

RAPPORT

2023

SYSTEMATISK OVERSIKT

Individuell jobbstøtte
for personer med
moderate til alvorlige
psykiske lidelser eller
rusmiddelavhengighet

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Område for helsetjenester

Tittel Individuell jobbstøtte for personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet: en systematisk oversikt

English title Individual placement and support for people with moderate to severe mental illnesses or substance abuse disorder: a systematic review

Forfattere Louise Forsetlund, prosjektleder,
Geir Smedslund
Gyri Hval
Hans Bugge Bergsund

Ansvarlig Camilla Stoltenberg, direktør

ISBN 978-82-8406-365-2

Publikasjonstype Systematisk oversikt

Antall sider 54 (112 inklusiv vedlegg)

Oppdragsgiver Helsedirektoratet

Emneord(MeSH) Employment, Supported

Sitering Forsetlund L, Smedslund G, Hval G, Bergsund HB. Individuell jobbstøtte for personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet: en systematisk oversikt. [Individual placement and support for people with moderate or serious mental illness] –2023. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2023.

Innhold

INNHold	3
HOVEDBUdSKAP	5
SAMMENDRAG	6
KEY MESSAGES	9
EXECUTIVE SUMMARY (ENGLISH)	10
FORORD	13
INNLEDNING	14
Beskrivelse av problemet	14
Beskrivelse av tiltaket	14
Hvorfor er det viktig å utføre denne kunnskapsoppsummeringen?	15
Mål og problemstilling	16
METODE	17
Prosjektplan	17
Inklusjonskriterier	17
Litteratursøk	19
Utvelging av studier	19
Vurdering av risiko for systematiske skjevheter	20
Uthenting av data	20
Analyser	21
Vurdering av tillit til resultatene	22
Andre vurderinger	24
RESULTATER	25
Resultater av litteratursøket og utvelgelse av studier	25
Beskrivelse av inkluderte studier	26
Risiko for systematiske skjevheter i de inkluderte studiene	33
Effekter av tiltaket	37
DISKUSJON	44
Hovedfunn	44
Er kunnskapsgrunnlaget dekkende og anvendelig?	44
Kan vi stole på kunnskapsgrunnlaget?	45
Styrker og svakheter ved denne systematiske oversikten	45
Overensstemmelse med andre litteraturoversikter og studier	46

Resultatenes betydning for praksis	46
Kunnskapshull	47
KONKLUSJON	49
REFERANSER	50
VEDLEGG 1: OPPGITTE INTERESSEKONFLIKTER	55
VEDLEGG 2: ORDLISTE	56
VEDLEGG 3: SØKESTRATEGI	59
VEDLEGG 4: DETALJER OM SCREENING- OG MASKINLÆRINGSSTRATEGI	67
Maskinlæringsstrategi	67
Ordlister	67
VEDLEGG 5: KJENNETEGN VED INKLUDERTE STUDIER OG RISIKO FOR SKJEVHETER	69
VEDLEGG 6: RELEVANTE EKSKLUDERTE STUDIER LEST I FULLTEKST	95
VEDLEGG 7: PÅGÅENDE STUDIER	105
VEDLEGG 8: GRADERING AV TILLIT TIL DOKUMENTASJONEN MED GRADE 108	
VEDLEGG 9: FUNNEL PLOTS FOR Å VURDERE RISIKO FOR PUBLISERINGSSKJEVHET	110

Hovedbudskap

Individuell jobbstøtte (IPS) er et tiltak som innebærer at personer med psykiske lidelser som ønsker arbeid, så raskt som mulig skal hjelpes ut i vanlig arbeid (betalt jobb på ordinær arbeidsplass, heltid eller deltid) med tett oppfølging. Vi oppdaterte en systematisk oversikt fra 2017 som undersøkte effekter av IPS. Vi undersøkte og oppdaterte én av sammenligningene: standard IPS versus annet tiltak for personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser eller med rusavhengighet. Vi identifiserte 9 nye studier og én oppdatering av en tidligere inkludert studie. Dermed oppsummerer vi her 30 studier. De er hovedsakelig fra USA og Europa og har oppfølgingstid fra seks måneder til seks år. Vi sammenstilte studiene i metaanalyser og vurderte tilliten til resultatene.

Resultatene for personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser viste at:

- IPS gir muligens dobbelt så stor sannsynlighet for å komme i vanlig arbeid, sammenlignet med annet tiltak.
- Det er mulig at tid i vanlig arbeid øker noe.
- Det er trolig en svært liten økning i arbeidstakernes inntekt.
- Det er trolig ingen merkbar forskjell når det gjelder arbeidstakernes livskvalitet.

Når det gjelder personer med rusavhengighet kan vi ikke trekke noen konklusjoner om effekten av IPS. Det er fordi vi kun identifiserte én liten studie med slike deltakere. Det er behov for flere studier som undersøker effekten av IPS for personer med rusavhengighet, samt andre studier om IPS.

Tittel:

Individuell jobbstøtte for personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet: en systematisk oversikt

Hvem står bak denne publikasjonen?

Folkehelseinstituttet har gjennomført oppdraget på forespørsel fra Helsedirektoratet

Når ble litteratursøket utført?

Søk etter studier ble avsluttet i november 2022.

Fagfellevurdering:

June Ullevoldsæter Lystad, forsker, Oslo universitetssykehus

Beate Brinchmann, leder Regionalt kompetansetjeneste for arbeid og psykisk helse, Nordlandssykehuset

Sammendrag

Innledning

Individuell jobbstøtte (Individual Placement and Support, IPS), ble opprinnelig utviklet for mennesker med alvorlige psykiske lidelser og senere utvidet til også å omfatte moderate psykiske lidelser. Det innebærer at de som ønsker å prøve seg i arbeidslivet så raskt som mulig hjelpes ut i vanlig arbeid, med tett oppfølging. Et underliggende verdisyn i IPS er at folk selv vet hva som er viktig for dem og hvilke mål de har for livet sitt. Samvalg er et viktig prinsipp og en måte å sikre at disse målene blir hørt. IPS regnes som et omfattende tiltak der flere kriterier må oppfylles, blant annet at programmet er integrert med behandlingsteam for psykisk helse.

Hensikt

Formålet med denne systematiske oversikten var å undersøke effektene av individuell jobbstøtte (IPS) sammenlignet med annet tiltak, på utfallene *å komme i vanlig arbeid, tid i arbeid, inntekt og livskvalitet* for personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser eller med rusavhengighet.

Metode

Vi oppdaterte én av sammenligningene fra en tidligere systematisk oversikt fra FHI (2017) om effekter av IPS: standard IPS versus annet tiltak (inkludert vanlig praksis). Etter avklaring med oppdragsgiver begrenset vi inklusjonskriteriene for populasjon og utfall, men beholdt ellers de samme metodene. Vi gjennomførte litteratursøk i ti kilder i november 2022. Titler og sammendrag og deretter mulig relevante fulltekster ble vurdert opp mot inklusjonskriteriene av to lagmedlemmer uavhengig av hverandre. Vi vurderte risiko for systematiske skjevheter i de inkluderte studiene, og utførte metaanalyser der det var mulig. Vi vurderte tilliten til resultatene ved hjelp av GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation).

Resultater

Vi inkluderte 10 studier fordelt på 12 publikasjoner, hvorav én publikasjon var en oppdatering av en tidligere studie som var inkludert i forrige versjon av oversikten. Fra den opprinnelige oversikten fra 2017 beholdt vi 21 studier. Dermed oppsummerte vi totalt resultater fra 30 studier; 29 randomiserte kontrollerte forsøk og én kohortstudie. I de randomiserte studiene var det inkludert mellom 37 og 541 deltagere, til sammen 5074 deltagere, med hovedvekt av menn. Kohortstudien, som analyserte registerdata, inkluderte 23 369 deltagere med alvorlige psykiske lidelser. Studiene inkluderte voksne i al-

deren 18 til 65 år, bortsett fra én studie som inkluderte ungdom på 15-25 år. Populasjonen i alle studier var personer med psykiske lidelser, primært alvorlige (schizofreni, schizoaffectiv lidelse, bipolar lidelse, tilbakevendende alvorlig depresjon, borderline personlighetsforstyrrelse og posttraumatisk stresslidelse), bortsett fra én av de randomiserte studiene som inkluderte personer under metadonbehandling. For deltakere med psykiske lidelser viste metaanalysen av 28 randomiserte studier for utfallet *komme i arbeid* en relativ risiko på 2,02 (95 % KI 1,70 til 2,40) (lav tillit). Kohortstudien fra Nederland hentet data fra et nasjonalt register for arbeidsmarkedstiltak, med et matchet utvalg på 513 mottagere av IPS og nesten 23 000 mottagere av tradisjonelt arbeidsmarkedstiltak. Oppfølgingen ved 30 måneder viste at 47 % av deltagerne i IPS-gruppen hadde kommet i arbeid mot 39 % i den matchede kontrollgruppen.

Studien med 45 deltakere under metadonbehandling undersøkte effekten av IPS for personer med moderat til alvorlig opioidavhengighet. Deltagerne ble tilfeldig fordelt til IPS pluss vanlig behandling eller til venteliste pluss vanlig behandling, for senere å motta IPS. Etter 12 måneder fant forskerne at 11 av 22 i tiltaksgruppen mot 5 av 23 i ventelistegruppen hadde hatt vanlig arbeid (RR 2.30 (95 % KI 0.95 til 5.55)).

For utfallene *tid i arbeid, inntekt og livskvalitet* var resultatene henholdsvis SMD 0,63 (95 % KI 0,36 til 0,89), SMD 0,25 (95 % KI 0,12 til 0,37) og 0,16 (95 % KI 0,06 til 0,26). I oppsummeringstabellen nedenfor vises resultatene for hvert utfall og vår vurdering av grad av tillit.

Oppsummering av funn

IPS sammenlignet med annet tiltak for personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser

Pasienter eller populasjon: Moderate til alvorlige psykiske lidelser

Setting: Psykisk helsevern og sosiale tjenester

Tiltak: Individuell jobbstøtte (IPS)

Sammenligning: Annet tiltak

Utfall	Forventede absolutte effekter* (95% KI)		Relativ effekt (95 % K)	Antall deltagere (studier)	Tillit (GRADE)
	Risiko med kontroll	Risiko med IPS			
Komme i arbeid	298 per 1 000	613 per 1 000 (518 til 729)	RR 2,02 (1,70 til 2,40)	4736 (28 RCT'er)	⊕⊕○○ Lav ^{a,b}
Tid i vanlig arbeid	-	SMD 0,63 høyere (0,36 høyere til 0,89 høyere)	-	3324 (20 RCT'er)	⊕⊕○○ Lav ^{a,b}
Inntekt	-	SMD 0,25 høyere (0,12 høyere til 0,37 høyere)	-	2133 (13 RCT'er)	⊕⊕⊕○ Moderat ^a
Livskvalitet	-	SMD 0,16 høyere 0,06 høyere til 0,26 høyere)	-	1330 (7 RCT'er)	⊕⊕⊕○ Moderat ^a

*Forventet risiko i tiltaksgruppen (med 95% konfidensintervall) er basert på forventet risiko i sammenligningsgruppen og den relative effekten av intervensjonen (95% KI). **KI:** Konfidensintervall; **RR:** Relativ risiko; **SMD:** Standardisert gjennomsnittlig forskjell. Forklaringer: a. Ett trekk for flere studier i dokumentasjonen med uklar risiko for systematisk skjevhet (uklart om allokering var gjort skjult pluss manglende blinding av deltagere). b. Ett trekk for inkonsistens/heterogenitet: 80-90%

Diskusjon

Vi undersøkte effekter av standard IPS versus annet tiltak for personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser eller rusavhengighet. For mennesker med psykiske lidelser gir IPS muligens dobbelt så stor sannsynlighet for å komme i vanlig arbeid, og tiden i arbeid øker muligens noe når tiltaket sammenlignes med annet tiltak. Dette fører trolig til en liten økning i inntekt. Selv om effekten på livskvalitet også var i favør av IPS, er den trolig såpass liten at den ikke gir noen merkbar forskjell i praksis. Når det gjelder personer med rusavhengighet kan vi ikke dra noen konklusjoner om effekten av IPS. Det er fordi vi kun identifiserte én liten studie med slike deltakere.

Våre resultater samsvarer i stor grad med tidligere oversikter på dette forskningsområdet. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at det var stor variasjon i effektestimaterne, både for det å komme i arbeid og tid i vanlig arbeid. Vi har derfor mindre tillit til effektestimaterne for disse to utfallene. Når det er stor variasjon i resultatene mellom studier blir det vanskelig å forutsi effekten for hvert enkelt nytt IPS-tiltak som igangsettes. Videre varierte det mellom studiene hvordan utfallet *komme i arbeid* ble målt. I enkelte studier var den arbeidsmengden som krevdes for å bli tellet som betalt arbeid i løpet av en oppfølgingsperiode svært liten (f.eks. én dags betalt arbeid). Resultatet for å komme i arbeid sier derfor ikke noe om arbeidsmengden i løpet av oppfølgingsperioden, men viser kun forholdet mellom gruppene. Noen forfattere rapporterte ikke hva som var kriteriene for å bli definert som i arbeid, og de som hentet data fra registre rapporterte ikke hva som var registrenes kriterier for å bli registrert som å være i arbeid.

Kunnskapsgrunnlaget i denne oversikten svarer på problemstillingen om effekter av IPS versus annet tiltak for en populasjon med moderate til alvorlige psykiske lidelser, men kun på utvalgte utfall. Problemstillingen vår inkluderte ikke utfall som sykehusinnleggelse, psykiske symptomer eller kostnader. Populasjonen omfattet heller ikke andre grupper enn personer med psykiske lidelser eller rusavhengighet. Tiltaket ble også begrenset, til standard IPS. Vi ekskluderte alle studier som vi bedømte som IPS med ulike typer antatte forsterkninger eller forbedringer eller tiltak som kunne betegnes som IPS-inspirerte. Kunnskapsgrunnlaget er i så måte ikke dekkende for å trekke slutninger om den type tiltak.

Konklusjon

Arbeidsrettet rehabilitering i form av IPS som del av et helhetlig, tverrfaglig behandlingstilbud har et potensiale for å hjelpe mennesker med moderate til alvorlige psykiske lidelser ut i arbeid. Det er også mulig at tiltaket fører til noe lengre tid i vanlig arbeid og trolig til en litt høyere inntekt. For livskvalitet er trolig effekten av IPS så liten at den ikke vil gjøre noen merkbar forskjell for de som deltar i et IPS-tiltak. Effekten av IPS på det å komme i arbeid for mennesker med rusmiddelavhengighet er usikker.

Key messages

Individual Placement and Support (IPS) is an intervention that aims to help people with mental disorders who want to work, to obtain regular employment (paid employment at a regular workplace, full-time or part-time) as quickly as possible, with close follow-up. We updated a systematic review from 2017 which examined the effects of IPS. We updated one comparison from this review: standard IPS vs. other interventions, for people with moderate to severe mental illnesses or drug addiction. We identified 9 new studies and one update of a previously included study. This adds up to 30 studies being summarized in this review in total. These are mainly from the U.S. and Europe, with a follow-up period from six months to six years. We compiled the studies in meta-analyses and assessed the confidence in the results.

The results for people with moderate to serious mental disorders showed that:

- People with moderate to severe mental illnesses who receive IPS, compared to other interventions, may be twice as likely to obtain employment.
- It may be that time in employment increases somewhat.
- There is likely a small increase in income.
- For quality of life, IPS likely does not have a noticeable difference.

As for people with drug addition, we cannot draw any conclusions about the effect of IPS, as we only found one small study with these kinds of participants. There is a need for more studies that examine the effect of IPS for people with drug addiction, as well as other studies on IPS.

Title:
Individual placement and support for people with moderate to severe mental illnesses or substance abuse disorder: a systematic review

Publisher:
The Norwegian Institute of Public Health conducted the review based on a commission from the Norwegian Directorate of Health.

Updated:
Last search for studies:
November 2022.

Peer review:
June Ullevoldsæter Lystad, Researcher, Oslo University Hospital

Beate Brinchmann, Head of Department, Nordland Hospital Trust

Executive summary (English)

Introduction

Individual Placement and Support (IPS) was developed especially for people with severe mental disorders and later expanded to also include moderate mental disorders. This means that those who want to seek employment are helped as quickly as possible into regular work, with close follow-up. An underlying idea of IPS is that people themselves know what is important to them and what goals they have for their lives. Shared decision-making is an important principle and a way to ensure that these goals are heard. IPS is a comprehensive program where several criteria must be met, including that the program is integrated into treatment teams for mental health.

Objective

The purpose of this systematic review was to investigate the effects of IPS compared to other interventions, on the following outcomes: *obtaining regular employment, time in employment, income and quality of life* for people with moderate to severe mental disorders or with drug addiction.

Method

We updated one comparison from a previously published systematic review from the Norwegian Institute of Public Health (NIPH; 2017) on the effects of IPS: standard IPS versus other interventions (including usual care). After clarification with the client, we narrowed down the inclusion criteria for population and outcomes, but otherwise kept the same methods.

We conducted a literature search in ten databases in November 2022. Titles and abstracts, and subsequently potentially relevant full-text publications, were assessed against the inclusion criteria by two team members, independently. We assessed the risk of bias in the included studies and performed meta-analyses where possible. We assessed certainty of evidence and confidence in the results using GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation).

Results

We included 10 studies from 12 publications, of which one study report was an update of a study included in the previous review. From the original 2017 review, we retained 21 studies. We thus summarized the results from a total of 30 studies; 29 randomized controlled trials and one cohort study. In the randomized studies, between 37 and 541 participants were included, making up a total of 5 074 participants, the majority of

whom were men. The cohort study, that analyzed register data included 23 369 participants. The studies included adults aged 18 to 65, except for one study which included young people aged 15-25. The population in all studies were people with mental disorders, primarily severe (schizophrenia, schizoaffective disorder, bipolar disorder, recurrent major depression, borderline personality disorder and post-traumatic stress disorder), except for one of the randomized studies that included people under methadone treatment. For participants with mental disorders, the meta-analysis on *employment* rates from 28 randomized trials showed a relative risk of 2.02 (95% CI 1.70 to 2.40) (low confidence). The cohort study from the Netherlands utilized vocational data from a national register, which included a sample of 513 recipients of IPS and almost 23,000 recipients of traditional vocational rehabilitation services. The authors found that, at 30 months, 47% of the participants in the IPS group were employed, compared to 39% in the matched control group.

The study with 45 people under methadone treatment examined the effect of IPS for individuals with moderate to severe opioid abuse. The participants were randomly allocated to receive IPS plus usual treatment or to a waiting list plus usual treatment. After 12 months, the authors found that 11 out of 22 in the intervention group, versus 5 out of 23 in the waiting list group, had had regular employment (RR 2.30 (95% CI 0.95 to 5.55)).

For the outcomes *time employed, income and quality of life*, the results were respectively: SMD 0.63 (95% CI 0.36 to 0.89), SMD 0.25 (95% CI 0.12 to 0.37) and 0.16 (95% CI 0.06 to 0.26). The summary table below shows the results for each outcome and the degree of confidence after we assessed each domain according to GRADE.

Summary of findings:

IPS compared to other intervention for persons with moderate to severe mental illnesses

Patient or population: Persons with moderate to serious mental illnesses

Setting: Psychiatry or social service

Intervention: Individual placement and support (IPS)

Comparison: Other intervention

Outcomes	Anticipated absolute effects* (95% CI)		Relative effect (95% CI)	No of participants (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)
	Risk with control	Risk with IPS			
Employment	298 per 1 000	613 per 1 000 (518 to 729)	RR 2.02 (1.70 to 2.40)	4736 (28 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}
Time in work	-	SMD 0.63 higher (0.36 higher to 0.89 higher)	-	3324 (20 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}
Income	-	SMD 0.25 higher (0.12 higher to 0.37 higher)	-	2133 (13 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a
Quality of life	-	SMD 0.16 SD higher (0.06 higher to 0.26 higher)	-	1330 (7 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a

*The risk in the intervention group (and its 95% confidence interval) is based on the assumed risk in the comparison group and the **relative effect** of the intervention (and its 95% CI). **CI:** confidence interval; **RR:** risk ratio; **SMD:** standardised mean difference. Explanations: a. Several studies with unclear risk of bias (unclear allocation procedure and lack of blinding of participants) b. Inconsistency/Heterogeneity 80-90%

Discussion

We investigated the effect of standard IPS versus other interventions for people with moderate to severe mental disorders or with drug addiction. For people with mental disorders, IPS may be twice as likely to result in regular employment, and the time in employment may increase somewhat, when compared to receiving other services. This probably leads to a small increase in income. Although the effect on quality of life was also in favor of IPS, it is likely too small to make a meaningful impact. As for people with drug addiction, we cannot draw any conclusions about the effect of IPS, because we only identified one small study with these kinds of participants.

Our results correspond to a large extent with the previous reviews in this field. However, it is important to be aware that there was great variation among the effect estimates, both for obtaining employment and time in employment. We therefore have low confidence in the effect estimates for these two outcomes. When there is a large variation in the results between studies, it becomes difficult to predict the effect of each new IPS intervention that is initiated. Furthermore, it varied between studies how the outcome of obtaining employment was measured. In some studies, the amount of work required to be counted as paid employment during follow-up was very small (e.g. one day's paid work). The outcome of employment, therefore, does not say anything about the workload during the follow-up period, but only shows the relationship between the groups. Some authors did not report what the criteria were for being defined as being employed, and those who obtained data from registers did not report what the registers' criteria were for being registered as being employed.

The evidence base in this review is about effects of IPS versus other interventions for a population with moderate to serious mental illnesses, but notably only on selected outcomes. Our objective did not include effects on outcomes such as hospital admissions, mental symptoms, or costs. Neither did the population include other groups apart from persons with mental disorders or drug addiction. The intervention was also limited to standard IPS. We excluded all studies which we judged as being about IPS with various types of reinforcements or improvements or interventions that could be labelled IPS-inspired. The evidence base in this review is, thus, not suitable for drawing conclusions about such kinds of interventions.

Conclusion

IPS, as a vocational rehabilitation that is part of an interdisciplinary treatment, has the potential to help people with moderate to severe mental disorders to work. It is also possible that the intervention may lead to a somewhat longer time in normal work and probably to a slightly higher income. For quality of life, the effect of IPS is probably so small that it will not make any noticeable difference for those who participate in an IPS intervention. The effect of IPS on helping people with drug addiction to work is uncertain.

Forord

Område for helsetjenester, Folkehelseinstituttet (FHI), fikk i august 2022 i oppdrag av Helsedirektoratet å utføre en oppdatering av en tidligere systematisk kunnskapsoppsummering fra 2017, utført av FHI. Den tidligere kunnskapsoppsummeringen undersøkte effekten av både Supported Employment (SE) og SE-varianten Individual Placement and Support (IPS). I bestillingen inngikk kun å oppdatere IPS som et standard behandlingstiltak, her kalt individuell jobbstøtte, for mennesker med moderate til alvorlige psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet. Den oppdaterte kunnskapsoppsummeringen vil først og fremst være relevant for Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet i deres felles oppdrag med å utarbeide nasjonale faglige råd for arbeid og helse for dette temaet. Samtidig vil det bidra til kunnskapsoppdatering og ha nytteverdi for IPS-samarbeidet mellom helsetjenesten og NAV.

Område for helsetjenester, FHI, følger en felles framgangsmåte i arbeidet med kunnskapsoppsummeringer, dokumentert i håndboka «Slik oppsummerer vi forskning». Det innebærer blant annet at vi kan bruke standardformuleringer når vi beskriver metode, resultater og i diskusjon av funnene. I denne oppdateringen benytter vi dessuten så mye som mulig av teksten i den originale kunnskapsoppsummeringen, i de tilfellene forholdene ellers er like.

Bidragstere

Prosjektleder: Louise Forsetlund

Interne prosjektmedarbeidere ved FHI: Geir Smedslund, Gyri Hval og Hans Bugge Bergsund.

Takk til eksterne fagfeller Beate Brinchmann (Nordlandssykehuset i Bodø), og June Ullevoldsæter Lystad (Oslo universitetssykehus) og intern fagfelle Rigmor Berg som har gjennomgått og gitt innspill til kunnskapsoppsummeringen. En stor takk også til våre kollegaer Hege Kornør som ga innspill og bisto underveis og til Heather Ames for bistand med prosessen.

Oppgitte interessekonflikter

Alle forfattere og fagfeller har fylt ut et skjema som kartlegger mulige interessekonflikter. Oppgitte interessekonflikter for Beate Brinchmann og June Ullevoldsæter Lystad finnes i vedlegg 1.

Folkehelseinstituttet tar det fulle ansvaret for innholdet i rapporten.

Kåre Birger Hagen
fagdirektør

Hege Kornør
avdelingsdirektør

Louise Forsetlund
prosjektleder

Innledning

Beskrivelse av problemet

Ifølge WHO er en psykisk lidelse karakterisert ved “a clinically significant disturbance in an individual’s cognition, emotional regulation, or behaviour. It is usually associated with distress or impairment in important areas of functioning.” (1). Avhengig av grad av alvorlighet og symptombilde/mengde kan dagliglivet bli vanskelig å mestre, deriblant det å være i arbeid eller komme i arbeid. Mange med nedsatt arbeidsevne kan også ha kortere utdanning og lite arbeidserfaring, særlig gjelder dette unge. Arbeid anses imidlertid som en menneskerett og som viktig for allmenn helse (for eks. Waddell 2006 (2) og Nesse 2021 (3)). Mange individer med moderate til alvorlige psykiske lidelser rapporterer at de ønsker jobb (4). På tross av dette står en stor andel av de med moderate og alvorlige psykiske lidelser utenfor arbeidslivet. I Norge har den relative andelen arbeidsløse blant personer med alvorlige psykiske lidelser sett i forhold til den generelle andelen arbeidsløse, vært høyere enn i andre OECD-land (5). Individuell jobbstøtte (på engelsk Individual placement and support (IPS)) er en internasjonal arbeidsrehabiliteringsmodell som opprinnelig ble utarbeidet for personer med alvorlige psykiske lidelser for å hjelpe de som ønsket det å komme ut i arbeid. IPS ble utviklet nettopp ut ifra et behandlingsperspektiv om at arbeid som en integrert del av behandlingen ville ha en helsemessig funksjon og fordi at mange ga uttrykk for at de savnet tilhørighet til arbeidslivet.

IPS har i senere år også vært forsøkt utvidet til andre målgrupper (6). Kunnskap om effekten av ulike tilnærminger for ulike grupper vil være vesentlig i et samfunnsøkonomisk perspektiv, men i denne oversikten har vi kun sett på standard IPS for en populasjon med moderate til alvorlige psykiske lidelser eller rusavhengighet i et behandlingsperspektiv.

Beskrivelse av tiltaket

Individuell jobbstøtte, er en variant av Supported Employment (SE), opprinnelig utviklet for målgruppen mennesker med alvorlige psykiske lidelser (7). IPS springer ut av psykisk helsevern og ble i likhet med SE utviklet i USA. Nøkkelementene i SE er inkludert i IPS: ingen ekskluderes, raskt ut i arbeid, oppfølging på arbeidsplassen, jobbspesialist gir støtte til både arbeidstaker og arbeidsgiver. Et kjerneelement er at jobbstøtten er en integrert del av et tverrfaglig behandlingsteam og at det er integrert som en

del av behandlingen. Et underliggende verdisyn i IPS er at folk selv vet hva som er viktig for dem og hvilke mål de har for livet sitt. Samvalg er en måte å sikre at disse målene blir hørt. IPS regnes som et omfattende program, med flere kriterier som skal tilfredsstilles. Totalt åtte prinsipper definerer IPS.

De åtte prinsippene i IPS er:

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

Prinsippene om økonomisk rådgivning og systematisk jobbutvikling er de to siste prinsippene som er lagt til (7). Det er utviklet både manual og veiviser for å beregne kvalitetsskåre (*fidelity scale*) for å måle etterlevelse til programmet (7).

Vi vil her benytte det norske begrepet *individuell jobbstøtte* framfor det engelske Individual Placement and Support. Vi vil imidlertid i tråd med språklig praksis for det etablerte miljøet for dette forsknings- og praksisområdet benytte den engelske forkortelsen IPS.

Hvorfor er det viktig å utføre denne kunnskapsoppsummeringen?

Fysisk og psykisk helse henger tett sammen med det å være i arbeid. Arbeid gir økonomisk trygghet, strukturerer hverdagen, gir en følelse av mening og er en viktig del av den sosiale identiteten (8). Tap av arbeid kan gi dårligere psykisk helse (9), samtidig som det å komme i arbeid kan fremme bedre psykisk helse (10).

En stor gruppe innen både helsetjenestene og NAV sliter med psykiske problemer (11). Både NAV og helsetjenestene har begrensede virkemidler for å hjelpe denne gruppen mennesker og det er derfor et stort behov for tiltak som kan hjelpe disse personene å komme i arbeid. Dette er viktig for de det gjelder - mennesker i målgruppen til IPS, erfaringskonsulenter og brukerorganisasjoner. En systematisk oversikt over relevante studier kan gi et godt grunnlag for å kjenne til hvilke behandlingstiltak som har effekt og som gir mulighet til å delta i sin egen behandling gjennom samvalg. I tillegg er det nyttig for både fagfolk i NAV og i helsetjenesten.

I Norge er det rundt 100 virksomheter som tilbyr IPS (12), og Helsedirektoratet har en tilskuddsordning som skal bidra til å utvikle IPS i helse- og omsorgstjenesten (13). Med begrensede midler til rehabiliteringstiltak blir det viktig å velge et tiltak som har vist seg å ha gode effekter. Ved å gjøre en systematisk oversikt over alle studier som har undersøkt effekter av tiltaket IPS vil man kunne finne svar på hvor effektivt tiltaket er.

