

Effektevaluering av Jobbmestrende Oppfølging (JMO)

Kognitiv atferdsterapi og kognitiv
trening i arbeidsrehabilitering for
personer med psykoselidelser

FORORD

Oslo Universitetssykehus har gjennomført en forskningsbasert effektevaluering av FoU- prosjektet Jobbmestrende Oppfølging: Arbeidsrehabilitering for personer med psykoselidelser (JMO). Evalueringen er utført på oppdrag fra HelseDirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet og er finansiert gjennom Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007-2012), og videreført gjennom Oppfølgingsplanen for arbeid og psykisk helse (2013 – 2016).

Forskningsprosjektet er gjennomført av forskningsgruppen ved Oslo universitetssykehus under ledelse av professor Erik Falkum, Seksjon for behandlingsforskning, Avdeling for forskning og utvikling, Klinikk psykisk helse og avhengighet og seniorforsker Torill Ueland, NORMENT, K.G. Jebsen Senter for Psykoseforskning.

Det er tidligere levert to delrapporter fra prosjektet. Den første ble oversendt HelseDirektoratet og Arbeids- og

velferdsdirektoratet den 8. februar 2013, og inneholdt foreløpige effektanalyser for perioden fra oppstart til endt intervensjon. Den andre delrapporten redegjorde for deltakernes utvikling fra intervensjonens avslutning til etterundersøkelsen to år etter oppstart i prosjektet. Denne delrapporten ble oversendt HelseDirektoratet og Arbeids- og Velferdsdirektoratet den 2. mai 2014.

Sluttrapporten presenterer de endelige resultatene av effektevalueringen av JMO. Den inkluderer også utdrag fra den kvalitative følgeevalueringen som ble gjennomført av SINTEF med hovedvekt på implementeringen og gjennomføringen av JMO. Videre inneholder rapporten en tentativ kost-nytte analyse. For den endelige kost-nytte analysen avventer vi sammensatte registerdata, som dessverre ikke lot seg framskaffe innen tidsfristen. Den endelige kost-nytte analysen vil bli ettersendt som vedlegg til denne rapporten.

Oslo, februar 2015

Erik Falkum
Stig Evensen

Torill Ueland
Helen Bull

June Lystad

Takk til alle våre samarbeidspartnere i de lokale prosjektgruppene for deres utrettelige innsats for deltakerne og med innsamling av data gjennom hele prosjektperioden:

Sørlandet Sykehus, Distriktpsykiatrisk senter Solvang
NAV Vest – Agder
Varodd AS
Kjøkkenservice Industrier AS (KSI: Kompetanse – Service – Inspirasjon)

Sykehuset Telemark, Distriktpsykiatrisk senter Nedre Telemark
NAV Telemark
Grep (Kompetanseutvikling Grenland) AS

Vestre Viken HF, Drammen Distriktpsykiatriske senter
NAV Buskerud
Fretex Drammen

Diakonhjemmet sykehus, Voksenpsykiatrisk Avdeling Vinderen
NAV Oslo
Unikum AS
Sens AS
Itas amb AS

Sykehuset Innlandet HF, Distriktpsykiatrisk senter Gjøvik
NAV Oppland
Hadeland Produkter AS

Helse Nord – Trøndelag HF, Psykiatrisk klinikk - Sykehuset Levanger og Sykehuset Namsos
NAV Nord – Trøndelag
Innherred Produkter AS
Midt – Namdal Vekst

Vi vil også spesielt takke alle deltakerne som har bidratt til ny kunnskap om hva som kan hjelpe personer med psykoselidelser ut i arbeidslivet; og til slutt Hilde Kristin Weng i Arbeids- og Velferdsdirektoratet, Vibeke Meyer Schjelderup og Karin Gravbrøt i HelseDirektoratet for godt samarbeid gjennom etableringen og gjennomføringen av prosjektet.

INNHOOLD

FORORD	2
SAMMENDRAG	7
Bakgrunn	7
Evaluering av JMO	7
Om JMO - prosjektene	8
Intervensjonene	8
Rekruttering til JMO	9
Andel som kommer i arbeid	9
Symptomer og kognitiv funksjon	10
Samfunnsøkonomisk lønnsomhet	10
Erfaringer fra JMO	11
1. PROSJEKTETS BAKGRUNN	12
1.1 Arbeid som kilde til helse og identitet	12
1.2 Sårbarhet og stress ved schizofreni	13
1.3 Rehabilitering og psykososial behandling ved schizofreni	13
1.3.1 Kognitiv atferdsterapi	13
1.3.2 Kognitiv trening	14
1.4 Arbeidsrehabilitering ved schizofreni	16
2. JOBBMESTRENDE OPPFØLGING (JMO): MÅL, ORGANISERING OG SAMARBEID	18
2.1 Mål	18
2.2 Organisering	19
2.3 Design	19
2.4 Samarbeid med pasientens behandler	20
2.5 Forskningsgruppen	20

