

Skole- & JobbResept

••• HELSE STAVANGER
Stavanger universitetssjukehus

Sluttrapport: JobbResept - Virker det?

Sluttrapport: JobbResept- Virker det?

Forord

Dette prosjektet, *JobbResept- jobb på resept*, ble finansiert med FoU-midler fra Arbeids- og velferdsdirektoratet. Prosjektperioden var fra 2012-2016. PI ved TIPS Psykoseforskning, Stavanger Universitetssjukehus, Wenche ten Velden Hegelstad, var forskningsansvarlig for denne evalueringen, og daglig leder i JobbResept Lena Heitmann, var ansvarlig for levering av intervensjonen og medansvarlig for datainnsamlingen. Denne rapporten er skrevet av Wenche ten Velden Hegelstad.

JobbResept som behandlingstilbud ble startet i 2007. Hensikten med studien som evalueres her var å undersøke nytten av å komme tidlig til med psykososial hjelp rettet mot arbeid for de pasientene som kom til psykisk helsevern med de tyngste lidelsene, altså psykoselidelsene. Seks medarbeidere (to psykiatrisk sykepleiere, en klinisk sosionom, en ergoterapeut, 1 lærer og en vernepleier) leverte intervensjonen, som ble skåret på "fidelity" av en uavhengig rater.

Underveis har vi knyttet kontakter med internasjonale og nasjonale fagmiljøer, og gjennom erfaringsutvikling har vi hele tiden strevd etter å heve nivået på vår intervensjon. Vi har også ervervet en naturlig tilhørighet til det lokale arbeidslivet, stort sett det private næringsliv. Som del av spesialisthelsetjenesten er vi en viktig samfunnsaktør, og det å være mer synlig, lettere tilgjengelig, være en selvsagt del av et nærmiljø vil etter vårt skjønn tjene til både å avstigmatisere psykiske lidelser, og å senke terskelen for å søke hjelp for de som sliter med psykiske utfordringer.

Stikkord for visjonen til JobbResept er: *Funksjonsrettet psykisk helsevern tidlig, kunnskapsbasert, og nært.*

Vi har hatt god støtte fra ledelsen i Avdeling Unge Voksne ved Psykiatrisk Klinikk på Stavanger Universitetssjukehus; Randi Mobæk (direktør) og Frode Jåtten (seksjonsleder), og retter en stor takk til dem.

Vi takker alle deltakere som tok seg tid til å svare på våre spørsmål, alle arbeidsgivere som har bidratt, og til Arbeids- og velferdsdirektoratet for økonomisk støtte.

Stavanger, 6. februar 2017

Forord	1
Kortversjon	5
1. Innledning	6
1.1 Bakgrunn	6
Psykose	6
Psykose og arbeid.....	6
Arbeid i psykisk helsevern	8
Hinder for arbeidsdeltakelse.....	9
Utdanning	9
Skotter mellom systemene	10
Negative symptomer	10
2. Overvinne hinder for arbeidsdeltakelse	11
2.1 Individuell Plassering og Støtte (IPS)	11
2.2 Hvordan ble JobbResept til?	12
3. Self-efficacy	14
4. Problemstillinger	14
5. Metode	15
5.1 Design	15
5.2 Deltakere	16
5.3 Kontrollbetingelse	18
5.4 Målinger	21
Fidelity.....	21
Symptomer	21
Diagnoser	21
Fungering	22
Arbeid	22
Måletidspunkt.....	23
5.5 Etikk	24
5.6 Statistiske analyser	24
6. Virkemidler	25
6.1 Tidlig intervensjon	25
6.2 Hvordan JobbResept arbeider	25
Faser ved arbeidsrehabilitering i JobbResept	26
Første fase: Kartlegging og diagnostikk	26

Andre fase: "Rehabilitation readiness"	26
Tredje fase: Rehabiliteringsmål pluss rehabiliteringsdiagnose er lik rehabiliteringsplan	27
Fjerde fase: Rehabiliteringsplanen settes ut i livet.....	27
Femte fase: Veiledning.....	28
Kontakt med NAV-veileder.....	28
7. Måloppnåelse og resultater.....	29
7.1 Karakteristika ved inklusjon.....	29
7.2 Ett års oppfølging.....	31
7.3 Mediasjonsanalyser	33
7.4 To års oppfølging.....	35
8. Konklusjon	36
9. Veien videre.....	38
10. Referanser	39
11. Vedlegg.....	45
Samtykkeskjema.....	45
Diagnostikk	51
Symptomer.....	52
Arbeid, meningsfylt beskjeftigelse, fungering	53
Selvfølelse og self-efficacy	54
Rus.....	56
Fidelityskåre; integrert for arbeid og skole (SE=Supported Employment; Sed= Supported Education)	58

Kortversjon

Internasjonale studier viser at 70% av pasienter som har eller har hatt en psykoselidelse ikke har noen form for arbeid, hverken full- eller deltid. Det er et samfunnsøkonomisk og et menneskelig problem. Organisasjon for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD) har pekt på manglende samarbeid mellom psykiske helsetjenester og arbeidsformidling (NAV) som del av problemet (OECD, 2013). I 2007 ble JobbResept til som et samarbeid mellom storbysatsningen "Vilje viser vei" i NAV, og Stavanger Universitetssykehus. JobbResept startet som et praksisplassprosjekt for personer med psykisk lidelse men overtok raskt metodikken kjent fra Individuell Jobbstøtte (IPS). I 2012 bevilget Arbeids- og Velferdsdirektoratet midler for en systematisk evaluering av JobbResept spesifikt for psykosepasienter. Det opprinnelige designet var en randomisert kontrollert studie, noe som måtte omgjøres til en matched kontrollstudie da IPS ble del av nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av psykoselidelser (Helsedirektoratet, 2013). Å randomisere til ikke-intervensjon ble ikke etisk forsvarlig. Matched-controlstudien som ble utført i stedet viser svært gode resultater av over ett år: 50% av deltakere var i arbeid og/eller utdanning mer enn 50%, mot 16.7% av deltakere i kontrollgruppe. Ett år etter avsluttet intervensjon var likevel mange igjen falt ut av arbeidsliv eller utdanning, og forskjellene mellom gruppene var ikke lenger signifikante. Vi konkluderer med at en arbeidsrettet psykososial intervensjon for denne gruppen av pasienter, eller brukere, har god effekt men bør ha lengre varighet enn ett år for at effekten skal opprettholdes.

Prosjektet er finansiert med FoU-midler fra Arbeids- og velferdsdirektoratet.

1. Innledning

1.1 Bakgrunn

Psykose

Psykoselidelser er blant de alvorligste psykiske lidelsene, og rammer særlig unge mennesker mellom 16-25 år. En del av symptomene kan være til stede i mange psykiske lidelser, og visse psykotiske fenomener kan også oppstå hos ikke-behandlingstrengende personer, men psykoselidelser er en gruppe alvorlige psykiske lidelser der psykosesymptomer former grunnstammen. I det mest brukte diagnosesystemet i Norge i dag, ICD-10, er følgende psykosedagnoser oppført: Substansindusert psykotisk lidelse; Schizofreni; Schizoaffectiv lidelse; Akutt polymorf psykose; akutt schizofrenilignende lidelse; vrangforestillingslidelse, og psykose Ikke Nærmere Angitt. I tillegg regnes ofte også alvorlige depressive eller maniske episoder med psykose til denne familien av psykiske lidelser.

Psykosesymptomer kalles ofte enten for positive eller negative. Positive symptomer er fenomener som kommer til, altså i den forstand har et positivt fortegn; det gjelder hallusinasjoner, vrangforestillinger, eller forvirring. Negative symptomer oppstår når friske funksjoner svekkes. Dette kan vise seg i apati, viljesvakhet, tap av initiativ, psykomotorisk treghet, eller affektavflating.

Psykose og arbeid

Aktive psykosesymptomer er i remisjon etter ti år hos 50% av pasienter med de tyngste lidelsene (Bromet, Naz, Fochtmann, Carlson, & Tanenberg-Karant, 2005; W. T. Hegelstad et al., 2012). Likevel er svært få i arbeid. Internasjonale studier viser at hele 70% av pasienter som har eller har hatt en psykoselidelse ikke har noen form for arbeid, hverken full- eller deltid (Marwaha & Johnson, 2004). I en norsk studie på et pasientutvalg fra Tidlig oppdagelse og Intervensjon ved Psykose-studien (TIPS), hadde 63% av Første Episode Psykose (FEP) pasienter ikke noen arbeidsinntekt to år etter diagnose (Tandberg et al., 2011). I andre norske studier har andelen schizofrenipasienter (pasienter med langvarig psykose) uten arbeid vært 94-95% (Helle & Gråwe, 2007; Melle, Friis, Hauff, & Vaglum, 2000). Videre viste tall fra arbeids- og velferdsdepartementet i 2005 at 18% av unge uføre hadde psykoselidelser. Dette er en

høy andel sett i forhold til relativt lav insidens (ca. 2.7 nye tilfeller pr 10 000 pr år) (W. t. V. Hegelstad et al., 2013). Denne lave arbeidsdeltakelsen medfører store menneskelige og samfunnsmessige kostnader, både grunnet tapt arbeidsevne og helseutgifter (Knapp et al., 2013); ca. 1% av brutto nasjonalprodukt i vestlige land (Johannessen, 2002). Femtitte til 70% av schizofrenipasienter ønsker seg arbeid (Mueser, Salyers, & Mueser, 2001) (Secker, Grove, & Seebom, 2001). Dersom 70% av personer med psykoselidelser hadde kommet i arbeid hadde dette kunnet medføre en positiv kostnadseffekt på 1.5 milliarder kroner årlig i Norge (Helsedirektoratet, 2013).

Å stå utenfor arbeidslivet fører til tap av sosiale roller, sosial isolasjon, dårlig selvfølelse, og passivisering (Bromet et al., 2005). Det er også forbundet med nedsatt livskvalitet og depresjon (Eklund, Hansson, & Bejerholm, 2001). Å være i arbeid har på den annen side vist seg mulig å kunne ha positiv effekt på symptomnivå, både på kort og lengre sikt (Bell & Lysaker, 1997). En arbeidsplass er en sentral arena for selvutvikling, sosialt samvær og tilhørighet, viktige forutsetninger for glede og trivsel (Warner, 2009). Arbeid betyr en mulighet til å forlate pasientrollen til fordel for en mer aktiv og normalisert rolle som arbeidstaker. Det å være i arbeid bør da også i følge eksperter i fagfeltet del av de fleste definisjoner av "recovery", eller tilfriskning med funksjonsfriskhet (van Os et al., 2006).

Remisjonsraten etter ti år på 50% i de alvorligste psykoselidelsene gir at det ikke kan være symptomene i seg selv som alene former hindringer for arbeidsdeltakelse. Blant annet er tidlig debut av symptomer (Altamura, Bobo, & Meltzer, 2007), dårlig premorbid fungering og da spesielt gjeldende for akademiske prestasjoner (Ucok, Polat, Genc, Cakir, & Turan, 2004) (Larsen et al., 2004) og stoffmisbruk (Green et al., 2004) kjente prediktorer for ugunstig forløp og utfall. Psykoselidelser er lidelser som ofte rammer unge midt i den livsfasen når yrke og partner velges og egen identitet formes. Stans i denne viktige utviklingsfasen grunnet psykisk sykdom kan føre til motløshet, negative forventninger, stigma, og selvstigma, samt at sjanser og muligheter går tapt. Tradisjonell standard behandling har best effekt på positive symptomer, mens nettopp en del av de fenomenene som er til størst hinder for god fungering ikke responderer godt. Derfor er etter vår mening ikke symptombehandling slik den er tilgjengelig i dag alene god nok helsehjelp.

Arbeid i psykisk helsevern

Arbeid som del av behandling også for de alvorligste psykiske lidelsene er ikke en ny idé. Psykiatri, eller psykisk helsevern, og arbeid har hatt vekslende og varierende tilknytning til hverandre gjennom århundrene. Fra renessansens tid i Europa og til godt utpå 1800-tallet ble pasienter med alvorlige psykiske tilstander satt i arbeid i tekstilindustri, gjerne på sykehuseterrenget, i trebevirkningsindustri, eller i jordbruk. Rundt 1900 oppstod det en dreining mot mer klinisk rettet psykiatri, det vil si mer basert på hospitalisering og "sengepleie". Pasienter tilbrakte timer, eller til og med dager, liggende til sengs.

Pasienten var syk og fikk ikke, eller behøvde ikke- å arbeide. Den tyske psykiateren Simon var en sterk stemme som i 1920-årene snudde denne trenden og tok kraftig til orde for en mer aktiv behandling. Arbeidsterapi ble en vanlig ingrediens i mange behandlinger, men da ofte i form av arbeidsstuer eller aktivitetstilbud, samt skjermet arbeid. Denne terapien hadde som oftest ikke noe behandlingsmål, pasientene var "ferdigbehandlet" og i "sin habituelle tilstand", håp om ytterligere bedring var det oftest ikke. Kanskje fordi arbeidsterapi var del av rehabilitering, noe som fant sted etter at behandling var avsluttet, har det vært utfordrende å få til integrasjon av personer med alvorlig psykisk lidelse i arbeidsmarkedet.

I Norge har det de siste tiårene vært tre viktige plandokumenter for psykisk helse og arbeid. Det første var Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2008). Den ga på mange måter opphav til Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007-2012) og Oppfølgingsplanen for arbeid og psykisk helse (2013-2016), som begge er mer spesifikt rettet mot arbeid. "Strategien skal styrke brobyggingen mellom arbeids- og velferdsforvaltningen og helsesektoren, og må blant annet ses i nær sammenheng med intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv og satsningen på sykefraværsoppfølging" (inkluderingsdepartementet & omsorgsdepartementet, 2006) heter det i strategiplanen 2007-2012, som var gjeldende da JobbReseptstudien startet. I begge de to siste planene vektlegges ressurser, restfunksjon, tilfriskning, mestring, samt pasientens premisser og valg. Dette er grunnleggende verdier også i psykiatrisk rehabilitering, en måte å tenke på som vant terreng på 80- og 90-tallet. På mange måter er dagens IPS en videreføring av denne tenkningen, som også har gjenklang i recovery-tenkningen som i dag får økende gjennomslag i psykisk helsevern. En mye brukt definisjon er gitt av Anthony og Farkas:

” Recovery is described as a deeply personal, unique process of changing one’s attitudes, values, feelings, goals, skills, and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one’s life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness. ” (W. Anthony, 1993)

Hinder for arbeidsdeltakelse

Utdanning

En avgjørende faktor for arbeidsdeltakelse er utdanning. Å ikke gjøre seg ferdig med utdanning er i populasjonen personer med psykoselidelser en signifikant prediktor for senere å stå utenfor arbeidslivet (Alvarez-Jimenez et al., 2012). Sammenhengen mellom psykiske lidelser og skolefravall er veldokumentert (Ingul & Nordahl, 2013) (Ingul & Nordahl, 2013). Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD) publiserte i 2014 en rapport hvorav det fremgikk at 28 prosent av elever i norsk videregående opplæring ikke fullfører på normert tid, eller ikke fullfører i det hele tatt. Dette er en høyere andel enn gjennomsnittet i Europa, som for det samme året var 13 prosent (OECD, 2014). I Rogaland fylke oppgir 29% av elever som slutter før fullføring av videregående skole personlige årsaker eller sykdom som grunn for å avbryte (RogalandFylkeskommune, 2016). Nasjonale undersøkelser tyder på at om lag 20% av norske ungdommer sliter psykisk i en grad at det hemmer dem i sin daglige fungering (Skogen et al., 2015) . Det betyr at opptil fem elever i hver klasse på videregående skole sliter psykisk.

