for people with disabilities. *Journal of Vocational Rehabilitation* 9:205–215, 1997
54. Becker DR, Drake RE, Farabaugh A mfl.: Job preferences of clients with severe psychiatric disorders participating in supported employment programs. *Psychiatric Services* 47:1223–1226, 1996
55. Gervey R, Kowal H: A description of a model for placing youth and young adults with psychiatric disabilities in competitive employment. Presentert under International Association of Psychosocial Rehabilitation Services Conference, Albuquerque, USA, 9.–13. mai 1994
56. Mueser KT, Becker DR, Wolfe R: Supported employment, job preferences, and job tenure and satisfaction. *Journal of Mental Health*, under trykking
57. Cook JA, Razzano L: Natural vocational supports for persons with severe mental illness: thresholds supported competitive employment program. *New Directions for Mental Health Services*, nr. 56:23–41, 1992
58. McHugo GJ, Drake RE, Becker DR: The durability of supported employment effects. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 22(1):55–61, 1998
59. Test MA, Allness DJ, Knodler WH: Impact of seven years of assertive community treatment. Presentert under American Psychiatric Association Institute on Psychiatric Services, Boston, USA, 6.–10. okt. 1995
60. Drake RE, Becker DR, Xie H, et al: Barriers in the brokered model of supported employment for persons with psychiatric disabilities. *Journal of Vocational Rehabilitation* 5:141–150, 1995
61. Goldberg RW, Lucksted A, McNary S mfl.: Correlates of long-term unemployment among inner-city adults with serious and persistent mental illness. *Psychiatric Services* 52:101–103, 2001
62. Meisler N, Blankertz L, Santos AB mfl.: Impact of assertive community treatment on homeless persons with co-occurring severe psychiatric and substance use disorders. *Community Mental Health Journal* 33:113–122, 1997
63. Sengupta A, Drake RE, McHugo GJ: The relationship between substance use disorder and vocational functioning among persons with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 22(1):41–45, 1998
64. Alverson H, Vicente E: An ethnographic study of vocational rehabilitation for Puerto Rican Americans with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 22(1):69–72, 1998

65. Harris M, Bebout RR, Freeman DW mfl.: Work stories: psychological responses to work in a population of dually diagnosed adults. *Psychiatric Quarterly* 68:131–153, 1997
66. Quimby E, Drake RE, Becker DR: Ethnographic findings from the Washington, DC, Vocational Services Study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, under trykking
67. Bebout RR, Becker DR, Drake RE: A research induction group for clients entering a mental health research project: a replication study. *Community Mental Health Journal* 34:289–295, 1998
68. Drake RE, Becker DR, Anthony WA: The use of a research induction group in mental health services research. *Hospital and Community Psychiatry* 45:487–489, 1994
69. Catalano R, Drake RE, Becker DR mfl.: Labor market conditions and employment of the mentally ill. *Journal of Mental Health Policy and Economics* 2:51–54, 1999
70. Gowdy EA, Rapp CA, Coffman M mfl.: The relationship between economic conditions and employment of people with severe and persistent mental illness. Lawrence, University of Kansas, USA, School of Social Welfare, 2000
71. Purlee GD: Predictors of Employment Outcome for Persons With Serious Mental Illness. Ph.D. dissertation. Bloomington, Indiana University, USA, School of Education, 1993
72. Baron R, Salzer MS: The career patterns of persons with serious mental illness: generating a new vision of lifetime careers for those in recovery. *Psychiatric Rehabilitation Skills* 4:136–156, 2000
73. Adams-Shollenberger GE, Mitchell TE: A comparison of janitorial workers with mental retardation and their non-disabled peers on retention and absenteeism. *Journal of Rehabilitation* 62(3):56–60, 1996
74. Averett S, Warner R, Little J mfl.: Labor supply, disability benefits, and mental illness. *Eastern Economic Journal* 25:279–288, 1999
75. Rogers ES, MacDonald-Wilson K, Danley K mfl.: A process analysis of supported employment services for persons with serious psychiatric disability: implications for program design. *Journal of Vocational Rehabilitation* 8:233–242, 1997
76. Rollins AL, Bond GR, Salyers MP: Interpersonal relationships on the job: does the employment program make a difference? Presentert under Fourth Biennial Research Seminar on Work, Matrix Research Institute, Philadelphia, USA, 11.–13. okt. 2000
77. Bond GR., Meyer PS: The role of medications in the employment of people with schizophrenia. *Journal of Rehabilitation* 65(4):9–16, 1999
78. Mueser KT, Salyers MP, Mueser PR: A prospective analysis of work in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, under trykking
79. Rogers ES, Walsh D, Masotta L mfl.: Massachusetts Survey of Client Preferences for Community Support Services (final report). Boston, USA, Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation, 1991
80. Anthony WA, Blanch A: Supported employment for persons who are psychiatrically disabled: an historical and conceptual perspective. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 11(2):5–23, 1987
81. Henry GT: *Practical Sampling*. Newbury Park, Calif., USA, Sage, 1990
82. Hogan MF: *Supported Employment: How Can Mental Health Leaders Make a Difference?* Columbus, USA, Ohio Department of Mental Health, 1999
83. Bedell JR, Draving D, Parrish A mfl.: A description and comparison of experiences of people with mental disorders in supported employment and paid prevocational training. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 21(3):279–283, 1998
84. Hatfield AB: Serving the unserved in community rehabilitation programs. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 13(2):71–82, 1989
85. Hollingsworth EJ, Sweeney JK: Mental health expenditures for services for people with severe mental illness. *Psychiatric Services* 48:485–490, 1997
86. Leff HS, Wise M: Measuring service system implementation in a public mental health system through provider descriptions of employment service need and use. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 18(4): 51–64, 1995
87. Five State Feasibility Study on State Mental Health Agency Performance Measures: Draft Executive Summary. Alexandria, Va, USA, National Association of State Mental Health Program Directors Research Institute, Inc, 1998
88. Wehman P, Moon MS: *Vocational Rehabilitation and Supported Employment*. Baltimore, USA, Brookes, 1988
89. Noble JH, Honberg RS, Hall LL mfl.: *A Legacy of Failure: The Inability of the Federal-State Vocational Rehabilitation System to Serve People With Severe Mental Illness*. Arlington, Va, USA, National Alliance for the Mentally Ill, 1997