2.6 Deltakere	21
2.6.1 Deltakere i JMO-intervensjonen.....	21
2.6.2 Sammenligningsgruppe	22
2.7 Utredning	23
2.8 Intervensjonene	24
2.8.1 Felleselementer i de to intervensjonene.....	24
Felles undervisning	24
Veiledning.....	24
Arbeidskonsulentenes rolle.....	24
2.8.2 Intervensjon 1: arbeidsrehabilitering med metoder fra kognitiv atferdsterapi	25
2.8.3 Intervensjon 2: Arbeidsrehabilitering med kognitiv trening	26
3. RESULTATER	28
3.1 Arbeidsaktivitet	28
3.2 Inntektskilder	29
3.3 Arbeidsomfang	31
3.4 Sammenligning av intervensjonsgruppene	31
3.5 Helse og kognisjon.....	31
3.5.1 Symptomtrykk	31
3.5.2 Kognitiv funksjon	33
4. NYTTE – KOSTNAD.....	37
4.1 Kostnader ved schizofreni i Norge.....	37
4.2 Samfunnsøkonomisk analyse	38
4.2.1 Metode	38
4.2.2 Resultater	40
5. DISKUSJON	42
5.1 Andel i arbeid	42
5.1.1 Betydningen av kontinuerlig støtte	42

5.1.2 JMO og IPS.....	42
5.1.3 Sammenligning av de to intervensjonene	43
5.2 Symptomtrykk.....	44
5.3 Kognitiv funksjon.....	45
5.4 Frafall.....	45
5.5 JMO som utviklingsprosjekt	46
5.5.1 Samarbeidet mellom deltaker og arbeidskonsulent	46
5.5.2 Samarbeidet mellom NAV og helse	47
5.5.3 De spesifikke intervensjonenes betydning for samarbeidet	48
5.6 To deltakervignetter.....	49
5.6.1 I full jobb med stemmer i hodet.....	49
5.6.2 Kaptein på egen skute	50
5.7 Begrensninger	51
5.7.1 Kontrollgruppe	51
5.7.2 Utvalgsriterier	52
5.7.3 Multisenterstudie	52
5.8 Videre studier og tiltak	52
5.8.1 Oppfølgingsundersøkelser	52
5.8.2 Fra prosjekt til drift.....	53
5.8.3 Eksterne barrierer	53
6. REFERANSER	55
VEDLEGG	60
Resultater med statistiske analyser	60

SAMMENDRAG

BAKGRUNN

Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999 – 2008) påpekte betydningen av deltakelse i arbeidslivet for personer med psykiske lidelser. Det viste seg likevel at kun et fåtall av de med schizofrenidiagnoser var i arbeid, og ordinære arbeidsmarkedstiltak var i liten grad effektive når det gjaldt å hjelpe denne gruppen ut i arbeidslivet. For å bidra til økt sysselsetting blant personer med psykiske lidelser ble det etablert en Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007-2012). Jobbmestrende Oppfølging (JMO) ble etablert som et forsknings- og utviklingsprosjekt i regi av denne strategiplanen, og hadde som mål at flere personer med alvorlige og langvarige psykiske lidelser skal komme i arbeid, og å etablere gode samarbeidsmodeller og felles kunnskap om arbeidets betydning for den psykiske helsen. Prosjektet er videreført under Oppfølgingsplanen for arbeid og psykisk helse (2013 – 2016)

JMO var det første arbeidsrettede tiltaket for personer med psykoselidelser som er blitt effektevaluert i Norge. Internasjonalt

finnes det flere studier som viser god effekt av individuelt tilpasset oppfølging på ordinære arbeidsplasser for personer med alvorlige psykiske lidelser (Individual Placement and Support). I disse studiene er oppfølgingen i forhold til arbeid organisert inn i helsetjenestene, mens vi i Norge har en deling av tjenester mellom spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten, NAV og arbeidsmarkedsbedrifter. Denne delingen utgjør en fare for fragmentering av tilbudet til personer med behov for koordinerte tjenester. JMO ble utviklet med tanke på å motarbeide fragmentering og utvikle gode samarbeids- og oppfølgingsmodeller.

EVALUERING AV JMO

JMO ble etablert og gjennomført i seks prosjektfylker. Oslo Universitetssykehus fikk i oppdrag å gjennomføre en effektevaluering av JMO. I tillegg har SINTEF gjennomført en kvalitativ intervjubasert evaluering av prosjektet med hovedvekt på implementering og gjennomføring. Det gjennomføres også en kostnadseffektivitetsanalyse av JMO.

Evalueringen er finansiert av HelseDirektoratet. Formålet med den forskningsbaserte evalueringen er å undersøke i hvilken grad arbeidsrehabilitering kombinert med kognitiv atferdsterapeutisk metode eller kognitiv trening fører til økt sysselsetting blant personer med psykoselidelser sammenlignet med vanlig oppfølging (treatment as usual), og om oppfølgingen fører til endringer i deltakernes psykiske helse (symptomer) og kognitive fungering.

Effektevalueringen er basert på datainnsamling og utredning gjort ved inklusjon i prosjektet (pretest), ved avslutning av intervensjonene (posttest) og ved oppfølging to år etter oppstart med intervensjonene (oppfølging). Utredningen bestod av kliniske mål, kognitive mål og diverse funksjonsmål.