Mange skoler har satt dette på dagsorden og arbeider systematisk med å forebygge fravall, men gode vitenskapelige evalueringer av innsatsen mangler, selv om viktigheten av tett oppfølging og tidlig innsats har blitt foreslått som viktige ingredienser (RogalandFylkeskommune, 2016). Helse- og omsorgskomiteen på Stortinget leverte i 2015 en innstilling til regjeringen om opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse. Innstillingen har som gjennomgangstema økt tilgjengelighet av kompetent hjelp i tidlig fase (Innstilling 346.S; Dokument 8:43 S (2015-2016)).

Skotter mellom systemene

OECD har senest i 2016 anbefalt styrket fokus på arbeid i psykisk helsevern (OECD 2016). De skriver også i 2013 i sin rapport "Mental Health and Work" at skottene mellom psykisk helsevern og NAV, så vel som fragmenteringen innen psykisk helsevern med kommunale førstelinjetjenester og regionale helseforetak som leverer spesialisthelsetjenester, er noen av hovedbarrierene for arbeidsmarkedsinkludering. Det etterlyses økt bevissthet om arbeid som viktig faktor i tilfriskning, og anbefaler å inkludere arbeid som del av behandling. Det anbefales også tettere samarbeid mellom psykiske helsetjenester og arbeidsformidling (NAV) (OECD, 2013). Nettopp dette er i tråd med regjeringens strategiplaner, og med JobbReseps praksis.

Negative symptomer

De alvorligste psykoselidelsene, slik som schizofreni, er ofte kjennetegnet av negative symptomer, det vil si symptomer som tap av initiativ, motivasjon, og affekter (Alvarez-Jimenez et al., 2012) (Browne et al., 2000) (Kirkpatrick, Fenton, Carpenter, & Marder, 2006). Disse er vanskelige å behandle medikamentelt men er nettopp sterkest assosiert med lav arbeidsdeltakelse, lav sosial deltakelse, og lav livskvalitet (Evensen et al., 2012) (Melle et al., 2005) (Melle et al., 2008). En grunn til at de kan være vanskelige å behandle med medisiner kan være at de på mange måter kan ses på som et lappeteppes av forskjellige fenomener: Tillært hjelpeløshet etter mange nederlag; passivitet som følge av langvarig institusjonalisering; depresjon som konsekvens av at "livet går fra en"; livsstil med mye stillesitting, røyk og dårlig mat; bivirkninger av medisiner; og sosial isolasjon, i tillegg til de mer biologisk forankrede symptomene. Disse fenomenene er også assosiert med kognitive problemer slik som oppmerksomhets- eller hukommelsesproblemer (Bora, Yucel, & Pantelis, 2009; Milev, Ho, Arndt, & Andreasen, 2005), (Rosenheck et al., 2006) (Kopelowicz, Liberman, Ventura, Zarate, & Mintz, 2005) noe som ytterligere kan vanskeliggjøre arbeidsmessig fungering. Hos om lag 30% av pasientene med schizofreni, og 10-20% av FEP pasienter som gruppe med alle psykosediagnoser i ett, oppstår det en kronifisering og sementering av negative og kognitive symptomer (Kirkpatrick, Buchanan, Ross, & Carpenter, 2001) (G. P. Strauss, Harrow, Grossman, & Rosen, 2010).

2. Overvinne hinder for arbeidsdeltakelse

2.1 Individuell Plassering og Støtte (IPS)

I IPS er skottet mellom psykisk helsevern og NAV opphevet. En går i tett samarbeid med arbeidslivstjenester direkte ut til potensielle arbeidsgivere i det ordinære arbeidsmarkedet og prøver å få til en arbeidsplass med skreddersydd tilrettelegging både når det gjelder omfang av og type arbeid. Pasientens egne interesser og ressurser står sentralt. IPS følger følgende prinsipper: Integrering av arbeid med helsetjenester, fokus på ordinært arbeidsliv, komme i gang så raskt som mulig med å finne en egnet arbeidsplass, fleksibel tidsramme på oppfølging, og pasientens egne preferanser honoreres (Swanson, Becker, & Bond, 2013). Resultater fra internasjonale studier på IPS ved alvorlig psykisk lidelse er lovende men spriker noe. En meta-analyse viste at forsøk i Nord-Amerika hadde bedre resultater enn forsøk andre steder. Her fikk 62% av pasienter arbeid med IPS, mens i andre vestlige land (Europa, Oseania) var prosentandelen 47% (Bond, Drake, & Becker, 2012). En review av sju andre studier konkluderte med høyere grad av arbeidsdeltakelse med IPS sammenlignet med arbeidsrehabilitering "as usual": 69% mot 35% (Rinaldi et al., 2010). To av studiene var randomiserte kontrollerte trials, mens de øvrige fem hadde et naturalistisk follow-along design, hvorav kun en med historisk kontrollgruppe.

IPS skiller seg fra tradisjonell arbeidsrehabilitering ved at den er "place and train" i stedet for "train-then-place". "Train-then-place" vil si å trene på generelle arbeidsferdigheter i en skoleliknende setting, for så å prøve dem ut i en arbeidssituasjon. Problemet med denne tilnærmingen er at negative symptomer og kognitive vansker ved psykoser ofte står i veien for en fleksibel overføring av lærte arbeidsferdigheter fra en situasjon til en annen. "Place-then-train" som i IPS vil derimot si å trene nødvendige ferdigheter i den spesifikke arbeidssettingen uten å gå om generell trening først. Deltakere har vist større symptombedring og mer tilfredshet med arbeid, frihet og økonomi, ved denne typen tilnærming (Bond et al., 2001) (Bell & Lysaker, 1997). En gjennomgang ved *the Cochrane Foundation* viser at det er nesten tre ganger større sannsynlighet for ordinært arbeid for pasienter som mottar place-then-train IPS-intervensjoner i forhold til dem som mottar en train-then-place intervensjon (Bond, Drake, & Becker, 2008) (Crowther, Marshall, Bond, & Huxley, 2001).

På tross av stadig økende fokus på funksjonsnivå i utfallsstudier på psykose (van Os et al., 2006), er det ennå få studier som har prøvd ut, og undersøkt, funksjonsrettede intervensjoner for denne pasientgruppen. Kunnskap om IPS for FEP, og hvilke faktorer som eventuelt medierer suksess, mangler.

2.2 Hvordan ble JobbResept til?

I bokkapittelet Arbeid og Psykisk Helse i boka Inkluderingskompetanse (Frøyland & Spjelkavik, 2014) beskrives oppstarten av JobbResept: "Ved en poliklinikk for unge voksne med alvorlig psykisk sykdom var det i 2001 etablert en rehabiliteringsenhet med et langvarig bo,- behandlings- og rehabiliteringstilbud til pasienter med alvorlig sinnslidelse. Med bakgrunn i kunnskap om psykose og konsekvenser for sosial og arbeidsmessig fungering igangsatte vi et behandlingstilbud der vi begynte å arbeide med rehabiliteringsmål og rehabiliteringsdiagnoser. Enkelt fortalt spurte vi pasienter hvor de ville, og hvordan de skulle komme seg dit. Svaret var nesten alltid noe i retning av: "Et vanlig liv, jobb og skole som alle andre. Men vær så snill, ikke plasser meg i en attføringsbedrift med andre sånne som meg".

I 2003 dro vi på studiebesøk, til Center for Psychosocial Rehabilitation, Boston University hvor vi møtte William Anthony og Marianne Farkas, kjent for sitt pionerarbeid med psykososial rehabilitering og recoveryforskning. Med utgangspunkt i deres forskning (jf f.eks W. A. Anthony, 1993; Farkas, Gagne, Anthony, & Chamberlin, 2005) lagde vi en modell for arbeidsrehabilitering. Vi var også inspirert av et praksisplassprosjekt i Amsterdam, Nederland, fra midten av nittitallet (Van Weeghel, personlig kommunikasjon oktober 2013) som helt enkelt fant gode praksisplasser til pasienter med psykose, utfra interesse og muligheter. Disse to kildene var våre utgangspunkt for utformingen av JobbResept.

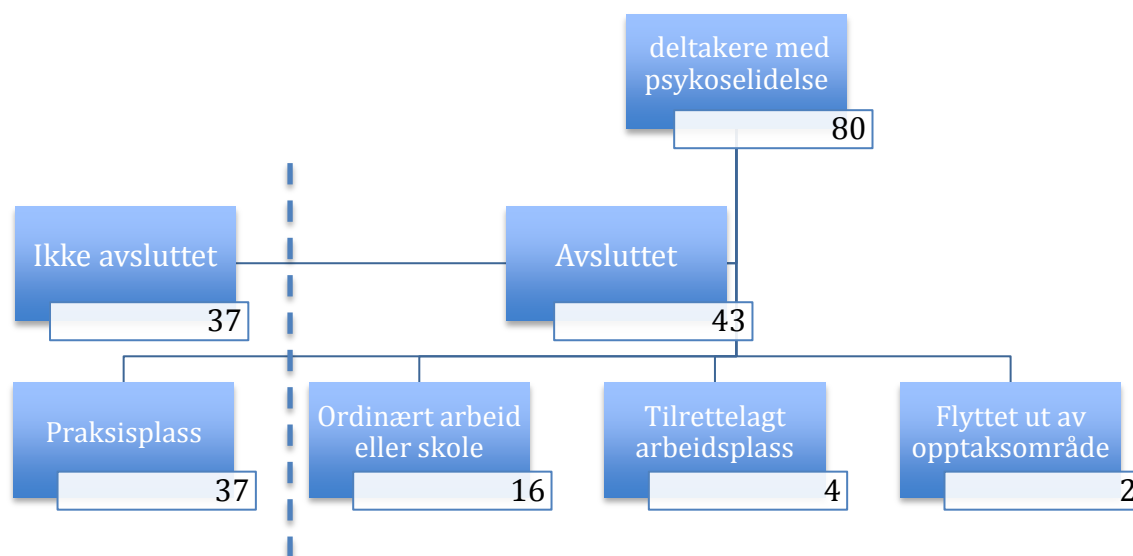
JobbResept som pilotprosjekt ble startet i 2003. Tanken bak prosjektet den gang var å organisere praksisplasser i det ordinære arbeidslivet i nærmiljøet for et lite antall unge pasienter med psykose, og tilby veiledning til dem og til arbeidsgivere som ble med og som tilbød praksisplasser. I 2006 ble det innledet et formelt samarbeid mellom Avdeling Unge Voksne ved Psykiatrisk Divisjon, Stavanger Universitetssjukehus, og NAV. I samarbeidsavtalen heter det: «Partene er enige om å tilstrebe en bedre løsning for personer med psykiske lidelser. Avtalen skal bidra til at flere personer som både er

pasienter og arbeidssøkere, kommer i arbeid og aktivitet, eller får beholde sitt arbeid etter endt behandling.» (W. Hegelstad, Heitmann, Kydland, & Schaft, 2014)

JobbResept har pr februar 2017 fem faste stillingshjemler og fire fulltids prosjektstillinger i tillegg. Deltakere blir henvist fra behandlere ved psykiatrisk divisjon på Stavanger Universitetssykehus. Fra og med 1. januar 2007 har cirka 550 pasienter deltatt. Om lag 40% av alle henviste pasienter (bipolar lidelse, psykose, og dobbeltdiagnose) hjulpet ut i ordinært arbeid over hele tidsperioden; i 2016 ble 46% av deltakere avsluttet ut til minst 50% ordinært arbeid eller skole. Dette var deltakere som ikke var inkludert i studien og som utgjorde en gruppe sammensatt av personer med forskjellige diagnoser.

Fra og med 2010 til og med 2016 har 80 pasienter, deltakere i studien unntatt, med psykoselidelser deltatt i prosjektet. Mange av disse har ønsket seg fleksible overganger mellom å prøve ut utdanning og arbeid, og JobbResept har tilpasset intervensjonen deretter. I dag er to medarbeidere høykompetente på veiledning av elever og studenter og deres utdanningssteder.

Figur 1 Resultater (driftsdata) 2010-2016 psykosepasienter utenfor studien



3. Self-efficacy

En ny, stor studie viste at self-efficacy var en signifikant prediktor for sosial fungering hos pasienter med første episode psykose (Chang et al., 2016). Self-efficacy er et begrep som Bandura (Bandura, 1977) gjorde kjent allerede på 1970-tallet. I begrepet ligger både kognisjon og motivasjon. Kognisjon: Hva en har lært om mønstre i positive konsekvenser av en gitt type atferd. Motivasjon: Å sette seg mål og å handle i tråd med målet. Det avhenger av å kunne evaluere seg selv i etterkant, for slik skapes positive forventninger til fremtidige handlinger. Det gjelder å belønne seg selv, kognitivt – snakke pent til seg selv-, etter innsats som har båret frukter. Disse komponentene spiller altså sammen og kalles som helhet self-efficacy; en tidligere brukt norsk oversettelse er mestringsstilling (Brumoen, 2000a), men her velger vi å bruke det opprinnelige engelske begrepet.

Relatert til self-efficacy er self-esteem, eller selvfølelse. Det er heller ikke et nytt konsept. Ei heller er det nytt at god selvfølelse henger sammen med prestasjoner, kompetanse, og suksess med gitte oppgaver (Shrauger & Rosenberg, 1970). Dette gjelder i følgeresultater på noen nyere studier også for personer med psykoselidelser (Roe, 2003; Vass et al., 2015; Vracotas, Iyer, Joobar, & Malla, 2012).

4. Problemstillinger

Hovedspørsmålet en i denne studien søkte å besvare var ”Er Individual Placement and Support/Individuell Plassering og Jobbstøtte (IPS) effektivt for første episode psykosepasienter?”

Studien undersøkte effekten over en toårsperiode av en ettårig IPS-intervensjon JobbResept på arbeidsdeltakelse og deltakelse i skole eller utdanning. Utdanning er tatt med fordi mange av deltakerne er svært unge og ønsker å ferdigstille den, og utdanning er en sterk prediktor av senere arbeidsdeltakelse.

Nullhypotesen var at det ikke er noen forskjell i deltakelse i ordinært betalt arbeid eller ordinær utdanning etter ett år mellom JobbResept og kontrollgruppe. Videre er nullhypotese at målt self-efficacy og selvfølelse ikke har noen medierende rolle og at symptomnivå vil være lik mellom gruppene på alle måletidspunkt.

5. Metode

5.1 Design

Studien har et matched control-design med ett års follow-up i utgangspunktet. I dette designet matches kontrollpersoner med personer som mottar intervensjonen på flest mulig av de karakteristika som kan tenkes å konfundere resultater eller indusere bias. Her har en matchet på kjønn, alder, utdanningsnivå, og diagnose.

JobbReseptintervensjonen hadde en varighet på ett år, slik at en fikk før- og ettermåling for JobbReseptgruppen, og baseline og ettårsmåling for kontrollgruppen.