90. Marshak LE, Bostick D, Turton LJ: Closure outcomes for clients with psychiatric disabilities served by the vocational rehabilitation system. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 33:247–250, 1990
91. Wehman P, Revell G: Supported employment: a decade of rapid growth and impact. *American Rehabilitation* 24(1):31–43, 1998
92. Riggs RT: HMOs and the seriously mentally ill: a view from the trenches. *Community Mental Health Journal* 32:213–218, 1996
93. Baron RC, Rutman ID, Hadley T: Rehabilitation services for people with long-term mental illness in the managed behavioral health care system: stepchild again? *Psychiatric Rehabilitation Journal* 20(2):33–38, 1996
94. Vogler KM: A Fidelity Study of the Indiana Supported Employment Model for Individuals With Severe Mental Illness. Ph.D. dissertation. Indianapolis, USA, Indiana University – Purdue University, Indianapolis, Department of Psychology, 1998
95. Barton R: Psychosocial rehabilitation services in community support systems: a review of outcomes and policy recommendations. *Psychiatric Services* 50:525–534, 1999
96. McDonnell J, Nofs D, Hardman M mfl.: An analysis of the procedural components of supported employment programs associated with employment outcomes. *Journal of Applied Behavior Analysis* 22:417–428, 1989
97. Braitman A, Counts P, Davenport R mfl.: Comparison of barriers to employment for unemployed and employed clients in a case management program: an exploratory study. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 19(1):3–18, 1995
98. Crane-Ross D, Roth D, Lauber BG: Consumers' and case managers' perceptions of mental health and community support service needs. *Community Mental Health Journal* 36:161–178, 2000
99. Spaniol L, Jung H, Zipple AM mfl.: Families as a resource in the rehabilitation of the severely psychiatrically disabled, in *Families of the Mentally Ill: Coping and Adaptation*. Redigert av Hatfield AB, Lefley HP. New York, USA, Guilford, 1987
100. Gill KJ, Pratt CW, Barrett N: Preparing psychiatric rehabilitation specialists through undergraduate education. *Community Mental Health Journal* 33:323–329, 1997
101. Noble JH: The benefits and costs of supported employment for people with mental illness and with traumatic brain injury in New York State. Buffalo, USA, Research Foundation of the State University of New York, 1991
102. Shafer MS, Pardee R, Stewart M: An assessment of the training needs of rehabilitation and community mental health workers in a six-state region. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 23(2):161–169, 1999
103. Corrigan PW, McCracken SG: *Interactive Staff Training: Rehabilitation Teams That Work*. New York, USA, Plenum, 1997
104. Addiction Technology Transfer Center: *The Change Book: A Blueprint for Technology Transfer*. Rockville, USA, Md, Addiction Technology Transfer Center National Network, 2000
105. Torrey WC, Drake RE, Dixon L, et al: Implementing evidence-based practices for persons with severe mental illness. *Psychiatric Services* 52:45–50, 2001
106. McCarthy D, Thompson D, Olson S: Planning a statewide project to convert day treatment to supported employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 22(1): 30–33, 1998
107. Golden TP, O'Mara S, Ferrell C mfl.: A theoretical construct for benefits planning and assistance, in the Ticket to Work and Work Incentive Improvement Act. *Journal of Vocational Rehabilitation* 14:147–152, 2000
108. Brooke V, Green H, O'Brien D mfl.: Supported employment: it's working in Alabama. *Journal of Vocational Rehabilitation* 14:163–171, 2000
109. Novak J, Mank D, Revell G mfl.: Paying for success: results-based approaches to funding supported employment, in *Supported Employment in Business: Expanding the Capacity of Workers With Disabilities*. Redigert av Wehman P. St Augustine, Fla, USA, Training Resource Network, under trykking
110. *Bridging Science and Service: A Report by the National Advisory Mental Health Council's Clinical Treatment and Services Research Workgroup*. Rockville, USA, Md, National Institute of Mental Health, 1999
111. Position statement on employment and rehabilitation for persons with severe psychiatric disabilities. National Association of State Mental Health Program Directors, 1996. Tilgjengelig på [www.nasmhpd.org/employps.htm](http://www.nasmhpd.org/employps.htm)
112. Batalden PB, Stoltz PK: A framework for the continual improvement of health care: building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work. *Joint Commission* 19:424–435, 1993
113. Becker DR, Torrey WC, Toscano R mfl.: Building recovery-oriented services: lessons from implementing individual placement and support (IPS) in community mental health centers. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 22(1):51–61, 1998



114. Mank D: The underachievement of supported employment: a call for reinvestment. *Journal of Disability Policy Studies* 5(2):1–24, 1994
115. Torrey WC, Mead S, Ross G: Addressing the social needs of mental health consumers when day treatment programs convert to supported employment: can consumer-run services play a role? *Psychiatric Rehabilitation Journal* 22(1):73–75, 1998
116. Bond GR, Evans L, Salyers MP mfl.: Measurement of fidelity in psychiatric rehabilitation. *Mental Health Services Research* 2:75–87, 2000
117. Bond GR, Becker DR, Drake RE mfl.: A fidelity scale for the individual placement and support model of supported employment. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 40:265–284, 1997. Instrument tilgjengelig på [www.vcu.edu/rrtcweb/sec/outcomes.html](http://www.vcu.edu/rrtcweb/sec/outcomes.html)
118. Milne D, Gorenski O, Westerman C mfl.: What does it take to transfer training? *Psychiatric Rehabilitation Skills* 4:259–281, 2000
119. Rapp C, Poertner J: *Social Administration: A Client-Centered Approach*. White Plains, NY, USA, Longman, 1992
120. Backer T, Liberman R, Kuehnel T: Dissemination and adoption of innovative psychosocial interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 54: 111–118, 1986
121. Steinwachs DM, Kasper JD, Skinner EA: *Family Perspectives on Meeting the Needs for Care of Severely Mentally Ill Relatives: A National Survey*. Baltimore, USA, Johns Hopkins University, Center on the Organization and Financing of Care for the Severely Mentally Ill, 1992

## IPS – Evidens

### Utvalgt litteraturfortegnelse

#### Evidens fra et demonstrasjonsprogram for sysselsettingsintervensjon

Employment Intervention Demonstration Program (EIDP) var en vilkårlig studie over fem år som omfattet åtte lokaliteter, støttet av SAMHSAs Center for Mental Health Services. Formålet var å finne de mest effektive metodene for å hjelpe deltakere med å skaffe seg og beholde jobber. Med mer enn 1400 deltakere var det på trykkesidspunktet den største og mest omfattende studien av IPS-tjenester for mennesker med en alvorlig psykisk lidelse. Journalene inneholder den beste og ferskeste informasjonen som er tilgjengelig fra denne banebrytende studien.

Burke-Miller, J. K., Cook, J. A., Grey, D. D. Razzano, L. A., Blyler, C. R. Leff, H. S. mfl. (2006). Demographic characteristics and employment among people with severe mental illness in a multisite study. *Community Mental Health Journal*, 42, 143–159.

Cook, J. A., Blyler, C. R. Leff, H. S., McFarlane, W. R. Goldberg, R. W. Gold, P. B. mfl. (2008). The Employment Intervention Demonstration Program: Major findings and policy implications. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31, 291–295.

Cook, J. A., Blyler, C. R. McFarlane, W. R. Leff, H. S. Mueser, K. T., Gold, P. B. mfl. (under trykking). Effectiveness of supported employment for individuals with schizophrenia: Results of a multi-site randomized trial. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*.

Cook, J. A., Leff, H. S., Blyler, C. R. Gold, P. B. Goldberg, R. W. Clark, R. E. mfl. (2006). Estimated payments to employment service providers for persons with mental illness in the Ticket to Work program. *Psychiatric Services*, 57, 465–471.

Cook, J. A., Lehman, A. F. Drake, R., McFarlane, W. R. Gold, P. B. Leff, H. S. mfl. (2005) Integration of psychiatric and vocational services: A multisite randomized, controlled trial of supported employment. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1948–1956.