OM JMO - PROSJEKTENE

JMO – prosjektene er geografisk plassert i Nord-Trøndelag (Levanger og Namsos), Oppland (Hadeland og Toten), Oslo, Buskerud (Drammen), Telemark (Grenland) og Vest-Agder (Kristiansand). Samtlige JMO – prosjekter er etablert med et forpliktende samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og NAV. I tillegg

består prosjektgruppene av arbeidskonsulenter ved arbeidsmarkedsbedrifter (på oppdrag fra NAV).

I alle de lokale prosjektene ble det ansatt en eller to prosjektledere (helseveiledere) ved det distriktpspsykiatriske senteret (DPS) eller sykehuset som deltok i prosjektet. Deres rolle var å koordinere fremdriften av de lokale prosjektene. I forhold til effektforskningen innebar dette rekruttering og utredning av deltakere og datainnsamling. Videre drev helseveilederne ukentlig veiledning av arbeidskonsulentene ved arbeidsmarkedsbedriftene, undervisning om arbeid og psykisk helse, og de var i stor grad bindeledd til deltakernes behandlere. Prosjektlederrollen i NAV ble i hovedsak fylt av fylkeskoordinatoren for psykisk helse. Deres rolle omfattet etablering av tiltaksplasser, koordinering med deltakernes NAV – veiledere og veiledning i forhold til NAV – tjenester.

INTERVENSJONENE

Alle deltakerne i JMO deltok i utprøvingen av kognitiv atferdsterapi (KAT) eller kognitiv trening kombinert med arbeidsrehabilitering (KT). Randomisering til de to intervensjonene ble foretatt på

fylkesnivå: fylkene Oslo, Oppland og Nord-Trøndelag fikk arbeidsrehabilitering med elementer fra KAT og fylkene Vest-Agder, Telemark og Buskerud fikk arbeidsrehabilitering med KT.

Intervensjonene ble gjennomført av arbeidskonsulentene ved arbeidsmarkedsbedriftene to ganger per uke i ca. 6 måneder. Arbeidskonsulentene hadde gjennomgått en grunnopplæring i både psykisk helse og i de spesifikke intervensjonene, og mottok ukentlig veiledning fra helseveilederne.

REKRUTTERING TIL JMO

Deltakerne i hvert fylke gjennomgikk en utredning og ble fulgt opp av lokal veileder ved samarbeidende distrikts-psykiatriske sentre (DPS). Utredningen bestod av kliniske mål, kognitive mål og diverse funksjonsmål, og ble gjennomført ved inntak, ved intervensjonens avslutning og to år etter inntak.

Totalt ble det i løpet av 2 år inkludert 173 deltakere. 148 av disse startet opp og gjennomførte hele eller deler av intervensjonen. Av disse har vi oppnådd kontakt med 140 deltakere ved etterundersøkelsen etter to år. Det ble forsøkt å rekruttere en kontrollgruppe med

deltakere i målgruppen som var i ordinære arbeidsmarkedstiltak i tre fylker (Østfold, Vestfold og Sør-Trøndelag). Etter gjentatte forsøk endte vi bare opp med en håndfull personer. Vi måtte derfor gi opp dette forsøket og konkludere med at personer med alvorlige psykiske lidelser i liten grad har fått tilbud om arbeidsrehabilitering i Norge. Som et alternativ har vi gjennom samarbeid med NORMENT, K.G. Jebsen Senter for Psykoseforskning fått tilgang til en klinisk sammenligningsgruppe fra databasen til prosjektet Tematisk Område Psykoser (TOP). Disse dataene er brukt ved posttestundersøkelsen.

ANDEL SOM KOMMER I ARBEID

Ved oppstart i JMO var 16 % av deltakerne i en form for arbeid, hovedsakelig gjennom arbeidsmarkedstiltak. Motivasjonen for å delta i JMO var for de fleste av disse å komme ut i ordinært arbeid, eller de sto i fare for å miste jobben sin på grunn av sykdom. Ved intervensjonens avslutning ca. ti måneder etter oppstart var 75 % av deltakerne i en eller annen form for arbeid (8 % ordinært arbeid; 36 % arbeidspraksis i ordinær bedrift; 31 % skjermet arbeid). Andelen som var i arbeid sank til 60 % ved etterundersøkelsen to år etter oppstart. I

perioden fra intervensjonsslutt til etterundersøkelse sank andelen i skjermet arbeid fra 31 % til 13 %, mens andelen i ordinært lønnet arbeid og ordinære studier steg fra 8 % til 21 %. I tillegg var 25 % av deltakerne i arbeidspraksis ved ordinære arbeidsplasser finansiert av NAV, slik at totalt 46 % hadde en rolle i det ordinære arbeidsliv eller studier to år etter prosjektstart.