Folkehelseinstituttet gjennomførte en systematisk oversikt i 2017 på effekten av Supported Employment og IPS på ulike grupper med behov for bistand for å komme seg i arbeid (14). Resultatene viste at IPS for personer med moderate og alvorlige psykiske lidelser trolig gir dobbelt så stor sannsynlighet for å komme i vanlig arbeid, sammenlignet med andre tiltak. Man fant også positive effekter på tid i arbeid, inntekt og kostnadseffektivitet. På den annen side fant man ingen effekt av IPS på livskvalitet eller psykiske symptomer. Det var ingen studier som fokuserte på personer med rusavhengighet. Siden oversikten kom ut i 2017, med litteratursøk fra 2016, var det grunn til å anta at det kunne ha kommet flere nye studier om effekten av IPS. I forbindelse med utarbeidelse av de felles faglige anbefalingene for IPS ønsket derfor Helsedirektoratet en oppdatering av kunnskapsgrunnlaget, med spesielt fokus på personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser, samt personer med rusmiddelproblemer/-avhengighet.

Mål og problemstilling

Vi har her som mål å gi en systematisk oversikt over studier som kan besvare følgende problemstilling:

Hva er effektene av individuell jobbstøtte (IPS) sammenlignet med annet tiltak for personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser eller med rusavhengighet, på utfallene *komme i vanlig arbeid, tid i arbeid, inntekt og livskvalitet*?

Metode

Vi utførte en avgrenset oppdatering av en systematisk kunnskapsoppsummering fra Folkehelseinstituttet publisert i 2017: «Supported Employment for arbeidssøkere med bistandsbehov: en systematisk oversikt» (14). Vi oppdaterte kun sammenligningen standard IPS versus annet tiltak, inkludert tiltak som 'vanlig praksis'. I dette arbeidet fulgte vi anbefalinger fra Folkehelseinstituttets metodehåndbok «Slik oppsummerer vi forskning» (15) og Cochrane Handbook (16). I vedlegg 2 er det en ordliste med forklaringer.

Prosjektplan

Vi utarbeidet ingen ny prosjektplan for oversikten, fordi formålet var å beholde de samme metodene for oppdateringen som i den opprinnelige systematiske oversikten. Oppdateringen er imidlertid avgrenset på innhold (kun én av sammenligningene) og utfall (kun fire utfall: *komme i arbeid, tid i vanlig arbeid, inntekt og livskvalitet*). Hva som er de innholdsmessige avgrensningene, framgår også av listen over inklusjonskriterier nedenfor.

Vi avklarte og avgrenset den tidligere systematiske oversiktens problemstillinger med oppdragsgiver før vi påbegynte oppsummeringen. Vi avvek fra tidligere prosjektplan ved at vi ikke undersøkte systematiske oversikter, se note under tabell for inklusjonskriterier.

Inklusjonskriterier

Vi hadde følgende inklusjonskriterier:

Populasjon	I opprinnelig oversikt: <ul style="list-style-type: none">• Personer som har vansker med å få/være i arbeid, f.eks.:<ul style="list-style-type: none">- Stønadsmottakere- Langtidsledige- Ungdom med bistandsbehov- Innvandrere- Mennesker med fysiske eller psykiske helseproblemer eller funksjonsnedsettelse Alder: over 18 år
	I oppdatert oversikt:

	Personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser eller med rusmiddelproblemer/-avhengighet Alder: over 18 år
Intervensjon	Tiltak etter metoden Individuell oppfølging (IPS) som definert etter kriteriene skissert i beskrivelsen av tiltaket (over)
Sammenligning	I opprinnelig oversikt: <ul style="list-style-type: none"> • Ingen tilbud • Ordinært tilbud • Alternative, spesifiserte arbeidsrettede tiltak • Skjermet arbeidstrening, arbeidsforberedelser • Varig tilrettelagt arbeid/sheltered workshops I oppdatert oversikt: <ul style="list-style-type: none"> • Annet tiltak (inkludert vanlig behandling)
Utfall	I opprinnelig oversikt: <ul style="list-style-type: none"> • Primærutfall: <ul style="list-style-type: none"> - Betalt jobb på ordinære arbeidsplasser – fulltid eller deltid • Sekundærutfall: <ul style="list-style-type: none"> - Inntekt - Livskvalitet - Mål på fysisk og psykisk helse (symptomer, innleggelse) - Kostnad/nytte mht. «treatment as usual» eller alternative tilnærminger I oppdatert oversikt: <ul style="list-style-type: none"> - Betalt jobb på ordinære arbeidsplasser – fulltid eller deltid - Tid i arbeid - Inntekt - Livskvalitet
Studiedesign	<ul style="list-style-type: none"> • Systematiske oversikter av høy metodisk kvalitet* • Randomiserte kontrollerte studier • Ikke-randomiserte kontrollerte studier • Før-og-etter studier med minst to tiltaksgrupper og to kontrollgrupper • Avbrutte tidsserier med minst tre måletidspunkt før tiltaket og tre etter • Registerstudier med matched kontroll • Kohortstudier med kontrollgruppe
Publikasjonsår	Primærstudier publisert f.o.m. dato for siste litteratursøk i opprinnelig oversikt (mars 2016)
Land/Kontekst	Ingen begrensning på land i opprinnelig oversikt. I oppdateringen er land begrenset til: Norden, Europa, Canada, Australia, New Zealand og USA
Språk	Engelsk, norsk, svensk, dansk, finsk, tysk, fransk, spansk. Andre språk vurderes for oversettelse

* På forhånd identifiserte vi flere systematiske oversikter med søk fra mellom 2017 og 2022. Vi bestemte allikevel at vi ville basere oss på primærstudier, både fordi vi da ville få de absolutt siste oppdateringene og at vi da selv kunne velge hvordan vi ville sammenstille dataene.

Eksklusjonskriterier

Vi ekskluderte følgende typer studier og publikasjoner:

- Vi ekskluderte alle studier som ikke tilfredsstilte inklusjonskriteriene. Når det gjelder tiltaket IPS krevde vi at dette måtte være eksplisitt beskrevet som utviklet i henhold til kriteriene for IPS og være vurdert i henhold til en kriterieskala for grad av vellykket implementering (fidelityskala).

Litteratursøk

Søk i databaser

Vi oppdaterte litteratursøket fra den opprinnelige oversikten. Den var utarbeidet av bibliotekar Gyri Hval og fagfellevurdert av en annen bibliotekar (Marit Johansen). Gyri Hval utførte litteratursøkene også i denne oppdateringen. Litteratursøkene ble utarbeidet med komponenter for tiltak, studiedesign og år med tanke på å fange opp alle relevante studier som oppfylte inklusjonskriteriene. Vi avsluttet søket 11.11.2022 etter å ha søkt i:

- The Cochrane Library (CDSR, DARE, HTA, CENTRAL)
- The Campbell Library
- Epistemonikos
- PROSPERO
- Ovid MEDLINE(R)
- PsycINFO
- Web of Science
- Social Services Abstracts, Sociological Abstracts

Søkeresultatene ble eksportert til Endnote (17) for dublettkontroll før de ble eksportert videre til EPPI Reviewer (18;19).

Søk i andre kilder

Vi søkte i tillegg etter litteratur i BASE og Google, og vi gikk gjennom referanselister.

Vedlegg 3 inneholder fullstendig dokumentasjon av søket.

Utvelging av studier

Vi importerte søkeresultatene fra EndNote (17) til referansehåndteringsverktøyet EPPI-Reviewer (18;19), der ytterligere duplikater ble fjernet. Prosjektmedarbeiderne (HBB, GH, LF) gjorde uavhengige vurderinger av titler og sammendrag fra litteratursøket opp mot inklusjonskriteriene. Studiene som vi ble enige om var relevante innhentet vi i fulltekst og to prosjektmedarbeidere gjorde uavhengige vurderinger av disse. Vi pi-

loterte inklusjonskriteriene på de 10 første studiene, for å sikre at prosjektmedarbeiderne hadde en felles forståelse for inklusjonskriteriene. Uenighet om vurderinger av titler/sammendrag og fulltekster løste vi ved diskusjon i forskergruppen.

Søket etter litteratur i BASE og Google ble utført av Gyri Hval, som også vurderte titler og sammendrag. Referanser til potensielt relevante publikasjoner ble importert til EPPI-Reviewer hvor de ble vurdert av en prosjektmedarbeider til.

Vi gikk gjennom de inkluderte studiene i den opprinnelige oversikten og valgte ut de som oppfylte inklusjonskriteriene etter avtalte avgrensninger.

Vi brukte maskinlæringsfunksjoner for å hjelpe oss med å vurdere titler og sammendrag mer effektivt. Enkelt sagt betyr maskinlæring at vi tar i bruk algoritmer som gjør at datamaskinen er i stand å lære fra og utvikle sin beslutningsstøtte basert på empiriske data vi legger inn. I arbeidet med å vurdere titler og sammendrag benyttet vi «priority screening» som er en rangeringsalgoritme i programvaren EPPI-Reviewer (19;20). Algoritmen «læres opp» av forskernes avgjørelser om inklusjon og eksklusjon av referanser på tittel- og sammendragsnivå. Referanser som algoritmen identifiserte som mer relevante ble skjøvet frem i «køen». På denne måten fikk vi et raskere overblikk over hvor mange referanser som muligens traff inklusjonskriteriene enn om vi hadde lest referansene i tilfeldig rekkefølge. Da majoriteten av studier (N = 3550, 82%) var vurdert av to prosjektmedarbeidere uavhengig av hverandre, vurderte én prosjektmedarbeider de gjenstående referansene alene. For flere detaljer om screening- og maskinlæringsstrategi, se Vedlegg 4.

Vurdering av risiko for systematiske skjevheter

For å vurdere de inkluderte studienes risiko for systematiske skjevheter, benyttet vi Cochrane Risk of Bias Tool (21) for randomiserte kontrollerte studier og sjekklister for kohortstudier (22) for ikke-randomiserte studier. Det vil si at vi vurderte hva som framsto som de viktigste begrensningene i studiedesignet og i gjennomføringen av studien. Viktige vurderingselementer for hva som kan føre til risiko for systematiske skjevheter på studienivå er om fordelingen til grupper er adekvat og om fordelingen blir gjort skjult, slik at gruppene er sammenlignbare ved start. Viktige punkter for vurdering av risiko for systematiske skjevheter i resultatene for det enkelte utfall er dessuten hvorvidt målinger av utfallet blir gjort blindet og hvordan eventuelt manglende data blir behandlet. Våre vurderinger ble gjort av to forskere, uavhengig av hverandre (LF/GS; LF/HBB; HBB/GS; GS/GH; HBB/GH; LF/GH). Uenighet om vurderingene løste vi ved diskusjon i forskergruppen.

Uthenting av data

Én medarbeider (LF/GS/HBB/GH) hentet ut data fra de inkluderte studiene og en annen (HBB/LF/GH/GS) kontrollerte dataene opp mot publikasjonen. Vi hentet ut følgende data fra de inkluderte studiene: forfatter, år, tittel, hvilket land studien ble utført i, hvilken årsperiode den ble utført, studiedesign, beskrivelse av deltagere, beskrivelse

av tiltak og sammenligning, utfallsmål, oppfølgingstid og frafall. Tabeller med ekstraherte data for alle inkluderte studier er benyttet for å presentere studiene i resultatkapitlet og en mer detaljert beskrivelse finnes i vedlegg 5.

Ved uenighet om uthentede data diskuterte vi tilfellet i forskergruppen for å oppnå enighet. Vi benyttet de samme standardiserte datauttrekkskjemaene som i den tidligere systematiske oversikten (14).

Analyser

Metaanalyser

For enkelte utfall var det mulig å sammenstille resultatene fra inkluderte studier i metaanalyser. Det vil si at studiene var tilstrekkelig homogene med tanke på studiedesign, deltagere, intervensjon, sammenligning og utfallsmål. Ettersom populasjoner, intervensjoner og utfall ikke var identiske i de inkluderte studiene brukte vi random effects-modell i metaanalysene (23). Random effects-modellen tar utgangspunkt i at studiene har utvalg fra populasjoner som er ulike. Vi antar med andre ord at det ikke fins én sann effekt, men at studiene hver for seg kan vise litt ulik effekt, og at vi finner en gjennomsnittlig effekt. Som regel gir dette noe bredere konfidensintervaller sammenlignet med fixed effect-modellen. Vi utførte en parvis metaanalyse. Vi lagde balansediagram («forestplots») og regnet ut et samlet effektestimater for hver metaanalyse.

Effektestimater

Forskningsspørsmålet i denne kunnskapsoppsummeringen er knyttet til effekt. I forskningsstudier vektlegges effekt på gruppenivå, altså hva den gjennomsnittlige effekten i gruppen vil være. Effektstørrelsen, det vil si forskjellen mellom gjennomsnittlig effekt for gruppene som sammenlignes, kan regnes ut på flere måter, avhengig av hvordan utfallene er målt. I denne rapporten brukte vi to ulike effektmål: I) Relativ risiko (RR, risk ratio) brukes på dikotome utfallsmål, enten-eller. Dette er forholdet mellom risikoen (sannsynligheten for at noe inntreffer) i de to gruppene, for eksempel sannsynligheten for å komme i arbeid. Dersom sannsynligheten er lik i de to gruppene, vil relativ risiko være 1. En relativ risiko på 2 betyr at sannsynligheten for at noe inntreffer (utfallsmålet) er dobbelt så stor i tiltaksgruppen som i kontrollgruppen. II) I de tilfellene der studier målte samme utfall, men på ulike måter, for eksempel der utfall var målt med ulike skalaer (som for *livskvalitet*), ulike myntenheter (som for *inntekt*) eller ulike tidsenheter (som for *tid i vanlig arbeid*), regnet vi alle resultater om til en standardisert størrelse, etter formelen til Hedges g . Det gir en standardisert gjennomsnittlig forskjell (SMD, standardised mean difference). SMD kategoriseres og fortolkes ofte som en liten (0,20), medium (0,50) eller stor effektstørrelse (0,80).

Cochrane handbook diskuterer betydningen av hvorvidt dataene i inkluderte studier er normalfordelte eller skjevfordelte når man skal gjøre en metaanalyse av et kontinuerlig utfallsmål (16). En enkel test på dette for et mål som starter på 0, kan være å dele gjennomsnittet på standardavviket. Dersom resultatet blir mindre enn 2 antyder det en skjevfordeling; mindre enn 1 er et klart tegn på skjevfordeling. En tidligere oversikt

over effekten av IPS, Kinoshita 2013 (24), unnlot å gjøre metaanalyser på en rekke utfallsmål av denne grunn. Imidlertid viste Kontopantelis 2012 (25) at ved bruk av random effects-modellen ville det å inkludere studier med skjevfordelte data, ikke ha avgjørende innvirkning på resultatet. Vi har derfor ikke benyttet skjevfordeling som et kriterium for ikke å gjøre metaanalyser.

I hovedanalysene slo vi sammen studier med ulik oppfølgingstid. Vi undersøkte mulig heterogenitet i studienes resultater ved å inspisere konfidensintervall (KI), beregne I^2 og Chi^2 . KI vurderes for mulig manglende overlapp. Ved hjelp av Chi^2 -testen vurderer man om de observerte forskjellene i resultater skyldes tilfeldigheter eller systematiske forskjeller. En lav p-verdi for Chi^2 peker mot heterogenitet. Når det er mange studier i metaanalysen, kan Chi^2 ifølge Cochrane handbook (16) imidlertid vise utslag for heterogenitet, selv om den skulle være liten og ha liten praktisk betydning. En annen utfordring med Chi^2 -testen er at den kun forteller hvorvidt heterogenitet finnes og sier lite om heterogenitetens påvirkning på metaanalysen. Det er derfor vanlig å bruke også I^2 -testen, som angir hvor stor prosentandel av effektestimater i analysen som skyldes heterogenitet, heller enn tilfeldig varians. Terskelverdiene for I^2 er imidlertid kun veiledende og ikke absolutte. Det er vanlig å betegne en I^2 -verdi på mer enn 75 % som betydelig. På den annen side, hvor mye vekt man skal vurdere å legge på I^2 -verdien er avhengig av flere hensyn, deriblant størrelsen og retningen av effektestimaterne (16). I så komplekse tiltak som individuell jobboppfølging, som stort sett vil være tilpasset den settingen de er gitt i og til egenskaper ved den populasjonen som er valgt i hver aktuell studie, må vi forvente stor ulikhet i tiltak, setting og populasjon fra studie til studie og dermed stor variasjon i effektestimaterne. I tillegg hadde vi dessuten valgt siste målepunkt i hver studie, noe som medfører en analyse på tvers av målingstidspunkt. En metode for å håndtere ulike oppfølgingsperioder er å velge den lengste oppfølgingen i hver studie. Dette kan imidlertid: «induce a lack of consistency across studies, giving rise to heterogeneity» (16). Vi utførte derfor subgruppeanalyser av ulik oppfølgingstid for utfallene *komme i vanlig arbeid* og *tid i vanlig arbeid* for å se hvordan dette påvirket effektestimaterne.

Effektestimaterne presenteres med balansediagram, eventuelt med både samlet effekt-estimat og med resultat fra subgruppeanalysen. Alle analyser og beregninger ble utført i programvaren Review Manager (RevMan), versjon 5.4.1 (26).

Narrative analyser

For enkelte utfall var det ikke mulig å sammenstille resultatene fra inkluderte studier i metaanalyser. Det var fordi det enten kun var én studie eller studiene/målemetodene var for ulike. Vi analyserte derfor resultatene for disse utfallene narrativt. Det vil si at vi oppsummerte funnene i tabellform eller som tekst.

Vurdering av tillit til resultatene

Med vurdering av tillit til resultatene mener vi en bedømmelse av i hvor stor grad vi kan stole på at forskningsresultatene viser 'sannheten' eller den 'virkelige' effekten av tiltakene vi undersøker. En annen måte å uttrykke dette på er hvor godt dokumentert

forskningsresultatene er, det vil si dokumentasjonens grad av pålitelighet og derav følgende grad av tillit. For å vurdere tillit til dokumentasjonen brukte vi GRADE-tilnærmingen (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) (27) og det digitale verktøyet GRADEpro (28). Grad av tillit er en kontinuerlig størrelse, men er av praktiske hensyn delt inn i fire kategorier: høy, middels, lav, svært lav. Kategoriene defineres slik:

Høy tillit	⊕⊕⊕⊕	Vi har stor tillit til at effektestimater ligger nær den sanne effekten
Moderat tillit	⊕⊕⊕○	Vi har middels tillit til effektestimater: effektestimater ligger sannsynligvis (trolig) nær den sanne effekten, men effektestimater kan også være vesentlig ulik den sanne effekten. Vi bruker uttrykket trolig for å uttrykke vår tillit til resultatet.
Lav tillit	⊕⊕○○	Vi har begrenset tillit til effektestimater: den sanne effekten kan være vesentlig ulik effektestimater. Vi bruker uttrykket muligens for å uttrykke vår tillit til resultatet.
Svært lav tillit	⊕○○○	Vi har svært liten tillit til at effektestimater ligger nær den sanne effekten. Vi bruker uttrykket uklart/usikkert for å uttrykke vår tillit til resultatet.

Vi brukte studiedesign som utgangspunkt og vurderte så fem kriterier for å komme fram til grad av tillit til effektestimater: risiko for systematiske skjevheter (risk of bias) i studiene, grad av konsistens/overensstemmelse mellom resultatene (consistency), sparsomme data/presisjon av data (precision), direktehet (directness) og formidlings-skjevhet (publication bias). Når man inkluderer observasjonsstudier er det også mulig å vurdere oppgradering av dokumentasjonen, så sant man ikke har gjort noen trekk i de ovenfor nevnte fem kriteriene underveis i vurderingen. Det gjøres ved å vurdere følgende tre kriterier: sterke eller veldig sterke assosiasjoner/sammenhenger mellom tiltak og utfall (det vil si at den beregnede effekten er så stor at det er usannsynlig at den skyldes tilfeldigheter), store eller veldig store dose-responseeffekter, der alle sannsynlige forvekslingsfaktorer (confounders) ville ha bidratt til å redusere effektestimater.

Vi vurderte tilliten til resultatene for følgende utfall: *komme i vanlig arbeid, tid i vanlig arbeid, inntekt og livskvalitet*. Alle forfatterne vurderte tilliten til resultatene sammen og samtidig. Uenigheter om vurderingene løste vi ved diskusjon i gruppen.

Flere beskrivelser av hvordan man bruker GRADE til å vurdere tilliten til resultatene finnes i Guyatt og medarbeidere (27) og på denne adressen: www.gradeworking-group.org.

Andre vurderinger

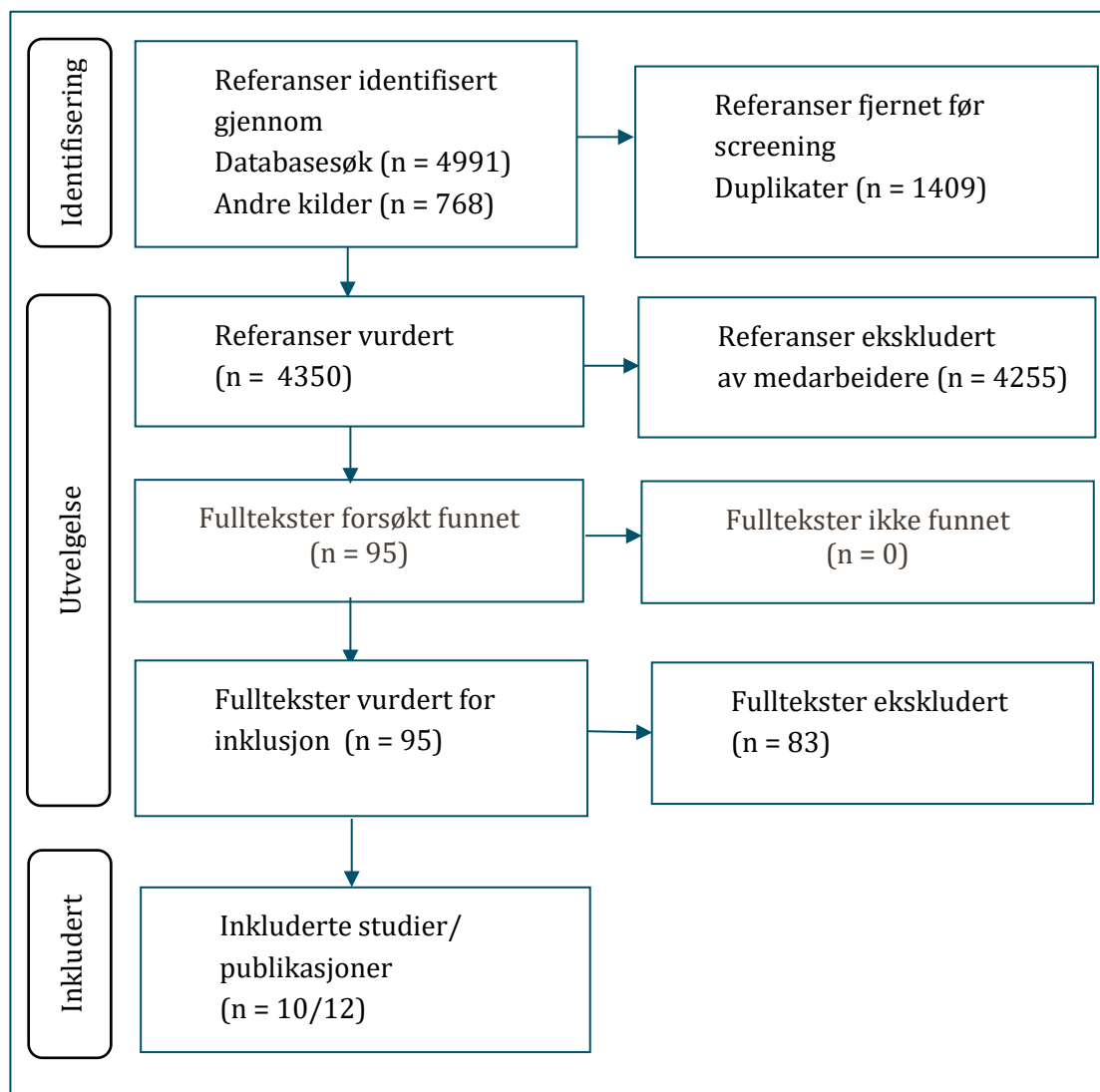
Problemstillingen for denne systematiske oversikten dreide seg om effekter av IPS til mennesker med moderate til alvorlige psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet på utfallene *komme i vanlig arbeid, tid i arbeid, inntekt og livskvalitet*. Siden det ikke var en del av oppdraget og følgelig heller ikke problemstillingen, vurderte vi ikke etiske eller økonomiske konsekvenser ved tiltaket. Vi vurderte heller ikke aspekter som aksept, likeverd, organisatoriske følger eller andre konsekvenser ved tiltaket. I en fremtidig beslutningsprosess vil det være viktig å vurdere slike aspekter og konsekvenser ved tiltaket samlet.

Resultater

Resultater av litteratursøket og utvelgelse av studier

Etter fjerning av dubletter satt vi igjen med 4350 referanser (figur 1). Av disse ekskluderte vi 4255 referanser som åpenbart ikke oppfylte inklusjonskriteriene våre. Vi innhentet og vurderte 95 publikasjoner i fulltekst, hvorav vi ekskluderte 83. 13 studier hadde et annet studiedesign, åtte hadde annen populasjon, 25 undersøkte et annet tiltak, elleve hadde en annen sammenligning, to hadde andre utfall, to hadde ikke brukt en fidelity-skala, elleve var konferansesammendrag og elleve hadde en annen problemstilling. Ingen studier ble ekskludert på grunn av land. Fullstendig liste over ekskluderte studier med eksklusjonsgrunn er i vedlegg 6. Fra litteratursøket i 2022 inkluderte vi 10 studier fordelt på 12 publikasjoner (29-40), hvorav én av studiene (38) viste seg å være en oppdatering av en tidligere inkludert studie (41) i den opprinnelige oversikten. Vi hadde dermed ni nye studier, og én oppdatering av en tidligere studie.

Fra den opprinnelige oversikten beholdt vi de 21 studiene som forfatterne hadde inkludert i samme sammenligning (IPS versus annet tiltak) (41-61). Totalt inkluderte vi dermed 30 studier. Vi identifiserte i tillegg ni protokoller/pågående studier. Disse er listet i vedlegg 7.



Figur 1: Flyttdiagram over utvelgelse av studier fra oppdateringssøket i 2022

Beskrivelse av inkluderte studier

Medregnet de 21 studiene inkludert i opprinnelig oversikt (14) inneholder denne oversikten 30 studier som sammenligner IPS med et annet tiltak for personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser og for personer med rusmiddel-avhengighet (29-61). I tabell 1 nedenfor presenterer vi studiene med populasjon, tiltak, kontrolltiltak og utfallsmål (PICO). I vedlegg 5 er alle studiene presentert mer detaljert.

Alle studiene var randomiserte kontrollerte forsøk, bortsett fra én som analyserte nederlandske registerdata (33). Fordelt på land, var studiene utført i USA (n=11), Australia (n=3), Canada (n=3), Sveits (n=2), Nederland (n=2), Sverige (n=2), Danmark (n=2), England (n=1), Hongkong (n=1), Japan (n=1), og Norge (n=1). Én studie hadde utvalg fra seks land: Bulgaria, England, Italia, Nederland, Sveits og Tyskland. Studiene var publisert i perioden 1995 til 2021 (den eldste studien hadde oppstart i 1989 og den nyeste i 2015). Oppfølgingstiden varierte fra 6 måneder til 6 år, men de fleste studiene fulgte opp i 12-24 måneder.

IPS Fidelity Scale

Vi inkluderte kun studier der implementeringen av tiltaket var målt med en form for kvalitetsskåre (fidelity scale). I én studie gjorde forfatterne denne vurderingen selv, men benyttet en standard vurderingsskala (36). Noen av studiene hadde tilleggskriterier for inklusjon, som kriminell bakgrunn, hjemløshet, bosted på landet, bakgrunn som soldat eller nylig hatt første psykotisk episode. Dette har vi ikke tatt hensyn til i analysene, men kan gjenfinnes i vedlegg med ekstraherte data (vedlegg 5). Selv om IPS ideelt sett ikke skal ha noen eksklusjonskriterier, oppga noen av studiene at de hadde hatt dette, for eksempel ikke aktive rusmiddelproblemer, ikke kognitive vansker eller store fysiske handikap. (Dette har de muligens fått trekk for på IPS fidelity scale.)

Populasjon og utvalg

Hovedvekten av inkluderte studier er primært alvorlige psykiske lidelser, men flere inkluderte studier har hovedvekt av mer moderate psykiske lidelser (Beijerholm 2017 (29), Hellström 2017 (34), Reme 2019 (39), Viering 2015 (41)). I én studie var populasjonen personer som var under metadonbehandling (37). Alvorlige psykiske lidelser omfatter her hovedsakelig schizofreni, schizoaffektiv lidelse, bipolar lidelse, tilbakevendende alvorlig depresjon, borderline personlighetsforstyrrelse og posttraumatisk stresslidelse. Dette er vedvarende og alvorlige lidelser som har betydelig innvirkning på dagliglivet, som nære relasjoner, arbeid, økonomi, rusmiddelbruk m.m. (83). Det var en overvekt av menn blant deltagerne, og gjennomsnittsalderen lå litt under 40 år, men omfattet i utgangspunktet hele aldersgruppen i yrkesaktiv alder, 15-65 år.

I størrelse (n) varierte utvalgene fra 37 til 541 personer for de randomiserte studiene, mens studien som matchet registerdata inkluderte 23 369 studiedeltakere. Vi kombinerte ikke resultatene for utvalget med psykiske lidelser med utvalget med rusproblematikk. Dette er fordi IPS kan ha noe ulik virkning for personer med ulike utfordringer. Heller ikke ulike design er det vanlig å slå sammen. Studien med matchede registerdata blir derfor omtalt separat (33).