Cook, J. A., Mulkern, V., Grey, D. D. Burke-Miller, J., Blyler, C. R. Razzano, L. A. mfl. (2006). Effects of local unemployment rate on vocational outcomes in a randomized trial of supported employment for individuals with psychiatric disabilities. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 25, 71–84.

Cook, J. A. Razzano, L. A. Burke-Miller, J. K., Blyler, C. R. Leff, H. S. Mueser, K. T. mfl. (2007). Effects of co-occurring disorders on employment outcomes in a multi-site randomized study of supported employment for people with severe mental illness. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 44, 837–850.

Gold, P. B. Meisler, N., Santos, A. B. Carnemolla, M. A. Williams, O. H. og Keleher, J. (2006). Randomized trial of supported employment integrated with Assertive Community Treatment for rural adults with severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 378–395.

Leff, H. S., Cook, J. A. Gold, P. B., Toprac, M., Blyler, C., Goldberg, R. W. mfl. (2005). Effects of job development and job support on competitive employment of persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 56, 1237–1244.

Lehman, A. F., Goldberg, R., Dixon, L. B., McNary, S., Postrado, L., Hackman, A. mfl. (2002). Improving employment outcomes for persons with severe mental illnesses. *Archives of General Psychiatry*, 59, 165–172.

Macias, C., DeCarlo, L. T., Wang, Q., Frey, J. og Barreira P. (2001). Work interest as a predictor of competitive employment: Policy implications for psychiatric rehabilitation. *Administration and Policy in Mental Health*, 28(4), 279–297.

Macias, C., Rodican, C. F., Hargreaves, W. A., Jones, D. R. Barreira, P. J. og Wang, Q. (2006). Supported employment outcomes of a randomized controlled trial of ACT and clubhouse models. *Psychiatric Services*, 57, 1406–1415.

Mueser, K. T., Clark, R. E., Haines, M., Drake, R. E., McHugo, G. J. Bond, G. R. mfl. (2004). The Hartford study of supported employment for persons with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 479–490.

Razzano, L. A., Cook, J. A., Burke-Miller, J. K., Mueser, K. T., Pickett-Schenk, S. A., Grey, D. D. mfl. (2005). Clinical factors associated with employment among people with severe mental illness: Findings from the Employment Intervention Demonstration Program. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 705–713.

Schonebaum, A. D., Boyd, J. K. og Dudek, K. J. (2006). A comparison of competitive employment outcomes for the clubhouse and PACT models. *Psychiatric Services*, 57(10), 1416–1420.

## Tilleggsforskning om effektivitet

Becker, D. R. og Drake, R. E. (2003). *A working life for people with severe mental illness*. New York, USA: Oxford University Press.

Presenterer forskningsresultatene for SE-modellen og overbevisende argumenter for å bruke en rehabiliteringsrettet tilnærming.

Bond, G. R., Resnick, S. G., Drake, R. E., Xie, H., McHugo, G. J. og Bebout, R. R. (2001). Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 489–501.

Viser at regulært arbeid over en lengre periode kan kobles til et forbedret symptombilde og bedre selvtilitt, sammenlignet med arbeidsløshet.

Drake, R. E., Becker, D. R., Clark, R. E. og Mueser, K. T. (1999). Research on the Individual Placement and Support model of supported employment. *Psychiatric Quarterly*, 70, 289–301.

Sammenfatter litteraturen om individuell ansettelse og støtte.

Marrone, J. og Gold, M. (1994). Supported employment for people with mental illness: Myths and facts. *Journal of Rehabilitation*, 60(4), 38–47.

Drøfter noen misforståelser i forbindelse med IPS.

Salyers, M. P., Becker, D. R., Drake, R. E., Torrey, W. C. og Wyzik, P. F. (2004). A ten-year follow-up of a supported employment program. *Psychiatric Services*, 55, 302–308.

Van Dongen, C. J. (1996). Quality of life and self-esteem in working and nonworking persons with mental illness. *Community Mental Health Journal*, 32, 535–548.

Viser en positiv korrelasjon mellom arbeid og livskvalitet/selvtillit.

## Kritiske komponenter

Bond, G. R. (1998). Principles of the Individual Placement and Support model: Empirical support. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, 11–23.

Sammenfatter forskningen som støtter seks prinsipper for IPS.

Bond, G. R. (2004). Supported employment: Evidence for an evidence-based practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27, 345–359.

Drake, R. E. og Becker, D. R. (1996). The Individual Placement and Support model of supported employment. *Psychiatric Services*, 47, 473–475.

Sammenfatter hovedprinsippene for IPS.

Employment Intervention Demonstration Program (EIDP). (2000). *Principles for employment services and support* [brochure]. Chicago, USA: University of Illinois at Chicago, R & T Center.

Angir prinsippene for IPS basert på et stort demonstrasjonsprosjekt på flere lokaliteter.

Gowdy, E. L., Carlson, L. S. og Rapp, C. A.

(2003). Practices differentiating high-performing from low-performing supported employment programs. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26, 232–239.

McGurk, S. R. og Mueser, K. T. (2003). Cognitive functioning and employment in severe mental illness. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 789–798.

## IPS i historisk sammenheng

Anthony, W. A. og Blanch, A. (1987). Supported employment for persons who are psychiatrically disabled: An historical and conceptual perspective. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(2), 5–23.

Argumenterer for å utvide bruken av IPS for personer med utviklingsrelaterte funksjonshemninger til personer med en psykisk lidelse.

Bond, G. R. (1992). Vocational rehabilitation. I R. P. Liberman (red.), *Handbook of psychiatric rehabilitation* (s. 244–275). New York, USA: Macmillan.

Omfattende evaluering av kontrollerte studier av yrkesrelaterte konsepter for deltakere med en alvorlig psykisk lidelse.

Bond, G. R. og McDonel, E. C. (1991). Vocational rehabilitation outcomes for persons with psychiatric disabilities: An update. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 1, 9–20.

Vurderer litteraturen om yrkesrelaterte behandlingsmetoder.

Cook, J. A. og Pickett, S. A. (1994). Recent trends in vocational rehabilitation for people with psychiatric disability. *American Rehabilitation*, 20(4), 2–12.

Vurderer litteraturen om yrkesrelaterte behandlingsmetoder.

Harding, C. M., Strauss, J. S., Hafez, H. og Liberman, P. B. (1987). Work and mental illness. Toward an integration of the rehabilitation process. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 317–326.

Bruker en velkjent studie fra Vermont i USA for å beskrive rehabiliteringsprinsipper.

Marrone, J. (1993). Creating positive vocational outcomes for people with severe mental illness. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17(2), 43–62.

En praktisk veiledning om ulike yrkesrelaterte alternativer.

Newman, L. (1970). Instant placement: A new model for providing rehabilitation services within a community mental health program. *Community Mental Health Journal*, 6, 401–410.

Sannsynligvis det første publiserte dokumentet som beskriver jobb/opplærings-tilnærmingen til IPS. Publisert nesten 20 år før prinsippet ble allment akseptert.

Noble, J. H., Honberg, R. S., Hall, L. L. og Flynn, L. M. (1997). *A legacy of failure: The inability of the federal-state vocational rehabilitation system to serve people with severe mental illness*. Arlington, VA, USA: National Alliance for the Mentally Ill.