SYMPTOMER OG KOGNITIV FUNKSJON

Det har vært vanlig å anta at personer med psykoselidelser er for syke eller sårbare til å arbeide, og at arbeidslivets krav kan bidra til en forverring av sykdomsbildet. Dette støttes av at vi ikke greide å identifisere mer enn en håndfull personer i målgruppen når vi prøvde å etablere en kontrollgruppe, samt høyt antall personer som lever av ytelser fra NAV på grunn av psykoselidelser.

Våre analyser viser derimot en stabil og svak nedgang i symptombelastningen hos de som gjennomførte hele eller deler av intervensjonen.

Videre har deltakerne i begge intervensjonsgruppene forbedret seg på flere kognitive mål i løpet av intervensjonsperioden og frem til

etterundersøkelsen ved to år. Ikke overraskende har deltakerne som mottok KT forbedret seg på flest kognitive mål, men også KAT gruppen har forbedringer. Dette kan tyde på at det er elementer også ved KAT som har positiv effekt på kognitiv funksjon. Det kan også tyde på at det å være i arbeid generelt virker stimulerende og har en gunstig effekt på kognitiv funksjon.

SAMFUNNSØKONOMISK LØNNSOMHET

For å beregne samfunnsøkonomisk lønnsomhet har vi lagt til grunn driftskostnadene i prosjektperioden samt endringene i sysselsettingsandelen ved oppstart i prosjektet og ved to års oppfølging. Under forutsetning at sysselsettingsandelen ved oppfølgingstidspunktet holder seg stabil i tre år vil den samfunnsøkonomiske gevinsten fra JMO, i form av lønn og arbeidsgiveravgift, utgjøre ca. kr 2,3 millioner i løpet av treårsperioden. I tillegg vil besparelsene i form av reduksjon i uføretrygd og arbeidsavklaringspenger utgjøre i overkant av kr 12 millioner i samme treårsperiode.

ERFARINGER FRA JMO

Det er en rekke barrierer som hindrer personer med alvorlige psykiske lidelser å komme i arbeid. Noen av de viktigste er manglende fokus på arbeidets betydning som rehabiliteringsfaktor i behandlingsapparatet, og manglende prioritering og inkludering av denne målgruppen i NAVs arbeidsmarkedstiltak. Gjennom JMO ble det etablert et gjensidig forpliktende samarbeid mellom behandlingsapparatet, NAV, tiltaksbedrifter og ordinært arbeidsliv, som førte til raske og smidige overganger mellom behandling og arbeid.

Effektevalueringen gir ikke noe entydig svar på i hvor stor grad KAT og KT intervensjonene bidro til at flere kom i arbeid. Tilbakemeldinger fra arbeidskonsulenter og helseveiledere tyder imidlertid på at intervensjonene hadde stor betydning for mange deltakere, og de fungerte også som et middel for å tilrettelegge og strukturere oppfølgingen slik at den var best mulig tilpasset den enkelte deltakers behov.

Nedgangen i andelen som var i arbeid mellom intervensjonsslutt og oppfølgingsundersøkelsen kan ha sammenheng med at den tette oppfølgingen av deltakerne ble avsluttet. Flere av arbeidskonsulentene har på eget initiativ fortsatt å ha kontakt med deltakere etter at de har avsluttet prosjektet, og dette har sannsynligvis bidratt til at de har beholdt arbeid over tid. Det anses som svært viktig at det legges til rette for oppfølging så lenge deltakerne uttrykker behov for det.

Den kvalitative evalueringen av JMO konkluderer med at JMO er et vellykket prosjekt der man har utviklet en god oppfølgingsmetode som klart har vist seg nyttig for deltakerne, og at mange mennesker med schizofrenidiagnose kan oppnå ordinært arbeid, full- eller deltid, når de får tett individuelt tilrettelagt oppfølging kombinert med kognitiv atferdsterapi eller kognitiv trening, og når NAV, helse og arbeidsmarkedsbedrift/arbeidsgiver samarbeider.

1. PROSJEKTETS BAKGRUNN

1.1 ARBEID SOM KILDE TIL HELSE OG IDENTITET

Arbeidsrehabilitering for personer med alvorlig psykisk lidelse (psykoser) har vært en stor utfordring i de fleste vestlige land. Mellom 60 og 70 prosent av personer med schizofrenidiagnoser ønsker å komme i arbeid (McQuilken et al., 2003; Mueser et al., 2001; Warner, 2002). De ønsker seg jobb for å få egen inntekt, et sosialt nettverk og rutiner i hverdagen og for å bli bekreftet som aktive samfunnsborgere. Men selv om det er et sterkt politisk ønske og samfunnsøkonomisk behov for størst mulig sysselsetting, er det mange i denne gruppen som ikke har fått muligheten til å jobbe. Europeiske og amerikanske studier finner at bare 10 - 20 prosent av personer med schizofrenidiagnose er i jobb (Marwaha & Johnson, 2004; Salkever et al., 2007). I Norge er den tilsvarende andelen trolig enda litt lavere og ligger på 4 – 13 % (Melle et al., 2000, Helle & Gråwe, 2007, Tandberg et al., 2012).