Sammenligningsgrupper

To studier sammenlignet tre grupper, hvorav vi valgte den sammenligningen som var relevant for vår problemstilling. Kontrolltiltakene (sammenligningsgruppene) var primært tiltak som tilbød opplæring, skolering, skjermet arbeid eller en kombinasjon av dette. Vanlig arbeid var et mål på sikt. Selv om det var store variasjoner i typen kontrolltiltak når det gjaldt omfang, intensitet, oppfølging, besto alle av ulike former for tradisjonelle tiltak, *train then place*. Det kunne innebære ulike opplæringstiltak, arbeid på en skjermet arbeidsplass, intensiv støtte til å få arbeid, eller en kombinasjon av dette, men *ingen integrering* med psykisk helse utover at de mottok sin vanlige behandling. Kontrolltiltaket inneholdt som regel heller ikke noen oppfølging hvis man først fikk arbeid. Noen kontrolltiltak inkluderte tilbud om grupper med ulike tema.

Utfallsmål

Vi analyserte resultater for følgende fire utfall: *komme i vanlig arbeid (competitive work)*, *tid i vanlig arbeid*, *inntekt* og *livskvalitet*. Utfallsmålet å *komme i vanlig arbeid* er

antall som har hatt en kortere eller lengre periode i vanlig arbeid i løpet av oppfølgings-tiden. «Vanlig arbeid» er en betalt jobb på en ordinær arbeidsplass, enten heltid eller deltid. Det var forskjellige definisjoner av hva som ble regnet som å *komme i arbeid*. Noen definerte det som minst 1 dag i løpet av siste seksmåneders periode (for eksempel Erickson 2021 og Killackey 2019 (36)), men de fleste rapporterte ikke hva som var kriteriet. Imidlertid rapporterte forskerne i Killackey 2019 at “Australian and international definitions of employment consider employment to be work for wages or other in-kind payment for a period of at least 1 hour in a specified period (for example a week)”.

Forskjellige studier brukte ulike måter å måle *komme i arbeid* på: noen benyttet seg av data fra nasjonale registre (men det ble ikke rapportert hva som var registrenes krav for å bli registrert som i arbeid), noen fra intervjuer, noen førte ukentlige logger som ble sjekket mot intervjudata og noen benyttet standardiserte spørreskjemaer, slik som Job Status Questionnaire og Dartmouth Employment and Income Review.

Når et utfallsmål var målt på flere måter, valgte vi den måten som flest studier brukte, til eventuelle metaanalyser. Noen studier hadde flere måletidspunkter, og vi brukte resultater fra *siste* måling det var publisert data om, for det aktuelle utfallsmålet (fra 6 mnd. til 6 år).

Effektestimater

I noen studier var det ikke oppgitt noe effektestimater, altså ingen tallmessige uttrykk for en eventuell forskjell mellom gruppene. I disse tilfellene regnet vi selv ut effektestimaterne, enten relativ risiko (RR) eller standardisert gjennomsnittlig forskjell (SMD). Se vår forklaring i metodekapittel og ordliste (vedlegg 2). I noen studier var det ikke rapportert tilstrekkelige resultater til at vi kunne regne ut noen effektstørrelse.

Setting

Det var generelt vanskelig å få et klart bilde av hvordan jobbspesialistene var integrert i helsetjenesten. Det var for eksempel ikke alltid anført hvor jobbspesialistene var lokalisert eller om det var helsetjenesten eller en NAV-lignende institusjon som hadde hovedansvaret. I vedlegg 5 fins en beskrivelse av hva den enkelte studien fra litteratursøket i 2022 rapporterer om dette. Studiene rapporterte stort sett (kun) hvor deltagerne var rekruttert fra og at øvrig behandling gikk som vanlig.

Presentasjon av studiene i tabellform

I tabellen nedenfor presenterer vi de 31 studiene med utgangspunkt i PICO. For flere detaljer se vedlegg 5. Alle studiene bortsett fra de Graaf-Zijl 2020 (33) er randomiserte kontrollerte forsøk. Kun én studie, Lones 2017 (37), har en populasjon med rusproblematikk. Studiene i tabellen er presentert i alfabetisk rekkefølge etter hovedstudie. For studier med flere publiserte artikler, er hovedstudien den siste/nyeste artikkelen som rapporterer primærutfall (se flere artikler fra den enkelte studie i vedlegg 5).

Tabell 1: Beskrivelse av de inkluderte studiene (n=30)

Studie* (land)	Populasjon	Oppfølgingstid	Kontrolltiltak	Utfallsmål
Bejerholm 2015 (Sverige) (54)	N=120, 18-63 år, 56% menn, schizofreni og andre psykotiske lidelser, bipolar	18 mnd	Skjermet arbeid, dagsenter, ev. i samarbeid med helse, individuell/ gruppe	-komme i vanlig arbeid -tid i vanlig arbeid -inntekt -livskvalitet
Bejerholm 2017 (Sverige) (29)	N=63, gj.snitt 41 år, 28% menn, depresjon og bipolar lidelse	12 mnd	«Traditional vocational rehabilitation»	-komme i vanlig arbeid -tid i vanlig arbeid (dager) -livskvalitet
Saha 2018 (40)	N=55			
Bond 2007 (USA) (55)	N=187, > 18 år 64% menn, schizofreni, schizoaffektiv, depresjon, bipolar	24 mnd	Skrittvis til arbeid med vekt på klarføring til arbeid	-komme i vanlig arbeid -livskvalitet
Bond 2015 (USA) (61)	N=85, >18 år, 79 % menn, schizofreni, depresjon, bipolar	12 mnd	Jobbklubb, legger til rette for egen jobbsøker-aktivitet	-komme i vanlig arbeid -tid i vanlig arbeid -livskvalitet
Burns 2007 (Bulgaria, England, Italia, Nederland, Sveits, Tyskland) (56)	N=312, 18-65 år, 60% menn, schizofreni/schizoaffektiv lidelse, bipolar lidelse	18 mnd	Det best tilgjengelige alternativet der studien fant sted. Høykvalitet arbeidsrettet rehabilitering	-komme i vanlig arbeid -tid i vanlig arbeid -livskvalitet
Christensen 2019 (Danmark) (30)	N=482, gj.snitt 33 år, 61% menn, schizo-	18 mnd	Vanlig behandling. Høy-kvalitet	- komme i vanlig arbeid - tid i vanlig arbeid - inntekt

	freni, bipolar lidelse, tilbakevendende depresjon		arbeidsrettet rehabilitering	
Davis 2012 (USA) (57)	N=85, 19-60 år, 88% menn, post-traumatisk stresslidelse	12 mnd	Testing, skjermet arbeid, begrenset støtte til å søke arbeid	- komme i vanlig arbeid - tid i vanlig arbeid - inntekt
Davis 2018 (USA) (31)	N=541, <65 år, 82% menn, veteraner med post-traumatisk stresslidelse	18 mnd	«Transitional work»	- komme i vanlig arbeid - tid i vanlig arbeid - inntekt
de Graaf-Zijl 2020 (33)	N=23 369, gj.snitt 35 år, 65% menn, mottakere av uføretrygd med alvorlig psykisk sykdom	12 mnd	Tradisjonell arbeidsrehabilitering	- komme i vanlig arbeid - tid i vanlig arbeid
Drake 1996 (USA) (59)	N=143, 20-65 år, 48% menn, schizofreni/ psykotiske lidelser, bipolar/ alvorlige stemningslidelser	18 mnd	Opplæring rettet mot arbeid, jobb med oppfølging, kontakt med helsetjenesten	- komme i vanlig arbeid - inntekt - livskvalitet
Drake 1999 (USA) (58)	N=152, gjennomsnitt 39,4 år, 39% menn, schizofreni-spektrum, bipolar, depresjon	18 mnd	Forsterket yrkesrehabilitering	- komme i vanlig arbeid - inntekt - livskvalitet
Erickson 2021 (Canada) (32)	N=109, 82% menn, 18-30 år, tidlig psykose	12 mnd	Vanlig behandling	- komme i vanlig arbeid - antall dager i arbeid
Gold 2006 (USA) (60)	N=143, 38% menn, eldre enn 18 år, schizofreni-spektrum, stemningslidelser	18 mnd	Tilpasset arbeidspraksis, gradvis tilnærming til vanlig arbeid	- komme i vanlig arbeid - tid i vanlig arbeid - inntekt
Hellström 2017	N=326, 32% menn, 18-60 år,	24 mnd	Vanlig behandling	- komme i arbeid eller utdanning

(Danmark) (34)	stemningslidelser og angstlidelser			- tid i vanlig arbeid - livskvalitet
Heslin 2011 (UK) (42)	N=219, 18-65 år, 67% menn, psykotisk lidelse og stemningslidelse	24 mnd	Psykososial rehabilitering og dagsenter (jobbsøkekurs mm)	- komme i vanlig arbeid - tid i vanlig arbeid - inntekt - livskvalitet
Hoffmann 2014 (Sveits) (43)	N=100, 18-64 år, 65% menn, schizofrenispektrum, stemningslidelser	2-5 år	Opplæring, skjermet arbeid, ikke oppfølging når man har kommet i vanlig arbeid	- komme i vanlig arbeid - tid i vanlig arbeid - inntekt - livskvalitet
Killackey 2008 (Australia) (44)	N=41, 15-25 år, 80% gutter, førstegangpsykose	6 mnd	Vanlig behandling: Individuell saksbehandling, arbeidskontor, gruppe i psyk helseneteret	- komme i arbeid - tid i vanlig arbeid - inntekt
Killackey 2019 (Australia) (36)	N=146, 15-25 år, 69,2% menn, unge mennesker med første episode psykose	18 mnd	Vanlig behandling	- komme i vanlig arbeid - tid i vanlig arbeid
Latimer 2006 (Canada) (45)	N=150, 18-64 år, 61% menn, schizoaffektiv lidelse, schizofrenispektrum, bipolar	12 mnd	Skjermet arbeid, tilbud om trening i jobbsøking, fokus på gradvis i vanlig arbeid	- komme i vanlig arbeid - tid i vanlig arbeid - inntekt - livskvalitet
Lehman 2002 (USA) (46)	N=219, 57% menn, gjennomsnitt alder 42 år, psykotisk lidelse, stemningslidelser	24 mnd	Opplæring og/eller skjermet arbeid	- komme i vanlig arbeid - tid i vanlig arbeid - inntekt - livskvalitet
Lones 2017 (USA) (37)	N=45, ≥18 år (gjennomsnitt 37 år), 44% menn, pasienter med	12 mnd	Venteliste (6 mnd)	- komme i arbeid - antall dager i arbeid

	metadonvedlike- holdsterapi			
Michon 2014 (Ne- derland) (47)	N=151, 18-65 år, 74% menn, psy- kotisk lidelse, andre	30 mnd	Gradvis til- nærming, opplæring, skjermet ar- beid	- komme i vanlig ar- beid - livskvalitet
Mueser 2004 (USA) (48)	N=204, 62% menn, gjennom- snitt alder 41 år, schizofreni, sci- zoaffektiv li- delse, alvorlig depresjon	24 mnd	Psykososialt rehabilite- ringsprogram (én av to kon- trolltiltak)	- komme i vanlig ar- beid - tid i vanlig arbeid - inntekt - livskvalitet
Oshima 2014 (Japan) (49)	N=37, 18-59 år, schizofreni, ste- mingslidelser, nevrotiske lidel- ser	6 mnd	Opplæring, forberedelser til arbeid	- komme i vanlig ar- beid - tid i vanlig arbeid
Poremski 2015 (Canada) (50)	N=90, >18 år, 63% menn, al- vorlig depresjon, psykotisk lidelse, panikkelidelse, manisk lidelse, PTSD	8 mnd	Noe støtte, mulighet for opplæring og skjermet ar- beid	- komme i vanlig ar- beid - tid i vanlig arbeid - inntekt
Reme 2019 (Norge) (39)	N=410, gj.snitt 35 år, 50% menn, moderat til alvorlig psy- kisk lidelse	18 mnd	Høykvalitetc, vanlig be- handling	- komme i vanlig ar- beid - livskvalitet
Holmås 2021 (35)	N=248, gj.snitt 34,9 år, 50,5% menn, moderat til alvorlig psy- kisk lidelse	43 mnd		
Twamley 2012 (USA) (51)	N=58, >45 år, 62 % menn, schizo- freni, schi- zoaffektiv lidelse	12 mnd	Vanlig yrkes- rehabilite- ring: Opplæ- ring, støtte til jobbsøking	- komme i vanlig ar- beid - tid i vanlig arbeid - inntekt - livskvalitet
Viering 2015 (Sveits) (41)	N=250, >18 år, 47% menn, stemningslidel- ser, schizo-	24 mnd	Kunne søke jobb selv, bruke ar- beidskontor	- komme i vanlig ar- beid - tid i vanlig arbeid

	freni/schizoaffektive lidelser, personlighetsforst.	6 år		
Pichler 2021 (38)	N=114, >18 år, 45,6% menn, stemningslidelser, schizofreni/schizo-afektive lidelser, personlighetsforst.			
Waghorn 2014 (52)	N=208, 18-59 år (gj.snitt 32 år), 69% menn 31% kvinner, 81% psykotisk lidelse 8% bipolar lidelse 6% alvorlig depresjon	6 mnd, egentlig 12 mnd	Henvisning fra psykisk helsevern til lokalt arbeidskontor, oppfølging av progresjon	- komme i vanlig arbeid
Wong 2008 (Hong Kong) (53)	N=92, gj.snitt alder 33 år, 60% menn, 70% schizofreni-spektrum, 18% stemningslidelse	18 mnd	Arbeidstrening i skjermet miljø, oppmuntret til å søke vanlig arbeid	- komme i vanlig arbeid - tid i vanlig arbeid - inntekt - livskvalitet

¹Studien av Mueser 2004 har to kontrollgrupper, men begge kan ikke inkluderes i samme metaanalyse. Vi valgte å sammenligne med det mest aktive tiltaket, psykososialt rehabiliteringsprogram (og ikke *treatment as usual*).

Risiko for systematiske skjevheter i de inkluderte studiene

Vi valgte å skille presentasjonen av risiko for skjevheter på objektive og subjektive utfallsmål, fordi disse vil påvirkes ulikt av risiko for skjevheter i de ulike domene. Utfallsmål som arbeid og inntekt regnet vi som objektive, ettersom disse gjerne hentes fra eksterne kilder og ikke rapporteres av deltagerne selv (Figur 2). Utfallsmål som livskvalitet derimot regnet vi som subjektive, fordi disse er basert på deltagernes egne vurderinger (Figur 3).

Objektive utfallsmål

Blant de objektive utfallsmålene vurderte vi tre studier til å være av høy risiko for systematiske skjevheter i minst ett domene. Årsaken til at risikoen ble vurdert som høy var på grunn av frafall, manglende blinding av utfallsmålere og andre årsaker. De resterende studiene var preget av enten uklar eller lav risiko for systematiske skjevheter, der de fleste domene var preget av lav risiko. Uklarheten var størst i domene allokering og blinding av deltagere.

Subjektive utfallsmål

Blant de subjektive utfallsmålene vurderte vi seks studier til å være av høy risiko for systematiske skjevheter i minst ett domene. Årsaken til denne risikoen var mangelfull blinding av deltagere og utfallsmålere. Resten av studiene var for det meste preget av lav risiko for systematiske skjevheter, med unntak av uklar risiko for systematiske skjevheter for blinding av deltagere i to studier og for risikoer fra andre kilder i én studie.

Studie	Risiko for systematiske skjevheter						
	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7
Bejerholm 2015	+	+	+	-	-	+	+
Bejerholm 2017	+	+	+	+	+	+	+
Bond 2007	+	+	+	+	+	+	+
Bond 2015	+	+	+	+	+	+	+
Burns 2007	+	+	+	+	+	+	+
Christensen 2019	+	+	+	+	+	+	+
Davis 2012	+	-	+	+	+	+	+
Davis 2018	+	+	-	-	+	+	+
Drake 1996	-	-	+	+	+	+	+
Drake 1999	+	?	+	+	+	+	+
Erickson 2021	+	-	-	+	+	-	-
Gold 2006	+	+	+	+	+	+	-
Hellström 2017	+	+	-	+	+	+	-
Heslin 2011	+	+	+	+	+	+	+
Hoffmann 2014	+	+	+	+	+	+	+
Killackey 2008	+	+	+	+	+	+	+
Killackey 2019	+	+	-	+	+	+	-
Latimer 2006	+	+	+	+	-	+	+
Lehman 2002	-	+	+	+	X	+	+
Lones 2017	-	+	-	X	X	+	+
Michon 2014	+	-	+	+	+	+	+
Mueser 2004	+	-	+	+	+	+	+
Oshima 2014	-	-	+	+	+	+	+
Pichler 2021/Viering 2015	+	-	-	-	+	+	X
Poremski 2015	+	+	+	+	+	+	+
Reme 2019/Holmås 2021	+	+	-	+	+	+	-
Twamley 2012	-	-	+	+	+	+	+
Viering 2015	+	-	+	+	+	+	+
Waghorn 2014	+	-	+	+	-	+	+
Wong 2008	+	?	+	+	+	+	+

D1: Randomisering
D2: Allokering
D3: Blinding av deltakere
D4: Blinding av utfallsmålere
D5: Frafall
D6: Selektiv rapportering
D7: Andre kilder

Vurdering
X: Høy
- : Uklar
+ : Lav
? : Ingen informasjon

Figur 2: Risiko for systematiske skjevheter i de inkluderte studiene med utfallsmål på objektive utfall (arbeid og inntekt) (N=30).

Studie	Risiko for systematiske skjevheter						
	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7
Bejerholm 2017	+	+	-	+	+	+	+
Bond 2007	+	+	X	X	+	+	+
Burns 2007	+	+	X	X	+	+	+
Drake 1999	+	?	X	X	+	+	+
Heslin 2011	+	+	X	+	+	+	+
Hoffmann 2014	+	+	X	+	+	+	+
Reme 2019/Holmås 2021	+	+	-	X	+	+	-

D1: Randomisering
 D2: Allokering
 D3: Blinding av deltakere
 D4: Blinding av utfallsmålere
 D5: Frafall
 D6: Selektiv rapportering
 D7: Andre kilder

Vurdering
 X Høy
 - Uklar
 + Lav
 ? Ingen informasjon

Figur 3: Risiko for systematiske skjevheter i de inkluderte studiene med utfallsmål på subjektive utfall (livskvalitet) (N=7).

Studie	Risiko for systematiske skjevheter									
	Spm. 1	Spm. 2	Spm. 3	Spm. 4	Spm. 5	Spm. 6	Spm. 7	Spm. 8	Spm. 9	Spm. 10
de Graaf-Zijl 2020	+	X	+	X	+	+	-	+	-	+

Spørsmål:

1. Var gruppene (de eksponerte og ikke-eksponerte i kohorten) sammenliknbare i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer?
2. Var de eksponerte individene representative for en definert befolkningsgruppe/ populasjon?
3. Ble den ikke-eksponerte gruppen valgt fra den samme befolkningsgruppen/populasjonen som de eksponerte?
4. Var studien prospektiv?
5. Ble eksposisjon og utfall målt likt og pålitelig i de to gruppene?
6. Ble mange nok personer i kohorten fulgt opp?
7. Er det utført en frafallsanalyse som redegjør for om de som har falt fra skiller seg fra dem som er fulgt opp?
8. Var oppfølgingstiden lang nok til å påvise positive og/eller negative utfall?
9. Er det tatt hensyn til kjente, mulige forvekslingsfaktorer (konfoundere) i studiens design/og eller analyse?
10. Er den som vurderte resultatene (endepunktene) blindet for hvem som var eksponert og hvem som ikke var eksponert?

Vurdering
 X Høy
 - Uklar
 + Lav

Figur 4: Risiko for systematiske skjevheter i den registerbaserte kohortstudien (N=1).

Tillit til den samlede dokumentasjonen og resultater for hvert utfall

Vi vurderte påliteligheten av dokumentasjonen og dermed tilliten til effektestimaterne for hvert av de fire utfallene, som beskrevet i metodekapitlet. Resultatet av GRADE-vurderingene angis bak hvert resultat som vi rapporterer og presenteres i en oppsummeringstabell i sammendraget og som en GRADE evidensprofil i vedlegg 8.

I forbindelse med vurdering av mulig publikasjonsskjevhet, som er et av domeneene i GRADE, vurderte vi funnel-plottene som vi hadde tatt ut fra RevMan i forbindelse med metaanalysene (vedlegg 9). Disse var til dels asymmetriske. Dette kan være tegn på publiseringsskjevhet, men kan også ha andre årsaker. Disse studiene utføres som et nøye planlagt samarbeid der flere institusjoner innenfor helse og sosial deltar, og der mange personer involveres underveis. Vi antar derfor at resultatene fra slike studier ville ha blitt rapportert uansett resultat og at dette ikke ville være opp til den enkelte

forskergruppe å vurdere. Studier kan imidlertid ha blitt publisert som grå litteratur, som er vanskeligere å gjenfinne enn studier publisert i vitenskapelige tidsskrift. Vi valgte å ikke trekke ned vår tillit til dokumentasjonen på grunn av risiko for publiserings-skjevhet, men andre forskningsgrupper kunne ha valgt å gjøre det.

Effekter av tiltaket

Oppfølgingstid i de 30 inkluderte studiene varierte fra 6 måneder til 6 år, og tiltak og kontrolltiltak pågikk frem til oppfølgingsmålingene, muligens med unntak av to studier (Holmås 2021/Reme 2019 (35;39) og Pichler 2021/Viering 2015 (38;41)). Vi gjorde analyser på utfallsmålene: *komme i vanlig arbeid, tid i vanlig arbeid, inntekt og livskvalitet*. Nedenfor presenterer vi først metaanalysen for hvert utfall i sammenligningen, på tvers av oppfølgingstid. For de to utfallene der ulikhetene mellom studier (og dermed resultatene) så ut til å være størst (indikert ved at I^2 var over 75 % og Chi^2 hadde en lav p-verdi), gjorde vi en subgruppeanalyse på oppfølgingstid. En høy I^2 antyder at det kan være systematiske forskjeller mellom studiene, for eksempel med hensyn til ulike populasjoner eller ulike komponenter eller intensitet i tiltaket – og/eller ulik oppfølgingstid.

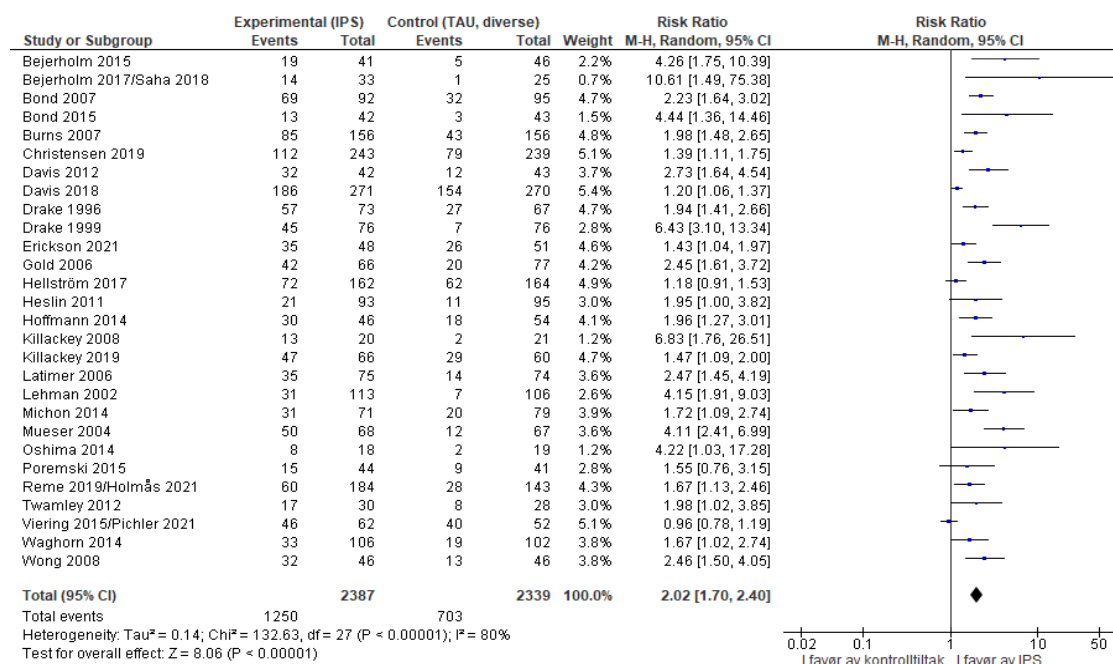
De studiene som ikke kunne inngå i metaanalysen på grunn av annet design eller annen populasjon har vi rapportert separat i teksten.

Å komme i vanlig arbeid

Alle de 28 randomiserte kontrollerte studiene som inkluderte en populasjon med psykiske lidelser, målte det å komme i vanlig arbeid. Studiene var publisert mellom 1996 og 2021 og hadde fra 37 til 541 deltagere, til sammen 5074 deltagere. En kohortstudie fra Nederland målte også det å komme i arbeid. Den hentet data for arbeidsmarkedstiltak fra et nasjonalt register, med et matchet utvalg på 513 mottagere av IPS og nesten 23 000 mottagere av tradisjonelt arbeidsmarkedstiltak (33). Det vil si at studien hadde mellom 1 og 2 647 kontroller per behandlet deltager. Oppfølgingstid i studiene varierte fra 6 måneder til 6 år. Med unntak av én studie av ungdom (15-25 år), bestod utvalgene av voksne i alderen 18 til 65 år. Over halvparten av deltagerne var menn, og majoriteten hadde psykotiske lidelser (schizofrenityper) eller stemningslidelser (bipolar lidelse, alvorlig depresjon).

Studien med målgruppen personer med rusproblematikk (37) hadde 45 deltagere og målte også det å komme i arbeid.

Resultatet av metaanalysen av resultatene for utfallet *komme i vanlig arbeid* viste en relativ risiko (RR) på 2,02 (95 % KI 1,70 til 2,40 (figur 5)). Det vil si at i snitt hadde deltagerne i IPS omtrent dobbelt så stor sjanse for å komme i vanlig arbeid, sammenlignet med deltagerne i kontrollgruppen. Etter en vurdering av påliteligheten av dokumentasjonen, som viste sprikende resultater, endte vi opp på lav tillit til dette effektestimateret. Vi ser av I^2 at det er inkonsistens mellom effektestimaterne, noe som kan skyldes at vi har samlet studier med ulik oppfølgingstid. I figur 6 viser vi derfor en subgruppeanalyse på oppfølgingstid.



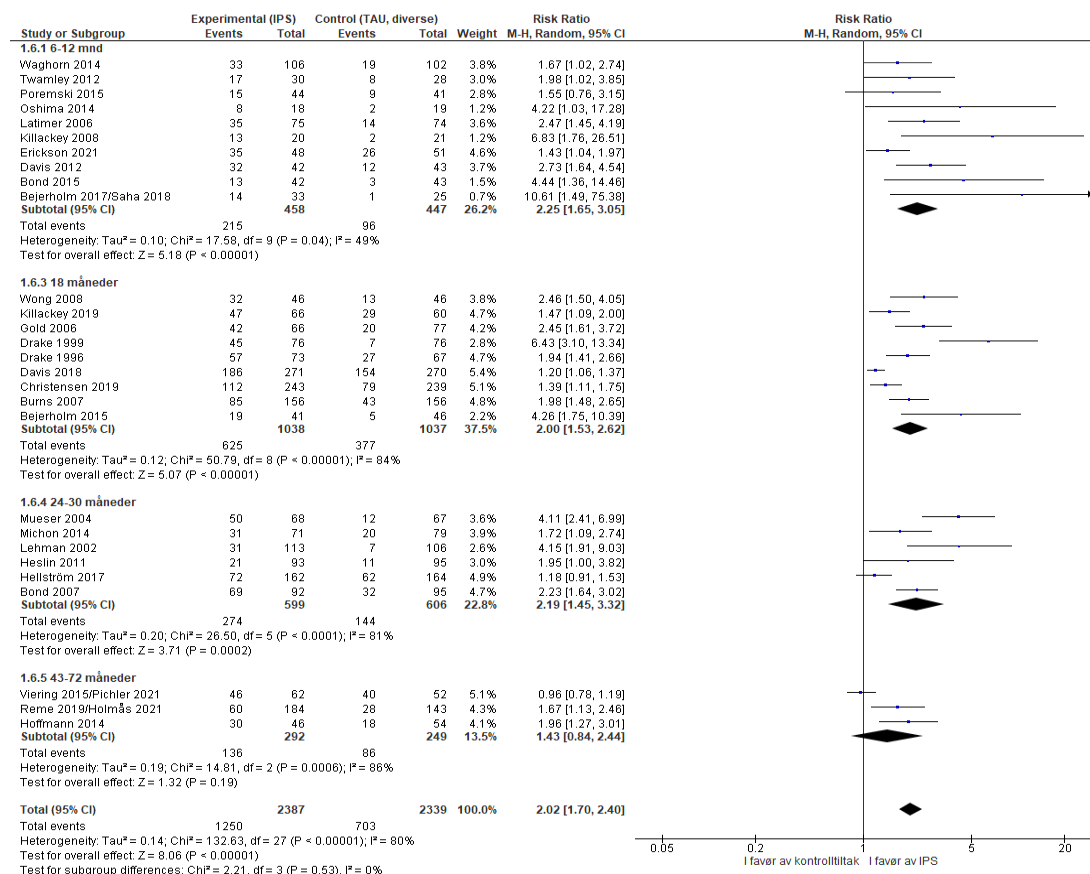
Figur 5: Metaanalyse av utfallet å komme i vanlig arbeid (28 studier)

I kohortstudien fra Nederland (33) rapporterte forfatterne at 47 % av deltagerne i IPS-gruppen og 39 % av deltagerne i gruppen for tradisjonelt arbeidstiltak hadde vært i arbeid i 30-månedersperioden. Forfatterne oppsummerer i denne forbindelse at: “Our results show that from six months after the start of the treatment onwards employment probabilities of IPS participants significantly outperform those of TVR participants.”