En grundig analyse av systemet for IPS og hindringene som pårørende som forsøker å hjelpe deltakere med en psykisk lidelse, står overfor på arbeidsmarkedet.

Russert, M. G. og Frey, J. L. (1991). The PACT vocational model: A step into the future. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 14(4), 7–18.

Presenterer en konseptuell oversikt over sysselsettingsmodellen PACT, som har påvirket utviklingen av IPS-modellen betydelig.

Wehman, P. og Moon, M. S. (red.). (1988). *Vocational rehabilitation and supported employment*. Baltimore, USA: Brookes Publishing Co.

Viser hvordan IPS kan implementeres for grupper med ulike funksjonshemninger.

## Fra deltakerperspektiv

Bailey, J. (1998). I'm just an ordinary person. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, 8–10.

Tankevekkende beskrivelse i jeg-form om sysselsettingsprosessen.

Caswell, J. S. (2001). Employment: A consumer's perspective. I D. R. Becker og M. Barcus (red.), *Connections-State partnership initiative*, vår/sommer-utgave (s. 5). Fairfax, VA, USA: Virginia Commonwealth University.

Rothschild, D. P. (2006). *Kiosks Keep the Devils Away*. Lincoln, NE, USA: Universe.

## Beskrivelser av praksis

### Deltakerens valg

Bedell, J. R., Draving, D., Parrish, A., Gervery, R. og Guastadisegni, P. (1998). A description and comparison of experiences of people with mental disorders in supported employment and paid prevocational training. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 21, 279–283.

Sammenligner preferanser med hensyn til regulær eller skjermet sysselsetting.

Mueser, K. T., Becker, D. R. og Wolfe, R. (2001). Supported employment, job preferences, and job tenure and satisfaction. *Journal of Mental Health, 10*, 411–417.

Gransker hvordan det påvirker sannsynligheten for at deltakerne beholder jobbene, at sysselsettingen samsvarer med deltakernes ønsker.

### **Engasjere deltakerne i IPS**

Ahrens, C. S., Frey, J. L. og Burke, S. C. (1999). An individualized job engagement approach for persons with severe mental illness. *Journal of Rehabilitation, 65*(4), 17–24.

Drøfter nyttige strategier for å engasjere deltakere som ikke har arbeidsrettede mål.

### **Vurderingsmetoder for yrkesrelatert behandling**

Frey, J. L. og Godfrey, M. (1991). A comprehensive clinical vocational assessment: The PACT approach. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling, 22*(2), 25–28.

Beskriver praktiske vurderingsmetoder for yrkesrelatert behandling.

### **Skape arbeidsplasser**

Bissonnette, D. (1994). *Beyond traditional job development: The art of creating opportunity*. Chatsworth, CA, USA: Milt Wright.

En svært engasjert og omfattende praktisk veiledning om strategier for å skape arbeidsplasser.

Gervey, R. og Kowal, R. (1995). Job development strategies for placing persons with psychiatric disabilities into supported employment jobs in a large city. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 18*(4), 95–113.

Beskriver erfaringene med å finne sysselsettingsmuligheter for et IPS-program.

Griffin, C. og Hammis, D. (2003). *Making self-employment work for people with disabilities*. Baltimore, USA: Brookes Publishing Co.

Luecking, R. G., Fabian, E. S. og Tilson, G. P. (2004). *Working relationships: creating career opportunities for job seekers with disabilities through employer partnerships*. Baltimore, USA: Brookes Publishing Co.

### **Rimelige tilpasninger og diskresjonshensyn i forbindelse med funksjonshemninger**

Berven, N. L. og Driscoll, J. H. (1981). The effects of past psychiatric disability on employer evaluation of a job applicant. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling, 12*, 50–55.

Presenterer forskning som viser at arbeidsgivere diskriminerer jobbsøkere med psykiatiske diagnoser.

MacDonald-Wilson, K. L., Rogers, E. S., Massaro, J. M., Lyass, A. og Crean, T. (2002). An investigation of reasonable workplace accommodations for people with psychiatric disabilities: Quantitative findings from a multi-site study. *Community Mental Health Journal, 38*, 35–50.

Gir en konseptuell oversikt over diskresjonshensyn på arbeidsplassen, og beskriver vanlige tilpasninger for deltakere med en psykisk lidelse.

MacDonald-Wilson, K. L. og Whitman, A. (1995). Encouraging disclosure of psychiatric disability: Mental health consumer and service provider perspectives on what employers do. *American Rehabilitation, 21*, 15–19.

Mancuso, L. L. (1995). Achieving reasonable accommodation for workers with psychiatric disabilities: Understanding the employer's perspective. *American Rehabilitation*, 21, 2–8.

Analyserer rimelige tilpasninger for deltakere med alvorlig en psykisk lidelse.

### **Holde på jobben og karriereutvikling**

Baron, R. C. og Salzer, M. S. (2000). The career patterns of persons with serious mental illness: Generating a new vision of lifetime careers for those in recovery. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 4, 136–156.

Rapporterer resultatene fra en kvalitativ studie av karriereforhåpninger hos deltakere med en alvorlig psykisk lidelse.

Cook, J. A. (1992). Job ending among youth and adults with severe mental illness. *Journal of Mental Health Administration*, 19(2), 158–169.

Beskriver årsakene til at deltakere med en alvorlig psykisk lidelse slutter i jobben.

Resnick, S. G. og Bond, G. R. (2001). The Indiana Job Satisfaction Scale: Job satisfaction in vocational rehabilitation for people with serious mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25, 12–19.

Rapporterer om en studie som viser en begrenset sammenheng mellom innledende tilfredshet med jobben og tilbøyeligheten til å holde på den.

## **Implementering og administrasjon**

### **Helsetjenester fra delstatsperspektiv**

Hogan, M. F. (1999). *Supported employment: How can mental health leaders make a difference?* Columbus, OH, USA: Ohio Department of Mental Health.

Analyserer rollen til ledere for delstatenes offentlige helsetjenester med hensyn til å fremme sysselsetting.

### **Finansiering og kostnadseffektivitet i forbindelse med IPS**

Latimer, E. A. (2001). Economic impacts of supported employment for persons with severe mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 496–505.

Omfattende gjennomgang av litteraturen om kostnader og fordeler i forbindelse med IPS.

Latimer, E. A., Bush, P. W. Becker, D. R., Drake, R. E. og Bond, G. R. (2004). The cost of high-fidelity supported employment programs for people with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 55, 401–406.

### **Programansvarlige**

Balser, R., Hornby, H., Fraser, K. og McKenzie, C. (2001). *Business partnerships, employment outcomes: The Mental Health Employer Consortium*. Portland, ME, USA: Maine Medical Center. Tilgjengelig på [http://www.ecampus.com/bk\\_detail.asp?referrer=617&ISBN=0756725860](http://www.ecampus.com/bk_detail.asp?referrer=617&ISBN=0756725860) eller <http://www.dianepublishingcentral.com/ProductDetail.asp?ProductID=12004>.

Presenterer en vellykket modell for samarbeid med lokalt næringsliv om sysselsetting av deltakere med en alvorlig psykisk lidelse.