Altfor mange lever dermed et liv preget av uvirksomhet, ensomhet og isolasjon,

som igjen gir grobunn for negative selvoppfatninger. Noen beskriver seg som verdiløse eller som stumme og usynlige. Å delta i arbeidslivet kan være en motvekt til dette, med økt synlighet, delaktighet og opplevelse av egenverd. Mental helse dreier seg ikke bare om hva mennesker trenger, i form av helsetjenester og omsorg, men også om å ha mulighet til å engasjere seg, til å involveres i fellesskapet og til å bidra som borger i et samfunn.

Den store avstanden mellom andelen som ønsker arbeid og andelen som har et arbeidstilbud skyldes mange ulike faktorer. På den ene siden dreier det seg om hvordan lidelsens kjennetegn gjør det vanskelig å mestre krav om kommunikasjon, fleksibilitet og omstillingsevne i det moderne arbeidslivet (sykdomsspesifikke faktorer). På den andre siden dreier det seg blant annet om negative holdninger i omgivelsene, i helsevesenet, velferdsetaten og i samfunnet som helhet (eksterne faktorer).

Den overordnede målsettingen for Jobbmestrende Oppfølging er at flere mennesker med alvorlig psykisk lidelse

skal komme i arbeid. For å nå denne målsettingen har prosjektet arbeidet systematisk for å utvikle deltakernes mestring og kompetanse gjennom intervensjonene, kognitiv atferdsterapi eller kognitiv trening. Samtidig har det søkt å optimalisere omgivelsenes forståelse og evne til å gi støtte gjennom undervisning og veiledning.

1.2 SÅRBARHET OG STRESS VED SCHIZOFRENI

Schizofreni er en psykisk lidelse som for mange innebærer store funksjonstap på en rekke livsområder. De som rammes får ofte problemer med skolegang og arbeid, foreldrefunksjon, forhold til venner, fritidsaktiviteter og i verste fall med å bo og klare seg på egen hånd (McGurk & Mueser 2004). Schizofreni er en av verdens ti hyppigste årsaker til alvorlig og langvarig funksjonssvikt (Velligan & Gonzales 2007).

Sykdommens forløp kan forstås ved hjelp av den såkalte stress/sårbarhetsmodellen (Nuechterlein & Dawson, 1984). Pasienten har en underliggende psykobiologisk sårbarhet, formet tidlig i livet av genetiske effekter og perinatale miljøeffekter. Lidelsens debut og forløp bestemmes av et

dynamisk samspill mellom biologiske og psykososiale faktorer. Antipsykotiske medikamenter kan redusere symptomintensitet og sjansen for tilbakefall, mens misbruk av legale og illegale rusmidler kan forverre symptomene og utløse tilbakefall. De psykososiale faktorene som påvirker forløpet sterkest er stressnivå, tilfang av sosial støtte og brukerens mestringsprofil. Høyt stressnivå kan øke den biologiske sårbarheten, forverre symptomene og øke sjansen for tilbakefall, mens sosial støtte og utvikling av sosiale ferdigheter og evne til problemløsning kan virke i motsatt retning.

1.3 REHABILITERING OG PSYKOSOSIAL BEHANDLING VED SCHIZOFRENI

Psykiatrisk rehabilitering er generelt konsentrert om disse tre faktorene; stress, støtte og mestring. Gjennom de siste tiårene er det utviklet en rekke programmer som etter hvert har fått økende forskningsmessig støtte.

1.3.1 KOGNITIV ATFERDSTERAPI

Kognitiv atferdsterapi (KAT) ved schizofreni ble opprinnelig utviklet for å hjelpe pasienter som ikke responderte på

medikamentell behandling til å mestre vrangforestillinger og hallusinasjoner. KAT er basert på at emosjonelle prosesser og problemer med å fortolke informasjon bidrar til å danne og opprettholde både vrangforestillinger og hallusinasjoner, og på at kognitive intervensjoner kan endre på dette (Velligan & Gonzales 2007).

Terapeut og pasient gjennomgår detaljert innholdet i symptomene og utforsker sammen hvorvidt det finnes nye og mer funksjonelle måter å forstå dem på. Kontrollerte studier gir klar støtte for at KAT ved schizofreni har god effekt på mestring av psykotiske symptomer (Jauhar et al., 2014, Tarrier & Wykes 2004, Turkington et al., 2004, Rector & Beck 2001, Lewis et al., 2002, Tarrier et al., 1998).

KAT er en strukturert og problemorientert metode hvor samarbeid mellom brukeren og terapeuten står i fokus. Det er viktig å i samarbeid finne hvilke tanker, følelser og atferd som er problematiske for brukeren (problemformulering) før man kan starte med behandling/intervensjon. Ofte vil undervisning om vanlige opplevde problemer ved sykdommen være nyttig for å skape en felles forståelse av problemene.

I selve intervensjonsfasen benytter man i hovedsak de samme hovedteknikker ved KAT for psykoser som ved andre diagnoser. Noen av de vanligste teknikkene går ut på å endre uhensiktsmessige tankemønstre (kognitiv restrukturering eller ABC modellen), atferdseksperimenter, psykoedukasjon, distraksjonsteknikker og gradert eksponering (Klausen & Hagen, 2008).