Dette designet ble valgt etter først å ha forsøkt å gjennomføre studien som en randomisert kontrollert studie. Intervensjonen som JobbResept leverer ble i prosjektperioden tatt opp i nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (Helsedirektoratet, 2013) og tatt opp som en standard del av behandlingen ved Avdeling Unge Voksne på Psykiatrisk Divisjon på Stavanger Universitetssykehus. Konsekvensen var at det ikke var anledning til å tilbakeholde intervensjonen fra aktuelle pasienter. Deltakelse i studien er frivillig og basert på informert samtykke. Pasienter som kom til JobbResept var i liten grad villige til å trekke lodd om deltakelse når alternativet var garantert hurtig oppstart som del av behandlingstilbudet ved avdelingen. En randomisert kontrollert studie lot seg ikke gjennomføre. Et alternativt design som nærmer seg i kvalitet er et design hvor en tar i bruk matchede kontrollpersoner som ikke har mottatt intervensjonen. Slike matchede kontrollpersoner finnes i TIPS databasen. Poenget med et randomisert kontrollert design er i størst mulig grad å utelukke systematiske forskjeller mellom eksperimentell og kontrollgruppe, slik at eventuelle forskjeller i utfallsmål med størst mulig sannsynlighet vil kunne tilskrives den eksperimentelle intervensjonen, og ikke andre, irrelevante faktorer. Et matchet kontrolldesign tilnærmer det samme.

En trussel mot dette designet er at den matchede kontrollgruppen for en del vil være fra tidligere perioder enn den aktuelle JobbReseptperioden. Dette vil ikke gjelde alle, fordi JobbReseptdeltakere som allerede er inkludert er parallelle i tid med mye av TIPS-materialet, men de som inkluderes fra nå av vil jo være av nyere dato enn kontrollpersonene. Faktorer som endringer i arbeidsmarkedet kan dermed ikke utelukkes.

Da den praktiske gjennomføringen av studien tok lengre tid enn planlagt, som beskrevet ovenfor, bød leiligheten seg å følge en stor andel av deltakerne i ett år etter at intervensjonen var avsluttet, se "måloppnåelse og resultater". Det innebærer at en fikk intervjuet 22 tidligere deltakere ett år etter at intervensjonen var avsluttet.

5.2 Deltakere

Inklusjon i studien var juni 2012- juni 2015.

Inklusjonskriterier var som i TIPS-studien:

1. Pasienten er registret i folkeregisteret som innbygger i Rogaland fylke
2. Pasienten er minst 15 år og under 65 år og snakker tilfredsstillende norsk (må kunne forstå og svare på spørsmål angående psykisk helse).
- 3 Pasienten fyller kriteriene i DSM-IV for schizofreni, schizofreniform lidelse, schizoaffektiv lidelse, vrangfore- stillingsforstyrrelse, kortvarig psykotisk forstyrrelse, affektive psykoser med stemningsinkongruente trekk eller psykotiske lidelser NOS, samt rusindusert psykose
4. Pasienten er (eller i tilfelle av kortvarige psykoser, har nylig vært) aktivt psykotisk med symptomer som vrangforestillinger, hallusinasjoner, tankeforstyrrelser og/eller upassende/bisarr atferd. Symptomene må ha vart hele dagen i flere dager eller flere ganger i uken i flere uker, og ikke være begrenset til noen korte øyeblikk. Dessuten må pasienten skåre minst 4 på en eller flere av følgende PANSS- symptomene: P1 (vrangforestillinger), P2 (tankemessig desorganisering), P3 (hallusinatorisk atferd), P5 (storhetsideer), P6 (mistenksomhet) og A9 (uvanlig tankeinnhold).
5. Nåværende episode er den første episode med tilstanden som blir adekvat behandlet. Dvs. pasienten har ikke mottatt antipsykotisk behandling, 16 mg perfenazin /dag eventuelt zuclepenthixol eller tilsvarende doser i mer enn 12 uker i denne episoden eller tidligere episoder.
6. Det er ingen kjente medisinske kontraindikasjoner for bruk av antipsykotiske medikamenter.
7. Det er ingen kjente nevrologiske eller endokrine forstyrrelser som kan ha forårsaket de nåværende psykotiske symptomene.

8. Pasienten har ikke psykisk utviklingshemming med en IQ-skåre under 70.
9. Pasienten er villig og i stand til å gi skriftlig samtykke. Pasienter som får endret diagnosen til en diagnose som ikke er inkludert i prosjektet i løpet av inklusjonsperioden, tas ut av forskningsdelen av undersøkelsen.

Antall deltakere (poweranalyse)

Proporsjonen av personer med psykoselidelser i arbeid er lav, og tall varierer fra 5% til 30-40%, som vist i innledningen. Dette gjelder dog alle typer arbeid, både tilrettelagt og deltid. Vi har ikke lyktes å få tak i nøyaktige tall på fulltids ordinært arbeid, men et sted mellom 10 og 15% fremstår som plausibelt. En poweranalyse med 80% power, konfidensnivå 95%, forventet proporsjon uten tiltak 15%, forventet proporsjon med tiltak (JobbResept) 50%, gir nødvendig samplestørrelse 25 deltakere i hver gruppe.

Formelen er :

$$n = (Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 * (p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)) / (p_1 - p_2)^2.$$

Vi har rekruttert til og med 33 i hver gruppe, for å ha en margin i tilfelle drop-outs.

Tabell 1 gir en oversikt over hver enkelt deltakers matchede kontrollperson.

Kontrollpersoner er funnet i TIPS sitt datamateriale samlet mellom 2007 og 2012. Alle har gitt sitt skriftlig informerte samtykke til bruk av innsamlede, aidentifiserte data til forskning. Kjønn og diagnose har vært første seleksjonskriterium, siden har en forsøkt å finne personer så nær i alder som mulig. Med diagnose menes her diagnostisk hovedkategori, inndelt ad modus TIPS: Schizofreni-spekterlidelser: schizofreni, schizofreniform og schizoaffektive lidelser; vrangforestillingslidelser; rusutløste psykoser; og psykose ikke nærmere angitt (W. T. Hegelstad et al., 2012). Sistnevnte kategori brukes når pasienten har psykosesymptomer som ikke er klassifiserbare som noen annen psykisk lidelse, eller som ennå ikke har latt seg skille fra rusutløste tilstander- denne differensialdiagnostikken krever minst en måneds observasjon uten rus og uten antipsykotisk behandling, noe som ikke har vært godt mulig i denne polikliniske settingen (Weibell, 2015).

Deltakere fikk standard behandling: antipsykotisk medikasjon, psykoterapi minst en gang annenhver uke, og to år med multi-familie psykoedukative grupper en gang annenhver uke, med JobbResept som tillegg.

5.3 Kontrollbetingelse

Personer i kontrollgruppen mottok standard behandling i henhold til TIPS-algoritmen som beskrevet ovenfor. Standardbehandlingen er utførlig beskrevet i tidligere artikler og publikasjoner fra TIPS-gruppen (Melle et al., 2004).

Tabell 1. Matching av JobbReseptdeltakere og kontrollpersoner.

JobbReseptdeltaker	Kontrollperson
M, 20, psykotisk lidelse ikke nærmere angitt	M, 21, psykotisk lidelse ikke nærmere angitt
K, 20, Udifferensiert schizofreni	K, 22, Schizoaffektiv lidelse
K, 14, psykotisk lidelse ikke nærmere angitt	K, 17, psykotisk lidelse ikke nærmere angitt
K ¹ , 20 ² , depressiv lidelse med psykotiske, stemningsinkongruente symptomer	K, 20, depressiv lidelse med psykotiske, stemningsinkongruente symptomer
K, 20, depressiv lidelse med psykotiske, stemningsinkongruente symptomer	K, 21, depressiv lidelse med psykotiske, stemningsinkongruente symptomer
M, 28, paranoid schizofreni	M, 27, paranoid schizofreni
M, 19, rusutløst psykose	M, 22, rusutløst psykose
M, 24, depressiv lidelse med psykotiske, stemningsinkongruente symptomer	M, 22, Schizoaffektiv lidelse
K, 31, psykotisk lidelse ikke nærmere angitt	K, 30, psykotisk lidelse ikke nærmere angitt
K, 20, depressiv lidelse med psykotiske, stemningsinkongruente symptomer	K, 20, depressiv lidelse med psykotiske, stemningsinkongruente symptomer
M, 28, depressiv lidelse med psykotiske, stemningsinkongruente symptomer	M, 26, depressiv lidelse med psykotiske, stemningsinkongruente symptomer
M, 21, rusutløst psykose	M, 20, rusutløst psykose
K, 16, psykotisk lidelse ikke nærmere angitt	K, 17, psykotisk lidelse ikke nærmere angitt
M, 22, psykotisk lidelse ikke nærmere angitt	M, 21, psykotisk lidelse ikke nærmere angitt
M, 31, psykotisk lidelse ikke nærmere angitt	M, 33, psykotisk lidelse ikke nærmere angitt
K, 19, psykotisk lidelse ikke nærmere angitt	K, 19, psykotisk lidelse ikke nærmere angitt
M, 18, paranoid schizofreni	M, 18, paranoid schizofreni
K, 28, vrangforestillingslidelse	K, 26, vrangforestillingslidelse
K, 26, psykotisk lidelse ikke nærmere angitt	K, 26, psykotisk lidelse ikke nærmere angitt
K, 18, paranoid schizofreni	K, 18, Schizoaffektiv lidelse

¹ K: kvinne; M: mann

² Alder ved inklusjon i JobbResept eller TIPS (kontrollpersoner)

K, 28, Schizofreniform	K, 29, Schizofreniform
M, 24, paranoid schizofreni	M, 24, paranoid schizofreni
M, 20, rusutløst psykose	M, 23, rusutløst psykose
K, 19, Udifferensiert schizofreni	K, 20, paranoid schizofreni
M, 16, paranoid schizofreni	M, 17, Schizoaffektiv lidelse
K, 26, paranoid schizofreni	K, 24, Schizoaffektiv lidelse
K, 15, depressiv lidelse med psykotiske, stemningsinkongruente symptomer	K, 16, depressiv lidelse med psykotiske, stemningsinkongruente symptomer
M, 16m psykotisk lidelse ikke nærmere angitt	M, 16, psykotisk lidelse ikke nærmere angitt
K, 29, paranoid schizofreni	K, 18, Udifferensiert schizofreni
K, 20, psykotisk lidelse ikke nærmere angitt	K, 20, psykotisk lidelse ikke nærmere angitt
M, 19, paranoid schizofreni	M, 19, Udifferensiert schizofreni
M, 24, paranoid schizofreni	M, 24, paranoid schizofreni
M, 31, psykotisk lidelse ikke nærmere angitt	M, 34, paranoid schizofreni
K, 19, depressiv lidelse med psykotiske, stemningsinkongruente symptomer	K, 20, depressiv lidelse med psykotiske, stemningsinkongruente symptomer
K, 19, psykotisk lidelse ikke nærmere angitt	K, 19, psykotisk lidelse ikke nærmere angitt
M, 21, psykotisk lidelse ikke nærmere angitt	M, 21, psykotisk lidelse ikke nærmere angitt

5.4 Målinger

Fidelity

Det finnes i dag kvalitetsskalaer som kan brukes til å vurdere i hvilken grad tiltak er i overensstemmelse med IPS. En skåring på kvalitetsskala med norsk tilpasning av IPS Fidelity Scale (Bond, Peterson, Becker, & Drake, 2012) utført av NAV Hordaland og Arbeid- og Velferdsdirektoratet høsten 2012, ga en samlet skåre som kvalifiserte for predikatet "godt". Ny måling ble gjennomført i 2016, den gang målt av jobbspesialist i NAV Rogaland med en modifisert versjon av skalaen, som integrerer fidelity for IPS arbeid med IPS skole/utdanning. Denne modifiserte skalaen var ikke overstat til norsk på tidspunktet den ble brukt. (se appendix for resultat).

Symptomer

Positive and Negative Syndromes Scale for Schizophrenia (PANSS) (Kay, Fiszbein, & Opler, 1987), norsk versjon. Reliabilitetstrening blir gjennomført jevnlig, sist desember 2015 med resultater over gullstandard som er en intraklassekorrelasjon (ICC) på 0.8. ("god") (tilbakemelding til leder i TIPS Oppdagerteamet 12. desember fra The PANSS Institute, New York USA). Til statistiske analyser bruker vi en modell med fem faktorer; positiv, negativ, kognitiv, depressiv og agitert/"excitativ" (Bentsen, 1996).

Diagnoser

Diagnoser ble stilt av psykiater, psykologspesialist, psykolog eller psykiatrisk sykepleier med spesialtrening i diagnostikk, alle med tilknytning til TIPS. Pasienter ble intervjuet med SCID-I (Spitzer, Williams, Gibbon, & First, 1992). Interraterreliabilitet for SCID i denne gruppen av utredere er god (kappa 0.9) (Weibell, 2015). I de statistiske analysene er diagnosekategorier brukt slik som i TIPS-studien: Schizofrenispekter: Schizofreni (alle former), schizoaffektiv lidelse, og schizofreniform lidelse; Affektiv psykose med stemningsinkongruente psykosesymptomer; vrangforestillingslidelse; rusutløst psykose; og Psykose Ikke Nærmere Angitt (INA).

Fungering

- ❖ The Rosenberg Self-esteem scale 10 items (Rosenberg, 1965), norsk oversettelse (Soest, 2002). 10 items selvutfyllelse.
- ❖ General Perceived Self-Efficacy Scale (GSES) (Scholz, Guti`errez-Dona, Sud, & Schwarzer, 2002); norsk oversettelse Rosenbergs selvfølelseskala (Carlsson, Bjorvatn, Engebretsen, Berglund, & Natvig, 2004). 10 items selvutfyllelse.
- ❖ Strauss-Carpenter level of functioning scale (J. S. Strauss & Carpenter, 1977), norsk versjon. Skåring 0-4, 0 "dårlig" til 4 "best", på områdene "meningsfull beskjeftigelse", "arbeid", "sosial omgang med venner", "sykehusinnleggelser psykisk helsevern siste år" og "symptomnivå". Alle områdene skåres for siste år, unntatt symptomnivå som skåres for siste måned. Se appendix for den norske versjonen, brukt i studien.
- ❖ Premorbid fungering ble estimert med en proxy i form av fullført utdanning på følgende måte, som ble valgt på grunn av stort aldersspenn i utvalget og dermed stort spenn i omfang av forventet mulig utdanningsnivå: Ungdom og voksne mellom 18 og 21 kan en forvente har fullført 3 års videregående skole; det gir en skåre 2. Ungdom under 16 får skåre 2 om de er i alminnelig grunnskoleløp, og ungdom 16-18 får en skåre 2 om de er i et videregående løp, og en skåre 0 om de ikke påbegynte videregående skole. En skåre "1" betyr at utdanningsløpet har vært avbrutt og påbegynt igjen. For voksne over 21 er skåre "2" gitt til høyere utdanning, skåre "1" til fullført videregående skole, og skåre "0" til ingen ferdigstilt utdanning utover grunnskole.
- ❖ Rusbruk ble kartlagt ved hjelp av Drake Clinician Alcohol/Drug Use Rating Scale (Drake et al., 1990). Skårene er som følger: 1: Avhold, 2: bruk uten funksjonsnedsettelse; 3: misbruk; 4: avhengighet og 5: avhengighet med institusjonalisering.