Becker, D. R., Torrey, W. C. Toscano, R., Wyzik P. F. og Fox, T. S. (1998). Building recovery-oriented services: Lessons from implementing IPS in community mental health centers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, 51–54.

Drøfter problemstillinger for programansvarlige som ønsker å fremme IPS.

Ford, L. H. (1995). *Providing employment support for people with long-term mental illness: Choices, resources, and practical strategies*. Baltimore, USA: Brookes Publishing Co.

En jordnær og fornuftig tilnærming til IPS.

### **Konvertere dagbehandling til IPS**

McCarthy, D., Thompson, D. og Olson, S. (1998). Planning a statewide project to convert day treatment to supported employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, 30–33.

Drøfter arbeidet for å fremme konvertering av dagbehandlingstjenester til IPS fra perspektivet til en leder innen offentlige helsetjenester på delstatsnivå.

Torrey, W. C. Becker, D. R. og Drake, R. E. (1995). Rehabilitative day treatment vs. supported employment: II. Consumer, family, and staff reactions to a program change. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18(3), 67–75.

Rapporterer om én studie i en serie studier som undersøker effekten på deltakere og pårørende ved konvertering av dagbehandling til IPS.

Torrey, W. C., Mead, S. og Ross, G. (1998). Addressing the social needs of mental health consumers when day treatment programs convert to supported employment: Can consumer-run services play a role? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, 73–75.

Gransker strategier for å unngå at deltakere med en alvorlig psykisk lidelse blir sosialt isolert på arbeidsplassen.

### **Delstatsorganisasjoner for IPS**

Marrone, J. og Hagner, D. (1993). Getting the most from the VR system. *Tools for Inclusion, Family and Consumer Services*, (1).

Drøfter strategier for å maksimere assistansen fra systemet for IPS.

Marshak L. E., Bostick, D. og Turton, L. J. (1990). Closure outcomes for clients with psychiatric disabilities served by the vocational rehabilitation system. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 33, 247–250.

Viser at andelen som godkjennes for IPS, er dobbelt så høy for personer med fysiske funksjonshemninger, som for personer med en alvorlig psykisk lidelse.

### **Faktorer som hindrer sysselsetting**

Braitman, A., Counts, P., Davenport, R., Zurlinden, B., Rogers, M., Clauss, J. mfl. (1995). Comparison of barriers to employment for unemployed and employed clients in a case management program: An exploratory study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19, 3–8.

Viser at de fleste klinikere anser at deltakere med en alvorlig psykisk lidelse er umotiverte.



Lehman, A. F. og Steinwachs, D. M. (1998). Patterns of usual care for schizophrenia: Initial results from the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) client survey. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 11–20.

Viser at tilgangen til IPS-tjenester er svært dårlig i det vanlige behandlingssystemet. Under 25 prosent av deltakerne i studien hadde en behandlingsplan med et arbeidsrettede mål.

Rutman, I. D. (1994). How psychiatric disability expresses itself as a barrier to employment.

*Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17(3), 15–35.

Sammenfatter faktorene som hindrer sysselsetting av deltakere med en alvorlig psykisk lidelse.

Wahl, O. (mai 1997). *Consumer experience with stigma: Results of a national survey*. Arlington, VA, USA: National Alliance for the Mentally Ill.

Dokumenterer hvordan en psykisk lidelse fremdeles er stigmatiserende.

Walls, R. T., Dowler, D. L. og Fullmer, S. L.

(1990). Incentives and disincentives to supported employment. I F. R. Rusch (red.), *Supported employment: Models, methods, and issues* (s. 251–269). Sycamore, IL, USA: Sycamore Publishing.

Beskriver faktorer som hindrer sysselsetting, og som er innebygde i Social Security-systemet.

## Spesielle befolkningsgrupper

Alverson, H. og Vincente, E. (1998). An ethnographic study of vocational rehabilitation for Puerto Rican Americans with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, 69–72.

Beskriver erfaringene til puertorikanske amerikanere med en alvorlig psykisk lidelse som benytter IPS-tjenester.

Cook, J. A., Pickett-Schenk, S. A., Grey, D., Banghart, M., Rosenheck, R. A. og Randolph, F. (2001). Vocational outcomes among formerly homeless persons with severe mental illness in the ACCESS program. *Psychiatric Services*, 52, 1075–1080.

Viser at kun case management og oppsøkende tjenester til hjemløse med en psykisk lidelse ikke øker sysselsettingsandelene. Det ser ut til at tjenester med målrettet sysselsetting gjør en forskjell.

Goering, P., Cochrane, J., Potasznik, H., Wasylenki, D. og Lancee, W. (1988). Women and work: After psychiatric hospitalization. I L. L. Bachrach og C. C. Nadelson (red.), *Treating chronically mentally ill women* (s. 45–61). Washington, DC, USA: American Psychiatric Press.

Beskriver spesifikke problemstillinger i forbindelse med kvinner med en psykisk lidelse som søker arbeid.

Harris, M., Bebout, R. R., Freeman, D. W. Hobbs, M. D., Kline, J. D., Miller, S. L. mfl. (1997). Work stories: Psychological responses to work in a population of dually diagnosed adults. *Psychiatric Quarterly*, 68, 131–153.

Presenterer en kvalitativ analyse av spesifikke problemstillinger i forbindelse med deltakere med en psykisk lidelse i kombinasjon med misbruksproblemer.

## Tilpasset utdanning

Carlson, L., Eichler, M. S., Huff, S. og Rapp, C. A. (2003). *A tale of two cities: Best practices in supported education*. Lawrence, USA: University of Kansas, School of Social Welfare.

Viser at karriere ofte er knyttet til utdanning, og at tilpasset utdanning derfor alltid bør være en del av IPS.

Mowbray, C. T., Brown, K. S., Furlong-Norman, K. og Soydan, A. S. (red.). (2002). *Supported education & psychiatric rehabilitation: Models and methods*. Linthicum, MD, USA: International Association of Psychosocial Rehabilitation Services. Tilgjengelig på <http://www.uspra.org>.

Unger, K. V. (1998). *Handbook on supported education: Providing services for students with psychiatric disabilities*. Baltimore, USA: Brookes Publishing Co.

Beskriver tilpasset utdanning for deltakere med en alvorlig psykisk lidelse.

## Implementere evidensbasert praksis

Drake, R. E., Merrens, M. R. og Lynde, D. W. (red.). (2005). *Evidence-based mental health practice: A textbook*. New York, USA: W.W. Norton.

En glimrende og lettlest innføring i KIT-modulene for evidensbasert praksis (EBP). Introducerer EBP-konseptene og -tilnæringsmetodene for behandling av en alvorlig psykisk lidelse, og beskriver hvor viktig forskningen er innen intervensjonsvitenskap samt utvikling av EBP-programmer. Ett kapittel for hvert av de fire EBP-programmene inneholder historisk bakgrunn, praksisprinsipper og en introduksjon til implementeringen. Scenarier viser erfaringene til personale og deltakere.

Drake, R. E., Goldman, H. H., Leff, H. S., Lehman, A. F., Dixon, L., Mueser, K. T. mfl. (2001). Implementing evidence-based practices in routine mental health service settings. *Psychiatric Services*, 52, 179–182.