I Lones 2017 (37) rekrutterte forskerne deltagerne som var 18 år eller eldre med moderat til alvorlig opioidavhengighet. Metadon var den vanligste behandlingen. Deltagerne ble tilfeldig fordelt til å motta IPS pluss vanlig behandling eller til venteliste pluss vanlig behandling, for senere å motta IPS. Dataene ble innhentet ved å intervju deltagerne. Etter 12 måneder fant forfatterne at 11 av 22 i tiltaksgruppen mot 5 av 23 i venteliste-gruppen hadde hatt vanlig arbeid (RR 2,30 (95 % KI 0,95 til 5,55)). Som vi ser av konfidensintervallet, er det usikkert hvilken effekt tiltaket hadde.

Analysen etter oppfølgingstid

De 28 studiene med personer med psykiske lidelser hadde svært ulik oppfølgingstid: 6 måneder til 6 år. Vi så av figur 2 at det var betydelig heterogenitet (I²=80 %) i resultatene. Én av grunnene kan være at forskjellene i effekt mellom studiene skyldtes ulik oppfølgingstid. Vi gjorde en subgruppeanalyse av utfallet *komme i arbeid*, der vi delte studiene i fire grupper, etter kortere og lengre oppfølgingstid (figur 6). Resultatene viste at IPS fortsatt har en viss effekt på det å komme i vanlig arbeid uavhengig av oppfølgingstid, men I² er fortsatt rundt 80 % for oppfølgingen ved 18 og 24-30 måneder og viser dermed at det er stor variasjon i effektestimaterne. Dette betyr at det er andre årsaker til heterogeniteten enn ulikheter i oppfølgingstid.

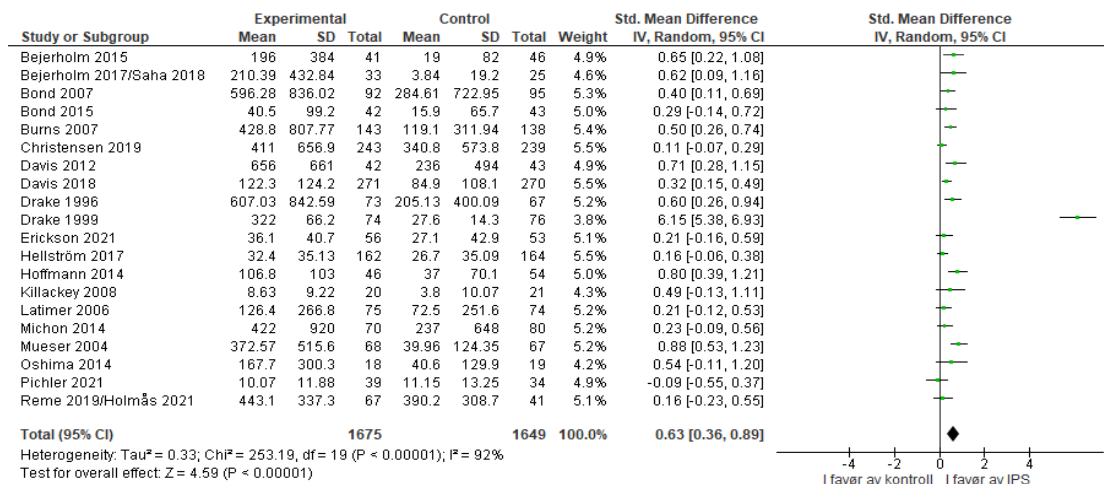


Figur 6: Subgruppeanalyse. Komme i vanlig arbeid etter 6-12, 18 mnd, 24-30 og 43-72 mnd oppfølging

Tid i vanlig arbeid

20 av 30 studier med personer med psykiske lidelser målte tid i vanlig arbeid, altså hvor lenge deltagerne i henholdsvis IPS-gruppen og kontrollgruppen var i vanlig arbeid i løpet av prosjektperioden. Studiene hadde ulik oppfølgingsstid og brukte ulike måleenheter (timer, dager eller uker – som ikke nødvendigvis lot seg omregne fordi deltagerne ofte ikke jobbet full tid). Vi regnet derfor resultatene fra 20 studier om til en standardisert gjennomsnittlig forskjell (SMD) (figur 7). Én av studiene (60) målte kun median (tiltak: 485 timer, kontroll: 360 timer).

Resultatet viste en moderat effektstørrelse (SMD 0,63 (95 % KI 0,36 til 0,89)) for hvor lenge deltagerne hadde vært i vanlig arbeid sammenlignet med annet tiltak. Vi har lav tillit til effektestimaten. Det er høy heterogenitet (I² = 92%) og dette skyldes langt på vei én studie med langt større effekt enn de andre (58). Denne studiens utvalg var sentrumsbeboere (*fra inner cities*), mange hadde vært hjemløse, hadde dobbeltdiagnoser og bodde i et område med høy kriminalitet. Disse kan ha hatt ekstra stor nytte av et godt organisert IPS-program som integrerte tjenester som psykisk helsevern, rusmiddelbehandling og boligstøtte. Dersom vi tar denne studien ut av sammenligningen, synker heterogeniteten (I² = 53 % og vi får en lavere effektstørrelse (SMD 0,38 (95 % KI 0,27 til 0,49)).

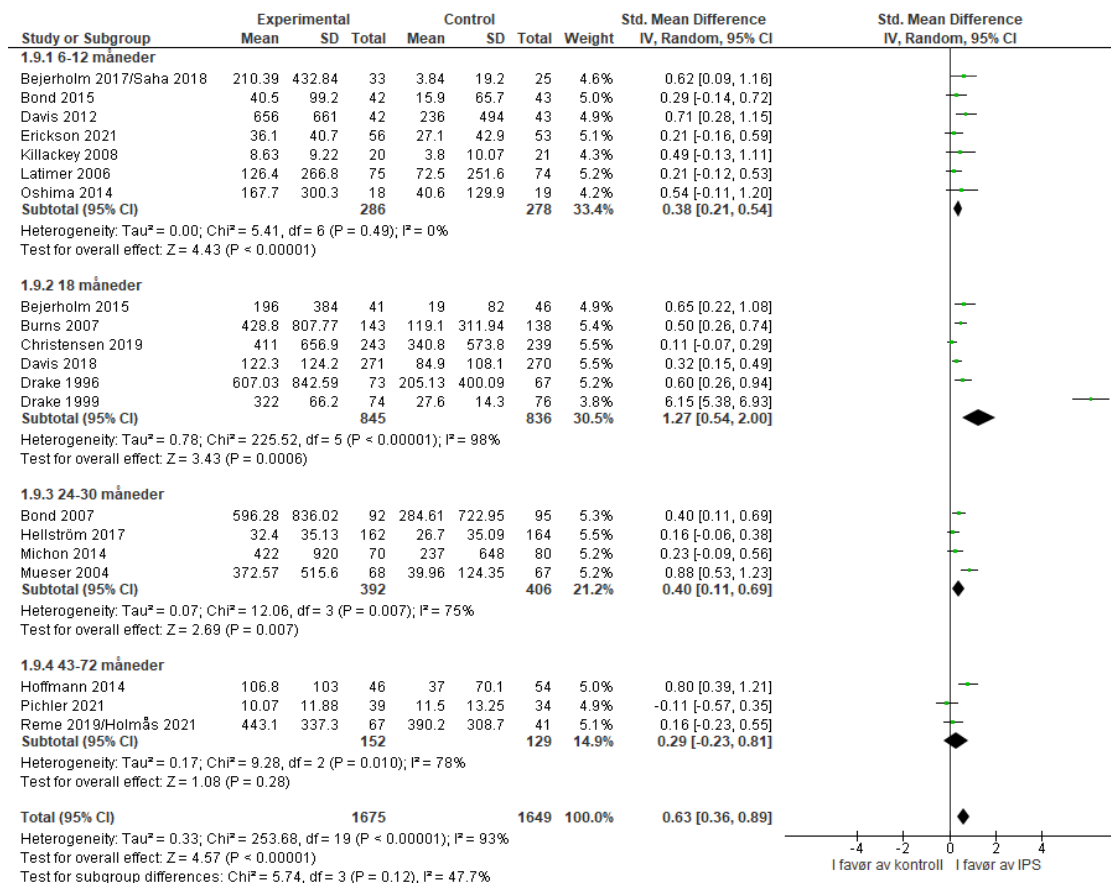


Figur 7: Metaanalyse av utfallet tid i vanlig arbeid, SMD (20 studier)

Kohortstudien med registerdata (33) rapporterte ingen tall, men oppga i form av en figur at de ikke fant noen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene for antall timer arbeidet per uke. Fra studien av IPS for rusavhengighet rapporterte forfatterne at antall dager arbeidet var 177 (range 11-318) og 156 (range 7-300) dager for henholdsvis IPS og kontrollgruppen.

Analysen etter oppfølgingstid

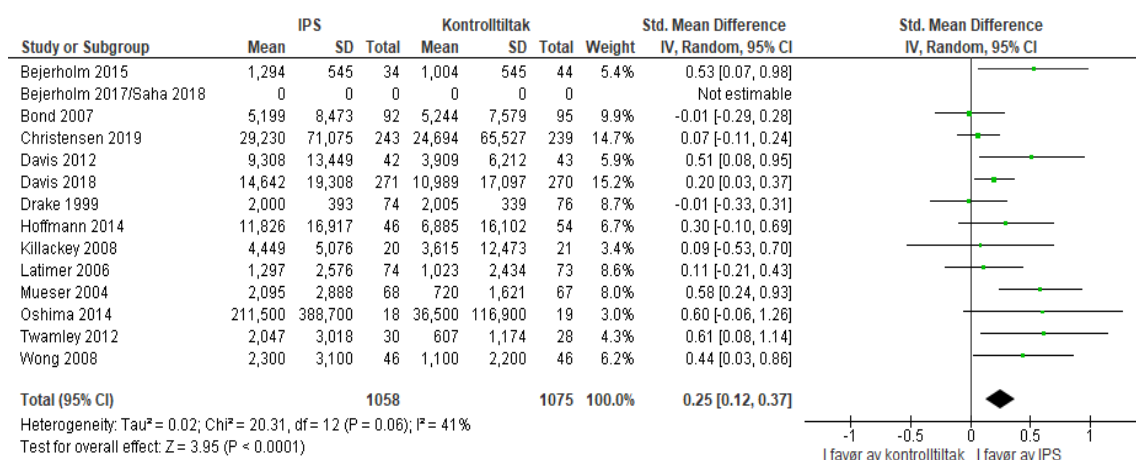
Figur 8 nedenfor viser resultater for subgruppenanalysene etter de ulike oppfølgingstidspunktene for *tid i vanlig arbeid*. I²-verdiene er fortsatt høye, bortsett fra for målingen ved 6-12 måneder. Tar vi Drake 1999 (58) ut av sammenligningen ved 18 måneder, synker heterogeniteten (I²= 67 %), og vi får en lavere effektstørrelse (SMD 0,39 (95 % KI 0,20 til 0,58)) ved 18 måneder.



Figur 8: Subgruppeanalyse. Tid i vanlig arbeid etter 6-12, 18 mnd, 24-30 og 43-72 mnd oppfølging, 20 studier

Inntekt

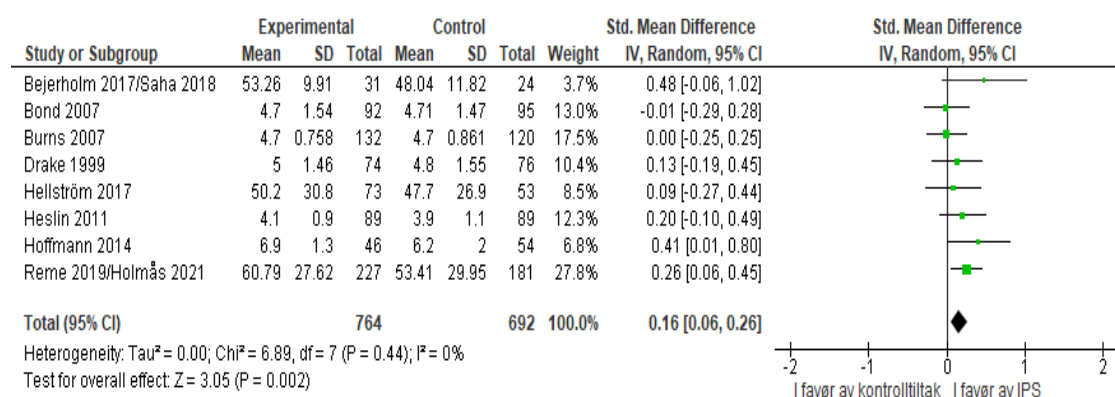
Fjorten av de 30 studiene med personer med psykiske lidelser målte inntekt. Samlet inntekt er målt for perioder på mellom 6 måneder og 5 år, er fra ulike tidsperioder og ulikt inntektsnivå. Vi gjorde derfor en metaanalyse basert på omregning til standardisert gjennomsnittsstørrelse (SMD), figur 9. Metaanalysen viser en liten signifikant forskjell i favør av IPS (SMD 0,25 (95 % KI 0,12 til 0,37)). Vi har moderat tillit til effektestimaten.



Figur 9: Metaanalyse av utfallet inntekt (14 studier)

Livskvalitet

Seksten av de 30 studiene med personer med psykiske lidelser oppga at de hadde målt livskvalitet. Alle brukte versjoner av standardiserte måleinstrumenter: *Lehman Quality of Life Interview* (n=5), *Manchester Short Assessment of Quality of Life* (n=4), *Wisconsin Quality of Life Index* (n=2), *Lancashire Quality of Life Profile* (n=1), *World Health Organization Quality of Life Scale* (n=1) og *Recovery Assessment Scale* (n=1). Sistnevnte målte kun livskvalitet som en del av en sammensatt skala og studien er derfor ikke inkludert i metaanalysen. Oppfølgingstid var fra 12 måneder til 5 år. Åtte av de 16 studiene gav tilstrekkelig informasjon til at vi kunne regne ut en effektstørrelse, men kun to av disse målte med samme instrument. Vi brukte derfor også her en standardisert gjennomsnittsforskjell (SMD) i metaanalysen, figur 10. Resultatet viser liten forskjell mellom gruppene (SMD 0,16 (95 % KI 0,06 til 0,26)). Vi har moderat tillit til effektestimateret.



Figur 10: Metaanalyse av utfallet livskvalitet, SMD (8 studier)

I de øvrige åtte studiene oppgis enten ingen tall eller tall som ikke gir grunnlag for utregning av effektstørrelse (tabell 2). Killackey 2019 (36) målte livskvalitet kun ved baseline. Samlet sett viste analysen at livskvalitet ikke økte i særlig grad for gruppen som får IPS sammenlignet med gruppen som får kontrolltiltak.

Tabell 2: Resultattabell, IPS vs. annet tiltak. Livskvalitet (8 studier)

Studie	Tiltak	Kontroll	Resultat
Bejerholm 2015	Median 55.0, range 36-70	Median 51, range 34-71	(ikke mulig å regne ut resultater)
Bond 2015	Recovery Assessment Scale inkl livskvalitet: 4.14 (SD 0,57)	Recovery Assessment Scale inkl livskvalitet: 4.14 (SD 0.49)	Ikke sign.
Drake 1996	(ikke rapp.)	(ikke rapp.)	-
Latimer 2006	(ikke rapp.)	(ikke rapp.)	-
Michon 2014	(ikke rapp.)	(ikke rapp.)	-

Mueser 2004	(ikke rapp.)	(ikke rapp.)	-
Twamley 2012	Gruppen som kom i arbeid: gj.snitt=4.65. Gruppen som ikke kom i arbeid: gj. snitt=3.54		(ikke mulig å regne ut resultater)
Wong 2008	(ikke rapp.)	(ikke rapp.)	-

Diskusjon

Hovedfunn

For å besvare spørsmålet om effekter av IPS versus annet tiltak for personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser eller rusavhengighet oppdaterte vi en sammenligning fra en tidligere systematisk oversikt (14). Utfallene vi undersøkte var *komme i vanlig arbeid, tid i vanlig arbeid, inntekt og livskvalitet*. Vi inkluderte 9 nyere randomiserte kontrollerte forsøk pluss én oppdatering av en eldre studie og én kohortstudie som analyserte registerdata. Disse ble innlemmet i dokumentasjonsgrunnlaget fra den tidligere oversikten.

Vi fant at for personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser gir IPS, sammenlignet med annet tiltak:

- muligens dobbelt så stor sannsynlighet for å komme i vanlig arbeid,
- muligens noe økning i tid i arbeid,
- trolig en svært liten økning i inntekt,
- trolig ingen merkbar forskjell i livskvalitet.

Vi identifiserte én studie av IPS for personer med rusavhengighet som målte effekten på det å *komme i vanlig arbeid og tid i vanlig arbeid* (Lones 2017)(37). Den hadde svært få deltagere, 45 personer. Denne dokumentasjonen gir ikke nok grunnlag for å trekke noen konklusjoner utover at i akkurat denne studien fant forfatterne en positiv effekt etter seks måneder, men ikke etter 12 måneder, for det å *komme i arbeid*.

Er kunnskapsgrunnlaget dekkende og anvendelig?

Kunnskapsgrunnlaget svarer på problemstillingen om effekter av IPS versus annet tiltak for en populasjon med moderate til alvorlige psykiske lidelser, men vel og merke kun på utvalgte utfall. Problemstillingen vår inkluderte for eksempel ikke effekter på utfall som sykehusinnleggelse, psykiske symptomer eller kostnader. Populasjonen omfattet heller ikke andre grupper enn personer med psykiske lidelser eller rusavhengighet. Tiltaket ble også begrenset til standard IPS. Det vil si at vi har lagt til grunn at IPS er et arbeidsrettet rehabiliteringstilbud som et av behandlingstiltakene innen psykisk helse, der det jobbes etter en helt spesifikk mal (jvf. de åtte punktene i innledningen) og der man vurderer grad av implementering etter en IPS 'fidelity scale' underveis. Et av de viktigste kravene er at jobbspesialisten skal være en integrert del av det tverrfaglige

behandlingsteamet og at fokuset er på å finne og beholde ordinært arbeid, som en del av behandlingen for øvrig. Kandidaten skal følges opp så lenge det er behov. Vi ekskluderte alle studier om IPS som vi bedømte til å ha lagt til ulike typer antatte forsterkninger eller forbedringer eller tiltak som kunne betegnes som IPS-inspirerte (6). Kunnskapsgrunnlaget vil i så måte ikke være dekkende for å trekke slutninger om den type tiltak.

Kunnskapsgrunnlaget for effekter av IPS for en populasjon med rusavhengighet besto av kun én studie med under 25 deltagere i hver gruppe og er slik sett ikke dekkende. Ellers gjelder de samme begrensningene i tiltak og utfall som over.

Kan vi stole på kunnskapsgrunnlaget?

Det var stor variasjon i resultatene fra de enkelte studiene, det vil si at det totale datagrunnlaget var preget av sprikende resultater for utfallene *komme i arbeid* og *tid i vanlig arbeid*. I GRADE-prosessen nedgraderte vi derfor ett trekk for inkonsistens mellom resultater. Vi gjorde ett ytterligere trekk fordi noen studier hadde blitt vurdert til å ha uklar risiko for systematiske skjevheter på noen områder, for eksempel for uklar allokeringsprosedyre, men også for manglende blinding av deltagere. Dette gjaldt også for de studiene som hadde målt utfallene *inntekt* og *livskvalitet*, så også for disse utfallene nedgraderte vi ett trekk for risikoen for systematiske skjevheter i datagrunnlaget, men vi gjorde ingen flere trekk her. Vi trakk ikke for mulig publiseringsskjevhet. Vi har dermed lav tillit til effektestimaterne for *komme i arbeid* og *tid i arbeid* og moderat tillit til effektestimaterne for *inntekt* og *livskvalitet*. Dette betyr at vi tror at effektestimaterne for det å komme i vanlig arbeid og tid i vanlig arbeid kan være vesentlig ulik den sanne effekten. Effektestimaterne for inntekt og livskvalitet tror vi sannsynligvis ligger nær den sanne effekten, men at det også er en mulighet for at de kan være forskjellige. Videre forskning kan redusere disse usikkerhetene.

Styrker og svakheter ved denne systematiske oversikten

Denne systematiske oversikten er utarbeidet etter en forhåndsbestemt metode og etter anbefalinger fra metodehåndbøkene til FHI og Cochrane. Vi utførte et omfattende litteratursøk i flere kilder og uten begrensninger i språk. Det er likevel mulig vi har gått glipp av relevante studier, selv om vi anser risikoen for det som liten. Alle faser – valg av referanser, inklusjons- og eksklusjonsbeslutninger, vurderinger av validiteten av resultater og av påliteligheten av dokumentasjonen for hvert utfall - ble kvalitetssikret ved å benytte minst to personer. I en ideell verden hadde det vært mulig å gjennomføre den «perfekte» studien om effekter av IPS, men i praksis hadde alle i varierende grad gjort noen tilpasninger. Noen ganger var det vanskelig å bedømme ut fra rapporteringen nøyaktig hva som hadde blitt tilpasset og på hvilken måte. Derfor var det utfordrende for oss å bestemme hvor vi skulle sette grensen mellom studier som vi vurderte som standard IPS og studier som var noe modifisert eller hadde en forsterket IPS. For eksempel kunne muligens én av de inkluderte studiene i denne sammenstillingen, Erichson (32), vært ekskludert fordi den inkluderte noen personer som hadde jobb

fra før. Videre kunne muligens studiene av Bejerholm et al 2017 (29), samt Hellström (34) ha vært klassifisert som modifisert eller forsterket IPS.

En annen forskergruppe kunne ha inkludert et utvalg av studier som kunne ha avveket noe fra vårt utvalg, men vi tror at vi har fått med oss de fleste av studiene som er relevante med hensyn på våre inklusjonskriterier og at vi heller ikke har utelatt vesentlige studier.

Ingen av prosjektmedarbeiderne har arbeidet med tiltaket individuell jobbstøtte i praksis, og det kan være at oppsummeringen vår bærer preg av dette.

Overensstemmelse med andre litteraturoversikter og studier

Tidligere systematiske oversikter analyserer stort sett de samme studiene som vi gjør i foreliggende oversikt, men de kan ha kategorisert studiene annerledes. Tidligere oversikter kan for eksempel ha inkludert studier kun rettet mot personer med *alvorlige* psykiske lidelser (62), andre *tilstander* enn alvorlige psykiske lidelser (63), *alle* psykiske lidelser (64), *milde til moderate* psykiske lidelser (65), alle psykiske lidelser (66) eller alle *mentale lidelser*, men kun for *ungdom* (67). Noen oversikter skiller heller ikke mellom IPS og det vi ville ha kalt forsterket IPS og dermed hjemmehørende i en egen sammenligning. Andre oversikter inkluderer alle former for Supported Employment uten å skille på hva som kun gjelder IPS, for eksempel to Cochrane-oversikter (24;68). Resultatene er derfor ikke helt sammenlignbare med resultatene i denne oversikten. Likevel er våre resultater på linje med resultatene i de nyere oversiktene, som viste at IPS ga fra 1,5 til 2,5 ganger så stor sannsynlighet for å komme ut i arbeid, uansett hvordan studiene hadde blitt kategorisert. Resultatene i foreliggende oversikt er også på linje med resultatene i oversikten som vi oppdaterte, om enn med et noe tallmessig mindre effektestimat. Likeledes for livskvalitet, der vi ikke fant noen klinisk viktig forskjell, et resultat som samsvarer med resultatet i den tidligere oversikten fra FHI, men også andre (for eksempel: Wallstroem 2021 (69)).

Resultatenes betydning for praksis

IPS ble utviklet som et ledd i behandlingen av personer med alvorlige psykiske lidelser, blant annet fordi tidligere forskningsstudier tydet på at arbeid hadde en positiv virkning i seg selv. Også det å ha en ordinær inntekt i stedet for en betraktelig lavere stønadssum antok man ville bedre grunnleggende livsvilkår. Mange land har imidlertid hatt problemer med finansiering og implementering av tiltaket slik det var utformet, blant annet fordi helsetjenester og bistand til arbeid tilbys fra forskjellige sektorer eller tjenester med ulike mandat og finansiering. Blant annet har kriteriet om at jobbspesialisten skal være samlokalisert med behandlingsteamet for øvrig vært vanskelig å få organisert (70). I Norge har tiltaket blitt tilpasset NAV og fått en løsere utforming enn det kriteriene for IPS tilsier (71;72). IPS har blitt innført som en samhandlingsmodell mellom to sektorer, men med anbefaling om at NAV får hovedansvar for å ansette IPS jobbspesialister. IPS er i NAV definert som et arbeidsmarkedstiltak og må tilpasses regulering i NAV. Dette vil kunne gi utfordringer med integrering av IPS i helsetjenesten. De

resultatene som vi har presentert her stammer imidlertid fra studier som har vært forsøkt implementert etter eksisterende og opprinnelige strikte kriterier for IPS, riktignok med noen avvik. Ved oppskalering og implementering av tiltaket i en rutinemessig sammenheng, må dette skje i overensstemmelse med de kriteriene som definerer IPS og ved at man beholder behandlingsperspektivet – hvis man fortsatt skal kalle tiltaket for IPS og forvente sammenlignbare resultater. Skulle man ønske å gjøre tilpasninger av IPS må dette gjøres gjennom “empirical research, by using scientific steps of intervention development rather than researchers’ or clinicians’ opinions.” (73).

Studiene tyder på at det finnes et sett av kjerneutfall, *komme i arbeid, tid i arbeid, inntekt, utfall for mental helse og livskvalitet*. Men måten dette måles på kan med fordel vært gjort mer enhetlig. For eksempel, hvis alle hadde målt tid i arbeid som timer, kunne man fått et mer presist mål enn en standardisert gjennomsnittsstørrelse, som hadde vært enklere å forholde seg til for praksis. For *tid i arbeid* fant vi en SMD lik 0,63 (95 % KI 0,36 til 0,89), som regnes som en moderat størrelse. En oversikt av Bond fra 2012 (74) fant at basert på ni randomiserte kontrollerte studier var gjennomsnittlig antall timer i arbeid per år 284,3 for IPS versus 86,1 for kontroll. Med 40 timers uke tilsvarer dette 7,1 uker av årets 52 uker. Likeledes med å komme i arbeid, hva betyr det at sannsynligheten for å komme i arbeid med IPS sammenlignet med annet tiltak er omtrent dobbelt så stor? I noen studier var én time betalt arbeid i hele oppfølgingsperioden det som ble krevd for å telles, andre hadde strengere krav, mens andre ikke rapporterte hvilke krav de hadde stilt. Dette betyr at selv om det kan være flere som kommer i arbeid med IPS enn de som får andre tiltak, så er det ikke nødvendigvis snakk om store mengder, målt i antall timer, dager eller uker. Effektestimatet for å komme i arbeid sier bare noe om forholdet mellom gruppene.

Resultatene for *tid i arbeid* kan tyde på at det er vanskelig å få deltagerne til å bli i arbeid. Jobbspesialistenes fokus på kontinuerlig støtte på arbeidsplassen og jobb-perspektivet i øvrig behandling er muligens ikke gjennomført i tilstrekkelig grad, men det kan også skyldes samvirkning av en rekke andre faktorer. En mulig betydning for praksis ville være på ulike måter å ha enda større fokus på å forebygge frafall.

Kunnskapshull

Selv om noen av de inkluderte studiene også kan ha inkludert personer med rusmiddel-avhengighet, identifiserte vi bare én studie der dette var det primære inklusjonskriteriet (37). Kun én studie hadde eksplisitt undersøkt om IPS-tiltaket kunne gi noen skadelige virkninger (31).

I dokumentasjonen var det tre studier med langtidsoppfølging, 43, 60 og 72 måneder. Det er behov for flere studier med lang oppfølgingstid for å kunne si noe mer sikkert om effekter på lang sikt.

Vi har en bred populasjon i inklusjonskriteriene. Vi fant ingen studier som dekket alle diagnosene som hører til under moderate til alvorlige psykiske lidelser. Det kan være personer med andre moderate til alvorlig psykiske lidelser enn det vi har identifisert

det kan være aktuelt å teste dette tiltaket på. Eksempler her kan være PTSD og affektive lidelser.

Konklusjon

Arbeidsrettet rehabilitering i form av IPS som del av et helhetlig, tverrfaglig behandlingstilbud har et potensiale for å hjelpe mennesker med moderate til alvorlige psykiske lidelser ut i arbeid. Det er også mulig at tiltaket fører til noe lengre tid i vanlig arbeid og trolig til en litt høyere inntekt. For livskvalitet er trolig effekten av IPS så liten at den ikke vil gjøre noen merkbar forskjell for de som deltar i et IPS-tiltak. Effekten av IPS på det å komme i arbeid for mennesker med rusmiddelavhengighet er usikker.