Personer med schizofrenidiagnoser har ofte tilleggsproblemer i form av angstlidelser, depresjon og rusproblemer (Kingdon & Turkington, 2005, Hagen et al., 2006, Kavanaugh & Mueser, 2007). Det er viktig å ta hensyn til disse tilleggsproblemene i problemformuleringen og i mange tilfeller vil behandling av disse også avhjelpe de psykotiske symptomene.

1.3.2 KOGNITIV TRENING

Tidligere antok man at årsaken til at mennesker med psykoselidelser har problemer i dagliglivet var at realitetstesting er svekket, at de har vrangforestillinger og hallusinasjoner. I dag vet vi at bildet er mer komplisert og at det også er andre faktorer som har betydning. Nyere forskning viser at

kognitiv svikt er et fremtredende trekk hos personer med schizofrenidiagnoser, at svikten er relativt stabil over tid og en viktig prognostisk faktor (Heinrichs & Zakzanis 1998, Green et al., 2004). De vanligste kognitive utfallene er vansker med hukommelse, oppmerksomhet, problemløsningsevne og psykomotorisk tempo. Kognitiv svikt har stor betydning for hvordan man fungerer i dagliglivet (Green et al., 2004). Svikten virker inn på individets evne til å lære seg nye ferdigheter, løse problemer i hverdagen, leve et uavhengig liv og fungere sosialt, i jobb eller på skole. Mer spesifikt kan kognitive vansker komme til uttrykk som problemer med distraherbarhet og konsentrasjon, problemer med å arbeide under tidspress og med å håndtere flere arbeidsoppgaver på en gang. Derfor vil mange med denne typen funksjonssvikt også ha vansker med å finne seg til rette i et arbeidsmarked eller utdanningssystem med høyt press og store krav til fleksibilitet. Dette kan være en medvirkende faktor til at mange pasientene faller ut av arbeidslivet, noe som forsterker isolasjon og belaster både selvfølelse og økonomi. På bakgrunn av dette bør også kognitiv svikt være et naturlig fokus for behandling og rehabilitering.

Kognitiv rehabilitering har i mange år blitt brukt i behandling av pasienter med ervervede hjerneskader. Et helhetlig kognitivt rehabiliteringsprogram omfatter blant annet å gi opplæring om kognisjon og kognitiv svikt, samt tilrettelegging av arbeid, utdanning og dagligliv på grunnlag av den enkeltes kognitive, affektive og sosiale funksjonsnivå. Innlæring av kompenserende strategier, opplæring i bruk av hjelpemidler og kognitiv trening er andre viktige elementer. Særlig kognitiv trening har hatt stort fokus innen schizofrenifeltet.

Kognitiv trening (KT) er en metode som innebærer at man systematisk forsøker å trene opp kognitive funksjoner som hukommelse og oppmerksomhet gjennom øvelse, repetisjon og strategilæring, blant annet ved bruk av PC-baserte oppgaver. En annen viktig del av treningen er veiledning om hvordan det man lærer kan anvendes i hverdagen. En metaanalyse av 40 studier (Wykes et al., 2011) viser at KT kan bedre oppmerksomhet, hukommelse og problemløsningsevne hos personer med psykoselidelser. Effekten er best når treningen foregår mens personen er i en rehabiliteringskontekst (f.eks. arbeidsrehabilitering) der de kognitive

vanskene kommer til uttrykk og man har mulighet til å øve aktivt på det man lærer i treningen.

1.4 ARBEIDSREHABILITERING VED SCHIZOFRENI

Opptrappingsplanen for psykisk helse understreket betydningen av arbeid og meningsfylt aktivitet som kilde til sosial identitet og selvfølelse.

Arbeidsrehabilitering for personer med schizofrenidiagnoser har som nevnt vært en stor utfordring både i Norge og andre land og arbeidsdeltagelsen er svært lav. Selv med optimal behandling vil mange ha en funksjonshemming som gjør det vanskelig å konkurrere på det ordinære arbeidsmarkedet. Ved å redusere symptomtrykket og øke personens kompetanse, for eksempel gjennom KT eller KAT, kan sjansene for å få arbeid økes noe. Studier som er gjennomført over de siste 20 årene taler imidlertid for at mange trenger individuell tilpasning og vedvarende støtte for å klare en jobb på hel- eller deltid (Luciano et al., 2014, Bond et al., 2012, Drake et al., 1999, Bond et al., 1995). I amerikanske studier er det vist at mens mer enn 50 % av deltakerne i såkalte Supported Employment-programmer tilpasser seg arbeidsrammene, er det

tilsvarende tallet rundt 20 % i sammenligningsgrupper. Tiltak som kombinerer kognitiv trening med Supported Employment ser ut til å ha et særlig stort potensial (Wexler & Bell 2005, McGurk & Mueser 2004). De reduserer stress gjennom tilpasning av arbeidsrammer og løpende individuell coaching, og de øker kompetanse og mestring gjennom den kognitive treningen.