Arbeid

Som primært utfallsmål valgte vi et enkelt dikotomt parameter: Arbeid mer enn 20 timer i uka ja/nei. I praksis vil det si arbeid på ordinær arbeidsplass minst 50%. Skåre 3 på itemet "arbeid" på Strauss Carpenter ble brukt som cut-off. Denne skåren betyr mer enn 20 (altså 50% i vår telling) men mindre enn fulltids arbeid. Skåre 1 og 2 betyr arbeid mindre enn 20 timer i uka. En egen variabel ja/nei er laget for å indikere om det

er snakk om en praksisplass uten lønn men med behold av ytelse, oftest AAP, slik at en får en oversikt over

- a) hvor mange som er i arbeid på ordinær arbeidsplass mer enn 20 timer i uka; det vil si en skåre 3 eller 4 på Strauss Carpenter Arbeid.
- b) Hvor mange som er i praksisplass mer enn 20 timer i uka; det vil si en skåre som ovenfor, men med tilleggsinformasjonen at det er snakk om praksisplass
- c) Hvor mange som er i betalt ordinært arbeid mindre enn 20 timer i uka; det vil si en skåre på 1 eller 2 på Strauss Carpenter Arbeid.
- d) Hvor mange som er i praksisplass mindre enn 20 timer i uka
- e) Hvor mange er ikke i arbeid eller praksisplass?

Fordi det i praksis har vist seg at en del deltakere ønsker å ferdigstille et utdanningsløp i stedet for å gå ut i arbeid, har vi skåret Strauss Carpentervariabelen "meningsfylt beskjeftigelse" som det å være i utdanning, mer (skåre 3 eller 4) eller mindre (skåre eller 1, 2) enn full tid i gjeldende utdanning:

- a) hvor mange er i ordinært utdanningsløp mer enn halve men mindre enn hele siste år; eller full tid hele året: Det vil si en skåre 3 eller 4 på Strauss Carpenter Meningsfylt beskjeftigelse.
- b) hvor mange er i fulltids eller deltids ordinært utdanningsløp omtrent halve siste år; eller fulltid eller deltid mindre enn halve siste år: Det vil si en skåre 3 eller 4 på Strauss Carpenter Meningsfylt beskjeftigelse.
- c) Hvor mange er ikke i utdanning?

Måletidspunkt

Pasienter ble intervjuet ved inklusjon og etter 12 måneder, som planlagt.. Opprinnelig var oppsettet målinger kun ved inklusjon og ett år, men grunnet designendringene fikk en mulighet for en lengre oppfølgingsperiode og 23 av 33 deltakere ble fulgt i ett r etter endt JobbReseptdeltakelse.

5.5 Etikk

Godkjenning fra datatilsynet og regionalt etisk komité er gitt TIPS (REK-nr 2011/1198), og JobbReseptstudien er godkjent som prosjektendring.

5.6 Statistiske analyser

SPSS versjon 19.0 ble brukt til statistiske analyser. Sammenlikninger av gjennomsnittverdier på kontinuerlige data (symptomer) ble utført ved hjelp av tosidige student t-tester for uavhengige samples. Kategoriske data over flere kategorier gjorde vi med tosidige χ^2 -tester. Rangkorrelasjoner mellom kategoriske data ble estimert med Spearman's Rho rangkorrelasjon, tosidig signifikanstest. Prediksjon av ettårsresultater med lineær regresjon (avhengig kategorisk ordinal variabel), med self-efficacy og self-esteem som kovariater, sammen med alder, kjønn, diagnose, utdanning, rusbruk og symptomnivå; og prediktor JobbResept/kontrollgruppe. Den valgte modellen var Generalized Linear Model (GLM). Syntaxen var som følger:

```
GENLIN arb12 (ORDER=ASCENDING) BY group kjønn diarecode utdankat  
(ORDER=ASCENDING) WITH poscombase
```

```
negcombase cogcombase depcombase exccombase alder drakestoffbaseline
```

```
/MODEL group kjønn diarecode utdankat poscombase negcombase cogcombase  
depcombase exccombase alder
```

```
drakestoffbaseline
```

```
DISTRIBUTION=MULTINOMIAL LINK=CUMLOGIT
```

```
/CRITERIA METHOD=FISHER(1) SCALE=1 COVB=ROBUST MAXITERATIONS=100  
MAXSTEPHALVING=5
```

```
PCONVERGE=1E-006(ABSOLUTE) SINGULAR=1E-012 ANALYSISTYPE=3(WALD)  
CILEVEL=95 CITYPE=WALD
```

```
LIKELIHOOD=FULL
```

```
/MISSING CLASSMISSING=EXCLUDE
```

```
/PRINT CPS DESCRIPTIVES MODELINFO FIT SUMMARY SOLUTION.
```

To mediasjonsanalyser med henholdsvis selvfølelse og self-efficacy som mediatorer,

arbeidsstatus ved inklusjon som uavhengig og arbeid mer enn 20 timer i uka ja/nei ved ettårs oppfølging som avhengig variabel ble utført ved hjelp av PROCESS-makroen lagt til programvaren SPSS (Hayes, 2012). Analysene ble utført for å undersøke om endringen i arbeidsstatus fra inklusjon til ett år kunne forklares gjennom effekten av self-efficacy og/eller selvfølelse. PROCESS er en regresjonsbasert metode som bruker bootstrapping i stedet for kausale steg. I metoden som her er brukt kvantifiseres mediasjonseffekten som et produkt av stegene ("the constituent paths"). Inferenser om indirekte effekter er basert på tester av produktet etter bootstrapping (5 000 repetisjoner).

6. Virkemidler

6.1 Tidlig intervensjon

JobbResept vektlegger tidlig intervensjon for å motarbeide tap av rollefunksjoner. Ny forskning fra vårt eget senter (TIPS ved Regionalt Senter for Klinisk Psykoseforskning) har vist at tidlig intervensjon er en viktig forløpspåvirkende faktor i seg selv. I et geografisk område som praktiserte systematisk tidlig oppdagelse og intervensjon greide en å forkorte Varighet av Ubehandlet Psykose (VUP) fra 16 til 4.5 uker median. I dette området var oddsene for å være fullt tilfrisknet og i ordinært arbeid, samt del av et sosialt nettverk, 2.5 ganger større enn i et område uten tidlig oppdagelse (W. T. Hegelstad et al., 2012). Her var 31% av pasienter som mellom 1997 og 2000 kom til behandling for ikke-affektiv psykose (hvorav 65% schizofreni-spekter lidelser) "recovered", mot 15% i kontrollsektor. Å bedre arbeidsmessig fungering i FEP vil kunne føre til betydelige besparelser av menneskelig lidelse og økonomiske kostander forbundet med langvarig full arbeidsuførhet.

6.2 Hvordan JobbResept arbeider

JobbResept har i all hovedsak fulgt prinsippene i IPS:

1. Ansettelse i det ordinære arbeidslivet er det primære målet – «ekte arbeid» heller enn skjermet arbeid og arbeidstrening.
2. Det er ingen eksklusjonskriterier – alle som ønsker det, er kvalifisert for IPS.

3. Jobbsøking kommer raskt i gang – minimal arbeidsforberedende trening.
4. Arbeidskonsulenter/tilretteleggere og klinisk team er samlokalisert og arbeider sammen, med sysselsetting som en integrert del av den samlede tiltaksplanen.
5. Jobbsøking styres av individuelle preferanser og av valg heller enn faglige vurderinger.
6. Bistanden er tidsubegrenset og individualisert, og gis til både arbeidsgiver og arbeidstaker.
7. Det gis rådgivning om finansielle støtteordninger, rettigheter og krav, også med tanke på overgangen fra å være stønadsmottaker til å bli lønnsinntaker.

Faser ved arbeidsrehabilitering i JobbResept

I bokkapittelet "Psykiske lidelser og arbeidsdeltakelse" (W. Hegelstad et al., 2014) er arbeidsmåten til JobbResept beskrevet. Her gjengis hovedpunktene:

Vi deler JobbReseptarbeidet inn i faser. Fasene overlapper hverandre og gjentas mange ganger i løpet av rehabiliteringsarbeidet.

Første fase: Kartlegging og diagnostikk

Første fase består av diagnostikk av den enkelte pasients ressurser og utfordringer.

Både symptomer og varselsignaler, kognitiv funksjon, medisinbruk, rus(mis)bruk, ressurser i det sosiale nettverket og boligsituasjon inngår i denne utredningen..

Utredningen gir kunnskap om pasientens mot og evne til fremtidsorientering, eller det som i faglitteraturen på engelsk kalles "rehabilitation readiness" (Anthony, Cohen et al., 2002).

Andre fase: "Rehabilitation readiness"

I andre fase arbeider vi med "rehabilitation readiness". Det går ut på å hjelpe deltakeren til å få et perspektiv på sin egen, kanskje nye, fremtid, både i forhold til skole eller arbeid, fritid, vennskap og partnerskap. Å hjelpe deltakeren til dette er en oppgave både for primærkontakt (noen ganger kalt case-manager) og hovedbehandler. Det krever en støttende tilnærming der en i samtalene empatisk og i detalj diskuterer disse emnene.

Mange kan føle seg motløse etter eller under sykdom, og trenger hjelp til å se muligheter og ikke bare begrensninger.

Tredje fase: Rehabiliteringsmål pluss rehabiliteringsdiagnose er lik rehabiliteringsplan

I tredje fase settes det opp rehabiliteringsmål og rehabiliteringsdiagnose. Her skisseres også delmål og arbeidsmåter. Så vel hovedmål som delmål skal være spesifikke og konkrete i forhold til tid og sted (en konkret arbeidsplass) (Anthony, Cohen et. al, 2004). Rehabiliteringsdiagnosen er en beskrivelse av pasientens ressurser og utfordringer i forhold til de konkrete rehabiliteringsmålene.

Delmål er beskrivelser av ferdigheter og ressurser som er nødvendige for at pasienten skal kunne arbeide mot sitt hovedmål. Arbeidsmåter er tilrettelegginger og tiltak som skal muliggjøre (del)måloppnåelse for pasienten. Sammen utgjør mål og diagnose en plan for arbeidsrehabilitering.

Fjerde fase: Rehabiliteringsplanen settes ut i livet

JobbReseptmedarbeideren tar kontakt med den bedriften som best kan passe deltakerens interesse og muligheter. Dersom arbeidsgiver er interessert, noe som er regel heller enn unntak, lages det en plan for oppstart og opptrapping av arbeidsinnsats og veiledning. En bestemt kontaktperson i bedriften er ansvarlig for veiledning av deltakeren. En uke, to uker, én måned, tre måneder og seks måneder etter oppstart planlegges det en trekantsamtale der JobbResept, deltageren og bedriftens veileder deltar, og videre i forløpet om nødvendig. Målet for disse samtalene er å evaluere og tilpasse arbeidssituasjonen fortløpende med hensyn til deltakerens tilstand. Samarbeid mellom deltakeren, JobbResept og arbeidsgiver er i utgangspunktet ikke tidsbegrenset, men det har vist seg i praksis at behovet for veiledning som oftest gradvis avtar ned til null. Det skjer en fortløpende monitorering av symptomer i samarbeid med hovedbehandler (psykolog eller lege/psykiater), slik at en kan gripe tidlig inn med støtte, intensivert behandling, og veiledning av pasient og arbeidsgiver. Derfor har en valgt fagpersoner innen helsefag som prosjektmedarbeidere, og sykehuset som lokasjon. Dette er et viktig poeng i vår tilnærming.

Deltakeren beholder sin trygdeytelse i praksisperioden og arbeidsgivere betaler ikke lønn i denne perioden. Som regel varer denne perioden i tre til ni måneder. Målet er alltid ordinær ansettelse og ordinær lønn, og dette informeres arbeidsgiver om før oppstart av praksisperiode. Det ligger altså en avklart forventning hos oss og deltaker om ordinært arbeid etter endt praksis.

Femte fase: Veiledning

Relasjonen til arbeidsgiver og kolleger er viktigst medisin for deltakerne, og den vi hele tiden arbeider for å få så positiv som mulig. Vi er av den oppfatning at åpenhet er en viktig ingrediens i en god relasjon. Den gjør også praktisk, konkret tilrettelegging enklere. I motsetning til de fleste andre IPS-prosjekter internasjonalt (Allott, Turner, Chinnery, Killackey, & Nuechterlein, 2013), unntar deltakeren JobbResept fra taushetsplikt om aktuell psykisk tilstand, slik at konkrete tiltak kan drøftes i forhold til konkrete symptomer og vansker. Nøkkelpersoner får detaljert informasjon om de tilrettelegginger pasienten trenger. Dette gir deltakeren sitt informerte samtykke til, og det har ikke blitt opplevd som problematisk av mange deltakere. Dersom åpenhet oppleves problematisk av deltakeren, respekteres selvsagt dette. Når det gjelder personer som også er i rusbehandling, blir rus alltid et tema på informasjonssamtalen til fremtidig arbeidsgiver. Utgangspunkt for samtalen er vår egen utredning og rehabiliteringsdiagnose. Vi tilbyr også veiledning på praksisplassen ved at vi i en tidsavgrenset periode er med pasienten og viser arbeidsgiver eller -leder hvordan veiledningen av pasienten bør være. Sammen med arbeidsgiver og pasient setter vi opp læringsmål og hyppigheten av kontakt på jobb. Utvikling tilknyttet disse læringsmålene følges opp med månedlige samtaler med pasient og arbeidsgiver.

Deltaker vet også at de til enhver tid kan nå oss per telefon eller epost.

Kontakt med NAV-veileder

De aller fleste deltakere i JobbResept mottar en eller annen form for ytelse fra NAV. Det har derfor vært viktig å ha et godt samarbeid med den enkeltes NAV-veileder. Deltakere i JobbResept vet at vårt tiltak er et viktig supplement i behandlingen de mottar, dermed fungerer NAV ytelsen som «lønn» i praksisperioden. Dette ser ikke ut til å ha påvirket deltagernes motivasjon for deltakelse i JobbResept

7. Måloppnåelse og resultater

7.1 Karakteristika ved inklusjon

Tabell 2 viser karakteristika ved inklusjon av deltakere og kontrollpersoner.

Av 33 deltakere i JobbResept fullførte 30 det fulle året med intervensjon. Tre deltakere droppet ut av prosjektet før ett år. 22 deltakere ble fulgt opp med målinger i to år; sju fikk en ikke tak i for toårs oppfølgingsintervju.

Det var ingen forskjeller i symptomnivå mellom deltakere som fullførte eller ikke fullførte hele intervensjonen. Det var ingen forskjeller mellom dem som ble fulgt med målinger i ett, og dem som ble fulgt opp med målinger i to år.

Det var videre ingen forskjell i status på arbeid eller utdanning. Drop-outs brukte ikke mer eller hyppigere alkohol eller narkotika. 17% av deltakere og kontrollpersoner misbrukket narkotika, men ingen misbrukket alkohol i skadelig grad.