Referanser

1. World Health Organization. Mental disorders.[oppdatert 8. juni 2022; lest 24. februar 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
2. Waddell G, Burton AK. Is work good for your health and well-being? London: The Stationary Office; 2006.
3. Nesse L, Aamodt G, Gonzalez MT, Rowe M, Raanaas RK. The role of occupational meaningfulness and citizenship as mediators between occupational status and recovery: a cross-sectional study among residents with co-occurring problems. *Advances in Dual Diagnosis* 2021;14(3):99-118.
4. Dunn EC, Wewiorski NJ, Rogers ES. The meaning and importance of employment to people in recovery from serious mental illness: results of a qualitative study. *Psychiatr Rehabil J* 2008;32(1):59-62.
5. Evensen S, Wisløff T, Lystad JU, Bull H, Ueland T, Falkum E. Prevalence, employment rate, and cost of schizophrenia in a high-income welfare society: a population-based study using comprehensive health and welfare registers. *Schizophrenia bulletin* 2016;42(2):476-83.
6. Sveinsdottir V, Bull H, Evensen S, Knutzen T, Lystad J. A short history of individual placement and support in Norway. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2020;43(1):9-17.
7. Drake RE, Bond GR, Becker DR. *Individual Placement and Support: An Evidence-Based Approach to Supported Employment*. Oxford: Oxford University Press;; 2012.
8. Folkehelseinstituttet. Aldring og helse i Noreg.[oppdatert 20. mai 2022; lest 15. februar 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/arbeid-og-helse/>
9. Bartelink VH, Zay Ya K, Guldbrandsson K, Bremberg S. Unemployment among young people and mental health: A systematic review. *Scandinavian journal of public health* 2020;48(5):544-58.
10. van der Noordt M, IJzelenberg H, Droomers M, Proper KI. Health effects of employment: a systematic review of prospective studies. *Occupational and environmental medicine* 2014;71(10):730-6.
11. Arbeids- og velferdsdirektoratet, Helsedirektoratet. Strategi for fagfeltet arbeid og helse. Helsedirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet; 2021. IS-3023.
12. Helsedirektoratet. Individuell jobbstøtte (IPS)[oppdatert 4. januar 2023; lest 13. februar 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/arbeid-og-helse/individuell-jobbstotte-ips>
13. Helsedirektoratet. Individuell jobbstøtte (IPS) i helse- og omsorgstjenesten.[oppdatert 16. desember 2022; lest 13. februar 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/individuell-jobbstotte-IPS-i-helse-og-omsorgstjenesten>
14. Nøkleby H, Blaasvær N, Berg R. Supported Employment for arbeidssøkere med bistandsbehov: en systematisk oversikt. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2017. Rapport.

15. Slik oppsummerer vi forskning. (9. mai 2022). [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet [15. juni 2022] fra <https://www.fhi.no/nettpub/metodeboka>.
16. Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, et al. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions. Version 6.2: Cochrane Collaboration; [lest]. Tilgjengelig fra: <https://training.cochrane.org/handbook>
17. The EndNote Team. EndNote 20. Philadelphia, PA: Clarivate Analytics; 2013.
18. Thomas J, Brunton J, Graziosi S. EPPI-Reviewer 4.0: software for research synthesis. EPPI-Centre Software London: Social Science Research Unit, Institute of Education 2010.
19. Thomas J, Graziosi S, Brunton J, Ghouze Z, O'Driscoll P, Bond M. EPPI-Reviewer: advanced software for systematic reviews, maps and evidence synthesis. EPPI-Centre Software London: UCL Social Research Institute 2020.
20. EPPI-centre. Machine learning functionality in EPPI-Reviewer.[lest 11. november 2022]. Tilgjengelig fra: https://eppi.ioe.ac.uk/CMS/Portals/35/machine_learning_in_eppi_reviewer_v_7_web_version.pdf
21. Higgins JPT, Green S, red. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.0.2 [updated September 2009]. The Cochrane Collaboration; 2008.
22. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 4. reviderte utg. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2015.
23. Borenstein M, Hedges LV, Higgins JPT, Rothstein HR. Introduction to meta-analysis. West Sussex, UK: Wiley; 2009.
24. Kinoshita Y, Furukawa TA, Kinoshita K, Honyashiki M, Omori IM, Marshall M, et al. Supported employment for adults with severe mental illness. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013;(9).
25. Kontopantelis E, Reeves D. Performance of statistical methods for meta-analysis when true study effects are non-normally distributed: a simulation study. Statistical methods in medical research 2012;21(4):409-26.
26. Review Manager (RevMan) [Computer program]. Version 5.4. Copenhagen: The Nordic Cochrane Centre, The Cochrane Collaboration, 2020.
27. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. J Clin Epidemiol 2011;64(4):383-94.
28. GRADEpro Guideline Development Tool [Software]: McMaster University and Evidence Prime Inc [lest]. Tilgjengelig fra: www.grade.org
29. Bejerholm U, Larsson ME, Johanson S. Supported employment adapted for people with affective disorders-A randomized controlled trial. Journal of Affective Disorders 2017;207:212-20.
30. Christensen TN, Wallstrom IG, Stenager E, Bojesen AB, Gluud C, Nordentoft M, et al. Effects of Individual Placement and Support Supplemented With Cognitive Remediation and Work-Focused Social Skills Training for People With Severe Mental Illness A Randomized Clinical Trial. Jama Psychiatry 2019;76(12):1232-40.
31. Davis LL, Kyriakides TC, Suris AM, Ottomanelli LA, Mueller L, Parker PE, et al. Effect of Evidence-Based Supported Employment vs Transitional Work on Achieving Steady Work Among Veterans With Posttraumatic Stress Disorder A Randomized Clinical Trial. Jama Psychiatry 2018;75(4):316-24.
32. Erickson DH, Roes MM, DiGiacomo A, Burns A. "Individual Placement and Support" boosts employment for early psychosis clients, even when baseline rates are high. Early Intervention in Psychiatry 2021;15(3):662-8.
33. Graaf-Zijl D, Spijkerman M, Zwinkels W. Long-Term Effects of Individual Placement and Support Services for Disability Benefits Recipients with Severe

- Mental Illnesses. Bonn: Institute of Labor Economics (IZA); 2020. IZA Discussion Papers. No. 13772.
34. Hellstrom L, Bech P, Hjorthoj C, Nordentoft M, Lindschou J, Epløv LF. Effect on return to work or education of Individual Placement and Support modified for people with mood and anxiety disorders: results of a randomised clinical trial. *Occupational and Environmental Medicine* 2017;74(10):717-25.
 35. Holmås Tor H, Monstad K, Reme Silje E. Regular employment for people with mental illness – An evaluation of the individual placement and support programme. *Social Science & Medicine* 2021;270:1.
 36. Killackey E, Allott K, Jackson HJ, Scutella R, Tseng YP, Borland J, et al. Individual placement and support for vocational recovery in first-episode psychosis: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2019;214(2):76-82.
 37. Lones CE, Bond GR, McGovern MP, Carr K, Leckron-Myers T, Hartnett T, et al. Individual Placement and Support (IPS) for Methadone Maintenance Therapy Patients: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 2017;44(3):359-64.
 38. Pichler EM, Stulz N, Wyder L, Heim S, Watzke B, Kawohl W. Long-Term Effects of the Individual Placement and Support Intervention on Employment Status: 6-Year Follow-Up of a Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychiatry* 2021;12.
 39. Reme SE, Monstad K, Fyhn T, Sveinsdottir V, Lovvik C, Lie SA, et al. A randomized controlled multicenter trial of individual placement and support for patients with moderate-to-severe mental illness. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health* 2019;45(1):33-41.
 40. Saha S, Bejerholm U, Gerdtham UG, Jarl J. Cost-effectiveness of supported employment adapted for people with affective disorders. *Nord J Psychiatry* 2018;72(3):236-9.
 41. Viering S, Jäger M, Bartsch B, Nordt C, Rössler W, Warnke I, et al. Supported Employment for the Reintegration of Disability Pensioners with Mental Illnesses: A Randomized Controlled Trial. *Front* 2015;3:237.
 42. Heslin M, Howard L, Leese M, McCrone P, Rice C, Jarrett M, et al. Randomized controlled trial of supported employment in England: 2 year follow-up of the Supported Work and Needs (SWAN) study. *World Psychiatry* 2011;10.
 43. Hoffmann H, Jackel D, Glauser S, Mueser KT, Kupper Z. Long-term effectiveness of supported employment: 5-year follow-up of a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 2014;171(11):1183-90.
 44. Killackey E, Jackson HJ, McGorry PD. Vocational intervention in first-episode psychosis: individual placement and support v. treatment as usual. *Br J Psychiatry* 2008;193(2):114-20.
 45. Latimer EA, Lecomte T, Becker DR, Drake RE, Duclos I, Piat M, et al. Generalisability of the individual placement and support model of supported employment - results of a Canadian randomised controlled trial (vol 189, pg 65, 2006). *Br J Psychiatry* 2006;189:191-.
 46. Lehman AF, Goldberg R, Dixon LB, McNary S, Postrado L, Hackman A, et al. Improving employment outcomes for persons with severe mental illnesses. *Archives of General Psychiatry* 2002;59(2):165-72.
 47. Michon H, van Busschbach JT, Stant AD, van Vugt MD, van Weeghel J, Kroon H. Effectiveness of individual placement and support for people with severe mental illness in The Netherlands: a 30-month randomized controlled trial. *Psychiatr Rehabil J* 2014;37(2):129-36.
 48. Mueser KT, Clark RE, Haines M, Drake RE, McHugo GJ, Bond GR, et al. The Hartford study of supported employment for persons with severe mental illness. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 2004;72(3):479-90.
 49. Oshima I, Sono T, Bond GR, Nishio M, Ito J. A randomized controlled trial of individual placement and support in Japan. *Psychiatr Rehabil J* 2014;37(2):137-43.

50. Poremski D, Rabouin D, Latimer E. A randomised controlled trial of evidence based supported employment for people who have recently been homeless and have a mental illness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 2015;No Pagination Specified.
51. Twamley EW, Vella L, Burton CZ, Becker DR, Bell MD, Jeste DV. The efficacy of supported employment for middle-aged and older people with schizophrenia. *Schizophr Res* 2012;135(1-3):100-4.
52. Waghorn G, Dias S, Gladman B, Harris M, Saha S. A multi-site randomised controlled trial of evidence-based supported employment for adults with severe and persistent mental illness. *Aust Occup Ther J* 2014;61(6):424-36.
53. Wong KK, Chiu R, Tang B, Mak D, Liu J, Chiu SN. A randomized controlled trial of a supported employment program for persons with long-term mental illness in Hong Kong. *Psychiatric Services* 2008;59(1):84-90.
54. Bejerholm U, Areberg C, Hofgren C, Sandlund M, Rinaldi M. Individual placement and support in Sweden - a randomized controlled trial. *Nord J Psychiatry* 2015;69(1):57-66.
55. Bond GR, Salyers MP, Dincin J, Drake R, Becker DR, Fraser VV, et al. A randomized controlled trial comparing two vocational models for persons with severe mental illness. *J Consult Clin Psychol* 2007;75.
56. Burns T, Catty J, Becker T, Drake RE, Fioritti A, Knapp M, et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet* 2007;370(9593):1146-52.
57. Davis LL, Leon AC, Toscano R, Drebing CE, Ward LC, Parker PE, et al. A randomized controlled trial of supported employment among veterans with posttraumatic stress disorder. *Psychiatr Serv* 2012;63.
58. Drake RE, McHugo GJ, Bebout RR, Becker DR, Harris M, Bond GR, et al. A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56.
59. Drake RE, McHugo GJ, Becker DR, Anthony WA, Clark RE. The New Hampshire study of supported employment for people with severe mental illness. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 1996;64(2):391-9.
60. Gold PB, Meisler N, Santos AB, Carnemolla MA, Williams OH, Keleher J. Randomized trial of supported employment integrated with assertive community treatment for rural adults with severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin* 2006;32(2):378-95.
61. Bond GR, Kim SJ, Becker DR, Swanson SJ, Drake RE, Krzos IM, et al. A Controlled Trial of Supported Employment for People With Severe Mental Illness and Justice Involvement. *Psychiatric Services* 2015;66(10):1027-34.
62. Modini M, Tan L, Brinchmann B, Wang M-J, Killackey E, Glozier N, et al. Supported employment for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis of the international evidence. *The British Journal of Psychiatry* 2016;209(1):14-22.
63. Bond GR, Drake RE, Pogue JA. Expanding individual placement and support to populations with conditions and disorders other than serious mental illness. *Psychiatric services* 2019;70(6):488-98.
64. Frederick DE, VanderWeele TJ. Supported employment: Meta-analysis and review of randomized controlled trials of individual placement and support. *PloS one* 2019;14(2):e0212208.
65. Fadyl JK, Anstiss D, Reed K, Khoronzhevych M, Levack WM. Effectiveness of vocational interventions for gaining paid work for people living with mild to moderate mental health conditions: systematic review and meta-analysis. *BMJ open* 2020;10(10):e039699.
66. De Winter L, Couwenbergh C, Van Weeghel J, Sanches S, Michon H, Bond GR. Who benefits from individual placement and support? A meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 2022;31:e50.

67. Bond GR, Al-Abdulmunem M, Marbacher J, Christensen TN, Sveinsdottir V, Drake RE. A Systematic Review and Meta-analysis of IPS Supported Employment for Young Adults with Mental Health Conditions. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 2023;50(1):160-72.
68. Suijkerbuijk YB, Schaafsma FG, van Mechelen JC, Ojajärvi A, Corbiere M, Anema JR. Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017;(9).
69. Wallstroem IG, Pedersen P, Christensen TN, Hellström L, Bojesen AB, Stenager E, et al. A systematic review of individual placement and support, employment, and personal and clinical recovery. *Psychiatric Services* 2021;72(9):1040-7.
70. Fyhn T, Øygarden O, Monstad K, Skagseth M. Evaluering av samarbeidet mellom NAV og helsetjenesten i individuell jobbstøtte (IPS). Bergen: NORCE, 1-2021. .
71. Moe C, Brinchmann B, Borg M, McDaid D, Rinaldi M, Killackey E, Mykletun A. Implementing individual placement and support in Norway. From vocational rehabilitation to an employment scheme. *Soc Policy Adm.* 2022;1–16. DOI: 10.1111/spol.12881.
72. Dahl E, Lima I. Supported employment ga flere i arbeid raskt, men etter tre år er for-skjellen borte. *Arbeid og velferd* 2021;2:39-57.
73. Drake RE, Bond GR, Mascayano F. Modification of the Individual Placement and Support Model of Supported Employment. *Psychiatric Services* 2023:appi. ps. 20220484.
74. Bond GR, Drake RE, Becker DR. Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World psychiatry* 2012;11(1):32-9.
75. Store norske leksikon. Algoritme. [oppdatert 2. november 2020; lest 15. februar 2023]. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/algoritme>
76. Store norske leksikon. Maskinlæring. [oppdatert 18. januar 2022; lest 15. februar 2023]. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/maskinl%C3%A6ring>

Vedlegg 1: Oppgitte interessekonflikter

Ekstern fagfelle Beate Brinchmann har oppgitt følgende interessekonflikter:

Regional kompetansetjeneste for arbeid og psykisk helse ved Nordlandssykehuset har to forskningsprosjekter innen fagfeltet som omhandler IPS. For begge disse prosjekter mottar vi forskningstøtte fra Norges Forskningsråd. Dette gjelder prosjektene:

1. There is strong evidence that patients with severe mental illness can be successfully employed. Is the effect sustainable long-term? 280589
2. We know individual placement and support (IPS) works in clinical trials. Can it improve outcomes for patients in the real world? 273665

Jeg har også publisert artikler om IPS.

Ekstern fagfelle June Ullevoldsæter Lystad har oppgitt følgende interessekonflikter:

Jeg leder forsknings- og driftsprosjektet IPS + ved Seksjon for Tidlig Psykose-behandling, Oslo Universitetssykehus (REK 2018/1937). Prosjektet har mottatt tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet (2018 – 2021). I tråd med tilskuddsordningen er driften imidlertid nå i sin helhet overtatt av helseforetaket. Jobbspesialistene er dermed ansatt i helsetjenesten og det mottas ikke lenger midler fra Helsedirektoratet. Prosjektet mottar eksterne forskningsmidler fra NAV FOU (2019 – 2023). Det er viktig å understreke at IPS + prosjektet ikke er oppdragsforskning, men at midlene ble søkt gjennom ordinær utlysning. Det inkluderes deltakere i prosjektet til og med 31.03.2023

Vedlegg 2: Ordliste

Begrep	Forklaring
<i>Allokering</i>	Fordeling av deltagere i et forsøk til tiltaks- og kontrollgruppe. Skjult allokering betyr at det er gjort grep for å skjule allokeringen til gruppene fra dem som er ansvarlig for å vurdere deltagere når de inngår i studien. Dette sikres ved robuste randomiseringsprosedyrer. Åpen allokering betyr at fordelingen til tiltaks- og kontrollgruppe ikke er skjult for dem som vurderer deltagere når de inngår i studien.
<i>Avbrutte tidsserier</i>	Et forskningsdesign hvor det samles inn data og/eller observeres ved flere (helst mange) tidspunkt før og etter en intervensjon («interruption»). Slik søker man å beregne effekten av et tiltak og samtidig estimere den underliggende tidstrenden.
<i>Baseline data</i>	Verdier av demografiske, kliniske eller andre variabler som blir innhentet fra hver deltager ved oppstarten av et forsøk, før tiltaket blir gitt.
<i>Blinding</i>	I et kontrollert forsøk: prosessen som hindrer at de som er involvert i forsøket, vet hvilken gruppe én deltager tilhører. Risikoen for skjevhet blir redusert når så få personer som mulig vet hvem som mottar eksperimentelt tiltak (tiltak) og hvem som er i kontrollgruppen. Deltagere, helsepersonell, forsker (utfallsmåler) og den som gjør analysene, er alle kandidater for blinding. Blinding av enkelte grupper er ikke alltid mulig, for eksempel for mottakere og givere av psykososiale tiltak.
<i>Før- og etter-studier med kontrollgruppe</i>	Et ikke-randomisert forsøk der en kontrollgruppe og en tiltaksgruppe med like karakteristika og ensartet atferd forsøkes identifisert. Data blir innhentet i kontroll- og tiltaksgruppen både før og etter et tiltak.
<i>Gjennomsnittlig forskjell (MD)</i>	Gjennomsnittlig forskjell (<i>mean difference</i>) er forskjellen mellom to estimerte gjennomsnitt der målingene har foregått med samme måleenhet, f.eks. uker i arbeid. Dette effektestimater brukes ved kontinuerlig måleskalaer.
<i>Ikke-kontrollerte studier</i>	Studier som ikke kontrollerer for systematiske skjevheter på noen måte, for eksempel observasjonsstudier, kvalitative studier.
<i>Ikke-randomiserte kontrollerte studier</i>	Studier som har andre kontrollbetingelser (f.eks. måling før og etter samt kontrollgruppe), men der fordeling på grupper ikke er (fullstendig) randomisert.
<i>Ikke-systematiske kunnskapsoversikter</i>	For at en oversikt skal kunne kalles systematisk, må disse tre kriteriene være oppfylt: 1) oversikten må ha en oppgitt søkestrategi; 2) oversikten må inneholde klare inklusjonskriterier; 3) oversikten må ha kvalitetsvurdert de inkluderte studiene og/eller oversiktene
<i>Intention-totreat-analyse (ITT-analyse)</i>	En statistisk strategi for å analysere data fra randomiserte kontrollerte studier. Alle deltagerne i en studie inkluderes i analysen i den tiltaksgruppen de ble randomisert til, uavhengig av om de deltok i eller fullførte tiltaket som var foreskrevet, eller ikke. Bruk av ITT-analyse reduserer risikoen for frafallsskjevhet, noe som kan endre baseline-likheten (opnådd ved randomisering) og/eller reflektere etterlevelse av protokollen.

<i>Kohortstudier</i>	En form for longitudinell undersøkelse av en bestemt gruppe individer. Studien følger en gruppe mennesker (kohort) over tid for å identifisere subgrupper av personer som er, har vært, eller blir eksponert for en eller flere faktorer som hypotetisk påvirker sannsynligheten for sykdom eller andre utfall. Over tid observeres i hvilken grad sykdom eller andre utfall forekommer i ulike eksposisjonsgrupper.
<i>Konfidensintervall (KI)</i>	Statistisk uttrykk for feilmargin fra frekvensstatistikk. Det angir intervallet som med en spesifisert sannsynlighet (vanligvis 95 %) inneholder den «sanne» verdien av variabelen man har målt. Presisjonen på resultatet angis som ytterpunktene for et intervall, f.eks. når man skriver $10,5 \pm 0,5$ (95 % KI), så betyr dette at målingen var 10,5, og at konfidensintervallet strekker seg fra 10,0 til 11,0. Jo smalere intervall, desto større presisjon.
<i>Kontrollgruppe</i>	En gruppe som brukes som sammenligning for en tiltaksgruppe. Den har lignende karakteristika som tiltaksgruppen, men mottar et alternativt tiltak eller ingen tiltak.
<i>Observasjonsstudier</i>	En studie hvor forskerne ikke forsøker å intervensere, men simpelthen observerer hva som skjer. Forandringer eller forskjeller i en variabel (f.eks. behandling) blir studert i forhold til forandringer eller forskjeller i andre variabler (f.eks. død), uten noen innblanding fra forskeren. Det er en større risiko for seleksjonsskjevhet i en slik studie enn i en eksperimentell studie.
<i>Oversikt over oversikter</i>	Oversikter over oversikter lages når: 1) Det finnes flere tiltak for samme populasjon/diagnose og vi ønsker å vite hvilke som er mest effektive; eller 2) Det er flere populasjoner/diagnoser som kan behandles med samme tiltak og vi ønsker å vite om tiltaket er effektivt i de forskjellige populasjonene; eller 3) Det finnes flere systematiske oversikter med samme problemstilling, men med forskjellige konklusjoner.
<i>Metaanalyse</i>	Statistiske teknikker i en systematisk oversikt for å integrere resultatene av inkluderte studier.
<i>Metaanalyse, fixed effects</i>	Tar utgangspunkt i at de inkluderte studiene har utvalg fra ulike populasjoner/univers. Gir en gjennomsnittlig effekt.
<i>Metaanalyse, random effects</i>	Tar utgangspunkt i at de inkluderte studiene har utvalg fra samme populasjon/univers. Gir en «sann» effekt.
<i>Randomiserte kontrollerte studier (RCT)</i>	Et studiedesign hvor deltagerne er randomisert (tilfeldig fordelt) til en tiltaks- og kontrollgruppe. Resultatene blir vurdert ved å sammenligne utfall i behandlings-/tiltaksgruppen og kontrollgruppen. En fordel ved en RCT er at den tilfeldige fordeling av deltagere til de to (eller flere) gruppene i teorien sikrer at gruppene er like med hensyn til demografiske og sykdomsspesifikke variabler samt konfunder-variabler.
<i>Registerdata med matchet kontroll</i>	Bruk av data fra f.eks. et administrativt register der hver deltagerne sammenlignes med en gruppe som er lik med hensyn til bestemte karakteristika.
<i>Relativ risiko (RR)</i>	Relativ risiko (RR) brukes ved dikotome målinger (enten-eller) og er forholdet mellom «risikoen» i to grupper. I intervensjonsstudier finner man RR ved å ta risikoen i intervensjonsgruppen og dele på risikoen i kontrollgruppen. For ønskede utfall (som det å få arbeid) innebærer en $RR > 1$ at tiltaket er effektivt for dette utfallet. En $RR = 2$ vil si at sjansen for f.eks. å komme i arbeid er dobbelt så stor i intervensjonsgruppen som i kontrollgruppen.
<i>Risk of bias</i>	Risiko for systematiske feil, som manglende eller mangelfull blinding, generering av randomiseringssekvens, skjult fordeling til grupper, vurdering av ufullstendige data, rapportering av utfallsmål eller frafall fra studien.
<i>Standardisert gjennomsnittlig forskjell (SMD)</i>	Standardisert gjennomsnittlig forskjell (<i>standardised mean difference</i>) er forskjellen mellom to estimerte gjennomsnitt delt på et estimat for standardavviket. SMD brukes

	for å kombinere resultater fra studier som bruker ulike målemåter, f.eks. ulike måleskalaer for depresjon
<i>Standardavvik</i>	Et mål for spredning eller fordeling av et sett med observasjoner. Beregnes som det gjennomsnittlige avviket fra gjennomsnittet i utvalget.
<i>Systematisk oversikt</i>	En oversikt over et klart definert forskningsspørsmål. Oversikten bruker systematiske og eksplisitte metoder for å identifisere, utvelge og kritisk vurdere relevant forskning, samt for å innsamle og analyse data fra studiene som er inkludert i oversikten. Statistiske metoder (metaanalyser) vil i noen tilfeller bli brukt for å analysere og oppsummere resultatene fra de inkluderte studiene. I andre tilfeller skjer oppsummering uten bruk av statistiske metoder.
<i>Tverrsnittstudier</i>	En studie som måler fordelingen av ulike egenskaper i en populasjon på ett bestemt tidspunkt. Kan vise sammenhenger men ikke årsaksforhold.

Vedlegg 3: Søkestrategi

Totalt antall treff importert til EndNote: 4991

Totalt antall treff importert til EPPI: 3582

Treff fra BASE og Google vurdert utenfor EndNote og EPPI: 768

Database: Cochrane Database of Systematic Reviews

Søkedato: 2022-11-07

- #1 MeSH descriptor: [Employment, Supported] explode all trees 147
- #2 MeSH descriptor: [Rehabilitation, Vocational] explode all trees 498
- #3 "individual placement":ti,ab,kw 218
- #4 ("job coach" or "job coaches" or "job coaching"):ti,ab,kw 26
- #5 "direct support workforce":ti,ab,kw 0
- #6 ("direct support professional" or "direct support professionals"):ti,ab,kw 6
- #7 "co-worker support":ti,ab,kw 5
- #8 ("job specialist" or "job specialists"):ti,ab,kw 0
- #9 ((place or placed or places or placing) near/1 (train or trained or trains or training)):ti,ab,kw 21
- #10 sius:ti,ab,kw 2
- #11 "Special Introduction and Follow-up Support":ti,ab,kw 0
- #12 (employment near/1 support*):ti,ab,kw 412
- #13 ("employment specialist" or "employment specialists"):ti,ab,kw46
- #14 "natural support":ti,ab,kw 2
- #15 "customized employment":ti,ab,kw 6
- #16 #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 with Cochrane Library publication date Between Jan 2016 and Jan 2022, in Cochrane Reviews, Cochrane Protocols 5

Database: Epistemonikos

Søkedato: 2022-11-07

Publikasjonsår: 2016-2022

"individual placement" OR "job coach" OR "job coaches" OR "job coaching" OR "direct support workforce" OR "direct support professional" OR "direct support professionals" OR "co-worker support" OR "job specialist" OR "job specialists" OR ((place OR placed OR places OR placing) AND (train OR trained OR trains OR training)) OR sius OR "Special Introduction and Follow-up Support" OR (employment AND support*) OR "employment specialist" OR "employment specialists" OR "natural support" OR "customized employment"

Broad syntheses: 88

Structured summaries: 0

Systematic reviews: 692

Database: Campbell Library

Søkedato: 2022-11-07

Ikke tilgjengelig

Database: Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process, In-Data-Review & Other Non-Indexed Citations, Daily and Versions 1946 to November 04, 2022

Søkedato: 2022-11-07

- 1 Employment, Supported/ (1335)
- 2 Rehabilitation, Vocational/ (9692)
- 3 individual placement.ti,ab,kf,bt. (419)
- 4 (job coach or job coaches).ti,ab,kf,bt. (59)
- 5 job coaching.ti,ab,kf,bt. (41)
- 6 direct support workforce.ti,ab,kf,bt. (8)
- 7 direct support professional*.ti,ab,kf,bt. (64)
- 8 co-worker support.ti,ab,kf,bt. (131)
- 9 job specialist*.ti,ab,kf,bt. (1)
- 10 ((place or placed or places or placing) adj2 (train or trained or trains or training)).ti,ab,kf,bt. (875)
- 11 sius.ti,ab,kf,bt. (13)
- 12 "Special Introduction and Follow-up Support".ti,ab,kf,bt. (1)
- 13 (employment adj2 support*).ti,ab,kf,bt. (1631)
- 14 employment specialist*.ti,ab,kf,bt. (109)
- 15 natural support.ti,ab,kf,bt. (103)
- 16 customized employment.ti,ab,kf,bt. (10)
- 17 or/1-16 (12626)
- 18 Meta-Analysis/ (170070)
- 19 Meta-Analysis as Topic/ (21824)
- 20 Systematic Reviews as Topic/ (9324)

- 21 Systematic Review.pt. (211178)
- 22 ((systematic* adj2 (overview or review* or search*)) or meta anal* or metaanal* or meta regression* or meta review* or umbrella review* or "overview of reviews" or "review of reviews" or (evidence* adj2 synth*) or synthesis review*).ti,ab,kf. (426265)
- 23 Review.pt. and (pubmed or medline).ab. (170095)
- 24 or/18-23 (524360)
- 25 17 and 24 (289)
- 26 limit 25 to yr="2016 -Current" (146)

Database: APA PsycInfo <1806 to October Week 4 2022>

Søkedato: 2022-11-07

- 1 vocational rehabilitation/ or supported employment/ (7393)
- 2 individual placement.ti,ab,id. (426)
- 3 (job coach or job coaches).ti,ab,id. (199)
- 4 job coaching.ti,ab,id. (87)
- 5 direct support workforce.ti,ab,id. (10)
- 6 direct support professional*.ti,ab,id. (95)
- 7 co-worker support.ti,ab,id. (188)
- 8 job specialist*.ti,ab,id. (2)
- 9 ((place or placed or places or placing) adj2 (train or trained or trains or training)).ti,ab,id. (581)
- 10 sius.ti,ab,id. (7)
- 11 "Special Introduction and Follow-up Support".ti,ab,id. (0)
- 12 (employment adj2 support*).ti,ab,id. (2503)
- 13 employment specialist*.ti,ab,id. (184)
- 14 natural support.ti,ab,id. (166)
- 15 customized employment.ti,ab,id. (62)
- 16 or/1-15 (9632)
- 17 ("0830" or "1200").md. (58893)
- 18 "Systematic Review"/ (745)
- 19 Meta Analysis/ (5291)
- 20 ((systematic* adj2 (overview or review* or search*)) or meta anal* or metaanal* or meta regression* or meta review* or umbrella review* or "overview of reviews" or "review of reviews" or (evidence* adj2 synth*) or synthesis review*).ti,ab,id. (84932)
- 21 review.ti,ab. and (pubmed or medline).ab. (25547)
- 22 or/17-21 (97091)