Definerer forskjellene mellom evidensbasert praksis og relaterte konsepter som retningslinjer og algoritmer. Drøfter vanlige problemstillinger i forbindelse med bruk av EBP-programmer, for eksempel hvorvidt etiske verdier spiller en rolle under utformingen av praksisen, og hvordan man skal forholde seg til kliniske situasjoner det ikke finnes kliniske forskningsresultater for.

Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M. og Wallace, F. (2005). *Implementation Research: A synthesis of the literature*. (FMHI-publikasjon nr. 231). Tampa, FL, USA: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network. Tilgjengelig på <http://nirn.fmhi.usf.edu>.

Goldman, H. H., Ganju, V., Drake, R. E., Gorman, P., Hogan, M., Hyde, P. S. mfl. (2001). Policy implications for implementing evidence-based practices. *Psychiatric Services*, 52, 1591–1597.

Beskriver retningslinjer og administrative problemstillinger i forbindelse med implementering av evidensbasert praksis, spesielt innenfor offentlig sektor.

Hyde, P. S., Falls, K., Morris, J. A. og Schoenwald, S. K. (2003). *Turning knowledge into practice: A manual for behavioral health administrators and practitioners about understanding and implementing evidence-based practices*. Boston, USA: Technical Assistance Collaborative. Tilgjengelig på <http://www.tacinc.org/Docs/HS/EPBmanual.pdf>.

Torrey, W. C., Drake, R. E., Dixon, L., Burns, B. J., Flynn, L., Rush, A. J. mfl. (2001). Implementing evidence-based practices for persons with severe mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52, 45–50.

Sammenfatter perspektiver på hvordan endringer best kan utføres og hvordan effektiv praksis kan opprettholdes. Inneholder en eksempelplan for implementering av EBP-programmer.

## Utfyllende litteratur for programansvarlige og de offentlige helsetjenester

Batalden, P. B. og Stoltz, P. K. (1993). A framework for the continual improvement of health care: Building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 19, 424–447.

Gowdy, E. og Rapp, C. A. (1989). Managerial behavior: The common denominators of successful community based programs. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13(2), 31–51.

Nelson, E. C., Batalden, P. B. og Ryer, J. C. (red.). (1998). *Clinical improvement action guide*. Oakbrook Terrace, IL, USA: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.

Rapp, C. A. (1993). Client-centered performance management and the inverted hierarchy. I R. W. Flexer og P. L. Solomon (red.), *Community and social support for people with severe mental disabilities* (s. 173–192). Boston, USA: Andover.

Rapp, C. A. (1998). Supportive case management context: Creating the conditions for effectiveness. I C. A. Rapp (forfatter), *The strengths model: Case management with people suffering from severe and persistent mental illness* (s.163–193). New York, USA: Oxford University Press.

*Supervisor's Tool Box*. (1997). Lawrence, USA: University of Kansas, School of Social Welfare.

## IPS – Evidens

### Henvisninger

Listen nedenfor inneholder henvisninger til alle kildeangivelser i KIT-modulen.

Becker, D. R., Bond, G. R., McCarthy,

D., Thompson, D., Xie, H., McHugo, G. J. mfl. (2001). Converting day treatment centers to supported employment programs in Rhode Island. *Psychiatric Services*, 52, 351–357.

Becker, D. R., Smith, J., Tanzman, B., Drake, R. E. og Tremblay, T. (2001). Fidelity of supported employment programs and employment outcomes. *Psychiatric Services*, 52, 834–836.

Bond, G. R. og Salyers, M. P. (2004). Prediction of outcome from the Dartmouth Assertive Community Treatment Fidelity Scale. *CNS Spectrums*, 9, 937–942.

Bond, G. R., Vogler, K. M., Resnick S. G. Evans, L. J., Drake, R. E. og Becker, D. R. (2001). Dimensions of supported employment: Factor structure of the IPS Fidelity Scale. *Journal of Mental Health*, 10, 383–393.

Bond, G. R., Becker, D. R., Drake, R. E., Rapp, C. A., Meisler, N., Lehman, A. F. mfl. (2001). Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatric Services*, 52, 313–322.

Bond, G. R., Drake, R. E., Mueser, K. T. og Becker, D. R. (1997). An update on supported employment for people with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 48, 335–346.

Bond, G. R., Becker, D. R., Drake, R. E. og Vogler, K. M. (1997). A fidelity scale for the Individual Placement and Support model of supported employment. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 40, 265–284.

Bond, G. R., Dietzen, L. L. Vogler, K., Katuin, C. H., McGrew, J. H. og Miller, L. D. (1995). Toward a framework for evaluating cost and benefits of psychiatric rehabilitation: Three case examples. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 5, 75–88.

Campbell, J. og Schraiber, R. (1989, Summer). *The Well-Being Project: Mental health clients speak for themselves*. Sacramento, USA: California Network of Mental Health Clients. Tilgjengelig fra California Network of Mental Health Clients, 1722 J Street, Suite 324, Sacramento, CA 95814, USA.

- Clark, R. E. (1998). Supported employment and managed care: Can they coexist? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, 62–68.
- Cook, J. A., Leff, H. S., Blyler, C. R., Gold, P. B., Goldberg, R. W., Mueser, K. T. mfl. (2005). Results of a multisite randomized trial of supported employment interventions for individuals with severe mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 62, 505–512.
- Ganju, V. (juni 2004). *Evidence-based practices: Responding to the challenge*. Presentert ved NASMHPD Commissioner's Meeting, San Francisco, CA, USA.
- Hyde, P. S., Falls, K., Morris, J. A. og Schoenwald, S. K. (2003). Turning knowledge into practice: A manual for behavioral health administrators and practitioners about understanding and implementing evidence-based practices. Boston, USA: Technical Assistance Collaborative Tilgjengelig på <http://www.tacinc.org>.
- Institute of Medicine (2006). Improving the quality of health care for mental and substance-use conditions: Quality Chasm Series. Washington, DC, USA: National Academy of Sciences.
- Luecking, R. G., Fabian, E. S. og Tilson, G. P. (2004). *Working relationships: creating career opportunities for job seekers with disabilities through employer partnerships* (s. 54). Baltimore, USA: Brookes Publishing Co.
- McQuilken, M., Zahniser, J. H., Novak, J., Starks, R. D., Olmos, A. og Bond, G. R. (2003). The work project survey: Consumer perspectives on work. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 18, 59–68.
- Mueser, K. T., Becker, D. R., Torrey, W. C., Xie, H., Drake, R. E., Bond, G. R m.fl. (1997). Work and nonvocational domains of functioning in persons with severe mental illness: A longitudinal analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185:419–426.
- Mueser, K. T., Becker, D. R. og Wolfe, R. (2001). Supported employment, job preferences, job tenure and satisfaction. *Journal of Mental Health*, 10, 411–417.
- Mueser, K. T., Salyers, M. P. og Mueser, P. R. (2001). A prospective analysis of work in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 281–296
- National Advisory Mental Health Council Workgroup on Child and Adolescent Mental Health Intervention Development and Deployment. (2001). *Blueprint for change: research on child and adolescent mental health*. Rockville, MD, USA: National Institute of Mental Health. Tilgjengelig på <http://www.nimh.nih.gov>.
- New Freedom Commission on Mental Health. (2003). *Achieving the promise: Transforming mental health care in America. Final Report*. (DHHS-publikasjon nr. SMA-03-3832). Rockville, MD, USA: forfatter.
- Peters, T. J. og Waterman, R. H. (1982). *In search of excellence*. New York, USA: Harper & Row.
- Rogers, E. S., Walsh, D., Massotta, L. og Danley, D. (1991). *Massachusetts survey of client preferences for community support services. Final report*. Boston, USA: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Shaheen, G., Williams, F. og Dennis D. (red.). (2003). *Work as a priority: A resource for employing people who have serious mental illness and who are homeless*. (DHHS-publikasjon nr. SMA-03-3834). Rockville, MD, USA: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Tilgjengelig på <http://www.samhsa.gov>.
- Teague, G. R., Drake, R. E. og Ackerson, T. H. (1995). Evaluating use of continuous treatment teams for persons with mental illness and substance abuse. *Psychiatric Services*, 46, 689–695.
- Twamley, E. W., Jeste, D. V. og Lehman, A. F. (2003). Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders: A literature review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 515–523.