Tabell 2. Karakteristika ved inklusjon av deltakere og kontrollpersoner.							
	Kontrollgruppe		JobbResept		Chi ²	df	Sig.
	N	%	N	%			
					.00	1	1.0
Kvinner	18	54.5	18	54.5			
Menn	15	45.5	15	45.5			
Diagnose					.28	4	.99
Schizofrenispekter	14	42.4	12	36.4			
Affektiv psykose	6	18.2	7	21.2			
Vrangforestillingslidelse	1	3.0	1	3.0			
Rusutløst psykose	3	9.1	3	9.1			
Psykose INA	9	27.3	10	30.3			
Utdanning¹					7.31	2	.026
Ikke fullført forventet minimum ved alder	18	56.3	9	29.0			
Fullført mindre enn forventet minimum ved alder	9	28.1	8	25.8			
Fullført forventet eller mer	5	15.6	14	45.2			
Strauss Carpenter Arbeid:							
					2.7		.26
Ingen	19	65,5	15	46,9			
Skåre 1 eller 2	5	17,2	11	34,3			
Skåre 3 eller 4	5	17,2	6	18,8			
Strauss Carpenter Meningsfylt beskjeftigelse:					2.3		.32
Ingen	14	42,4	8	25,0			
Skåre 1 eller 2	8	24,2	11	34,3			
Skåre 3 eller 4	11	33,3	13	40,6			
	Mean	SD	Mean	SD	t	df	Sig.
Alder	21.8	4.7	21.2	4.2	.61	64	.55
Symptomer							
Positive	17.8	5.0	18.0	5.5	-.12	62	.91
Negative	16.3	8.3	16.7	6.6	-.24	61	.81
Depressive	11.3	6.5	10.6	3.6	.52	59	.61
Kognitive	12.6	3.8	12.9	3.8	-.39	62	.70
Excitative	6.5	4.1	7.4	4.4	-.74	61	.46
<i>¹: missing informasjon på tre deltakere</i>							

7.2 Ett års oppfølging

Tabell 3 gir en oversikt over resultater ved ett års oppfølging. Ett år etter diagnose og start av oppfølging i JobbResept var 46.7 og 50%, respektivt, i arbeid eller utdanning mer enn 50%. Det var signifikant flere personer enn i kontrollgruppen. Av de 14 JobbReseptdeltakerne som var i mer enn 50% arbeid, var tre stykker fremdeles i praksis, det vil si at de ikke mottok ordinær lønn, men mottok ytelse fra NAV; Arbeidsavklaringspenger. Ingen i kontrollgruppen hadde praksisplass. To av de fem som hadde arbeid mindre enn 50% var også i praksisplass.

Tabell 3. Arbeid/ meningsfylt beskjeftigelse og symptomnivå ved ett års oppfølging.							
	Kontrollgruppe		JobbResept		Chi ²	df	Sig.
	N	%	N	%			
Strauss Carpenter Arbeid:							
					11.1	2	.004
Ingen	19	70.4	11	36.7			
Skåre 1 eller 2	6	22.6	5	16.7			
Skåre 3 eller 4	2	7.4	14	46.7			
Strauss Carpenter Meningsfylt beskjeftigelse:					7.6	2	.023
Ingen	11	36.7	6	20.0			
Skåre 1 eller 2	14	46.7	9	30.0			
Skåre 3 eller 4	5	16.7	15	50.0			
	Mean	SD	Mean	SD	t	df	Sig.
Symptomer							
Positive	11.9	5.1	11.6	5.8	.21	59	.84
Negative	14.4	5.3	13.4	6.4	.69	58	.49
Kognitive	9.3	3.1	10.0	3.5	-.90	59	.37
Depressive	10.3	3.1	10.2	5.1	.05	58	.96
Excitative	4.8	1.9	5.4	2.1	-1.1	59	.29

Tabell 4 og 5 viser overlapp mellom meningsfylt beskjeftigelse (skole, studier) og arbeid; det vil si hvor mange som både arbeidet og studerte, i JobbResept- og kontrollgruppe, henholdsvis.

Tabell 4. Overlapp mellom utdanning og arbeid ved ett års oppfølging; antall personer i JobbResept				
	Ikke i arbeid	Arbeid<50%	Arbeid>50%	Total
Ikke i utdanning	5	1	0	6
I utdanning <50%	4	1	4	9
I utdanning >50%	2	3	10	15
<i>Missing data</i>				3
Total	11	5	14	33

Sammenhengen er statistisk signifikant (Chi^2 : 10.3; df: 4; $p < .04$). Mer aktivitet innen utdanning henger sammen med høyere andel arbeid. Atten (18) deltakere var i både arbeid og utdanning. Av de ti som tilbringer minst 50% tid både i utdanning og i arbeid, er 8 i fulltids lærlingløp i ordinær utdanning. Øvrige to følger vanlig studieprogresjon på kveldstid i tillegg til 50% arbeid.

Tabell 5. Overlapp mellom utdanning og arbeid ved ett års oppfølging; antall personer i kontrollgruppe				
	Ikke i arbeid	Arbeid<50%	Arbeid>50%	Total
Ikke i utdanning	11	0	0	11
I utdanning <50%	7	4	2	13
I utdanning >50%	1	2	0	3
<i>Missing data</i>				6
Total	19	6	2	33

Også i kontrollgruppen er sammenhengen er statistisk signifikant (Chi^2 : 10.2; df: 4; $p < .04$). Her forklares sammenhengen av at få (8) var i aktivitet i utdanning og samtidig i arbeid. Spearman's rho, ordinal korrelasjon, er .5 i både JobbResept- og kontrollgruppe ($p < .004$).

Tabell 6. Lineær regresjon med arbeid ved ettårs oppfølging som avhengig variabel.

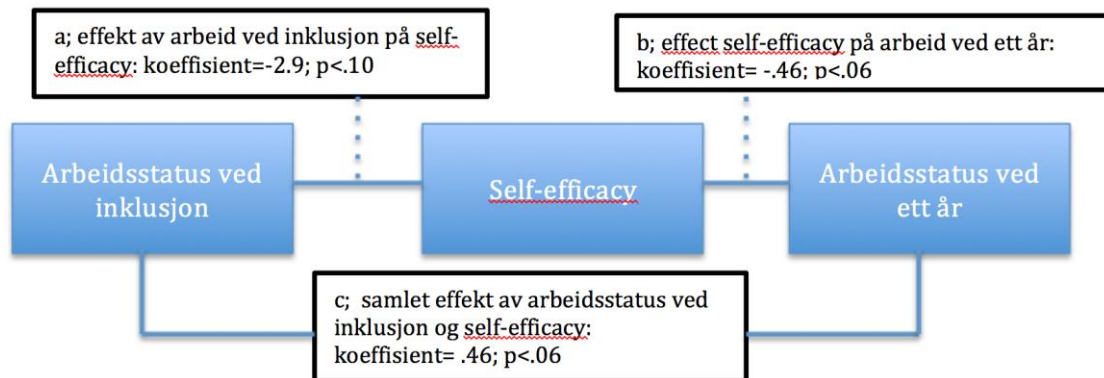
Variabel	Type III		
	Wald chi ²	df	Sig.
JobbResept (referansekategori = kontrollgruppe)	40.25	1	.000
Kjønn (referansekategori = mann)	6.36	1	.012
Diagnose (referansekategori = schizofrenispekter)	168.99	4	.000
Utdanningskategori (referansekategori = ikke fullført forventet utdanning iht alder)	2.22	2	.33
Positive symptomer	1.14	1	.29
Negative symptomer	.01	1	.92
Kognitive symptomer	4.35	1	.037
Depressive symptomer	4.14	1	.042
Excitative symptomer	.37	1	.57
Alder	1.8	1	.18
Stoffmisbruk	1.1	1	.30

Helningskoeffisientene viser at det å være kvinne, være deltaker i JobbResept, å *ikke* ha en substansindusert (rusutløst) psykoselidelse, og å ha *høyere* nivå av depressive og kognitive symptomer predikerte suksess i å komme i ordinært arbeid mer enn 50% etter ett år med JobbReseptintervensjonen. Stoffmisbruk leverte ikke et signifikant bidrag til modellen, ei heller positive eller negative symptomer, alder eller utdanning.

7.3 Mediasjonsanalyser

Mediasjonsanalysene indikerte at endring i arbeidsstatus ved ett års oppfølging ikke ble mediert av verken self-efficacy eller selvfølelse (figur 2). Bias-korrigererte konfidensintervaller for mediasjonseffektene var ikke over 0, og derfor er det legitimt å konkludere med at sannsynligheten for en mediasjonseffekt er liten- selv om det må tas høyde for den beskjedne størrelsen på utvalg.

Figur 2. Skjematisk fremstilling av mediasjon av self-efficacy av assosiasjon mellom arbeidsstatus ved inklusjon og ett år



Mediasjonseffekt = indirekte effekt (ab-sti): Koeffisient = .08; 95% konfidensintervall -0.32-0.42.

Det var ingen sammenheng mellom arbeidsstatus ved inklusjon og self-efficacy, men det var en ikke-signifikant positiv assosiasjon mellom self-efficacy og arbeidsstatus ved ett år. Det var også en svak assosiasjon mellom arbeidsstatus ved inklusjon og arbeidsstatus ved ett år, men denne var heller ikke statistisk signifikant.

En follow-up analyse utført med loglinær regresjon men nå med self-efficacy inkludert i modellen dog uten de kovariatene/faktorene som ikke leverte signifikante bidrag i den originale modellen. Resultatet av denne analysen støtter ikke tanken om at self-efficacy bidrar til arbeid etter ett år:

Variabel	Type III		
	Wald chi ²	df	Sig.
Kjønn	2.11	1	.15
Diagnose	493.5	4	.000
Kognitive symptomer	1.40	1	.24
Depressive symptomer	2.8	1	.10
Self-efficacy	.09	1	.80

7.4 To års oppfølging

Ett år etter avslutning fra JobbResept har vi oppfølgingsdata på 22 av de opprinnelige 33 deltakerne og 22 av kontrollpersonene. Ti av JobbReseptdeltakerne dem har fremdeles ordinært arbeid mer enn 50%, en av dem var fremdeles praksisplass med ytelse i stedet for lønn. Seks JobbReseptdeltakere hadde arbeid mindre enn 50%, på ordinær arbeidsplass, men her var halvparten (tre) praksisplass. Etter to år finner vi ingen forskjell mellom kontrollgruppe og JobbResept, slik det står å lese i tabell 7. Lineær regresjon gir da heller ingen prediktiv verdi for gruppetilhørighet, det vil si deltakelse i JobbResept eller ikke.

Tabell 7. Arbeid/meningsfylt beskjeftigelse og symptomnivå ved to års oppfølging							
	Kontroll		JobbResept		Chi ²	df	Sig.
	N	%	N	%			
Strauss Carpenter Arbeid:					.38	2	.83
ingen	7	31.8	6	27.3			
Skåre 1 eller 2	7	31.8	6	27.3			
Skåre 3 eller 4	8	36.4	10	45.5			
Strauss Carpenter meningsfylt beskjeftigelse:					1.0	2	.60
ingen	3	13.6	5	22.7			
Skåre 1 eller 2	5	22.7	3	13.6			
Skåre 3 eller 4	14	63.6	14	63.3			
	Mean	SD	Mean	SD	t	df	Sig.
Symptomer							
Positive	10.7	5.4	12.2	6.6	-.80	41	.43
Negative	14.1	4.8	15.1	7.6	-.53	40	.60
Kognitive	9.6	4.5	10.8	5.2	-.73	38	.47
Depressive	10.2	3.7	11.2	4.3	-.86	41	.40
Excitative	5.0	1.9	7.1	4.3	-1.7	40	.09

Loglineær regresjon var ikke mulig å gjennomføre på grunn av tilnærmet nøyaktig lik varians i begge gruppene.

8. Konklusjon

Hovedkonklusjonen fra denne studien er at JobbResept som intervensjon for de alvorligste psykiske lidelsene har meget god effekt så lenge intervensjonen varer. Dette blir synlig når en sammenlikner resultater etter ett år med intervensjon med resultater ett år etter avslutning. Effekten opphørte i dette utvalget innen ett år etter at intervensjonen opphørte. Sannsynligvis må oppfølgingen vedvare over lengre tid for at den skal opprettholdes. Hvor lenge, svarer ikke våre resultater på. I prinsippene for IPS står det at oppfølgingen skal være "tidsubegrenset", men hvor lenge er fortsatt uklart.

En annen viktig konklusjon er at kjernesymptomer i psykoselidelsene, nemlig positive og negative symptomer, ikke hadde effekt på utfallet av intervensjonen i dette utvalget. Depressive og kognitive symptomer hadde noe sammenheng med arbeid og skole/utdanning etter ett år. Affektiv komponent ved psykoselidelser har en prognostisk gunstig, dette er kjent fra tidligere forskning, og det kan forklare hvorfor nettopp et høyere nivå av disse symptomene henger positivt sammen med arbeid og/eller utdanning.

Forskning på arbeidsrettede tiltak for personer med alvorlige sinnslidelser i andre land har vist at nivå på positive og negative symptomer ikke spiller noen avgjørende rolle for suksessen til intervensjonene (Drake, Xie, Bond, McHugo, & Caton, 2013). TIPS har tidligere vist at en med en viss sannsynlighet kan si at tidlig intervensjon virker positivt inn på arbeidsdeltakelse gjennom et lavere nivå av negative symptomer (W. T. Hegelstad et al., 2016). Her var det ingen spesifikke tiltak rettet mot arbeid, kun tidlig oppdagelse og intervensjon. Konklusjonen var at en, dersom en kombinerte tidlig intervensjon med spesifikke tiltak, kunne forvente ytterligere forbedring av funksjonsnivå. I denne studien kan det se ut som at dette har slått til.

Drop-out er ofte et stort problem ved intervensjoner for denne gruppen av pasienter (Anderson, Fuhrer, Schmitz, & Malla, 2012). JobbResept hadde en ettårs dropoutrate på <10%, noe som er lite i denne pasientgruppen. Sosial marginalisering og drop-out fra hjelpeapparatet henger ofte sammen, og det er viktig å være assertiv og proaktiv i å holde deltakere, pasienter, eller brukere engasjert i sin egen behandling.

JobbResept har en pro-aktiv og assertiv tilnærming som ser ut til å være egnet til å unngå frafall.

Stoffmisbruk viser i de fleste studier sammenheng med et mer ugunstig forløp ved psykoser, så også blant deltakere i TIPS-prosjektet (Weibell, 2015). Det er assosiert med flere liggedøgn på sykehus (Crebbin, Mitford, Paxton, & Turkington, 2008) og mer alvorlig psykopatologi (Addington, Addington, & Patten, 2007). Det er på den andre siden også funnet at narkotikamisbruk er assosiert med bedre kognitiv og sosial fungering hos personer med psykose (Loberg et al., 2014), slik at en mulig kan tenke seg at personer med narkotikamisbruk som får psykose kan ha en annen etiologi. De kan ha et gunstigere forløp dersom de slutter å ruse seg (Weibell, 2015). I denne studien viste ikke misbruk noen sammenheng med arbeidsdeltakelse. Det står i tilsynelatende motsetning til at deltakere med substansindusert psykose var de som hadde minst nytte av JobbResept. En forklaring kan være at stoffmisbruk og substansindusert psykose nødvendigvis er så sterkt korrelert med hverandre at diagnosekategorien nøytraliserer effekten av stoffmisbruket i en regresjonsanalyse.

Ved ett års oppfølging hang høyere arbeidsdeltakelse sammen med høyere deltakelse i skole eller utdanning. Det kan tolkes som at JobbResept hadde en gunstig effekt på generelt nivå av sunn aktivitet og sosial deltakelse. Premorbid utdanning derimot hadde ingen prediktiv verdi i analysene, i motsetning til det en finner i de fleste naturalistiske forløpsstudier på psykose (Bottlender et al., 2002; Chang et al., 2013; Larsen et al., 2004). Det kan bety at en intervensjon som JobbResept har potensiale til å kompensere for tapt premorbid fungering, i alle fall til en viss grad.

I denne studien hadde ikke self-efficacy eller selvfølelse noen effekt på arbeidsdeltakelse eller skole/utdanning ved ett års oppfølging. Dette står i motsetning til forventningen.

Oppsummert kan det konkluderes med at JobbReseptintervensjonen virker uansett psykopatologi eller rusmisbruk, men at oppfølging må opprettholdes over tid.