23 16 and 22 (221)

24 limit 23 to yr="2016 -Current" (124)

Database: Web of Science

Søkedato: 2022-11-07

Publikasjonsår: 2016-2022

((("individual placement" OR "job coach" OR "job coaches" OR "job coaching" OR "direct support workforce" OR "direct support Professional" OR "co-worker support" OR "job specialist" OR "job specialists" OR "job coaching" OR "special introduction and follow up support" OR "employment specialist" OR "employment specialists" OR "Natural support" OR "customized employment")) : 846

Database: Sociological Abstracts, Social Services Abstracts

Søkedato: 2022-11-07

title((employment NEAR/1 support*)) OR abstract((employment NEAR/1 support*)) OR title(((Place OR placed OR Places OR placing) NEAR/1 (Train OR trained OR Trains OR training))) OR abstract(((Place OR placed OR Places OR placing) NEAR/1 (Train OR trained OR Trains OR training))) OR title("individual placement" OR "job coach" OR "job coaches" OR "job coaching" OR "direct support workforce" OR "direct support Professional" OR "co-worker support" OR "job specialist" OR "job specialists" OR "job coaching" OR "special introduction and follow up support" OR "employment specialist" OR "employment specialists" OR "Natural support" OR "customized employment") OR abstract("individual placement" OR "job coach" OR "job coaches" OR "job coaching" OR "direct support workforce" OR "direct support Professional" OR "co-worker support" OR "job specialist" OR "job specialists" OR "job coaching" OR "special introduction and follow up support" OR "employment specialist" OR "employment specialists" OR "Natural support" OR "customized employment") : 226

Database: PROSPERO

Søkedato: 2022-11-07

Supported Employment: 38

Supported Employment (Mesh): 8

Individual placement: 25

Database: Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process, In-Data-Review & Other Non-Indexed Citations, Daily and Versions <1946 to November 07, 2022>

Søkedato: 2022-11-08

- 1 Employment, Supported/ (1335)
- 2 Rehabilitation, Vocational/ (9692)
- 3 individual placement.ti,ab. (406)
- 4 (job coach or job coaches).ti,ab. (57)

- 5 job coaching.ti,ab. (38)
- 6 direct support workforce.ti,ab. (7)
- 7 direct support professional*.ti,ab. (61)
- 8 co-worker support.ti,ab. (128)
- 9 job specialist*.ti,ab. (1)
- 10 ((place or placed or places or placing) adj2 (train or trained or trains or training)).ti,ab. (874)
- 11 sius.ti,ab. (13)
- 12 "Special Introduction and Follow-up Support".ti,ab. (1)
- 13 (employment adj2 support*).ti,ab. (1553)
- 14 employment specialist*.ti,ab. (108)
- 15 natural support.ti,ab. (103)
- 16 customized employment.ti,ab. (8)
- 17 or/1-16 (12591)
- 18 randomized controlled trial.pt. (580212)
- 19 controlled clinical trial.pt. (95085)
- 20 multicenter study.pt. (327199)
- 21 pragmatic clinical trial.pt. (2155)
- 22 non-randomized controlled trials as topic/ (1049)
- 23 interrupted time series analysis/ (1711)
- 24 controlled before-after studies/ (705)
- 25 (randomis* or randomiz* or randomly).ti,ab. (1074394)
- 26 groups.ab. (2430491)
- 27 (trial or multicenter or multi center or multicentre or multi centre).ti. (329492)
- 28 (intervention? or effect? or impact? or controlled or control group? or (before adj5 after) or (pre adj5 post) or ((pretest or pre test) and (posttest or post test)) or quasiexperiment* or quasi experiment* or pseudo experiment* or pseudoexperiment* or evaluat* or time series or time point? or repeated measur*).ti,ab. (11336219)
- 29 or/18-28 (12594561)
- 30 exp Animals/ (25914108)
- 31 Humans/ (20852510)
- 32 30 not (30 and 31) (5061598)
- 33 review.pt. (3068704)
- 34 meta analysis.pt. (170230)

- 35 news.pt. (214976)
- 36 comment.pt. (985230)
- 37 editorial.pt. (625272)
- 38 cochrane database of systematic reviews.jn. (16036)
- 39 comment on.cm. (985177)
- 40 (systematic review or literature review).ti. (247675)
- 41 or/32-40 (9665775)
- 42 29 not 41 (8992049)
- 43 17 and 42 (4275)
- 44 limit 43 to yr="2016 -Current" (1030)

**Database: APA PsycInfo <1806 to October Week 5 2022>
Søkedato: 2022-11-08**

- 1 vocational rehabilitation/ (6289)
- 2 supported employment/ (1510)
- 3 individual placement.ti,ab. (417)
- 4 (job coach or job coaches).ti,ab. (194)
- 5 job coaching.ti,ab. (76)
- 6 direct support workforce.ti,ab. (9)
- 7 direct support professional*.ti,ab. (91)
- 8 co-worker support.ti,ab. (182)
- 9 job specialist*.ti,ab. (2)
- 10 ((place or placed or places or placing) adj2 (train or trained or trains or training)).ti,ab. (573)
- 11 sius.ti,ab. (7)
- 12 "Special Introduction and Follow-up Support".ti,ab. (0)
- 13 (employment adj2 support*).ti,ab. (2333)
- 14 employment specialist*.ti,ab. (184)
- 15 natural support.ti,ab. (166)
- 16 customized employment.ti,ab. (53)
- 17 or/1-16 (9571)
- 18 ("0400" or "0451" or "1800" or "2000").md. (2818958)
- 19 experimental design/ (12357)

- 20 between groups design/ (614)
- 21 quantitative methods/ (3855)
- 22 quasi experimental methods/ (458)
- 23 (randomised or randomized or randomly or controlled or control group? or evaluat* or time series or time point or time points or quasi experiment* or quasiexperiment* or (before adj5 after) or (pre adj5 post) or ((pretest or pre test) and (posttest or post test)) or multicenter study or multicentre study or multi center study or multi centre study or repeated measur*).ti,ab. (931347)
- 24 (trial or effect? or impact? or intervention?).ti. (522271)
- 25 or/18-24 (3222326)
- 26 17 and 25 (6133)
- 27 limit 26 to yr="2016 -Current" (1445)

Database: Cochrane Central Register of Controlled Trials

Søkedato: 2022-11-08

- #1 MeSH descriptor: [Employment, Supported] explode all trees 147
- #2 MeSH descriptor: [Rehabilitation, Vocational] explode all trees 498
- #3 "individual placement" 223
- #4 ("job coach" or "job coaches" or "job coaching") 30
- #5 "direct support workforce" 0
- #6 ("direct support professional" or "direct support professionals") 6
- #7 "co-worker support" 8
- #8 ("job specialist" or "job specialists") 0
- #9 ((place or placed or places or placing) near/1 (train or trained or trains or training)) 27
- #10 sius 3
- #11 "Special Introduction and Follow-up Support" 0
- #12 (employment near/1 support*) 435
- #13 ("employment specialist" or "employment specialists") 50
- #14 "natural support" 4
- #15 "customized employment" 8
- #16 #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 with Publication Year from 2016 to 2022, in Trials 318

Database: BASE

Søkedato: 2022-12-29

tit:supported tit:employment doctype:121 year:[2016 TO 2022] : 289

tit:individual tit:placement doctype:121 year:[2016 TO 2022] : 279

Kilde: Google

Søkedato: 2023-01-04

Avgrensing: 2016-2023

"supported employment" filetype:pdf

De 100 første lest.

"individual placement" filetype:pdf

De 100 første lest.

[Tekst]

Vedlegg 4: Detaljer om screening- og maskinlæringsstrategi

Vi brukte maskinlæring (ML) for å hjelpe oss med å utføre kunnskapsoppsummeringen mer effektivt. Dette vedlegget beskriver hvordan vi brukte maskinlæring. Vi bruker engelske begreper i mangel av norske oversettelser på feltet. I slutten av vedlegget er det en ordliste med beskrivelser av de ulike maskinlæringsfunksjonene som ble brukt i denne oppsummeringen.

Maskinlæringsstrategi

Steg	Strategi
Steg 1	Vi piloterte inklusjonskriteriene på de første studiene, for å sikre at prosjektmedarbeiderne hadde en felles forståelse for inklusjonskriteriene. De resterende studiene ble satt til vurdering med priority screening.
Steg 2	I arbeidet med å vurdere tittel og sammendrag (screening) benyttet vi funksjonen <i>priority screening</i> (19). Tre prosjektmedarbeidere vurderte uavhengig av hverandre majoriteten av referansene (n=3550), frem til få relevante referanser ble identifisert.
Steg 3	De resterende referansene (n=800) ble vurdert av én prosjektmedarbeider (GH) alene.

Ordliste

Algoritme: kan forklares som en fullstendig presis og skrittvis beskrivelse av en prosedyre av operasjoner som skal beregnes for å løse et problem (75).

Maskinlæring: Maskinlæring er en spesialisering innen kunstig intelligens hvor man bruker statistiske metoder for å la datamaskiner finne mønstre i store datamengder (76).

Priority screening: er en rangeringsalgoritme i programvaren EPPI-Reviewer (20) som læres opp av forskernes avgjørelser om inklusjon og eksklusjon av referanser på tittel- og sammendragnivå. Rangerings algoritmer er algoritmer som er trent til å gjenkjenne relevante data og til å presentere dataene i henhold til relevans. Referanser som algoritmen anser som mer relevante i henhold til forskernes avgjørelser om inklusjon blir skjøvet frem i «køen». På denne måten får vi raskere overblikk over hvor mange referanser som muligens treffer inklusjonskriteriene enn om vi skulle lest referansene i tilfeldig rekkefølge.

Vedlegg 5: Kjennetegn ved inkluderte studier og risiko for skjevheter

I dette vedlegget følger en beskrivelse av de 31 inkluderte studiene i alfabetisk rekkefølge. De studiene vi benyttet i oppdateringen er listet nederst. Beskrivelsen inneholder informasjon om hvilke artikler dataene er hentet fra, detaljer om studien, samt vår vurdering av risiko for skjevheter (*Risk of bias*).

Bejerholm 2015

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

Risiko for skjevheter

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

Bond 2007

Artikler	Bond 2007: <i>A randomized controlled trial comparing two vocational models for persons with severe mental illness</i> Kukla 2013: <i>A randomized controlled trial of evidence-based supported employment: Nonvocational outcomes</i>
Studie	Design: RCT Land: USA (1999-2004) Oppfølgingstid: 24 mnd
Deltagere	Antall: 187 Alder: > 18 år, gjennomsnittsalder 39 år Kjønn: 64% menn Problem/sykdom: 39% schizofreni, 17% schizoaffektiv, 17% depresjon, 24% bipolar (DSM-IV) Evt. ekstra eksklusjonskriterier: ingen alvorlige fysiske sykdommer
Tiltak	IPS etter kriterier (<i>Fidelity Scale</i>)
Kontrolltiltak	<i>Diversified Placement Approach</i> : Skrittvis til arbeid med vekt på klargjøring til arbeid før plassering i arbeid, personellintensivt, tilbud om ulike grupper (kategori 2)
Utfallsmål	Type arbeid oppnådd Tid i vanlig arbeid (timer) Inntekt Psykiske symptomer Livskvalitet (<i>An abbr version of Lehman's Quality of life Interview</i>) Psykiatriske innleggelser

Risiko for skjevheter

Område	Vår vurdering	Begrunnelse
Randomisering	Lav risiko	Datarandomisering
Allokering	Lav risiko	Formidlet av prosjektleder
Blinding av deltagere	Lav/høy risiko	Ikke mulig (lav risiko for objektive utfallsmål; høy risiko for subjektive utfallsmål)
Blinding av utfallsmåler	Lav/høy risiko	Ikke beskrevet
Frafall	Lav risiko	3,6% frafall
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Bond 2015

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

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

Burns 2007

Artikler	Burns 2007: <i>The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial</i> Burns 2009: <i>The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: results of an international study of individual placement and support</i> Knapp 2013: <i>Supported employment: cost-effectiveness across six European sites</i>
Studie	Design: RCT (<i>multisite</i>) Land: Bulgaria, England, Italia, Nederland, Sveits og Tyskland (2003-2005) Oppfølgingstid: 18 mnd
Deltagere	Antall: 312 Alder: 18-65 år, gjennomsnittsalder 38 år Kjønn: 60% menn, 40% kvinner Problem/sykdom: 80% schizofreni/schizoaffektiv lidelse, 17% bipolar lidelse, 3% andre
Tiltak	IPS etter kriterier (<i>Fidelity Scale</i>)
Kontrolltiltak	Det best tilgjengelige alternativet der studien fant sted. Høykvalitet arbeidsrettet rehabilitering (kategori 2)
Utfallsmål	Å komme i vanlig arbeid (minst 1 dag) Tid i vanlig arbeid (timer) Tid på sykehus (nye innleggelseser) Symptomer (bedring) Psykiske symptomer (angst og depresjon) Livskvalitet (<i>Lancashire Quality of Life Profile—European version</i>) Kostnadseffektivitet

Risiko for skjevheter

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

Davis 2012

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

Risiko for skjevheter

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

Drake 1996

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

Risiko for skjevheter

Område	Vår vurdering	Begrunnelse
--------	---------------	-------------

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

Drake 1999

Artikler	Drake 1999: <i>A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders</i> Dixon 2002: <i>Cost-effectiveness of two vocational rehabilitation programs for persons with severe mental illness</i>
Studie	Design: RCT Land: USA (1994-1997) Oppfølgingstid: 18 mnd
Deltagere	Antall: 152 Alder: gjennomsnittsalder 39 år Kjønn: 39% menn, 61% kvinner Problem/sykdom: 67% schizofreni-spektrum, 14 % bipolar, 16% depresjon Evt. ekstra inklusjons/eksklusjonskriterier: sentrumsbeboere, mange hjemløse, mange med dobbeltdiagnoser, ikke svekket hukommelse eller medisinsk sykdom som kunne hindre arbeid eller intervjuer
Tiltak	IPS etter kriterier (<i>Fidelity Scale</i>)
Kontrolltiltak	Forsterket yrkesrehabilitering, ekstra yrkesveileder, skrittvis tilnærminger, skjermet arbeid (kategori 1)
Utfallsmål	Arbeid Inntekt Tid i vanlig arbeid (timer) Livskvalitet (<i>Sections of the Quality of Life interview (Lehman 1983)</i>) Symptomer Innleggelser Kostnadseffektivitet

Risiko for skjevheter

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

Gold 2006

Artikler	Gold 2006: <i>Randomized trial of supported employment integrated with assertive community treatment for rural adults with severe mental illness</i>
Studie	Design: RCT Land: USA (1996-1998)

	Oppfølgingstid: 24 mnd
Deltagere	Antall: 143 Alder: > 18 år, majoriteten 26-45 år Kjønn: 38% menn, 62% kvinner Problem/sykdom: 69% schizofrenispektrum, 31% stemningslidelser Evt. ekstra inklusjons/eksklusjonskriterier: deltagerne skulle være grisgrendt-boende
Tiltak	ACT-IPS, dvs IPS tilpasset ACT-strukturen (<i>assertive community treatment</i> , kommunebasert psykiatrisk oppfølging) (<i>Fidelity Scale</i>)
Kontrolltiltak	Tilpasset arbeidspraksis, gradvis tilnærming til vanlig arbeid (kategori 1)
Utfallsmål	Type arbeid Tid i vanlig arbeid (timer) Inntekt Årsak til avslutning Bruk av tjenester (psykisk helsehjelp eller arbeidsstøtte) Antall, varighet, sted
Merknader	En del av <i>Employment Intervention Demonstration Program</i> (EIDP). Tiltaket var opprinnelig to IPS-tiltak (standard og forsterket) som ble slått sammen underveis.

Risiko for skjevheter

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

Heslin 2011

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

Risiko for skjevheter

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

Hoffmann 2014

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

Risiko for skjevheter

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

Killackey 2008

Artikler	Killackey 2008: <i>Vocational intervention in first-episode psychosis: individual placement and support v. treatment as usual</i>
Studie	Design: RCT Land: Australia (2005-2006) Oppfølgingstid: 6 mnd
Deltagere	Antall: 41 Alder: 15-25 år, gjennomsnittsalder 21 år Kjønn: 80% gutter, 20% jenter Problem/sykdom: førstegangs-psykose Evt. ekstra info: 1-1,5 år siden debut med psykotisk lidelse
Tiltak	IPS etter kriterier (<i>Fidelity Scale</i>) + TAU
Kontrolltiltak	TAU: Individuell saksbehandling og medisinsk gjennomgang, henvisning til arbeidskontor, tilbud om arbeidsrettet gruppe på senter for psykosebehandling (EPPIC) (kategori 2)
Utfallsmål	Komme i vanlig arbeid Tid i vanlig arbeid (uker) Inntekt

Risiko for skjevheter

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

Latimer 2006

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

Risiko for skjevheter

Område	Vår vurdering	Begrunnelse
--------	---------------	-------------

Randomisering	Lav risiko	Stratifisert randomisering, generert av statistiker
Allokering	Lav risiko	Fordeling i skjult konvolutt, åpnet etter base-line-intervju
Blinding av deltagere	Lav/høy risiko	Ikke mulig (lav risiko for objektive utfallsmål; høy risiko for subjektive utfallsmål)
Blinding av utfallsmåler	Lav/høy risiko	Ikke blindet
Frafall	Lav/uklar risiko	17 prosent frafall, gjort rede for (flere i IPS-gruppa enn i kontroll) Større frafall mht kost-nytte-data (Shi)
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Lehman 2002

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

Risiko for skjevheter

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

Michon 2014

Artikler	Michon 2014: <i>Effectiveness of individual placement and support for people with severe mental illness in the Netherlands: A 30-month randomized controlled trial</i>	
Studie	Design: RCT (4 steder) Land: Nederland (2005-2009) Oppfølgingstid: 30 mnd	

Deltagere	Antall: 151 Alder: 18-65 år, gjennomsnittsalder 35 år Kjønn: 74% menn, 26% kvinner Problem/sykdom: 60% psykotisk lidelse
Tiltak	IPS etter kriterier (<i>Fidelity Scale</i>)
Kontrolltiltak	Tradisjonell arbeidsrettet rehabilitering. Gradvis tilnærming, opplæring, skjermet arbeid, separat fra den psykiatriske behandlingen (kategori 1)
Utfallsmål	Komme i vanlig arbeid Livskvalitet (<i>Manchester Short Assessment of Quality of Life</i>) Psykisk helse

Risiko for skjevheter

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

Mueser 2004

Artikler	Mueser 2004: <i>The Hartford study of supported employment for persons with severe mental illness</i>
Studie	Design: RCT Land: USA (1996-2000) Oppfølgingstid: 24 mnd
Deltagere	Antall: 204 Alder: gjennomsnittsalder 41 år Kjønn: 62 % menn, 38% kvinner Problem/sykdom: 53% schizofreni, 21% scizoaffektiv, 17% major depression, 5% bipolar (DSM-IV)
Tiltak	IPS etter kriterier (<i>Fidelity Scale</i>)
Kontrolltiltak	A. Psykososial rehabiliteringsprogram (PSR): Forberedende yrkestrening etterfulgt av skjermet arbeid, deretter støtte til å komme i vanlig arbeid. I tillegg tilbud om drop-in-senter, ferdighetstrening, støttegrupper, fritidsaktiviteter, støtte til bolig (kategori 2) (B. <i>Treatment as usual</i>)
Utfallsmål	Komme i vanlig arbeid Tid i vanlig arbeid (timer) Inntekt Livskvalitet (<i>Quality of life was assessed with the Brief Version of the Quality of Life Interview</i>) Symptomer
Merknader	En del av Employment Intervention Demonstration Program (EIDP).

Risiko for skjevheter

Område	Vår vurdering	Begrunnelse
Randomisering	Lav risiko	Stratifisert datagenerert randomisering (betalt arbeid >5 år; etnisitet og kjønn)
Allokering	Uklar risiko	Ikke beskrevet

Blinding av deltagere	Lav/høy risiko	Ikke mulig (lav risiko for objektive utfallsmål; høy risiko for subjektive utfallsmål)
Blinding av utfallsmåler	Lav/høy risiko	Ikke blindet
Frafall	Lav risiko	19 % frafall, likt mellom gruppene, ikke beskrevet årsak, ITT analyse (<i>last observation carried forward</i>)
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

Oshima 2014

Artikler	Oshima 2014: <i>A randomized controlled trial of individual placement and support in Japan</i>	
Studie	Design: RCT Land: Japan (2006-2007) Oppfølgingstid: 6 mnd	
Deltagere	Antall: 37 Alder: 18-59, gjennomsnittsalder 41 år Kjønn: 76% menn, 24% kvinner Problem/sykdom: schizofreni, stemingslidelser eller nevrotiske lidelser (ICD-10)	
Tiltak	IPS etter kriterier (<i>Fidelity Scale</i>)	
Kontrolltiltak	Vanlig arbeidsforberedende tilbud, opplæring for å forberede deltagerne for betalt arbeid (kategori 1)	
Utfallsmål	Få vanlig arbeid Tid i vanlig arbeid (timer) Inntekt	

Risiko for skjevheter

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

Poremski 2015

Artikler	Poremski 2015: <i>A randomised controlled trial of evidence based supported employment for people who have recently been homeless and have a mental illness</i>	
Studie	Design: RCT Land: Canada (2010-2012) Oppfølgingstid: 8 mnd	
Deltagere	Antall: 90 Alder: >18 år, gjennomsnittsalder 46 år Kjønn: 63% menn, 37% kvinner Problem/sykdom: 64% alvorlig depresjon, 22% psykotisk lidelse, 13% panikk-lidelse, manisk/hypoman lidelse, PTSD Evt. ekstra inklusjonskriterier: deltagere i Housing First-prosjekt	
Tiltak	IPS etter kriterier (<i>Fidelity Scale</i>)	

Kontrolltiltak	Tilbud om noe støtte til å søke arbeid, mulighet for opplæring og skjermet arbeid (kategori 1)
Utfallsmål	Komme i vanlig arbeid

Risiko for skjevheter

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

Twamley 2012

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

Risiko for skjevheter

Område	Vår vurdering	Begrunnelse
Randomisering	Uklar risiko	Ikke beskrevet
Allokering	Uklar risiko	Ikke beskrevet
Blinding av deltagere	Lav/høy risiko	Ikke mulig (lav risiko for objektive utfallsmål; høy risiko for subjektive utfallsmål)
Blinding av utfallsmåler	Lav/høy risiko	Blindet
Frafall	Lav risiko	21% falt fra, ingen forskjeller mellom mlm gruppene, men noe forskjell i baseline. ITT-analyser (dropout = uten jobb)
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ingen kjente

(Viering 2015 Se også Pichler 2021/Viering 2015)

Artikler	Viering 2015: <i>Supported employment for the Reintegration of Disability Pensioners with Mental Illnesses: A Randomized Controlled Trial</i>
Studie	Design: RCT Land: Sveits (2011-2014) Oppfølgingstid: 24 mnd
Deltagere	Antall: 250 Alder: >18 år, gjennomsnittsalder 43 år Kjønn: 47% menn, 53% kvinner Problem/sykdom: 47% stemningslidelser, 16% schizofreni/schizoaffektive lidelser, 17% personlighetsforstyrrelser
Tiltak	IPS etter kriterier (<i>Fidelity Scale</i>)
Kontrolltiltak	Tilbud om å søke jobb selv, bruke arbeidskontor, men ingen ekstra støtte (kategori 1)
Utfallsmål	Komme i vanlig arbeid (minst 1 mnd)
Merknader	

Risiko for skjevheter

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

Waghorn 2014

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

Risiko for skjevheter

Område	Vår vurdering	Begrunnelse
Randomisering	Lav risiko	Randomiserings-algoritme (<i>MSAccess</i>) sentralt
Allokering	Uklar risiko	Ikke beskrevet

Blinding av deltagere	Lav/høy risiko	Ikke mulig (lav risiko for objektive utfallsmål; høy risiko for subjektive utfallsmål)
Blinding av utfallsmåler	Lav/høy risiko	Ikke blindet
Frafall	Uklar risiko	31 prosent frafall, noe flere i kontrollgruppen, forklart og inkludert i analysene (ITT)
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ikke kjent (overganger skjedde etter 6 mnd)

Wong 2008

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

Risiko for skjevheter

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

Studier benyttet for oppdateringen av sammenligningen standard IPS versus annet tiltak

Bejerholm 2017 Lav risiko for systematiske skjevheter

Artikler Førsteforf og tittel	Bejerholm 2017 <i>Supported employment adapted for people with affective disorders: a randomized controlled trial</i> Saha 2018 <i>Cost-effectiveness of supported employment adapted for people with affective disorders</i>	
Studie	Design: randomisert kontrollert studie Land (og tidsperiode for studien): Sverige (2011-2014)	

	Oppfølgingstid: 12 mnd
Deltagere	Antall: 63 ble randomisert Alder: Gjennomsnitt totalt: 41 Kjønn: 28% menn 72% kvinner totalt Problem/sykdom: Depresjon og bipolar lidelse Evt. ekstra inklusjonskriterier:
Tiltak	IPS etter kriterier (<i>Fidelity Scale</i>)
Kontrolltiltak	Traditional vocational rehabilitation
Hvor tiltaket er gitt	Recruitment from 'four geographically diverse outpatient settings ... in the County Council of Skåne'. Tiltaket ble 'guided by an employment specialist who works closely with the participant in relation to the outpatient team, family, Social Insurance Agency, Public Employment Service and employers.
Utfallsmål	Komme i vanlig arbeid Tid i vanlig arbeid (dager) Livskvalitet (<i>The 24-item subscale of the 32-item Recovery Assessment Scale</i>)

Risiko for skjevheter

Område	Vår vurdering	Begrunnelse
Randomisering	Lav risiko	"The RCT design was based on the Consort guidelines for non-pharmacological interventions." "Central randomization [...] A software program produced a randomization plan with a block size of eight random group allocation numbers at a time (Dallal, 2015)."
Allokering	Lav risiko	"The sequence was concealed until interventions were assigned."
Blinding av deltagere	Uklar risiko	
Blinding av utfallsmåler	Lav risiko	«assessor-blinded», "researchers had no prior knowledge of the identity or allocation of participants, and data were coded."
Frafall	Lav risiko	Tre ble ikke analysert i kontroll (TVR)
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ikke kjent

Christensen 2019 Lav risiko for systematiske skjevheter

Artikler Førsteforf og tittel	Christensen 2019: <i>Effects of individual placement and support supplemented with cognitive remediation and work-focused skills training for people with severe mental illness</i>
Studie	Design: Randomisert kontrollert studie Land (og tidsperiode for studien): Danmark (2012 – 2017) Oppfølgingstid: 18 mnd
Deltagere	Antall: IPS: 243 SAU: 239 Alder: IPS: mean 33,3 SAU: mean 32,8 Kjønn: IPS: 38,7% kvinner, 61,3% menn SAU: 39,8% kvinner, 60,2% menn Problem/sykdom: Schizofreni, bipolar, tilbakevendende depresjon Evt. ekstra inklusjonskriterier:
Tiltak	IPS etter kriterier (<i>Fidelity Scale</i>)

Kontrolltiltak	Service as usual "The SAU group received the best available vocational rehabilitation provided by the national job centers."
Hvor tiltaket er gitt	«Employment specialists in Copenhagen are employed by the vocational authorities in the municipality (job centres) but will still be integrated within the mental health services.»
Utfallsmål	Komme i vanlig arbeid Tid i vanlig arbeid (timer) Inntekt

Risiko for skjevheter

Område	Vår vurdering	Begrunnelse
Randomisering	Lav risiko	«The Copenhagen Trial Unit conducted a central, computer-generated random allocation sequence with varying block sizes of 6 and 9.»
Allokering	Lav risiko	"The allocation sequence and block sizes were concealed from the investigators."
Blinding av deltagere	Uklar risiko	
Blinding av utfallsmål	Lav risiko	«Outcome assessors ... (or a nonauthor) and all investigators involved in the trial... were blinded to participants' allocation»
Frafall	Lav risiko	«The outcome analysis was based on the intention-to-treat principles, and to compensate for missing data, we used multiple imputations. Complete baseline data and register-based outcome data were used for the imputation model.»
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ikke kjent

Davis 2018 Lav risiko for systematiske skjevheter

Artikler Førsteforf og tittel	Davis 2018: <i>Effect of Evidence-Based Supported Employment vs Transitional-Work on Achieving Steady Work Among Veterans With Posttraumatic Stress Disorder A Randomized Clinical Trial</i>
Studie	Design: RCT Land (og tidsperiode for studien): USA (2013-2017) Oppfølgingstid: 18 måneder
Deltagere	Antall: 541 ble randomisert Alder: 65 år eller yngre Kjønn: 18 prosent kvinner Problem/sykdom: post-traumatic stress disorder Evt. ekstra inklusjonskriterier: veteraner, 65 år og yngre, uten arbeid og interessert i få jobb
Tiltak	IPS etter kriterier (<i>Fidelity Scale</i>): SupportedEmployment Fidelity Scale
Kontrolltiltak	«Transitional work»
Hvor tiltaket er gitt	<i>Rekruttert fra medisinske sentre for veteraner. Jobbspesialisten er samlokalisert med klinikken for psykisk helse.</i>
Utfallsmål	<i>Fast arbeid (i jobb mer enn 50 prosent av tiden over 18 måneders oppfølgingen)</i> Inntekt <i>Oppnådd jobb? (ja/nei)</i> <i>Antall dager ansatt i lønnet arbeid</i>