- U.S. Department of Health and Human Services. (1999). *Mental health: A report of the surgeon general*. Rockville, MD, USA: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services og National Institutes of Health, National Institute of Mental Health.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2001). *Mental health: Culture, race, and ethnicity. A supplement to mental health: A report of the surgeon general*. Rockville, MD, USA: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services.
- Smith, G., Kennedy, C., Knipper, S. og O'Brien, J. (2005). Using Medicaid to support working age adults with serious mental illnesses in the community: A Handbook. Washington, D.C., USA: U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary of Planning and Evaluation.
- Uttaro T. og Mechanic D (1994). The NAMI consumer survey analysis of unmet needs. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 372–374.

## IPS – Evidens

### Kildeangivelser

Materialet i KIT-modulen for IPS er utviklet gjennom National Implementing Evidence-Based Practices Project. Prosjektets samordningssenter – New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center – har utviklet, evaluert og revidert dette materialet sammen med mange andre samarbeidspartnere, blant annet klinikere, forskere, deltakere, pårørende og ledere, og har arbeidet på oppdrag av Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services.

Vi vil gjerne takke alle som har bidratt til alle sider ved dette prosjektet. Vi vil spesielt takke bidragsyterne og rådgiverne som er oppført på de neste sidene.

## **SAMHSA Center for Mental Health Services, tilsynskomit **

### **Michael English**

Division of Service and Systems Improvement Rockville, Maryland, USA

### **Neal B. Brown**

Community Support Programs Branch Division of Service and Systems Improvement Rockville, Maryland, USA

### **Sandra Black**

Community Support Programs Branch Division of Service and Systems Improvement Rockville, Maryland, USA

### **Crystal R. Blyler**

Community Support Programs Branch Division of Service and Systems Improvement Rockville, Maryland, USA

### **Pamela Fischer**

Homeless Programs Branch Division of Service and Systems Improvement Rockville, Maryland, USA

### **Sushmita Shoma Ghose**

Community Support Programs Branch Division of Service and Systems Improvement Rockville, Maryland, USA

### **Patricia Gratton**

Division of Service and Systems Improvement Rockville, Maryland, USA

### **Betsy McDonel Herr**

Community Support Programs Branch Division of Service and Systems Improvement Rockville, Maryland, USA

### **Larry D. Rickards**

Homeless Programs Branch Division of Service and Systems Improvement Rockville, Maryland, USA

## **Ledere**

### **Deborah Becker**

Dartmouth Psychiatric Research Center, Lebanon, New Hampshire, USA

### **Gary R. Bond**

Indiana University – Purdue University, Indianapolis, Indiana, USA

## **Bidragstere**

### **Charity Appell**

Ascutney, Vermont, USA

### **Morris D. Bell**

Veteran's Administration West Haven, Connecticut, USA

### **Crystal R. Blyler**

Community Support Programs Branch Division of Service and Systems Improvement Rockville, Maryland, USA

### **Randee Chafkin**

U.S. Department of Labor Washington, D.C., USA.

### **Michael J. Cohen**

National Alliance on Mental Illness (NAMI), Concord, New Hampshire, USA



**Efrain Diaz**

Newington, Connecticut, USA

**Cathy Donahue**

Calais, Vermont, USA

**Kana Enomoto**

Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, Maryland, USA

**Erik Johannessen**

Odyssey, Hampton, New Hampshire, USA

**Jeffrey Krolick**

Options for Southern Oregon Grants Pass, Oregon, USA

**David W. Lynde**

Dartmouth Psychiatric Research Center, Concord, New Hampshire, USA

**Doug Marty**

The University of Kansas Lawrence, Kansas, USA

**Gregory J. McHugo**

Dartmouth Psychiatric Research Center, Lebanon, New Hampshire, USA

**Alan C. McNabb**

Ascutney, Vermont, USA

**Matthew Merrens**

Dartmouth Psychiatric Research Center, Lebanon, New Hampshire, USA

**Bill Naughton**

Southeastern Mental Health Authority Norich, Connecticut, USA

**Ernest Quimby**

Howard University Washington, D.C., USA.