9. Veien videre

Henviste deltakere har blitt yngre over de ti årene JobbResept har eksistert. Mange ønsker å fortsette utdanning fremfor å starte i arbeid. Andre ønsker en fleksibilitet mellom å prøve ut arbeid og utdanning. En tilpasning av intervensjonen har tvunget seg frem. TIPS og JobbResept har i samarbeid med Universitetet i Tilburg, Nederland, Universitetet i Melbourne, Australia, Universitetet i California, Los Angeles (UCLA) og Yale University i USA og Recovery College i London, Storbritannia utarbeidet en versjon av IPS som integrerer oppfølging av arbeid og utdanning for personer med alvorlig psykisk lidelse. Denne intervensjonen er mer fleksibel enn den opprinnelige IPS-modellen, og en har fått tillatelse av rettighetshaverne til fidelityskalaen for IPS, Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice til å lage en modifisert versjon for den nye intervensjonen. Den har til dels blitt til under, og som følge av erfaringer fra, prosjektperioden til JobbReseptstudien som er presentert i denne rapporten.

Ut av sykehuset! Tilgjengelige spesialiserte psykiske helsetjenester integrert med tjenester for arbeid og utdanning synes å være fremtiden.

10. Referanser

- Addington, D., Addington, M. D., & Patten, S. (2007). Relapse rates in an early psychosis treatment service. *Acta Psychiatr Scand*, *115*(2), 126-131. doi:ACP879 [pii] 10.1111/j.1600-0447.2006.00879.x
- Allott, K. A., Turner, L. R., Chinnery, G. L., Killackey, E. J., & Nuechterlein, K. H. (2013). Managing disclosure following recent-onset psychosis: utilizing the Individual Placement and Support model. *Early Interv Psychiatry*. doi:10.1111/eip.12030
- Altamura, A. C., Bobo, W. V., & Meltzer, H. Y. (2007). Factors affecting outcome in schizophrenia and their relevance for psychopharmacological treatment. *Int Clin Psychopharmacol*, *22*(5), 249-267. doi:10.1097/YIC.0b013e3280de2c7f00004850-200709000-00001 [pii]
- Alvarez-Jimenez, M., Gleeson, J. F., Henry, L. P., Harrigan, S. M., Harris, M. G., Killackey, E., . . . McGorry, P. D. (2012). Road to full recovery: longitudinal relationship between symptomatic remission and psychosocial recovery in first-episode psychosis over 7.5 years. *Psychol Med*, *42*(3), 595-606. doi:S0033291711001504 [pii] 10.1017/S0033291711001504
- Anderson, K. K., Fuhrer, R., Schmitz, N., & Malla, A. K. (2012). Determinants of negative pathways to care and their impact on service disengagement in first-episode psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. doi:10.1007/s00127-012-0571-0
- Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, *16*, 11-23.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, *16*(4), 11-23.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*, *84*(2), 191-215.
- Bell, M. D., & Lysaker, P. H. (1997). Clinical benefits of paid work activity in schizophrenia: 1-year followup. *Schizophr Bull*, *23*(2), 317-328.
- Bentsen, H., Munkvold, O.G., Notland, T.H., Boye, B., Bjoerge, H., Lersbryggen, A.B., Oskarsson, K.H., Berg-Larsen, R., Malt, U.F. (1996). The interrater reliability of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). *Int J Methods Psychiatr Res*, *6*, 227-235.
- Bond, G. R., Drake, R. E., & Becker, D. R. (2008). An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatr Rehabil J*, *31*(4), 280-290. doi:H72R72615720K150 [pii] 10.2975/31.4.2008.280.290
- Bond, G. R., Drake, R. E., & Becker, D. R. (2012). Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World Psychiatry*, *11*(1), 32-39.
- Bond, G. R., Peterson, A. E., Becker, D. R., & Drake, R. E. (2012). Validation of the Revised Individual Placement and Support Fidelity Scale (IPS-25). *Psychiatr Serv*, *63*(8), 758-763. doi:1171766 [pii] 10.1176/appi.ps.201100476
- Bond, G. R., Resnick, S. G., Drake, R. E., Xie, H., McHugo, G. J., & Bebout, R. R. (2001). Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness? *J Consult Clin Psychol*, *69*(3), 489-501.
- Bora, E., Yucel, M., & Pantelis, C. (2009). Cognitive functioning in schizophrenia, schizoaffective disorder and affective psychoses: meta-analytic study. *Br J Psychiatry*, *195*(6), 475-482. doi:195/6/475 [pii]

10.1192/bjp.bp.108.055731

Bottlender, R., Sato, T., Jager, M., Groll, C., Strauss, A., & Moller, H. J. (2002). The impact of duration of untreated psychosis and premorbid functioning on outcome of first inpatient treatment in schizophrenic and schizoaffective patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 252(5), 226-231. doi:10.1007/s00406-002-0385-2

Bromet, E. J., Naz, B., Fochtmann, L. J., Carlson, G. A., & Tanenberg-Karant, M. (2005). Long-term diagnostic stability and outcome in recent first-episode cohort studies of schizophrenia. *Schizophr Bull*, 31(3), 639-649. doi:sbi030 [pii]

10.1093/schbul/sbi030

Browne, S., Clarke, M., Gervin, M., Waddington, J. L., Larkin, C., & O'Callaghan, E. (2000). Determinants of quality of life at first presentation with schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 176, 173-176.

Brumoen, H. (2000a). *Bygging av mestringsstillit*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Carlsson, A. H., Bjorvatn, C., Engebretsen, L. F., Berglund, G., & Natvig, G. K. (2004). Psychosocial factors associated with quality of life among individuals attending genetic counseling for hereditary cancer. *J Genet Couns*, 13(5), 425-445. doi:NY00000407 [pii]

10.1023/B:JOGC.0000044202.95768.b3

Chang, W. C., Kwong, V. W., Hui, C. L., Chan, S. K., Lee, E. H., & Chen, E. Y. (2016). Relationship of amotivation to neurocognition, self-efficacy and functioning in first-episode psychosis: a structural equation modeling approach. *Psychol Med*, 1-11. doi:10.1017/S0033291716003044

Chang, W. C., Yee Man Tang, J., Lai Ming Hui, C., Hoi Yan Wong, G., Kit Wa Chan, S., Ho Ming Lee, E., & Yu Hai Chen, E. (2013). The relationship of early premorbid adjustment with negative symptoms and cognitive functions in first-episode schizophrenia: A prospective three-year follow-up study. *Psychiatry Res*, 209(3), 353-360. doi:S0165-1781(13)00086-3 [pii]

10.1016/j.psychres.2013.02.014

Crebbin, K., Mitford, E., Paxton, R., & Turkington, D. (2008). Drug and alcohol misuse in first episode psychosis: An observational study. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 4(2), 417-423.

Crowther, R., Marshall, M., Bond, G., & Huxley, P. (2001). Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*(2), CD003080. doi:CD003080 [pii]

10.1002/14651858.CD003080

Drake, R. E., Osher, F. C., Noordsy, D. L., Hurlbut, S. C., Teague, G. B., & Beaudett, M. S. (1990). Diagnosis of alcohol use disorders in schizophrenia. *Schizophr Bull*, 16(1), 57-67.

Drake, R. E., Xie, H., Bond, G. R., McHugo, G. J., & Caton, C. L. (2013). Early psychosis and employment. *Schizophr Res*, 146(1-3), 111-117. doi:10.1016/j.schres.2013.02.012

Eklund, M., Hansson, L., & Bejerholm, U. (2001). Relationships between satisfaction with occupational factors and health-related variables in schizophrenia outpatients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 36(2), 79-83.

Evensen, J., Rossberg, J. I., Barder, H., Haahr, U., Hegelstad, W. T., Joa, I., . . . Friis, S. (2012). Flat affect and social functioning: a 10 year follow-up study of first episode psychosis patients. *Schizophr Res*, 139(1-3), 99-104. doi:S0920-9964(12)00250-2 [pii]

10.1016/j.schres.2012.04.019

- Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W., & Chamberlin, J. (2005). Implementing recovery oriented evidence based programs: identifying the critical dimensions. *Community Mental Health Journal*, *41*(2), 141-158.
- Frøyland, K., & Spjelkavik, Ø. (2014). *Inkluderingskompetanse* (K. Frøyland & Ø. Spjelkavik Eds.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Green, A. I., Tohen, M. F., Hamer, R. M., Strakowski, S. M., Lieberman, J. A., Glick, I., & Clark, W. S. (2004). First episode schizophrenia-related psychosis and substance use disorders: acute response to olanzapine and haloperidol. *Schizophr Res*, *66*(2-3), 125-135.
- Hayes, A. F. (2012). PROCESS: A versatile computational tool for observed variable mediation, moderation, and conditional process modeling (White paper). Retrieved from: <http://www.afhayes.com/public/process2012.pdf>.
- Hegelstad, W., Heitmann, L., Kydland, R., & Schaft, A. (2014). Psykiske lidelser og arbeidsdeltakelse. In K. Frøyland & Ø. Spjelkavik (Eds.), *Inkluderingskompetanse. Ordinært arbeid som mål og middel*. (Vol. 1, pp. 142-155). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S.
- Hegelstad, W. T., Bronnick, K. S., Barder, H. E., Evensen, J. H., Haahr, U., Joa, I., . . . Friis, S. (2016). Preventing Poor Vocational Functioning in Psychosis Through Early Intervention. *Psychiatr Serv*, appips201500451. doi:10.1176/appi.ps.201500451
- Hegelstad, W. T., Larsen, T. K., Auestad, B., Evensen, J., Haahr, U., Joa, I., . . . McGlashan, T. (2012). Long-term follow-up of the TIPS early detection in psychosis study: effects on 10-year outcome. *Am J Psychiatry*, *169*(4), 374-380. doi:10.1176/appi.ajp.2011.11030459
- Hegelstad, W. t. V., Haahr, U., Larsen, T. K., Barder, H., Evensen, J., Joa, I., . . . Friis, S. (2013). Variation in DUP in an 18-year perspective. *Early Interv Psychiatry*, In press.
- Helle, S., & Gråwe, R. (2007). Helle, S. & Gråwe, R. Sysselsetting og trygd blant personer med schizofrenidiagnose. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 1358–1362.
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Ingul, J. M., & Nordahl, H. M. (2013). Anxiety as a risk factor for school absenteeism: what differentiates anxious school attenders from non-attenders? *Ann Gen Psychiatry*, *12*(1), 25. doi:10.1186/1744-859X-12-25
- inkluderingsdepartementet, A.-o., & omsorgsdepartementet, H.-o. (2006). *Nasjonalt strategiplan for arbeid og psykisk helse*. Oslo.
- Johannessen, J. O. (2002). Schizofreni – omfang og betydning. . *Tidsskr Nor Lægeforen*, *122*, 2011-2014.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*, *13*(2), 261-276.
- Kirkpatrick, B., Buchanan, R. W., Ross, D. E., & Carpenter, W. T., Jr. (2001). A separate disease within the syndrome of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, *58*(2), 165-171. doi:10.1093/ajps8375 [pii]
- Kirkpatrick, B., Fenton, W. S., Carpenter, W. T., Jr., & Marder, S. R. (2006). The NIMH-MATRICES consensus statement on negative symptoms. *Schizophr Bull*, *32*(2), 214-219. doi:10.1093/schbul/sbj053 [pii]
- Knapp, M., Patel, A., Curran, C., Latimer, E., Catty, J., Becker, T., . . . Burns, T. (2013). Supported employment: cost-effectiveness across six European sites. *World Psychiatry*, *12*(1), 60-68. doi:10.1002/wps.20017

- Kopelowicz, A., Liberman, R. P., Ventura, J., Zarate, R., & Mintz, J. (2005). Neurocognitive correlates of recovery from schizophrenia. *Psychol Med*, 35(8), 1165-1173.
- Larsen, T. K., Friis, S., Haahr, U., Johannessen, J. O., Melle, I., Opjordsmoen, S., . . . McGlashan, T. H. (2004). Premorbid adjustment in first-episode non-affective psychosis: distinct patterns of pre-onset course. *Br J Psychiatry*, 185, 108-115. doi:10.1192/bjp.185.2.108
- 185/2/108 [pii]
- Loberg, E. M., Helle, S., Nygard, M., Berle, J. O., Kroken, R. A., & Johnsen, E. (2014). The Cannabis Pathway to Non-Affective Psychosis may Reflect Less Neurobiological Vulnerability. *Front Psychiatry*, 5, 159. doi:10.3389/fpsyt.2014.00159
- Marwaha, S., & Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment - a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39(5), 337-349. doi:10.1007/s00127-004-0762-4
- Melle, I., Friis, S., Hauff, E., & Vaglum, P. (2000). Social functioning of patients with schizophrenia in high-income welfare societies. *Psychiatr Serv*, 51(2), 223-228.
- Melle, I., Haahr, U., Friis, S., Hustoft, K., Johannessen, J. O., Larsen, T. K., . . . McGlashan, T. (2005). Reducing the duration of untreated first-episode psychosis -- effects on baseline social functioning and quality of life. *Acta Psychiatr Scand*, 112(6), 469-473. doi:10.1111/j.1600-0447.2005.00638.x
- Melle, I., Larsen, T. K., Haahr, U., Friis, S., Johannessen, J. O., Opjordsmoen, S., . . . McGlashan, T. (2008). Prevention of negative symptom psychopathologies in first-episode schizophrenia: two-year effects of reducing the duration of untreated psychosis. *Arch Gen Psychiatry*, 65(6), 634-640.
- Melle, I., Larsen, T. K., Haahr, U., Friis, S., Johannessen, J. O., Opjordsmoen, S., . . . McGlashan, T. (2004). Reducing the duration of untreated first-episode psychosis: effects on clinical presentation. *Arch Gen Psychiatry*, 61(2), 143-150. doi:10.1001/archpsyc.61.2.143
- 61/2/143 [pii]
- Milev, P., Ho, B. C., Arndt, S., & Andreasen, N. C. (2005). Predictive values of neurocognition and negative symptoms on functional outcome in schizophrenia: a longitudinal first-episode study with 7-year follow-up. *Am J Psychiatry*, 162(3), 495-506. doi:10.1176/appi.ajp.162.3.495 [pii]
- 10.1176/appi.ajp.162.3.495
- Mueser, K. T., Salyers, M. P., & Mueser, P. R. (2001). A prospective analysis of work in schizophrenia. *Schizophr Bull*, 27(2), 281-296.
- OECD. (2013). *Mental Health and Work: Norway*. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1787/9789264178984-en>
- OECD. (2014). *Education at a glance*. Retrieved from
- Rinaldi, M., Killackey, E., Smith, J., Shepherd, G., Singh, S. P., & Craig, T. (2010). First episode psychosis and employment: a review. *Int Rev Psychiatry*, 22(2), 148-162. doi:10.3109/09540261003661825
- Roe, D. (2003). A prospective study on the relationship between self-esteem and functioning during the first year after being hospitalized for psychosis. *J Nerv Ment Dis*, 191(1), 45-49. doi:10.1097/01.NMD.0000044445.03065.AA
- RogalandFylkeskommune. (2016). *Vilje gir vekst- Kvalitetsmelding Videregående opplæring 2015*. Retrieved from Stavanger:
- Rosenberg, M. (1965). *Society and The Adolescent Self-Image*. Princeton, N.J.
- Rosenheck, R., Leslie, D., Keefe, R., McEvoy, J., Swartz, M., Perkins, D., . . . Lieberman, J. (2006). Barriers to employment for people with schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 163(3), 411-417. doi:10.1176/appi.ajp.163.3.411 [pii]

10.1176/appi.ajp.163.3.411

Scholz, U., Guti`errez-Dona, B., Sud, S., & Schwarzer, R. (2002). Is perceived self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *Eur J Psychol Assess*, *18*, 242–

251.