Det finnes mange eksempler på hvordan fordommer og mangel på åpenhet og forståelse på arbeidsplassen kan være et vesentlig hinder for vellykket arbeidsinkludering av personer med psykoselidelser. Liksom de pårørende i den sykes familie vil ledere og arbeidskolleger i utgangspunktet lett oppfatte symptomene som uforståelige og skremmende, som uttrykk for latskap eller fiendtlighet, og også reagere negativt og korrigerende, med de samme ugunstige konsekvensene. Dette fikk oss i 2005 til å begynne å undersøke om den psykoedukative metoden kunne anvendes i arbeidsrehabilitering av personer med alvorlig psykisk lidelse. Det resulterte i et pilotprosjekt i tre arbeidsmarkedsbedrifter i Oslo.

Pilotstudien utviklet et undervisningsopplegg for ansatte som arbeidet med prosjektet i NAV og i tiltaksbedriftene. Temaer var symptomer, forløp, behandlingsmetoder, rehabilitering, forebygging og prognose ved schizofreni. Det ble lagt særlig vekt på undervisning om den psykoedukative metodens kjerneelementer. Lenger ut i prosjektet ble det også undervist om andre psykiatriske emner. Arbeidskonsulentene i de tre tiltaksbedriftene gikk til ukentlig veiledning ved DPSet. Fokus var konkrete kommunikative og atferdsmessige problemer som oppstod underveis i arbeidsrehabiliteringen, og den enkelte brukeren spilte selv en sentral rolle i forsøk på å løse problemene. Pilotprosjektet etablerte et samarbeid mellom klinikere og arbeidskonsulenter som skiller seg vesentlig fra den vanlige samhandlingen mellom disse aktørene. I tillegg til den ukentlige kontakten var veileder lett tilgjengelig på telefon for ad hoc rådgivning når utfordringer oppstod. Samarbeidet ble bygd opp over tid mellom likeverdige parter, det var langt tettere organisert og resulterte etter hvert i et felles kunnskapsgrunnlag som synes å være en forutsetning for vellykket samhandling i arbeidsrehabiliteringen. En

ganske omfattende kunnskaps- og metodeoverføring mellom NAV, tiltaksbedrifter, og behandlingsapparat fant sted i pilotprosjektet.

Pilotprosjektets mål var å undersøke om bruk av den psykoedukative metoden i arbeidsrehabilitering kunne gi personer med alvorlige psykiske lidelser større mulighet til å komme i jobb. Samtidig søkte prosjektet å utvikle samarbeidsmodeller mellom helse- og velferdsetatene som kan fremme arbeidsrehabilitering for personer med alvorlig psykisk lidelse. Pilotprosjektet ble avsluttet ved utgangen av 2008. Følgeevaluering viste at den psykoedukative metoden og de øvrige stressreducerende og mestringfremmende kognitive teknikkene lot seg tilpasse til arbeidsrehabiliteringskonteksten og at det organiserte samarbeidet mellom klinikere og personell ved tiltaksbedriftene trolig har stort potensial. Deltakerne var gjennomgående meget stabile i arbeidet, og uttalte seg svært positivt om erfaringen. Engasjementet i pilotprosjektet vokste etter hvert både i NAV-systemet og i helsevesenet, og dette førte til beslutningen om å undersøke de anvendte metodene med forskningsmessig design. JMO er resultatet.

2. JOBBMESTRENDE OPPFØLGING (JMO): MÅL, ORGANISERING OG SAMARBEID

Jobbmestrende oppfølging var et FoU-prosjekt/fagutviklingsprogram under Nasjonal strategi for arbeid og psykisk helse (2007-2012). Prosjektet videreføres og evalueres etter strategiplanperioden, jf. Prop 1 S (2012-2013) HOD. Prosjektets målgruppe er personer i yrkesaktiv alder med en psykoselidelse innen schizofrenispekteret.

2.1 MÅL

Prosjektets overordnede mål var at personer med alvorlig og langvarig psykisk lidelse (psykoselidelse) skal kunne nyttiggjøre seg sin arbeidsevne og komme i arbeid, og beholde tilknytningen til arbeidslivet. Det ble etablert tre prosjektmål:

1. Å undersøke om bruk av elementer fra kognitiv atferdsterapi og kognitiv trening som metoder i tiltaksbedrifter og ordinært arbeidsliv kan styrke målgruppens muligheter til å få og beholde en jobb.
2. Å undersøke hvorvidt tettere samarbeid mellom psykisk helsevern, NAV,

tiltaksbedrifter og ordinært arbeidsliv kan føre til en smidigere/raskere overgang mellom behandling og arbeid.¹

3. Å etablere hensiktsmessige og varige samarbeidsstrukturer mellom spesialisthelsetjeneste, kommuner og NAV i aktuelle fylker¹².

For personer hvor det viser seg at ordinært arbeid ikke er mulig, skal andre meningsfulle aktiviteter og rettigheter til trygdeytelser utredes og avklares.