**Charles A. Rapp**

The University of Kansas Lawrence, Kansas, USA

**Dennis Ross**

Marshfield, Vermont, USA

**Gary Shaheen**

Advocates for Human Potential, Inc. Albany, New York, USA

**Karin Swain**

Dartmouth Psychiatric Research Center, Lebanon, New Hampshire, USA

**Boyd J. Tracy**

Dartmouth Psychiatric Research Center Rutland, Vermont, USA

**William Torrey**

Dartmouth Medical School Hanover, New Hampshire, USA

**Rådgivere for National Implementing Evidence-Based Practices Project**

**Dan Adams**

St. Johnsbury, Vermont, USA

**Diane C. Alden**

New York State Office of Mental Health, New York, USA

**Lindy Fox Amadio**

Dartmouth Psychiatric Research Center, Concord, New Hampshire, USA

**Diane Asher**

University of Kansas Lawrence, Kansas, USA

**Stephen R. Baker**

University of Maryland School of Medicine, Baltimore, Maryland, USA

**Stephen T. Baron**

Department of Mental Health Washington, D.C., USA

**Deborah R. Becker**

Dartmouth Psychiatric Research Center, Lebanon, New Hampshire, USA

**Nancy L. Bolton**

Cambridge, Massachusetts, USA

**Patrick E. Boyle**

Case Western Reserve University Cleveland, Ohio, USA

**Mike Brady**

Adult & Child Mental Health Center, Indianapolis, Indiana, USA

**Ken Braiterman**

National Alliance on Mental Illness (NAMI), Concord, New Hampshire, USA

**Janice Braithwaite**

Snow Hill, Maryland, USA

**Michael Brody**

Southwest Connecticut Mental Health Center Bridgeport, Connecticut, USA

**Mary Brunette**

Dartmouth Psychiatric Research Center, Concord, New Hampshire, USA

**Sharon Bryson**

Ashland, Oregon, USA

**Barbara J. Burns**

Duke University School of Medicine Durham, North Carolina, USA

**Jennifer Callaghan**

University of Kansas School of Social Welfare Lawrence, Kansas, USA

**Kikuko Campbell**

Indiana University – Purdue University, Indianapolis, Indiana, USA

**Linda Carlson**

University of Kansas Lawrence, Kansas, USA

**Diana Chambers**

Department of Health Services Burlington, Vermont, USA

**Alice Claggett**

University of Toledo College of Medicine Toledo, Ohio, USA

**Marilyn Cloud**

Department of Health and Human Services, Concord, New Hampshire, USA

**Melinda Coffman**

University of Kansas Lawrence, Kansas, USA

**Jon Collins**

Office of Mental Health and Addiction Services, Salem, Oregon, USA

**Laurie Coots**

Dartmouth Psychiatric Research Center, Lebanon, New Hampshire, USA

**Judy Cox**

New York State Office of Mental Health, New York, USA

**Harry Cunningham**

Dartmouth Psychiatric Research Center, Concord, New Hampshire, USA

**Gene Deegan**

University of Kansas Lawrence, Kansas, USA

**Natalie DeLuca**

Indiana University – Purdue University, Indianapolis, Indiana, USA

**Robert E. Drake**

Dartmouth Psychiatric Research Center Lebanon, New Hampshire, USA

**Molly Finnerty**

New York State Office of Mental Health, New York, USA

**Laura Flint**

Dartmouth Evidence Based Practices Center Burlington, Vermont, USA

**Vijay Ganju**

National Association of State Mental Health Program Directors Research Institute Alexandria, Virginia, USA

**Susan Gingerich**

Narberth, Pennsylvania, USA

**Phillip Glasgow**

Wichita, Kansas, USA

**Howard H. Goldman**

University of Maryland School of Medicine, Baltimore, Maryland, USA

**Paul G. Gorman**

Dartmouth Psychiatric Research Center Lebanon, New Hampshire, USA

**Gretchen Grappone**

Concord, New Hampshire, USA

**Eileen B. Hansen**

University of Maryland School of Medicine University of Maryland, Baltimore, USA

**Kathy Hardy**

Strafford, Vermont, USA

**Joyce Hedstrom**

Courtland, Kansas, USA

**Lon Herman**

Department of Mental Health, Columbus, Ohio, USA

**Lia Hicks**

Adult & Child Mental Health Center Indianapolis, Indiana, USA

**Debra Hrouda**

Case Western Reserve University Cleveland, Ohio, USA

**Bruce Jensen**

Indiana University – Purdue University, Indianapolis, Indiana, USA

**Clark Johnson**

Salem, New Hampshire, USA

**Amanda M. Jones**

Indiana University – Purdue University, Indianapolis, Indiana, USA

**Joyce Jorgensen**

Department of Health and Human Services, Concord, New Hampshire, USA

**Hea-Won Kim**

Indiana University – Purdue University, Indianapolis, Indiana, USA

**David A. Kime**

Transcendent Visions and Crazy Nation Zines Fairless Hills, Pennsylvania, USA

**Dale Klatzker**

The Providence Center, Providence, Rhode Island, USA

**Kristine Knoll**

Dartmouth Psychiatric Research Center, Lebanon, New Hampshire, USA

**Bill Krenek**

Department of Mental Health, Columbus, Ohio, USA

**Rick Kruszynski**

Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio, USA

**H. Stephen Leff**

Evalueringssenteret ved Human Services Research Institute, Cambridge, Massachusetts, USA

**Treva E. Lichti**

National Association on Mental Illness (NAMI), Wichita, Kansas, USA

**Wilma J. Lutz**

Department of Mental Health, Columbus, Ohio, USA

**Anthony D. Mancini**

New York State Office of Mental Health, New York, USA

**Paul Margolies**

Hudson River Psychiatric Center Poughkeepsie, New York, USA

**Tina Marshall**

University of Maryland School of Medicine, Baltimore, Maryland, USA

**Ann McBride (avdød)**

Oklahoma City, Oklahoma, USA

**William R. McFarlane**

Maine Medical Center, Portland, Maine, USA

**Mike McKasson**

Adult & Child Mental Health Center, Indianapolis, Indiana, USA

**Alan C. McNabb**

Ascutney, Vermont, USA

**Meka McNeal**

University of Maryland School of Medicine, Baltimore, Maryland, USA

**Ken Minkoff**

ZiaLogic, Albuquerque, New Mexico, USA

**Michael W. Moore**

Office of Mental Health and Addiction Services, Salem, Oregon, USA

**Roger Morin**

Center for Health Care Services, San Antonio, Texas, USA

**Lorna Moser**

Indiana University – Purdue University, Indianapolis, Indiana, USA

**Kim T. Mueser**

Dartmouth Psychiatric Research Center, Concord, New Hampshire, USA

**Britt J. Myrhol**

New York State Office of Mental Health, New York, USA

**Bill Naughton**

Southeastern Mental Health Authority, Norwich, Connecticut, USA

**Nick Nichols**

Department of Health, Burlington, Vermont, USA

**Bernard F. Norman**

Northeast Kingdom Human Services, Newport, Vermont, USA

**Linda O'Malia**

Oregon Health og Science University, Portland, Oregon, USA

**Ruth O. Ralph**

University of Southern Maine, Portland, Maine, USA

**Angela L. Rollins**

Indiana University – Purdue University, Indianapolis, Indiana, USA

**Tony Salerno**

New York State Office of Mental Health, New York, USA

**Diana C. Seybolt**

University of Maryland School of Medicine, Baltimore, Maryland, USA

**Patricia W. Singer**

Santa Fe, New Mexico, USA

**Mary Kay Smith**

University of Toledo, Toledo, Ohio, USA

**Diane Sterenbuch**

Bethesda, Maryland, USA

**Bette Stewart**

University of Maryland School of Medicine, Baltimore, Maryland, USA

**Steve Stone**

Mental Health og Recovery Board, Ashland, Ohio, USA

**Maureen Sullivan**

Department of Health and Human Services, Concord, New Hampshire, USA

**Beth Tanzman**

Department of Health, Burlington, Vermont, USA

**Greg Teague**

University of Southern Florida, Tampa, Florida, USA

**Boyd J. Tracy**

Dartmouth Psychiatric Research Center, Lebanon, New Hampshire, USA

**Laura Van Tosh**

Olympia, Washington, USA

**Joseph A. Vero**

National Association on Mental Illness (NAMI), Aurora, Ohio, USA

**Barbara L. Wieder**

Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio, USA

**Mary Woods**

Westbridge Community Services, Manchester, New Hampshire, USA

**Spesiell takk til**

følgende organisasjoner for deres sjenerøse bidrag:

- Johnson & Johnson
- The Robert Wood Johnson Foundation

■ The John D. & Catherine T. MacArthur Foundation

■ West Family Foundation

### **Produksjon, redaksjon og grafisk assistanse**

**Carolyn Boccella Bagin**

Center for Clear Communication, Inc. Rockville, Maryland, USA

**Sushmita Shoma Ghose**

Westat, Rockville, Maryland, USA

**Chandria Jones**

Westat, Rockville, Maryland, USA

**Tina Marshall**

Gaithersburg, Maryland, USA

**Mary Anne Myers**

Westat, Rockville, Maryland, USA

**Robin Ritter**

Westat, Rockville, Maryland, USA