Secker, J., Grove, B., & Seebohm, P. (2001). Challenging barriers to employment, training and education for mental health clients: The client's perspective. *Journal of Mental Health*, *10*, 395–404.

Shrauger, J. S., & Rosenberg, S. E. (1970). Self-esteem and the effects of success and failure feedback on performance. *J Pers*, *38*(3), 404-417.

Skogen, J. C., Kjeldsen, A., Knudsen, A. K., Myklestad, I., Nesvåg, R., Reneflot, A., & Major, E. (2015). *Psykisk helse hos barn og unge*. Retrieved from Oslo:

Soest, T. v. (2002). Rosenbergs selvfølelsesskala: Validering av en norsk oversettelse. *Tidsskrift norsk psykologforening*, *42*, 226-228.

Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M., & First, M. B. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Arch Gen Psychiatry*, *49*(8), 624-629.

Strauss, G. P., Harrow, M., Grossman, L. S., & Rosen, C. (2010). Periods of recovery in deficit syndrome schizophrenia: a 20-year multi-follow-up longitudinal study. *Schizophr Bull*, *36*(4), 788-799. doi:sbn167 [pii]

10.1093/schbul/sbn167

Strauss, J. S., & Carpenter, W. T., Jr. (1977). Prediction of outcome in schizophrenia. III. Five-year outcome and its predictors. *Arch Gen Psychiatry*, *34*(2), 159-163.

Swanson, S. J., Becker, D. R., & Bond, G. R. (2013). Job development guidelines in supported employment. *Psychiatr Rehabil J*, *36*(2), 122-123. doi:2013-19404-010 [pii]

10.1037/h0094988

Tandberg, M., Ueland, T., Sundet, K., Haahr, U., Joa, I., Johannessen, J. O., . . . McGlashan, T. (2011). Neurocognition and occupational functioning in patients with first-episode psychosis: a 2-year follow-up study. *Psychiatry Res*, *188*(3), 334-342. doi:S0165-1781(11)00352-0 [pii]

10.1016/j.psychres.2011.04.021

Ucok, A., Polat, A., Genc, A., Cakir, S., & Turan, N. (2004). Duration of untreated psychosis may predict acute treatment response in first-episode schizophrenia. *J Psychiatr Res*, *38*(2), 163-168. doi:S0022395603001043 [pii]

van Os, J., Burns, T., Cavallaro, R., Leucht, S., Peuskens, J., Helldin, L., . . . Kane, J. M. (2006). Standardized remission criteria in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*, *113*(2), 91-95. doi:ACP659 [pii]

10.1111/j.1600-0447.2005.00659.x

Vass, V., Morrison, A. P., Law, H., Dudley, J., Taylor, P., Bennett, K. M., & Bentall, R. P. (2015). How stigma impacts on people with psychosis: The mediating effect of self-esteem and hopelessness on subjective recovery and psychotic experiences. *Psychiatry Res*, *230*(2), 487-495. doi:10.1016/j.psychres.2015.09.042

Vracotas, N., Iyer, S. N., Joobar, R., & Malla, A. (2012). The role of self-esteem for outcome in first-episode psychosis. *Int J Soc Psychiatry*, *58*(1), 41-46. doi:10.1177/0020764010382698

Warner, R. (2009). Recovery from schizophrenia and the recovery model. *Curr Opin Psychiatry*, *22*(4), 374-380. doi:10.1097/YCO.0b013e32832c920b

Weibell, M. A. e. a. (2015). *Substance abuse patterns and ten-year outcome in First Episode Psychosis*. submitted.

11. Vedlegg

Samtykkeskjema



Stavanger Universitetssjukehus
Helse Stavanger HF

Versjon 20.01.2013

Forespørsel om å delta i forskningsstudien

”Tidlig intervensjon ved alvorlig psykisk lidelse – TIPS studien”

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i den tematiske forskningen av alvorlige psykiske lidelser, hvor prosjektet *”Tidlig intervensjon ved alvorlig psykisk lidelse”* er en del. Med alvorlige psykiske lidelser mener vi psykotisk lidelse (schizofreni, schizofreniform, schizoaffektiv lidelse, affektiv psykose, paranoid psykose, psykose NOS) og bipolar lidelse (type I, II og NOS). Disse lidelsene kjennetegnes ved at de ofte starter i ung alder selv om det ikke alltid er tilfelle. Symptomer kan være angst, tilbaketrekking, tankeforandring og betydelige stemningsforandringer som går ut over det som kan karakteriseres som vanlige humørsvingninger eller sorg. Aktivitetsnivået kan endre seg og mange får tilleggsproblemer som rusmisbruk, redusert arbeidsevne, vansker i familien og sosialt.

Hensikten med studien er å skaffe mer kunnskap om alvorlige psykiske lidelser, og om det er mulig å bedre prognosen ved å tilby behandling på et tidligere tidspunkt. Studien vil undersøke hvilke symptomer du har, hvordan de utviklet seg fram til du søkte hjelp for dem, hvilken behandling som har vært gitt, hvordan behandlingen har virket og hvordan helsetjenesten fungerte.

Hva innebærer studien?

Du vil gjennomgå et intervju på til sammen ca 3 timer om dine plager, utviklingen av disse plagene og behandlingen du har mottatt til nå. Intervjuet vil utføres av helsepersonell som har trening i å utføre disse intervjuene. Ved noen behandlingssenheter er deler av disse intervjuene del av rutine utredning. Dersom det er tilfelle ber vi deg om tillatelse til å benytte denne informasjonen, og intervjuet vil da bli kortere. Vi ønsker også å be noen få av dere som deltar i studien om et dybdeintervju som kan vare inntil 2 timer.

Du vil også bli testet for konsentrasjon og hvordan du samler tankene. Disse testene vil vare ca 3 timer med innlagte pauser. Vi ber om tillatelse til å ta spytt-, blod- og urinprøver og at du blir med på en hjernebildeundersøkelse på ca 1,5 timer. Vi ber om å få samle blod og arvestoff fra deg for å undersøke om det er noen sammenheng mellom arvestoff og din lidelse. Videre ber vi om tillatelse til å innhente informasjon fra din journal på Psykiatrisk klinikk, Stavanger Universitetssjukehus og eventuelle andre sykehus hvor du har vært behandlet for denne lidelsen.

Vi ber deg i tillegg om å være med i en oppfølgingsstudie, hvor vi ønsker å følge deg i fem år. Hvert halvår de første 2 årene ønsker vi å intervju deg om hvordan du har det. Vi ønsker å ta blodprøver for å undersøke hvor mye medisin du har i blodet, og hvordan medisinene påvirker kroppen din, og urinprøve for å undersøke rusmidler. Etter 4-5 år vil vi be deg om å få gjøre en ny hjernebildeundersøkelse.

Mulige fordeler og ulemper

Dersom du ber om det, vil din behandler i helsevesenet kunne få informasjon om resultatene av undersøkelsene, og dermed kunne bli bedre i stand til å hjelpe deg i din videre behandling. Ut over blodprøvetaking og den tiden intervjuene tar, innebærer ikke deltakelse noen ulemper.

Hva skjer med prøvene og informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med den tematiske studien som Oslo Universitetssykehus er ansvarlig for. Alle opplysningene og prøvene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. En kode knytter deg til dine

Besøksadresse: Armauer Hansensvei 20, 4011 Stavanger
Postadresse: Helse Stavanger HF, Psykiatrisk divisjon, Postboks 8100
4068 Stavanger

opplysninger og prøver gjennom en navneliste. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg.

Videre ber vi om å få innhente og sammenkoble med relevante opplysninger fra Fødsels-, Resept-, Trygde- og Dødsårsaksregistre, Nasjonalt Pasientregister, Statistisk Sentralbyrå's familie- og sosialregister. Opplysninger og materiale vil senest slettes i 2050. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Vi ber om tillatelse til å henvende oss til deg for ytterligere spørsmål og detaljer ved videre faser i prosjektet, og at innsamlede opplysninger også kan benyttes i de videre fasene. Dersom nye studier basert på de innsamlede data blir aktuelle, ber vi om tillatelse til å henvende oss for nytt samtykke for slik bruk.

Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling.

Har du spørsmål til studien, ta kontakt med prosjektleder Jan Olav Johannessen , tlf. nr. 51515211.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte kontaktperson Inge Joa, TIPS- nettverk klinisk psykoseforskning, tlf. 51515038).

Ytterligere informasjon om studien finnes i kapittel A – utdypende forklaring av hva studien innebærer.

Ytterligere informasjon om biobank, personvern og forsikring finnes i kapittel B – Personvern, biobank, økonomi og forsikring.

Samtykkeerklæring følger etter kapittel B.

Kapittel A- utdypende forklaring av hva studien innebærer

(De data som nå samles inn vil gå inn som en del av prosjektet Tematisk studie av alvorlige psykiske lidelser (TOP), som ledes av professor Ole A. Andreassen ved Oslo Universitetssykehus - Ullevål.)

Den tematiske studien omfatter flere forskjellige prosjekter som har som formål å øke vår kunnskap om alvorlige psykiske lidelser, deres utvikling og behandling. Hensikten med prosjektet "*Tidlig intervensjon ved psykiske lidelser*" er å undersøke om tidligere målrettet behandling kan gi et bedre sykdomsforløp. Som ledd i dette prosjektet ønsker vi å intervju personer som kommer til behandling for første gang for en alvorlig psykisk lidelse. Vi ønsker her å registrere omfanget (insidensen) av personer som søker behandling for første gang. For å gjøre dette vil vi gjerne intervju deg om hvilke plager du har, hvordan de har utviklet seg og hva slags behandling du har mottatt til nå. Intervjuet varer vanligvis i underkant av tre timer, og vil vanligvis deles i to deler. Det vil være mulig å ta pauser dersom du ønsker det. Vi ber om å få samle blod og arvestoff fra deg i en biobank med biologisk materiale og opplysninger fra dette fra et stort antall pasienter for å undersøke om det er noen sammenheng mellom arvestoff og din lidelse og hvordan behandlingen fungerer. Dette gjøres på hele gruppen av pasienter, og arvestoffundersøkelsen kan ikke si noe om din lidelse for deg personlig.

Besøksadresse: Armauer Hansensvei 20, 4011 Stavanger
Postadresse: Helse Stavanger HF, Psykiatrisk divisjon, Postboks 8100
4068 Stavanger

Dekning av utgifter:

Vi vil dekke dine reiseutgifter.

Kapittel B - Personvern, økonomi og forsikring

Personvern

Opplysninger som registreres om deg er resultater fra intervjuet samt resultat av blodprøvene. Vi vil også samle inn relevant informasjon i journal fra der du har blitt behandlet for aktuelle sykdom, samt relevant informasjon fra følgende sentrale offentlige registre Fødsels-, Resept-, Trygde- og Dødsårsaksregistre, Nasjonalt Pasientregister, Statistisk Sentralbyrå's familie- og sosialregister.

Oslo universitetssykehus - Ullevål ved administrerende direktør er databehandlingsansvarlig.

Biobank

Blodprøvene som blir tatt og informasjonen utledet av dette materialet vil bli lagret i en forskningsbiobank ved Oslo universitetssykehus- Ullevål. Hvis du sier ja til å delta i studien, gir du også samtykke til at det biologiske materialet og analyseresultater inngår i biobanken. Roger Bjugn er ansvarshavende for forskningsbiobanken. Biobanken planlegges å vare til 2050. Etter dette vil materiale og opplysninger bli destruert og slettet etter interne retningslinjer.

Behandling av materiale og opplysninger hos andre

Dette prosjektet er et samarbeid mellom Akershus Universitetssykehus, Helse Bergen, Helse Fonna, Oslo Universitetssykehus, Stavanger Universitetssykehus, Sykehuset Sørlandet og Sykehuset Østfold. Andre norske sykehus kan seinere bli med i prosjektet. Vi vil til enhver tid benytte de samarbeidspartnere som er mest mulig hensiktsmessige. Hvis du sier ja til å delta i studien, gir du også ditt samtykke til at aidentifiserte opplysninger oppbevares, analyseres og behandles hos våre samarbeidspartnere. De viktigste er for tiden Stavanger Universitetssykehus, (Norge) Yale University (USA) og Universitetet i Bergen (Norge), Karolinska Institutet (Sverige) og Universitetet i København (Danmark). Dette kan være land med lover som ikke tilfredsstillende europeisk personvernlovgivning. Ved samarbeid med land med dårligere personvernlovgivning enn Norge, vil vi stille samme strenge krav til beskyttelse av informasjonen.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg og sletting av prøver

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigeret eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Opplysningene vil da ikke brukes videre i studien.

Økonomi og forskningsrådets rolle

Studien og biobanken er finansiert gjennom forskningsmidler fra Deltakende sykehus og Regionale Helseforetak. De har ingen økonomiske interesser i forskningsresultatene.

Forsikring

Ordinær pasientskadeerstatning er gjeldende.

Besøksadresse: Armauer Hansensvei 20, 4011 Stavanger
Postadresse: Helse Stavanger HF, Psykiatrisk divisjon, Postboks 8100
4068 Stavanger

Informasjon om utfallet av studien

Resultatene av studien vil bli publisert i vitenskaplige tidsskrift, og populærvitenskaplig rapporter vil bli lagt ut på nettstedet <http://www.med.uio.no/forskning/tematisk/top/> og <http://www.tips-info.com/>. Ellers kan man få informasjon gjennom kontakt med prosjektleder.

Besøksadresse: Armauer Hansensvei 20, 4011 Stavanger
Postadresse: Helse Stavanger HF, Psykiatrisk divisjon, Postboks 8100
4068 Stavanger



Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien "*Tidlig intervensjon ved alvorlig psykisk lidelse – TIPS studien*"

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg samtykker til :

- At det lagres biologisk materiale
- At det innhentes informasjon fra min journal
- At det innhentes og sammenkobles opplysninger fra helseregistre
- At informasjon fra denne utredningen formidles til behandler i helsevesenet
- At det tas opp intervju på DVD

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Besøksadresse: Armauer Hansensvei 20, 4011 Stavanger
Postadresse: Helse Stavanger HF, Psykiatrisk divisjon, Postboks 8100
4068 Stavanger



Samtykke til deltakelse i studien

Deltakers underskrift

Jeg er villig til å delta i studien "Tidlig intervensjon ved alvorlig psykisk lidelse – TIPS forløp studien"

Jeg samtykker til :

- At det lagres biologisk materiale
- At det innhentes informasjon fra min journal
- At det innhentes og sammenkobles opplysninger fra helseregistre
- At informasjon fra denne utredningen formidles til behandler i helsevesenet
- At det tas opp intervju på DVD

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Foresattes underskrift

Jeg er kjent med hva studien innebærer og gir mitt barn tillatelse til å delta i forskningsprosjektet.