Risiko for skjevheter

Område	Vår vurdering	Begrunnelse
--------	---------------	-------------

Randomisering	Lav risiko	“The randomization scheme was generated by the VA CSP Coordinating Center with SAS, version 9.3 (SAS Institute Inc) using a permuted block design of randomly varying block sizes and stratified by site.”
Skjult allokering	Lav risiko	“Upon confirming eligibility, the research coordinator logged on to a secure website and retrieved the randomization certificate assigning the participant to IPS or transitional work. The coordinator did not have advance notice of the randomized assignment...”
Blinding av deltagere Hvor fikk de data fra?	Uklar risiko	Deltagerne var ikke blindet, men det er uklart om de visste hvilken gruppe som var tiltaksgruppe og hvilken som var kontrollgruppe. Vi vurderer til lav risiko fordi objektivt målte utfall
Blinding av utfallsmål	Uklar risiko	Objektivt målte utfall. »Employment outcomes were not collected by a blinded assessor; however, if the research coordinator had any doubt verifying the type of employment, an adjudication process was invoked that provided an independent evaluation by a blinded assessor.”
Frafall	Lav risiko	IPS: 250/271; Vanlig praksis: 240/270, intention to treat analyses, «missing data for employment status were counted as ‘not worked.’”
Selektiv rapportering	Lav risiko	Utfall forhåndsregistrert i clinicalTrials.gov stemmer overens med det som er rapportert i artikkelen
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ikke kjent

Erickson 2021 Uklar risiko

Artikler Førsteforf og tittel	Erickson 2021. <i>Individual Placement and Support</i> “boosts employment for early psychosis clients, even when baseline rates are high	
Studie	Design: RCT Land (og tidsperiode for studien): Kanada (2015-2017) Oppfølgingstid: 12 måneder	
Deltagere	Antall: 109 ble randomisert Alder: 18 – 30 år Kjønn: 18 % kvinner Problem/sykdom: tidlig psykose Evt. ekstra inklusjonskriterier: 18-30 år	
Tiltak	IPS etter kriterier (<i>Fidelity Scale</i>): Supported Employment Fidelity Scale	
Kontrolltiltak	Vanlig behandling	
Hvor tiltaket er gitt	Rekruttert fra et populasjonsbasert program for tidlig psykose. Tiltaket foregikk i 12 ulike sentra for psykisk helse («community mental health centers»). IPS-arbeiderne leverte tjenester både i og utenfor sentrene.	
Utfallsmål	Arbeidsstatus Antall dager i arbeid	
<i>Risiko for skjevheter</i>		
<i>Område</i>	<i>Vår vurdering</i>	<i>Begrunnelse</i>

<i>Randomisering</i>	<i>Lav risiko</i>	<i>“Random assignment defined two groups: clients receiving treatment as usual (TAU), or those receiving employment support, using the IPS model, added to TAU. The list for random assignment was prepared at the start of the study, prior to recruitment, using a random number table in permuted blocks of four: 50% were assigned to each group.”</i>
<i>Allokering</i>	<i>Uklar risiko</i>	<i>“Clients were added to the randomization list in order of the date of their consent by the Principal Investigator (D.E.), who informed clients and their case manager of the results of randomization after completion of intake assessment.” Uklart om dette ble gjort skjult.</i>
<i>Blinding av deltagere</i>	<i>Uklar risiko</i>	<i>Selvrapportering av om de hadde vært /var i arbeid – intervju. Uklart om deltagerne var blindet. 46,8 % av dataene ble også sjekket opp mot pasientens journal</i>
<i>Blinding av utfallsmåler</i>	<i>Lav risiko</i>	<i>»assessor-blinded»</i>
<i>Frafall</i>	<i>Lav risiko</i>	<i>Mistet 8 i IPS (14 %) og 2 i TAU. «Overall, outcome data were available on 91% of participants...Assessing differential attrition, there were no differences in age, sex, education, diagnosis, baseline employment status, or symptom severity between participants with and without outcome data...”</i>
<i>Selektiv rapportering</i>	<i>Uklar risiko</i>	<i>I den forhåndsregistrerte protokollen står utfall («Self-reported Client Service Usage», og «Cost related to client service usage») som ikke nevnt i artikkelen. Det er mulig at forfatterne har rapportert/skal rapportere disse i en annen publikasjon, men det burde i så fall vært nevnt.</i>
<i>Andre forhold som kan gi skjevheter</i>	<i>Uklar risiko</i>	<i>«Fidelity» ble bedre utover i studien</i>

Hellström 2017 Lav risiko for systematiske skjevheter

Artikler Førsteforf og tittel	Hellström 2017: <i>Effect on return to work or education of individual placement and support modified for people with mood and anxiety disorders: results of a randomised clinical trial</i>
Studie	Design: RCT («superiority trial») Land (og tidsperiode for studien): Danmark (2011 – 2013) Oppfølgingstid: 24 mnd
Deltagere	Antall: 326 Alder: 35 Kjønn: 68 % kvinner Problem/sykdom: stemningslidelser og angstlidelser Evt. ekstra inklusjonskriterier: 18-60 år, diagnose på affektiv lidelse eller angst, ingen kontakt med psykisk helsevern siste 3 år, i jobb eller utdanning på et tidspunkt siste 3 år, motivert til å returnere til arbeid eller utdanning, ikke klar for å jobbe nærmeste 3 måneder
Tiltak	IPS etter kriterier (<i>Fidelity Scale</i>)
Kontrolltiltak	«Service as usual»
Hvor tiltaket er gitt	Deltagerne var rekruttert fra helsetjenesten. IPS-MA var implementert av en privat virksomhet, Sherpa. Mentorer og karriereveiledere fikk et to ukers innføringskurs i IPS-MA, og jobbet tett sammen.

Utfallsmål	Komme i arbeid eller utdanning Tid i vanlig arbeid (uker) Symptomnivå (angst og depresjon) Funksjonsnivå Livskvalitet (WHO-5)	
<i>Risiko for skjevheter</i>		
<i>Område</i>	<i>Vår vurdering</i>	<i>Begrunnelse</i>
Randomisering	Lav risiko	“Copenhagen Trial Unit generated the computer-generated allocation sequence with varying block sizes of 4, 6 and 8, concealed from the investigators.”
Allokering	Lav risiko	Se over
Blinding av deltagere	Uklar risiko	«It was not possible to blind participants, mentors, career counsellors or care providers.»
Blinding av utfallsmål	Lav risiko	“Outcome assessors and research team were blinded to allocation throughout the trial period, data collection and statistical analysis.” “Self-reported online surveys were answered using an identification number enabling the research team to remain blinded. The randomisation code was broken when all analyses were completed, and two conclusions had been drawn.”
Frafall	Lav risiko	Ved 24 måneder var det 23% og 37% frafall. Frafall behandlet med «multiple imputations» etter ITT-prinsippet. «100 imputations were made. If more than 50% was missing, we chose to report results based on the actual data, but compared these with results based on multiple imputations, both being prone to bias, results did not differ. We had complete data on all register data.”
Selektiv rapportering	Lav risiko	Protokollen er registrert i tidsskriftet «Trials» og hos ClinicalTrials.gov. Rapporteringen av utfall i artikkelen ser ut til å korrespondere med protokollen.
Andre forhold som kan gi skjevheter	Uklar risiko	«The DREAM database has some limitations. First, only one benefit can be recorded per week; consequently, some benefits overwrite others, and some participants may have been misclassified, but we have no reason to believe this to be different in the two groups. Second, it is possible to receive state education grant for a long time without being actively studying, and participants who do not actively deactivate their grant will be registered as studying; in IPS-MA, they were encouraged to deactivate their grant, and we do not know if this was the case for the control group»

Killackey 2019 Uklar risiko for systematiske skjevheter

Artikler Førsteforf og tittel	Killackey 2019. <i>Individual placement and support for vocational recovery in first-episode psychosis: Randomised controlled trial.</i>
Studie	Design: RCT Land (og tidsperiode for studien): Australia (2009-2011) Oppfølgingstid: 6, 12 og 18 mnd.
Deltagere	Antall: 146 (73 + 73) Alder: 15-25 år, gjennomsnitt 20,4 år Kjønn: 69,2% menn, 30,8 % kvinner Problem/sykdom: unge mennesker med første episode psykose som hadde et ønske om å få jobb
Tiltak	IPS etter kriterier (<i>Fidelity Scale</i>)
Kontrolltiltak	Treatment as usual (TAU)
Hvor tiltaket er gitt	Deltagerne ble rekruttert fra Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC), et underprogram av Orygen Youth Health som er en offentlig psykisk helsetjeneste for ungdom i alderen 15-25 år bosatt i nord og nordvest i Melbourne, Australia. IPS ble levert av en jobbspesialist som ble tatt inn som medlem av det kliniske teamet.
Utfallsmål	Symptomer og psykopatologi Fungering, livskvalitet og sosial inklusjon Nevrokognisjon og sosial kognisjon

Risiko for skjevheter

Område	Vår vurdering	Begrunnelse
Randomisering	Lav risiko	«Randomisation was undertaken by the study statistician (S.M.C.) using a computer program for blocked randomisation in random permuted blocks of four and eight with an allocation ratio of 1:1. Use of permuted blocks was in order to prevent prediction of group membership before it was assigned. “
Allokering	Lav risiko	“The statistician was not associated with assessments and treatments and was the only person aware of the allocation sequence. Group allocation was provided to the study lead...»
Blinding av deltagere	Uklar risiko	Ikke rapportert, men antagelig ikke. Data innhentet ved intervju av deltagerne?
Blinding av utfallsmåler	Lav risiko	«All effort was taken to keep research assistants masked to study condition. Research assistants had no contact with the employment consultant, and participants were reminded at the start of each assessment that they were not to let the research assistant know whether they had been working with the employment consultant or not.”
Frafall	Lav risiko	«Further, only four participants did not complete the intervention, and there was low attrition across the 18 months of the study with 87% included in the final analysis”
Selektiv rapportering	Lav risiko	Noen utfall ble ikke rapportert: “Other secondary outcomes, not reported in this paper, were symptomatology, social and economic participation, self-reported health service usage and an evaluation of the economics of the intervention.” Vi vurderte dette til ikke å være relevant for de utfallene vi måler.

Andre forhold som kan gi skjevheter	Uklar	Senteret der studien ble utført hadde tidligere deltatt i en lignende studie. IPS må derfor forutsettes kjent av ansatte.
-------------------------------------	-------	---

Metodebeskrivelser hentet fra: <https://doi.org/10.1111/eip.12066>

Protokoll: <https://www.anzctr.org.au/Trial/Registration/Trial-Review.aspx?id=82407&isReview=true>

Lones 2017 Høy risiko for syst skjevheter

Artikler Førsteforf og tittel	Lones 2017. <i>Individual Placement and Support (IPS) for Methadone Maintenance Therapy Patients: A Pilot Randomized Controlled Trial</i>
Studie	Design: RCT Land (og tidsperiode for studien): USA (2014-2016) Oppfølgingstid: 12 mnd
Deltagere	Antall: 45 (22 IPS + 23 kontroll) Alder: gjennomsnitt 37,07 (kombinert for begge grupper) Kjønn: 44% menn, 56 % kvinner Problem/sykdom: Pasienter med metadonvedlikeholdsterapi Evt. ekstra inklusjonskriterier: 18 år eller eldre, oppfyller DSM-V kriterier for moderat til alvorlig opioidbruksforstyrrelse, mottar metadonbehandling i minst 14 dager, aldri mottatt Employment Support tidligere, for øyeblikket uten arbeid, ha et ønske om å jobbe, ikke motta tjenester som hindrer eksternt arbeid og gi informert samtykke.
Tiltak	IPS etter kriterier (<i>Fidelity Scale</i>): IPS fidelity review fra Oregon Supported Employment Center for Excellence.
Kontrolltiltak	Venteliste (6 mnd).
Hvor tiltaket er gitt	Et stort, non-profit, opioidbehandlingsprogram i Portland, Oregon i USA. IPS-tiltaket ble gitt på behandlingsstedet, men jobbspesialisten burde bruke 60% av tiden utenfor klinisk setting.
Utfallsmål	Komme i arbeid Antall dager i arbeid Timelønn Mottatt helsetjenester

Risiko for skjevheter

Område	Vår vurdering	Begrunnelse
Randomisering	Uklar risiko	«In a 12-month pilot randomized clinical trial (RCT), we randomized participants to active IPS plus treatment-as usual ($n = 22$) or to a Waitlist for deferred IPS in 6 months plus treatment-as-usual ($n = 23$).»
Allokering	Lav risiko	Etter baseline-måling åpnet en forskningsassistent en forseglet konvolutt med allokeringsstatus.
Blinding av deltagere	Uklar risiko	“Neither the participants nor the research staff were blind to the group assignment.” Selvrapporterte data
Blinding av utfallsmåler	Høy risiko	Se over
Frafall	Høy risiko	IPS: 6/23 (21%); Venteliste: 4/23 (15%). Ikke analysert etter intention-to-treat-prinsippet.

Selektiv rapportering	Lav risiko	Alle mål beskrevet i metodedelen (ansettelse, lønn, motta helsetejenster) beskrevet i resultatene.
Andre forhold som kan gi skjevheter	Lav risiko	Ikke kjent

Pichler 2021/Viering 2015 Høy

Artikler Førsteforf og tittel	Pichler 2021. <i>Long-Term Effects of the Individual Placement and Support Intervention on Employment Status: 6-Year Follow-Up of a Randomized Controlled Trial</i>
Studie	Design: RCT Land (og tidsperiode for studien): Sveits (2011-2018) Oppfølgingstid: 72 mnd
Deltagere	Antall: 114 Alder: gjennomsnitt 48,75 år (standardavvik 10,59 år) Kjønn: 45,6% menn 54,4% kvinner Problem/sykdom: Personer i yrkesaktiv alder som hadde mottatt invalidepensjon (maksimalt 1 år) på grunn av en psykisk lidelse, og ønsket å gå tilbake til vanlig arbeid,
Tiltak	IPS etter kriterier (<i>Fidelity Scale</i>): "an amended version of the 15-point fidelity scale" (IPS-25).
Kontrolltiltak	Vanlig behandling (treatment as usual (TAU)). Deltagerne i denne gruppa sto fri til å velge andre yrkesrelaterte tjenester for å komme seg ut i jobb, men de ble ikke støttet av en egen jobbveileder i perioden den opprinnelige studien foregikk.
Hvor tiltaket er gitt	Prosjektet ble gjennomført ved det psykiatriske universitetssykehuset i Zürich (Psychiatrische Universitätsklinik (PUK)). Deltagerne fikk gratis jobb-coaching fra en av de fire psykologene i forskergruppen.
Utfallsmål	Ansettelsesstatus Arbeidsmarked (konkurrenseutsatt eller beskyttet) Ansettelsesvarighet (måneder) Arbeidsmengde (timer per uke) Timelønn

Risiko for skjevheter

Område	Vår vurdering	Begrunnelse
Randomisering	Lav risiko	"After having given informed consent the participants were randomly assigned to either IPS or the control group (...). For the purpose of randomization, a list of numbers was created based on a Bernoulli distribution, a form of binomial probability distribution."
Allokering	Uklar risiko	Ikke rapportert: «Each participant was randomized according to that list.»
Blinding av deltagere	Uklar risiko	Ikke rapportert, men antagelig ikke. Data innhentet ved intervju av deltagerne
Blinding av utfallsmål	Uklar risiko	Ikke rapportert
Frafall	Lav risiko	Frafall: 18 % i IPS og 14 % i TAU
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Høy risiko	Signifikant forskjell mellom kontroll- og IPS-gruppe i utdanningsnivå, der 56,9% av IPS-deltagerne hadde fullført grunnskole, men bare 35,5% i kontrollgruppa hadde fullført grunnskole. Ser ikke ut til å ha blitt gjort justeringer for dette i analysene.

Oppfølgingsstudie av Viering 2015: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2015.00237/full>

Reme 2019/Holmås 2021 Lav risiko for hovedutfall, Høy for psykisk helseutfall

Artikler Førsteforf og tittel	Reme 2019: <i>A randomized controlled multicenter trial of individual placement and support for patients with moderate-to-severe mental illness</i> Holmås 2021 <i>Regular employment for people with mental illness – An evaluation of the individual placement and support programme</i>
Studie	Design: Multicentre RCT Land (og tidsperiode for studien): Norge (2013 -2014) Oppfølgingstid: 18 mnd i Reme 2019, oppdateres ved 43 mnd i Holmås 2021
Deltagere	Antall: 410 Alder: 35 Kjønn: 50 % kvinner Problem/sykdom: moderat til alvorlig psykisk lidelse Evt. ekstra inklusjonskriterier: ingen
Tiltak	IPS etter kriterier (<i>Fidelity Scale</i>): The IPS-25 Fidelity Scale
Kontrolltiltak	«High quality usual care»
Hvor tiltaket er gitt	Deltagerne ble rekruttert til IPS-sentrene fra regionale primær- og spesialisthelsetjenester. Deltagerne fikk støtte fra en jobbspesialist, og denne støtten var fleksibel og kunne finne sted der deltageren ønsket det.
Utfallsmål	komme i vanlig arbeid psykisk helse livskvalitet

Risiko for skjevheter

Område	Vår vurdering	Begrunnelse
Randomisering	Lav risiko	I Holmås 2021 står det: "At each centre, the person responsible for inclusion ... emailed the participants' project ID number, gender, and year of birth to the research unit. A blinded technician at the research unit carried out the randomization and returned the results..."
Allokering	Lav risiko	Vi tolker fra ovenstående sitat at forsknings-senteret også foretok allokeringen
Blinding av deltagere	Uklar	Deltagerne var ikke blindet, men det er uklart om de visste hvilken gruppe som var tiltaks-gruppe og hvilken som var kontrollgruppe.
Blinding av utfallsmål	Lav risiko for hovedutfall Uklar risiko for psykisk helse-relaterte utfall	Finner ingen rapportering om dette, men for hovedutfallet komme i jobb ble det benyttet registerdata og mange jobbrelevante utfall er forholdsvis objektive. For målingene av psykisk helse er det deltagerne som måler utfallet og de er ikke blindet, men om det kan ha påvirket hvordan de har svart er uklart
Frafall	Lav risiko for hovedutfall Høy risiko for psykisk helse-utfall	Hovedutfall er hentet fra registre For psykisk helse-utfall v 18 mnd (ikke oppdatert i Holmås 2021) besvarte 78/181 i gruppen for vanlig praksis og 112/229 i IPS-gruppen v 12 mnd
Selektiv rapportering	Lav risiko	Ikke kjent
Andre forhold som kan gi skjevheter	Uklar risiko	I Reme 2019 ble 81 deltagere feilaktig inkludert (rapportert i Holmås 2021). Disse var imidlertid ganske likt fordelt i begge grupper og ble fjernet fra datamaterialet i målingene

		<p>ved 43 mnd. Arbeidsrelatererte utfall hentet fra registre.</p> <p>“Two caveats are in place. Duration of effect of intervention programmes is of major importance, and differences between the intervention and control group could dilute over time. For our study, the intervention programme continued as ordinary practice after the trial, with the embargo for the control group participants to cross over and receive the intervention ending one year after completed study inclusion. Also, IPS-inspired services were incrementally promoted across all vocational rehabilitation services in this period and were thus increasingly incorporated into usual care. Both factors could imply that some in the control group at some point received the intervention or similar services. Given a true effect of the intervention, such factors could weaken our observed effect estimates over time. Furthermore, the effect of IPS is likely to be underestimated compared to full-scale implementation since, for ethical reasons, the control group was offered a high-quality version of TAU, i.e., they were prioritized into treatment.»</p>
--	--	---

De Graaf-Zijl 2020

Artikler Førsteforf og tittel	Graaf-Zijl D, Spijkerman M, Zwinkels W. Long-Term Effects of Individual Placement and Support Services for Disability Benefits Recipients with Severe Mental Illnesses. 2020. IZA DP No. 13772. IZA Institute of Labor Economics.	
Studie	Design: Registerbasert kohortstudie Land (og tidsperiode for studien): Nederland (2012 – 2018) Oppfølgingstid: 12 mnd	
Deltagere	Antall: I: 513 C: 22856 Alder: IPS: 35,1; C: 34,9 Kjønn: 65.% menn Problem/sykdom: mottakere av uføretrygd med alvorlig psykisk sykdom Evt. ekstra inklusjonskriterier: Ingen.	
Tiltak	IPS etter kriterier (<i>Fidelity Scale</i>): IPS Supported Employment Fidelity Scale	
Kontrolltiltak	Tradisjonell arbeidsrehabilitering	
Hvor tiltaket er gitt	Psykiatriske institusjoner som tilbød IPS.	
Utfallsmål	Komme i vanlig arbeid (oppfølging ved 6, 18 og 30 måneder) Ansettelse totalt (inkludert vernet arbeidsplass og ubetalte forsøksperioder) Ukentlig arbeidstid (timer) Timelønn Sannsynlighet for å motta uføretrygd Medisinske kostnader	
<i>Risiko for skjevheter</i>		
<i>Område</i>	<i>Vår vurdering</i>	<i>Begrunnelse</i>

Var gruppene (de eksponerte og ikke-eksponerte i kohorten) sammenlignbare i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer?	Lav risiko	"This size allows us to apply exact non-parametric matching in order to form a control group of TVR-recipients that is as similar as possible to the IPS-group."
Var de eksponerte individene representative for en definert befolkningsgruppe/ populasjon?	Høy risiko	Deltagerne er ikke trukket ut tilfeldig. Før matching er det forskjeller mellom gruppene.
Ble den ikke-eksponerte gruppen valgt fra den samme befolkningsgruppen/ populasjonen som de eksponerte?	Lav risiko	Alle deltagerne er hentet fra samme type institusjoner.
Var studien prospektiv?	Høy risiko	Studien er retrospektiv.
Ble eksposisjon og utfall målt likt og pålitelig i de to gruppene?	Lav risiko	Retrospektiv registerstudie.
Ble mange nok personer i kohorten fulgt opp?	Lav risiko	Retrospektiv registerstudie.
Er det utført en frafallsanalyse som redegjør for om de som har falt fra skiller seg fra dem som er fulgt opp?	Uklar risiko	Ikke rapportert.
Var oppfølgingstiden lang nok til å påvise positive og/eller negative utfall?	Lav risiko	Flere måletidspunkter fram til tre år bør være nok til å vurdere om tiltaket har effekt.
Er det tatt hensyn til kjente, mulige forvekslingsfaktorer (konfoundere) i studiens design/og eller analyse?	Uklar risiko	Matching tilsier at man har tatt hensyn til dette, men det er vanskelig å vite om alle relevante faktorer er vurdert.
Er den som vurderte resultatene (endepunktene) blindet for hvem som var eksponert og hvem som ikke var eksponert?	Lav risiko	Dette er en registerstudie, så resultatene er registrert av en person utenfor studien. Ikke oppgitt om den som hentet ut data fra registeret var blindet, men utfallet som var relevant i denne sammenheng var et objektive utfall (kommet i arbeid/ikke kommet i arbeid)

Vedlegg 6: Relevante ekskluderte studier lest i fulltekst

Referanse	Eksklusjonsgrunn
Abraham KM, Yosef M, Resnick SG, Zivin K. Competitive Employment Outcomes Among Veterans in VHA Therapeutic and Supported Employment Services Programs. <i>Psychiatric Services</i> . 2017;68(9):938-46.	Annet studiedesign enn bestemt i inklusjonskriteriene
Baller JB, Blyler CR, Bronnikov S, Xie H, Bond GR, Filion K, et al. Long-Term Follow-Up of a Randomized Trial of Supported Employment for SSDI Beneficiaries With Mental Illness. <i>Psychiatric services (Washington, DC)</i> . 2020;71(3):243-9.	Annet tiltak
Bond GR, Drake RE, Becker DR, Noel VA. Sustaining Individual Placement and Support (IPS) services: the IPS Learning Community. <i>World Psychiatry</i> . 2016;15(1):81-3.	Annet studiedesign
Bond GR, Drake RE, Campbell K. Effectiveness of individual placement and support supported employment for young adults. <i>Early Intervention in Psychiatry</i> . 2016;10(4):300-7.	Annen studiedesign
Bond GR, Al-Abdulmunem M, Ressler DR, Gade DM, Drake RE. A Randomized Controlled Trial of an Employment Program for Veterans Transitioning from the Military: Two-Year Outcomes. <i>Administration & Policy in Mental Health</i> . 2022;49(6):1072-83.	Annet tiltak
Borger C, Marrow J, Drake RE, Taylor J. Characteristics of Enrollees in the Supported Employment Demonstration. <i>Psychiatric services (Washington, DC)</i> . 2021;72(12):1400-6.	Annet studiedesign
Boycott N, Schneider J, McMurrin M. Evaluation of a cognitive-behavioural intervention augmenting individual placement and support. 2016.	Annen studiedesign
Burns AMN, Erickson DH. Adding Cognitive Remediation to Employment Support Services: A Randomized Controlled Trial. <i>Psychiatric Services</i> . 2022:ap-pips202100249.	Annen studiedesign

Carlier BE, Schuring M, Burdorf A. Influence of an Interdisciplinary Re-employment Programme Among Unemployed Persons with Mental Health Problems on Health, Social Participation and Paid Employment. <i>J Occup Rehabil.</i> 2018;28(1):147-57.	Annet tiltak
Christensen TN, Nielsen IG, Nordentoft M, Epløv LF. Vocational outcomes of individual placement and support, cognitive remediation and work-related social skills training for people with severe mental illness in Denmark: results from a randomized controlled trial. <i>Early intervention in psychiatry.</i> 2018;12:51.	Konferansesammendrag
Christensen TN, Wallstrøm IG, Bojesen AB, Nordentoft M, Epløv LF. Predictors of work and education among people with severe mental illness who participated in the Danish individual placement and support study: findings from a randomized clinical trial. <i>Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.</i> 2021;56(9):1669-77.	Andre utfall
Christensen TN, Poulsen CH, Ebersbach BK, Epløv LF. Integrated mental health care and vocational rehabilitation intervention to improve return to work rates for people on sick leave due to common mental and functional disorders (IBBIS-II)-a study protocol for a randomized clinical trial. <i>Trials [Electronic Resource].</i> 2022;23(1):820.	Annen populasjon
Christensen TN, Kruse M, Hellstrøm L, Epløv LF. Cost-utility and cost-effectiveness of individual placement support and cognitive remediation in people with severe mental illness: Results from a randomized clinical trial. <i>European Psychiatry</i> 2020;64(1).	Annen problemstilling
Consulting K. Final report for the evaluation of the Individual Placement and Support Trial. 2019.	Annet studiedesign
Cook JA, Steigman PJ, Swarbrick M, Burke-Miller JK, Laing TB, Vite L, et al. Outcomes of Peer-Provided Individual Placement and Support Services in a Mental Health Peer-Run Vocational Program. <i>Psychiatric Services.</i> 2022:appips20220134.	Annen sammenligning
Drake RE, Becker DR, Dixon L. Supported Employment and Psychiatric Intervention. <i>JAMA psychiatry.</i> 2022;79(11):1053-4.	Annet studiedesign
Dunand N, Golay P, Bonsack C, Spagnoli D, Pomini V. Supported Employment Effectiveness for Personality Disorders Compared to Other Mental Disorders: A Retrospective Study. 2022.	Annet tiltak

Engelbrecht M, Van Niekerk L, Coetzee Z, Hajwani Z. Supported Employment for people with mental disabilities in South Africa : cost calculation of service utilisation. 2017.	Annet tiltak
Erickson D, Whitehurst DGT. Individual Placement and Support Provides Modest Advantages in First Six Months. <i>Early Intervention in Psychiatry</i> . 2016;10:154-5.	Konferansesammendrag
Erickson D, Whitehurst D, Roes M, Digiacomio A. "Individual placement and support" provides advantages for early psychosis clients. <i>Early intervention in psychiatry</i> . 2018;Conference: IEPA 11th International Conference on Early(Supplement 1):209.	Konferansesammendrag
Evensen S, Ueland T, Lystad JU, Bull H, Klungsoyr O, Martinsen EW, et al. Employment outcome and predictors of competitive employment at 2-year follow-up of a vocational rehabilitation programme for individuals with schizophrenia in a high-income welfare society. <i>Nord J Psychiatry</i> . 2017;71(3):180-7.	Annet tiltak
Evensen S, Wisloff T, Lystad JU, Bull H, Martinsen EW, Ueland T, et al. Exploring the potential cost-effectiveness of a vocational rehabilitation program for individuals with schizophrenia in a high-income welfare society. <i>BMC Psychiatry</i> . 2019;19(1):140.	Annet tiltak
Falkum E, Klungsoyr O, Lystad JU, Bull HC, Evensen S, Martinsen EW, et al. Vocational rehabilitation for adults with psychotic disorders in a Scandinavian welfare society. <i>BMC Psychiatry</i> . 2017;17(1):24.	Annet tiltak
Ferguson Kristin M. Nonvocational Outcomes From a Randomized Controlled Trial of Two Employment Interventions for Homeless Youth. <i>Research on Social Work Practice</i> . 2018;28(5):603-18.	Ikke bruk av fidelity-skala
Ferguson Kristin M. Employment Outcomes From a Randomized Controlled Trial of Two Employment Interventions With Homeless Youth. <i>Journal of the Society for Social Work and Research</i> . 2018;9(1):1.	Ikke bruk av fidelity-skala
Fure S, Howe E, Roe C, Hellstrom T, Nordenmark TH, Ugelstad H, et al. Combined Cognitive and Vocational Intervention After Mild-To-Moderate TBI: baseline Characteristics. <i>Archives of physical medicine and rehabilitation</i> . 2019;100(10):e18-.	Konferansesammendrag
Glynn SM, Marder SR, Noordsy DL, O'Keefe C, Becker DR, Drake RE, et al. An RCT Evaluating the Effects of Skills Training and Medication Type on Work Outcomes	Annet tiltak