Foresatt _____
Sted Dato Signatur

Foresatt _____
Sted Dato Signatur

(Mor må signere for tillatelse for innhenting av svangerskaps- og fødselsopplysninger)

Prosjektmedarbeiders underskrift

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Besøksadresse: Armauer Hansensvei 20, 4011 Stavanger
Postadresse: Helse Stavanger HF, Psykiatrisk divisjon, Postboks 8100
4068 Stavanger

Diagnostikk

OPPSUMMERINGS-SKJEMA DIAGNOSTIKK: TIPS

Versjon 20.01.2016

Dato dg/mnd/år __ . __ . ____ Id nr ____ Rater ____

Sted 1. Stavanger

Tidspunkt 1. Inntak 2. 3-mnd 3. 2-år 4. 5-år

Intervjugrunn 1. Rutine

	DSM IV (Skal alltid fylles ut!)					ICD 10 diagnose (F.....)
Hoveddiagnose/SCID/ Kiddie Sads						
Bidiagnose 1						
Bidiagnose 2						
Bidiagnose 3						

VUP (kun ved inntak)	Angi i uker
Første tydelige psykosetegn til oppstart av adekvat behandling (PANSS P1, P3, P5, P6 ≥ 4)	

Symptomer

PANSS / GAF

Dato dg/mnd/år	___ . ___ . _____	Id nr	_____	Rater	_____
Sted	1. Stavanger				
Tidspunkt	1. Inntak	2. 3-mnd	3. 2-år	4. 5-år	
Intervjugrunn	1. Rutine				

PANSS

P1	1	2	3	4	5	6	7	
P2	1	2	3	4	5	6	7	
P3	1	2	3	4	5	6	7	
P4	1	2	3	4	5	6	7	
P5	1	2	3	4	5	6	7	
P6	1	2	3	4	5	6	7	
P7	1	2	3	4	5	6		
							SUM POS	
N1	1	2	3	4	5	6	7	
N2	1	2	3	4	5	6	7	
N3	1	2	3	4	5	6	7	
N4	1	2	3	4	5	6	7	
N5	1	2	3	4	5	6	7	
N6	1	2	3	4	5	6	7	
N7	1	2	3	4	5	6	7	
							SUM NEG	
A1	1	2	3	4	5	6	7	
A2	1	2	3	4	5	6	7	
A3	1	2	3	4	5	6	7	
A4	1	2	3	4	5	6	7	
A5	1	2	3	4	5	6	7	
A6	1	2	3	4	5	6	7	
A7	1	2	3	4	5	6	7	
A8	1	2	3	4	5	6	7	
A9	1	2	3	4	5	6	7	
A10	1	2	3	4	5	6	7	
A11	1	2	3	4	5	6	7	
A12	1	2	3	4	5	6	7	
A13	1	2	3	4	5	6	7	
A14	1	2	3	4	5	6	7	
A15	1	2	3	4	5	6	7	
A16	1	2	3	4	5	6	7	
							SUM ALM	
							TOTAL	

GAF: SYMPTOMER _____ FUNKSJONER _____

Arbeid, meningsfylt beskjeftigelse, fungering

Strauss Carpenter Level of Functioning Scale

Dato dg/mnd/år	___ . ___ . _____	Id nr	_____	Rater	___
Sted	1. Stavanger				
Tidspunkt	1. Inntak	2. (ikke aktuell)	3. 2-år	4. 5-år	
Intervjugrunn	1. Rutine				

Meningsfull beskjeftigelse (også husmor / student)

Meningsfull beskjeftigelse siste år

Ingen meningsfull beskjeftigelse	0
Meningsfull beskjeftigelse mindre en halvparten siste år	1
Beskjeftiget deltid eller fulltid omtrent halvparten av siste år	2
Beskjeftiget mer enn halve året, men ikke kontinuerlig	3
Kontinuerlig beskjeftiget	4

Arbeid

Arbeid siste år

Pasienten får trygd og har ikke vært i stand til å arbeide	0
Arbeidsledig, men i stand til å arbeide	1
Deltidsarbeide < 20 timer per uke	2
Deltidsarbeide > 20 timer per uke	3
Fulltidsarbeide 37,5 timer per uke	4

Venner

Kontakt med venner siste år før innleggelse

Treffer overhodet ikke venner	0
Treffer ikke venner unntatt "over gjerdet", på arbeid eller skole	1
Treffer venner omtrent en gang per måned (alle bekjente)	2
Treffer venner 2 – 3 ganger per måned	3
Treffer venner minst 1 gang per uke	4

Sykehusinnleggelse

Hospitalisering siste år

Innlagt mer enn 9 mnd	0
Innlagt 6 – 9 mnd	1
Innlagt 3 – 6 mnd	2
Innlagt mindre enn 3 mnd	3
Ikke innlagt siste år	4

Symptomer (merk tidsramme)

Symptomer siste måned

Kontinuerlige og alvorlige tegn og symptomer	0
Alvorlige tegn og symptomer noe av tiden, eller moderate tegn og symptomer hele tiden	1
Moderate tegn og symptomer hele tiden	2
Lette tegn og symptomer det meste av tiden, eller moderate tegn og symptomer ved sjeldne anledninger	3
Ingen tegn eller symptomer	4

Selvfølelse og self-efficacy

Rosenbergs Selvfølelsesskala

Nå følger noen påstander. Les hvert utsagn nøye og kryss av for de svarene som best angir hvordan du oppfatter deg selv akkurat nå.

	Veldig enig	Enig	Uenig	Veldig uenig
1. I det store og hele er jeg fornøyd med meg selv.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
2. Av og til synes jeg at jeg ikke er noe tuss i det hele tatt.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
3. Jeg synes jeg har mange gode kvaliteter.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
4. Jeg synes ikke jeg har mye å være stolt av.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
5. Jeg kan utføre ting like bra som andre folk.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
6. Av og til føler jeg meg virkelig unyttig.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
7. Jeg mener at jeg er verd noe, i alle fall like bra som andre.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
8. Jeg skulle ønske jeg hadde selvrespekt.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
9. Jeg tenker positivt om meg selv.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
10. Stort sett har jeg en tendens til å føle at jeg er mislykket.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

Kommentar:

Leddene 2, 4, 6, 8 og 10 er negativt formulerte og må snus før gjennomsnittsskåren blir beregnet.

Norwegian Version of the General Perceived Self-Efficacy Scale

Dato dg/mnd/år	_____	Id nr _____	Rater _____
Sted	1 Stavanger		
Tidspunkt	1 Inntak	2 1. Remisjon	3 3. mnd 4 1 år
	5 2 år	6 5 år	7 Ekstra intervju
Intervjugrunn	1 Rutine	2 1. Tilbakefall	3 2. Remisjon 4 2. Tilbakefall
	5 3. Remisjon	6 Annet (angi)	

Vennligst sett kryss ved de svarene som passer best for deg (ett nummer for hvert spørsmål)

	Helt galt	Nokså galt	Nokså riktig	Helt riktig
	1	2	3	4
1) Jeg klarer alltid å løse vanskelige problemer hvis jeg prøver hardt nok.				
2) Hvis noen motarbeider meg, så kan jeg finne måter og veier for å få det som jeg vil.				
3) Det er lett for meg å holde fast på planen mine og nå målene mine.				
4) Jeg føler meg trygg på at jeg ville kunne takle uventede hendelser på en effektiv måte.				
5) Takket være ressursene mine så vet jeg hvordan jeg skal takle uventede situasjoner.				
6) Jeg kan løse de fleste problemer hvis jeg går tilstrekkelig inn for det.				
7) Jeg beholder roen når jeg møter vanskeligheter fordi jeg stoler på mestringsevnen min.				
8) Når jeg møter et problem, så finner jeg vanligvis flere løsninger på det.				
9) Hvis jeg er i knipe, så finner jeg vanligvis en vei ut.				
10) Samme hva som hender så er jeg vanligvis i stand til å takle det.				

Evaluering av misbruk hos pasienter med alvorlige psykiske tilstander

Dato dg/mnd/år	_____	Id nr _____	Rater _____
Sted	1 Stavanger	2 Haugesund	3 Oslo 4 Roskilde
Tidspunkt	1 Inntak	2 1. Remisjon	3 3. mnd 4 1 år
	5 2 år	6 5 år	7 Ekstra intervju
Intervjugrunn	1 Rutine	2 1. Tilbakefall	3 2. Remisjon 4 2. Tilbakefall
	5 3. Remisjon	6 Annet (angi)	

Innhold:

- 1. Alcohol Use Scale** – skala for klinikerens vurdering av alkoholforbruk.
- 2. Drug Use Scale** – Skala for klinikerens vuredring av rusmiddelbruk.
- 3. Sjekkliste for vanlige konsekvenser av misbruk**

1. Clinician Alcohol Use Scale

Skala for klinikerens vurdering av alkoholforbruk

Vurder din klients bruk av alkohol gjennom de siste 6 måneder etter følgende skala. Hvis personen er innlagt i institusjon, er rapporteringsintervallet perioden forut for institusjonalisering. Du bør avveie opplysninger fra selvrappotering, intervjuer, observasjoner av adferd samt komparentopplysninger (fra familie, dagsenter, nettverk osv) mot hverandre ved valg av nivå på skala.

Avholdende	Klient har ikke brukt alkohol i dette tidsintervallet	1
Bruk uten funksjonsnedsettelse	Klient har brukt alkohol i dette tidsintervallet, men det er ikke sikre tegn til vedvarende eller tilbakevendende sosiale, yrkesmessige, psykologiske eller fysiske problemer relatert til bruken og ingen sikre opplysninger om tilbakevendende, farlig alkoholbruk.	2
Misbruk	Klient har brukt alkohol i dette tidsintervallet og det er sikre tegn til vedvarende eller tilbakevendende sosiale, yrkesmessige, psykologiske eller fysiske problemer relatert til bruken eller sikre opplysninger om tilbakevendende, farlig alkoholbruk.	3
Avhengighet	Fyller kriteriene for misbruk pluss minst 3 av følgende: Større mengder eller lengre intervaller med bruk enn hensikten var, mye av tiden går med til å få tak i eller bruke alkohol, hyppig intoksikasjon eller tilbaketrekning interfererer med andre aktiviteter, viktige aktiviteter oppgis pga alkoholbruk, kontinuerlig bruk til tross for viten om alkoholrelaterte problemer, markert toleranse for alkohol, karakteristiske abstinenssymptomer, alkohol brukt for å lindre eller unngå abstinenssymptomer. F eks: Ukontrollert drikking og opptatthet av drikking har fått klienten til å falle ut av arbeidstrening og sosiale aktiviteter som ikke er relatert til drikking	4
Avhengighet med institusjonalisering	Møter kriteriene for alvorlig, og i tillegg er de relaterte problemene så alvorlige at de gjør det vanskelig å bo utenfor institusjon. F eks: Konstant drikking fører til ukontrollert adferd og manglende evne til å betale husleie slik at klienten ofte blir politianmeldt og søker hospitalisering.	5

Evaluering av misbruk hos pasienter med alvorlige psykiske tilstander

2. Clinician Drug Use Scale

Skala for klinikerens vurdering av rusmiddelbruk (ekskl alkohol)

Vurder din klients bruk av rusmidler (ekskl alkohol) gjennom de siste 6 måneder etter følgende skala. Hvis personen er innlagt i institusjon, er rapporteringsintervallet perioden forut for institusjonalisering. Du bør avveie opplysninger fra selvrappotering, intervjuer, observasjoner av adferd samt komparentopplysninger (fra familie, dagsenter, nettverk osv) mot hverandre ved valg av nivå på skala.

Avholdende	Klient har ikke brukt rusmidler i dette tidsintervallet	1
Bruk uten funksjonsnedsettelse	Klient har brukt rusmidler i dette tidsintervallet, men det er ikke sikre tegn til vedvarende eller tilbakevendende sosiale, yrkesmessige, psykologiske eller fysiske problemer relatert til bruken og ingen sikre opplysninger om tilbakevendende farlig bruk av rusmidler.	2
Misbruk	Klient har brukt rusmidler i dette tidsintervallet og det er sikre tegn til vedvarende eller tilbakevendende sosiale, yrkesmessige, psykologiske eller fysiske problemer relatert til bruken eller sikre opplysninger om tilbakevendende farlig bruk av rusmidler.	3
Avhengighet	Fyller kriteriene for misbruk pluss minst 3 av følgende: Større mengder eller lengre intervaller med bruk enn hensikten var, mye av tiden går med til å få tak- i eller bruke rusmidler, hyppig intoksikasjon eller tilbaketrekning interfererer med andre aktiviteter, viktige aktiviteter oppgis pga rusmiddelbruk, kontinuerlig bruk til tross for viten om rusmiddelrelaterte problemer, markert toleranse for rusmidler, karakteristiske abstinenssymptomer, rusmidler brukt for å lindre eller unngå abstinenssymptomer. F eks: Ukontrollert rusmiddelbruk og opptatthet av rusmidler har fått klienten til å falle ut av arbeidstrening og sosiale aktiviteter som ikke er relatert til rusmiddelbruk.	4
Avhengighet med institusjonalisering	Møter kriteriene for alvorlig, og i tillegg er de relaterte problemene så alvorlige at de gjør det vanskelig å bo utenfor institusjon. F eks: Konstant rusmiddelbruk fører til ukontrollert adferd og manglende evne til å betale husleie slik at klienten ofte blir politianmeldt og søker hospitalisering.	5

Avmerk type rusmiddel som er brukt:

Cannabis	Kokain	Opiater	Sedativa/hypnotika/ansiolytika
PCP	Stimulantia	Hallusinogener	Overforbruk av legemidler
Andre			

Fra: "Evaluating Substance Abuse in Persons with Severe Mental Disorders". KT Mueser, RE Drake, RE Clark, G McHugo, C Mercer-McFadden & TH Ackerson, the Evaluation [Center@HSRI](#). Norsk oversettelse: Emly Pape Ellefsen, 1996

Fidelityskåre; integrert for arbeid og skole (SE=Supported Employment; Sed= Supported Education)

STAFFING		SE	SEd
1	Caseload Size	Number:	Number:
		SCORE	
		5	5
		SE SCORE	SEd SCORE
2.	Employment/Educational Staff	5	5
3.	Vocational/Educational Generalists	5	5
ORGANIZATION			
1.	Integration of Rehabilitation with mental health treatment through team assignment	2	2
2.	Integration with MH Treatment Through Regular Contact Between Team Members	4	4
3.	Collaboration between IPS Workers and VR/educational Counselors	2	2
4.	An SE/SEd unit	5	5
5.	Role of the SE/SEd supervisor	3	3
6.	Zero Exclusion Criteria	5	5
7.	Focus on Competitive Employment and/or Education	3	3
8	SE/SEd Support from Agency Leadership	4	4
SUPPORT			
1a/b	Work or education Incentives Planning	5	5
2.	Disclosure	5	5
3a/b	SE: On-going Work-based, Vocational assessment/ SEd: On-going educational assessment	4	5
4a/b	SE: Rapid Search for Competitive Employment/ SEd: Rapid Linkage to Educational Activities	4	4
5.	Individualized Job or Education Search	5	5
6	Development of Jobs and Educational Opportunities – Frequent Contact with Employers and Educational Institutions/Staff	1	1
7a/b	SE: Development of Jobs – Quality of the Contact with Employers SEd: Development of Educational Opportunities – Quality of the Contact with Educational Institution/Staff	4	4
8a/b	SE: Diversity with SE SEd: Diversity with SEd	5	5

9a/b	SE: Diversity of employers SEd: Diversity of educational facilities	5	5
10a/b	SE: Competitive Jobs SEd: Regular education	5	5
11a/b.	Individualized Follow-along Support	5	5
12.	Community-based Services	1	3
13.	Time-unlimited Follow-along Support	4	4
14.	Assertive Engagement and Outreach by Integrated Treatment Team	3	3
		JobbResept = 99	SkoleResept = 102

Maximum SE score = 125
Maximum SEd score = 125

115-125	= Exemplary Fidelity
100-114	= Good Fidelity
74-99	= Fair Fidelity
73 and below	= Not Individual Placement and Support Model



Stavanger universitetssjukehus
Telefon 05151, post@sus.no
Gerd Ragna Bloch Thorsens gate 8
Postboks 8100, 4068 Stavanger