Among Patients With Schizophrenia. <i>Psychiatric Services</i> . 2017;68(3):271-7.	
Gudbrandsdottir RK, Ingimarsson O. [Functional recovery after first episode psychosis rehabilitation in an early intervention psychosis center in Iceland]. <i>Laeknabladid</i> . 2022;108(6):288-97.	Annet studiedesign
Hegelstad WT, Joa I, Heitmann L, Johannessen JO, Langeveld J. Job- and schoolprescription: A local adaptation to individual placement and support for first episode psychosis. <i>Early Intervention in Psychiatry</i> . 2019;13(4):859-66.	Annen sammenligning
Hellström L, Madsen T, Nordentoft M, Bech P, Eplov LF. Trajectories of Return to Work Among People on Sick Leave with Mood or Anxiety Disorders: secondary Analysis from a Randomized Controlled Trial. <i>J Occup Rehabil</i> . 2018;28(4):666-77.	Andre utfall
Hellstrom L, Kruse M, Christensen TN, Wolf RT, Eplov LF. Cost-effectiveness analysis of a supported employment intervention for people with mood and anxiety disorders in Denmark - the IPS-MA intervention. <i>Nord J Psychiatry</i> . 2021;75(5):389-96.	Annen sammenligning
Hoff A. Testing a new model, integrating mental health care with IPS (individual placement and support), in common mental disorders: 1200+patients in a randomized controlled trial. <i>European Psychiatry</i> . 2019;56:S411-S.	Konferansesammendrag
Hoff A, Fisker J, Poulsen RM, Hjorthøj C, Rosenberg NK, Nordentoft M, et al. Integrating vocational rehabilitation and mental healthcare to improve the return-to-work process for people on sick leave with stress-related disorders: results from a randomized trial. <i>Scandinavian journal of work, environment & health</i> . 2022;48(5):361-71.	Annet tiltak
Hoff A, Poulsen RM, Fisker J, Hjorthøj C, Rosenberg N, Nordentoft M, et al. Integrating vocational rehabilitation and mental healthcare to improve the return-to-work process for people on sick leave with depression or anxiety: results from a three-arm, parallel randomised trial. <i>Occupational and environmental medicine</i> . 2022;79(2):134-42.	Annen populasjon
Hoven H, Ford R, Willmot A, Hagan S, Siegrist J. Job Coaching and Success in Gaining and Sustaining Employment Among Homeless People. <i>Research on Social Work Practice</i> . 2016;26(6):668-74.	Annet tiltak

Howe EI, Langlo KPS, Terjesen HCA, Roe C, Schanke AK, Soberg HL, et al. Combined cognitive and vocational interventions after mild to moderate traumatic brain injury: study protocol for a randomized controlled trial. <i>Trials</i> . 2017;18.	Annen populasjon
Howe EI, Fure SCR, Lovstad M, Enehaug H, Sagstad K, Hellstrom T, et al. Effectiveness of Combining Compensatory Cognitive Training and Vocational Intervention vs. Treatment as Usual on Return to Work Following Mild-to-Moderate Traumatic Brain Injury: Interim Analysis at 3 and 6 Month Follow-Up. <i>Frontiers in neurology [electronic resource]</i> . 2020;11:561400.	Annen populasjon
Howe EI, Andelic N, Fure SCR, Røe C, Sjøberg HL, Hellstrøm T, et al. Cost-effectiveness analysis of combined cognitive and vocational rehabilitation in patients with mild-to-moderate TBI: results from a randomized controlled trial. <i>BMC health services research</i> . 2022;22(1):185.	Annen populasjon
Ikebuchi E, Sato S, Yamaguchi S, Shimodaira M, Taneda A, Hatsuse N, et al. Does improvement of cognitive functioning by cognitive remediation therapy effect work outcomes in severe mental illness? A secondary analysis of a randomized controlled trial. <i>Psychiatry & Clinical Neurosciences</i> . 2017;71(5):301-8.	Annet tiltak
Jones N. Efficacy of Individual Placement and Support in Early Psychosis Programs. <i>American Journal of Occupational Therapy</i> . 2021;75.	Annet studiedesign
Jorgensen-Smith T, Dillahunt-Aspillaga C, Ching D. ACCESS Intervention: enhancing Employment Outcomes for Individuals with Complex Disabilities. <i>Archives of physical medicine and rehabilitation</i> . 2019;100(10):e38-.	Konferansesammendrag
Juurlink TT, Lamers F, van Marle HJF, Zwinkels W, Spijkerman MA, Beekman ATF, et al. Individual placement and support and employment in personality disorders: a registry based cohort study. <i>Bmc Psychiatry</i> . 2022;22(1).	Annen problemstilling
Khalifa N, Talbot E, Barber S, Schneider J, Bird Y, Attfield J, et al. A Feasibility Cluster Randomized Controlled Trial of Individual Placement and Support (IPS) for Patients With Offending Histories. <i>Frontiers in Psychiatry</i> . 2020;10.	Annen problemstilling
Kern RS, Reddy LF, Horan WP, Glynn SM, Stigers PJ, Sugar CA, et al. Social Cognition and Social Problem Solving Skills Training to Improve Job Functioning and Tenure in	Annen problemstilling

Veterans With Psychotic Disorders. <i>Psychiatr Rehabil J.</i> 2022;45(3):291-8.	
LePage JP, Crawford AM, Martin WB, Ottomanelli L, Cipher D, Rock A, et al. The Association Between Time Incarcerated and Employment Success: Comparing Traditional Vocational Services With a Hybrid Supported Employment Program for Veterans. <i>Psychiatr Rehabil J.</i> 2021;44(2):142-7.	Annen sammenligning
LePage JP, Lewis AA, Crawford AM, Parish JA, Ottomanelli L, Washington EL, et al. Incorporating Individualized Placement and Support Principles Into Vocational Rehabilitation for Formerly Incarcerated Veterans. <i>Psychiatric Services.</i> 2016;67(7):735-42.	Annen sammenligning
LePage JP, Martin WB, Crawford AM, Rock A, Parish J, J A, et al. Individualized Placement and Support Supported Employment for Justice-involved Homeless and Unemployed Veterans. <i>Medical Care.</i> 2021;59(Suppl 2):S195-S8.	Annen sammenligning
Lidén E, Alstersjö K, Gurné FL, Fransson S, Bergbom I. Combining garden therapy and supported employment - a method for preparing women on long-term sick leave for working life. <i>Scandinavian journal of caring sciences.</i> 2016;30(2):411-8.	Annet tiltak
Lindholdt L, Labriola M, Nielsen CV, Horsbol TA, Lund T. Sequence analysis to assess labour market participation following vocational rehabilitation: an observational study among patients sick-listed with low back pain from a randomised clinical trial in Denmark. <i>BMJ Open.</i> 2017;7(7):e015661.	Annen populasjon
Lovstad M, Ugelstad H, Spjelkavik O, Roe C, Schanke AK, Terjesen HCA, et al. The effect evaluation of combined cognitive and vocational interventions after mild-to-moderate traumatic brain injury: a randomized controlled trial and qualitative process evaluation-presentation of a study protocol. <i>Brain injury.</i> 2017;31(6-7):799-800.	Konferansesammendrag
Lystad JU, Falkum E, Haaland VO, Bull H, Evensen S, McGurk SR, et al. Cognitive remediation and occupational outcome in schizophrenia spectrum disorders: A 2 year follow-up study. <i>Schizophr Res.</i> 2017;185:122-9.	Annet tiltak
Maru M, Rogers ES, Nicolellis D, Legere L, Placencio-Castro M, Magee C, et al. Vocational peer support for adults with psychiatric disabilities: Results of a randomized trial. <i>Psychiatr Rehabil J.</i> 2021;44(4):327-36.	Annet tiltak

McQueen J, Allan J. Evaluation of an occupational therapy led employment programme for individuals with severe and enduring mental health conditions using the individual placement support model. <i>British Journal of Occupational Therapy</i> . 2018;81:81-2.	Konferansesammendrag
Metcalf J, Drake RE, Bond G. The Use of Standardized Discharge in IPS Supported Employment Programs. <i>Psychiatric Services</i> . 2018;69(4):476-8.	Annet tiltak
McGurk SR, Mueser KT, Watkins MA, Dalton CM, Deutsch H. The feasibility of implementing cognitive remediation for work in community based psychiatric rehabilitation programs. <i>Psychiatr Rehabil J</i> . 2017;40(1):79-86.	Annet studiedesign
Nuechterlein K, Subotnik K, Ventura J, Turner L, Becker D, Drake R. The complementary roles of cognition and supported education/ employment in the early course of schizophrenia. <i>Schizophrenia bulletin</i> . 2019;45:S189-.	Konferansesammendrag
Nuechterlein KH, Ventura J, Subotnik KL, Gretchen-Doorly D, Turner LR, Casaus LR, et al. A randomized controlled trial of cognitive remediation and long-acting injectable risperidone after a first episode of schizophrenia: improving cognition and work/school functioning. <i>Psychological Medicine</i> . 2022;52(8):1517-26.	Annen sammenligning
Porter S, Bejerholm U. The effect of individual enabling and support on empowerment and depression severity in persons with affective disorders: outcome of a randomized control trial. <i>Nord J Psychiatry</i> 2018;72(4):259-67.	Annet tiltak
Poulsen R, Hoff A, Fisker J, Hjorthøj C, Epløv LF. Integrated mental health care and vocational rehabilitation to improve return to work rates for people on sick leave because of depression and anxiety (the Danish IBBIS trial): study protocol for a randomized controlled trial. <i>Trials</i> . 2017;18(1):578.	Annet tiltak
Poulsen R, Fisker J, Hoff A, Hjorthøj C, Epløv LF. Integrated mental health care and vocational rehabilitation to improve return to work rates for people on sick leave because of exhaustion disorder, adjustment disorder, and distress (the Danish IBBIS trial): study protocol for a randomized controlled trial. <i>Trials</i> . 2017;18(1):579.	Annet tiltak
Poulsen CH, Christensen TN, Madsen T, Nordentoft M, Epløv LF. Trajectories of Vocational Recovery Among Persons with Severe Mental Illness Participating in a Randomized Three-Group Superiority Trial of Individual	Annen problemstilling

Placement and Support (IPS) in Denmark. <i>J Occup Rehabil.</i> 2022;32(2):260-71.	
Rosenheck R, Mueser KT, Sint K, Lin H, Lynde DW, Glynn SM, et al. Supported employment and education in comprehensive, integrated care for first episode psychosis: Effects on work, school, and disability income. <i>Schizophr Res.</i> 2017;182:120-8.	Annen sammenligning
Rossler W, Kawohl W, Nordt C, Haker H, Rusch N, Hengartner MP. "Placement Budgets" for Supported Employment-Impact on Quality of Life in a Multicenter Randomized Controlled Trial. <i>Frontiers in Psychiatry.</i> 2018;9.	Annen problemstilling
Rossler W, Kawohl W, Nordt C, Haker H, Rusch N, Hengartner MP. 'Placement budgets' for supported employment: impact on employment rates in a multicentre randomised controlled trial. <i>Br J Psychiatry.</i> 2020;216(6):308-13.	Annen problemstilling
Schneider J, Akhtar A, Boycott N, Guo BL, Latimer E, Cao ZR, et al. Individual placement and support versus individual placement and support enhanced with work-focused cognitive behaviour therapy: Feasibility study for a randomised controlled trial. <i>British Journal of Occupational Therapy.</i> 2016;79(5):257-69.	Annen sammenligning
Schniedermann I, Dehn LB, Micheel S, Beblo T, Driessen M, St ABPG. Evaluation of a supported education and employment program for adolescents and young adults with mental health problems: A study protocol of the StAB project. <i>Plos One.</i> 2022;17(7).	Annet studiedesign
Smith MJ, Smith JD, Fleming MF, Jordan N, Oulvey EA, Bell MD, et al. Enhancing individual placement and support (IPS) - Supported employment: A Type 1 hybrid design randomized controlled trial to evaluate virtual reality job interview training among adults with severe mental illness. <i>Contemporary Clinical Trials.</i> 2019;77:86-97.	Annet tiltak
Smith TJ, Ching D, Weston A, Dillahunt-Aspillaga CJ. Achieving competitive, customized employment through specialized services (ACCESS). <i>Journal of Vocational Rehabilitation.</i> 2019;50(3):249-58.	Annet tiltak
Sutton BS, Ottomanelli L, Njoh E, Barnett S, Goetz L. Economic evaluation of a supported employment program for veterans with spinal cord injury. <i>Disability and Rehabilitation.</i> 2020;42(10):1423-9.	Annen problemstilling

Sveinsdottir V, Jacobsen HB, Ljosaa TM, Linnemorken LTB, Knutzen T, Ghiasvand R, et al. The Individual Placement and Support (IPS) in Pain Trial: A Randomized Controlled Trial of IPS for Patients with Chronic Pain Conditions. <i>Pain Medicine</i> . 2022;23(10):1757-66.	Annen populasjon
Sveinsdottir V. Supported Employment and preventing Early Disability (SEED). 2019.	Konferansesammendrag
Teixeira C, Mueser KT, Rogers ES, McGurk SR. Job Endings and Work Trajectories of Persons Receiving Supported Employment and Cognitive Remediation. <i>Psychiatric Services</i> . 2018;69(7):812-8.	Annen sammenligning
Twamley EW, Thomas KR, Burton CZ, Vella L, Jeste DV, Heaton RK, et al. Compensatory cognitive training for people with severe mental illnesses in supported employment: A randomized controlled trial. <i>Schizophr Res</i> . 2019;203:41-8.	Annen sammenligning
Walker-Bone K. Is it possible to get people unemployed through chronic pain back to work? <i>Rheumatology (united kingdom)</i> . 2019;58:iii17-.	Konferansesammendrag
Walker-Bone K, Fraser SD, Price C, Maguire N, Cooper C, Madan I, et al. A pilot trial investigating the feasibility of a future randomised controlled trial of Individualised Placement and Support for people unemployed with chronic pain recruiting in primary care. <i>Primary Health Care Research and Development</i> . 2022;23.	Annen problemstilling
Wienert J, Bethge M. [Work-Related Medical Rehabilitation in Cancer Rehabilitation - Short-Term Results from a Cluster-Randomized Multicenter-Trial]. <i>Rehabilitation</i> . 2019;58(3):181-90.	Annet tiltak
Whitworth A. The economic case for well-considered investment in health-related employment support: Costs and savings of alternative modified Individual and Placement Support (IPS) models. <i>Disability and Health Journal</i> . 2018;11(4):568-75.	Annen problemstilling
Zack O, Melamed S, Silber H, Cinamon T, Levy D, Moshe S. The Effectiveness of Case-management Rehabilitation Intervention in Facilitating Return to Work and Maintenance of Employment After Myocardial Infarction: Results of a Randomized Controlled Trial. <i>Clinical Rehabilitation</i> . 2022;36(6):753-66.	Annet tiltak
Yamaguchi S, Sato S, Horio N, Yoshida K, Shimodaira M, Taneda A, et al. Cost-effectiveness of cognitive remediation and supported employment for people with mental	Annet tiltak

illness: a randomized controlled trial. <i>Psychological Medicine</i> . 2017;47(1):53-65.	
Zürcher SJ, Zürcher M, Burkhalter M, Richter D. Job Retention and Reintegration in People with Mental Health Problems: A Descriptive Evaluation of Supported Employment Routine Programs. <i>Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research</i> . 2023;50(1):128-36.	Annet studiedesign
Overland S, Grasdahl AL, Reme SE. Long-term effects on income and sickness benefits after work-focused cognitive-behavioural therapy and individual job support: a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. <i>Occup Environ Med</i> . 2018;75(10):703-8.	Annet tiltak
Aasdahl L, Fimland MS. Work-focused rehabilitation - early intervention is not necessarily better. <i>Tidsskrift for Den Norske Lægeforening</i> . 2019;139(4):26.	Annen problemstilling

Vedlegg 7: Pågående studier

Studie

Actrn. A clinical trial about the effectiveness of a supported employment linkage intervention for people with schizophrenia admitted to an adult mental health unit who want to work. <https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-01866120/full>. 2016.

Busschbach JT. A randomised controlled trial of the cost-effectiveness of individual placement and support in six European countries [EQOLISE] [ISRCTN15173187]. *controlled-trials.com* 2005.

Chanen AM, Nicol K, Betts JK, Bond GR, Mihalopoulos C, Jackson HJ, et al. Individual Vocational and Educational Support Trial (INVEST) for young people with borderline personality disorder: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 2020;21(1).

Christensen TN, Nielsen IG, Stenager E, Morthorst BR, Lindschou J, Nordentoft M, et al. Individual Placement and Support supplemented with cognitive remediation and work-related social skills training in Denmark: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials [Electronic Resource]* 2015;16:280.

Institute for Employment Studies. Health-led Trial [lest 10. februar 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.employment-studies.co.uk/project/health-led-trial>

Hamilton IS, Schneider J, Kane E, Jordan M. Employment of ex-prisoners with mental health problems, a realistic evaluation protocol. *BMC Psychiatry* 2015;15:185.

Hellstrom L, Bech P, Nordentoft M, Lindschou J, Eplov LF. The effect of IPS-modified, an early intervention for people with mood and anxiety disorders: study protocol for a randomised clinical superiority trial. *Trials [Electronic Resource]* 2013;14:442.

Hussenoeder FS, Koschig M, Conrad I, Guhne U, Pabst A, Kuhne SE, et al. Leipzig-Individual Placement and Support for people with mental illnesses (LIPSY): study protocol of a randomized controlled trial. *Bmc Psychiatry*. 2021;21(1).

Isrctn. Individual and placement support for alcohol and drug dependence. <https://trialssearchwho.int/Trial2.aspx?TrialID=ISRCTN24159790>. 2018.

Kawohl W, Moock J, Heuchert S, Rossler W. Job Maintenance by Supported Employment: An Overview of the "Supported Employment Plus" Trial. *Frontiers in Public Health* 2015;3:140.

Killackey E, Allott K, Cotton SM, Jackson H, Scutella R, Tseng YP, et al. A randomized controlled trial of vocational intervention for young people with first-episode psychosis: method. *Early intervention in psychiatry* 2013;7(3):329-337.

Marsden J, Anders P, Clark H, Colocassis K, Eastwood B, Knight J, et al. Protocol for a multi-centre, definitive randomised controlled trial of the effectiveness of Individual Placement and Support for employment support among people with alcohol and drug dependence. *Trials*. 2020;21(1):167.

Nct. Individual Placement and Support and/or Cognitive Remediation Therapy Added to TAU in Patients With Early Schizophrenia. <https://clinicaltrials.gov/show/NCT03974620>. 2019.

Nct. Together in Recovery With Veterans Through Employment. <https://clinicaltrials.gov/show/NCT05388812>. 2022.

Nordt C, Brantschen E, Kawohl W, Bartsch B, Haker H, Rusch N, et al. 'Placement budgets' for supported employment-Improving competitive employment for people with mental illness: Study protocol of a multicentre randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* Vol 12 Oct 2012, ArtID 165 2012;12.

Rognli EB, Aas EM, Drake RE, Marsden J, Anders P, Bond GR, et al. The effect evaluation of Individual Placement and Support (IPS) for patients with substance use disorders: study protocol for a randomized controlled trial of IPS versus enhanced self-help. *Trials*. 2021;22(1).

Sipila N, Appelqvist-Schmidlechner K. The finnish Individual Placement and Support (IPS) evaluation study protocol (2020-2023). *Nord J Psychiatry*. 2021;75:S27-S.

Suijkerbuijk YB, Verbeek JH, van Mechelen J, Ojajärvi A, Anema JR, Corbiere M, Schaafsma FG. Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 9.

Sveinsdottir V, Lovvik C, Fyhn T, Monstad K, Ludvigsen K, Overland S, et al. Protocol for the effect evaluation of Individual Placement and Support (IPS): a randomized controlled multicenter trial of IPS versus treatment as usual for patients with moderate to severe mental illness in Norway. *BMC Psychiatry* 2014;14:307.

Viering S, Bartsch B, Obermann C, Rusch N, Rossler W, Kawohl W. The effectiveness of individual placement and support for people with mental illness new on social benefits: a study protocol. *BMC Psychiatry* 2013;13:195.

Vedlegg 8: Gradering av tillit til dokumentasjonen med GRADE

Forfattere: Forsetlund L, Hval G, Smedslund G, Bergsund HB

Spørsmål: Hva er effekten av individuell jobbstøtte (IPS) sammenlignet med annet tiltak for personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser, på utfallene komme i vanlig arbeid, tid i arbeid, inntekt og for livskvalitet?

Setting: Psykisk helsevern og sosiale tjenester

Vurdering av tillitt							Antall deltakere		Effekt		Tillitt
Antall studier	Studiedesign	Systematiske skjevheter	Konsistens	Direkthet	Presisjon	Andre hensyn	IPS	Kontroll	Relativ (95% KI)	Absolutt (95% KI)	

Komme i vanlig arbeid

29	randomiserte studier	alvorlig ^a	alvorlig ^b	ikke alvorlig	ikke alvorlig	Ingen	1278/2441 (52,4%)	708/2378 (29,8%)	RR 2,06 (1,74 til 2,45)	316 mer per 1 000 (fra 220 mer til 432 mer)	⊕⊕○○ Lav
----	----------------------	-----------------------	-----------------------	---------------	---------------	-------	----------------------	---------------------	-----------------------------------	---	-------------

Inntekt

13	randomiserte studier	alvorlig ^a	ikke alvorlig	ikke alvorlig	ikke alvorlig	ingen	1058	1075	-	SMD 0,25 høyere	⊕⊕⊕○ Moderat
----	----------------------	-----------------------	---------------	---------------	---------------	-------	------	------	---	------------------------	-----------------

											(0,12 høyere til 0,37 høyere)	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------------------------	--

Tid i arbeid

21	randomsier-te studier	alvorlig ^a	alvorlig ^a	ikke alvorlig	ikke alvorlig	ingen	1718	1686	-	SMD 0,63 høyere (0,38 høyere til 0,89 høyere)	⊕⊕○○ Lav
----	-----------------------	-----------------------	-----------------------	---------------	---------------	-------	------	------	---	---	-------------

Livskvalitet

7	randomsier-te studier	alvorlig ^a	ikke alvorlig	ikke alvorlig	ikke alvorlig	ingen	691	639	-	SMD 0,17 høyere (0,05 høyere til 0,28 høyere)	⊕⊕⊕○ Moderat
---	-----------------------	-----------------------	---------------	---------------	---------------	-------	-----	-----	---	---	-----------------

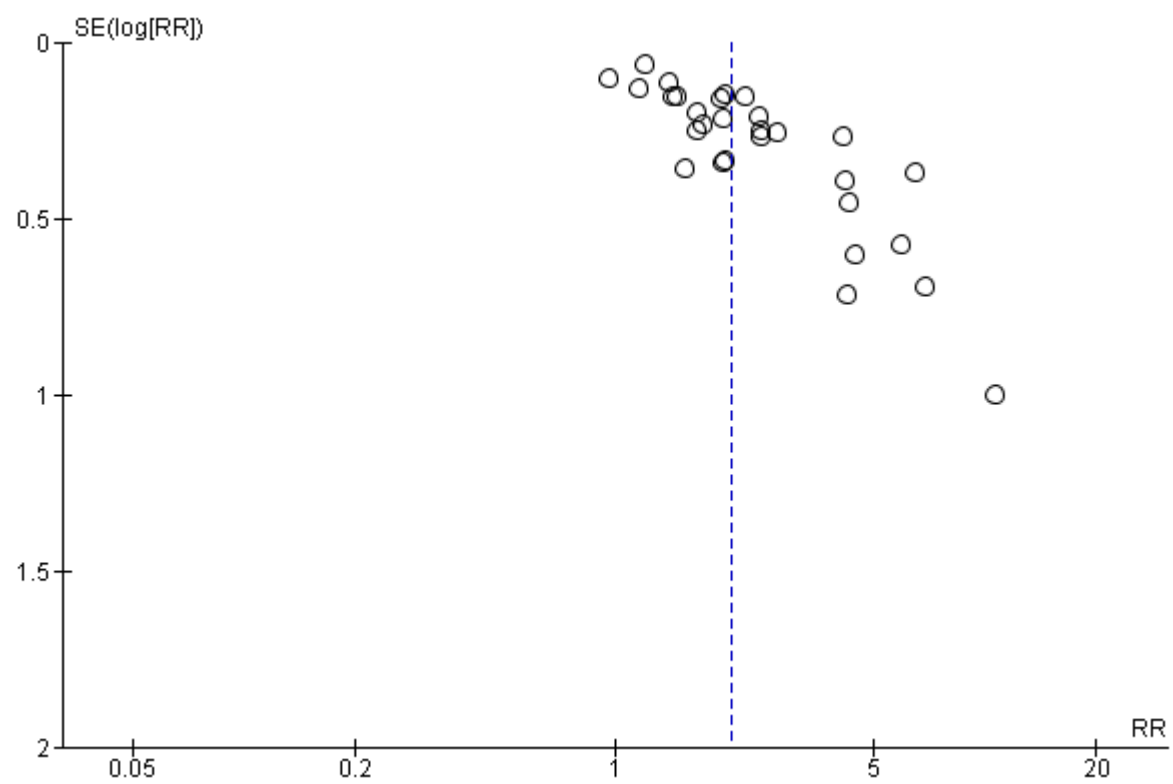
KI: konfidensintervall; RR: relativ risiko; SGF: standardisert gjennomsnittlig forskjell

Forklaringer

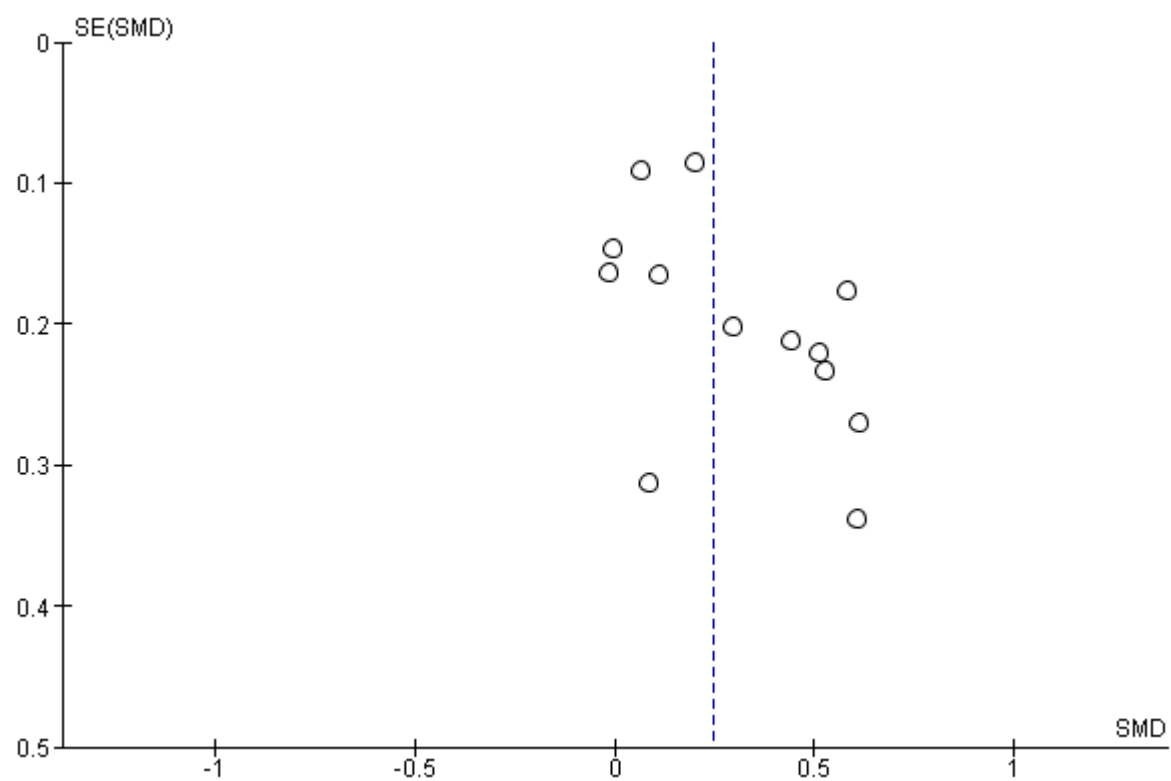
- a. Mange studier med uklar risiko for systematiske skjevheter (uklar allokeringprosedyre og blinding av deltakere)
- b. Inkonsistens/heterogenitet 80-90%

Vedlegg 9: Funnel plots for å vurdere risiko for publiseringskjevhet

Funnel plottene nedenfor er til dels asymmetriske. Dette kan være tegn på publiseringskjevhet, men kan også ha andre årsaker. De inkluderte studiene har vært et samarbeid hvor flere institusjoner innenfor helse og sosial deltar. Vi tror derfor at resultatene ville ha blitt rapportert uansett resultat. De kan imidlertid være publisert som grå litteratur og som vi ikke har funnet. Vi har valgt å ikke trekke ned vår tillit til dokumentasjonen på grunn av risiko for publiseringskjevhet, men andre forskningsgrupper kunne ha valgt å gjøre det.



Figur 1, vedlegg 8. Komme i arbeid



Figur 2, vedlegg 8. Inntekt

Utgitt av Folkehelseinstituttet

Mars 2023

Postboks 4404 Nydalen

NO-0403 Oslo

Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra

Folkehelseinstituttets nettsider

www.fhi.no