Det ble videre lagt vekt på at prosjektet på sikt skulle ha positive ringvirkninger for arbeidsrehabilitering for andre/større grupper av mennesker med psykiske lidelser gjennom metodeutviklingen og det nære forpliktende samarbeidet mellom ulike sektorer og instanser.

¹ Måloppnåelsen er kvalitativt evaluert av SINTEF (2013)

² Fra 1.1.2012 også fokus på å inkludere/formalisere samarbeid med kommunene

2.2 ORGANISERING

Prosjektet var eid i fellesskap av Arbeids- og velferdsdirektoratet og HelseDirektoratet og var organisert med delt ledelse mellom helsesektoren og NAV på tre nivåer:

- HelseDirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet utgjorde styringsgruppen.
- Daglig ansvar for styring og drift av prosjektet på nasjonalt nivå var lagt til en prosjektgruppe som bestod av en prosjektleder på NAV-siden (tilsatt i Arbeids- og velferdsdirektoratet), en prosjektleder på helsesiden (tilsatt ved Oslo universitetssykehus (OUS)), Avdeling for forskning og utvikling, Klinikk psykisk helse og avhengighet, samt fag- og forskningsansvarlige fra samme avdeling.
- Distriktpsykiatriske sentre (DPS) og NAV fylkeskontorer i 6 fylker drev prosjektet i sine lokalområder gjennom en prosjektleder/veileder helse (på DPS) og en prosjektleder i NAV (i fylkesadministrasjon eller NAV lokalt).

Det ble etablert en egen ressursgruppe for prosjektet hvor aktuelle brukerorganisasjoner og arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjoner deltok.

Det ble opprettet en egen tilskuddsordning for FoU-prosjektet og deltakelse i prosjektet ble lyst ut høsten 2008 etter at et stort informasjonsmøte var gjennomført. Søknad ble skrevet på eget søknadsskjema som skulle signeres av direktør ved det enkelte helseforetaket og av fylkesdirektør i NAV. NAV fylke bidro i tillegg med tiltaksmidler som finansierte arbeidskonsulentene som deltok i prosjektet.

2.3 DESIGN

JMO er et forskningsprosjekt som sammenlikner effekten av kognitiv atferdsterapeutisk metode og kognitiv trening (av hukommelse, konsentrasjon og problemløsningsevne, se nedenfor) i arbeidsrehabilitering for personer med alvorlig psykisk lidelse (psykoselidelser). Hver av intervensjonene fant sted i tre ulike fylker. De to intervensjonsgruppene (intervensjon 1 og 2 nedenfor) ble sammenliknet med en kontrollgruppe (treatment as usual, se avsnitt 5.1.3).

Etter en utlysningsprosess ble seks fylker valgt ut til å delta i prosjektet. Tre av disse fylkene ble trukket ut til å drive arbeidsrehabilitering basert på kognitiv atferdsterapeutisk tenkning (Oslo, Oppland

og Nord Trøndelag), og de resterende tre ble trukket ut til å drive arbeidsrehabilitering med kognitiv trening (Vest-Agder, Telemark og Buskerud) (cluster – randomisering). Individuell randomisering var ikke mulig i denne studien, siden sannsynligheten for metodelekkasje ville være overhengende dersom begge intervensjoner ble gjennomført i samme prosjektgruppe.

2.4 SAMARBEID MED PASIENTENS BEHANDLER

Det var en forutsetning for deltakelse i prosjektet at kontakt med deltakernes behandler (i primær- eller spesialisthelsetjenesten) skulle opprettholdes gjennom prosjektperioden. JMO var et arbeidsrehabiliteringsprosjekt hvor oppfølgingen var rettet mot problemområder som hadde innvirkning på deltakernes evne til å mestre arbeidet. Likevel var det ofte grenseområder mellom arbeidsrehabilitering og behandling som måtte avklares, samt at arbeidslivet og behandlingen måtte sees i sammenheng. Det var derfor avgjørende med et forpliktende samarbeid mellom JMO og deltakernes behandlere.

2.5 FORSKNINGSGRUPPEN

Forskningsprosjektet er gjennomført av forskningsgruppen ved Oslo universitetssykehus under ledelse av professor Erik Falkum, Seksjon for behandlingsforskning, Avdeling for forskning og utvikling, Klinikk psykisk helse og avhengighet og seniorforsker Torill Ueland, NORMENT, K.G. Jebsen senter for psykoseforskning.

Forskningsgruppen har etablert et organisert samarbeid med NORMENT, K.G. Jebsen senter for psykoseforskning v/ professor Ole A Andreassen og professor Ingrid Melle. Senteret driver Tematisk Område Psykoser (TOP) ved Universitetet i Oslo. Tre doktorgradsprosjekter er tilknyttet JMO.

Internasjonalt er det etablert forskningssamarbeid med Associate professor Susan McGurk ved Dartmouth Psychiatric Research Centre, New Hampshire, USA. McGurk har lang klinisk og forskningsmessig erfaring med kognitiv rehabilitering integrert med arbeidsrehabilitering og er blant dem som har publisert mest på dette området internasjonalt.

2.6 DELTAKERE

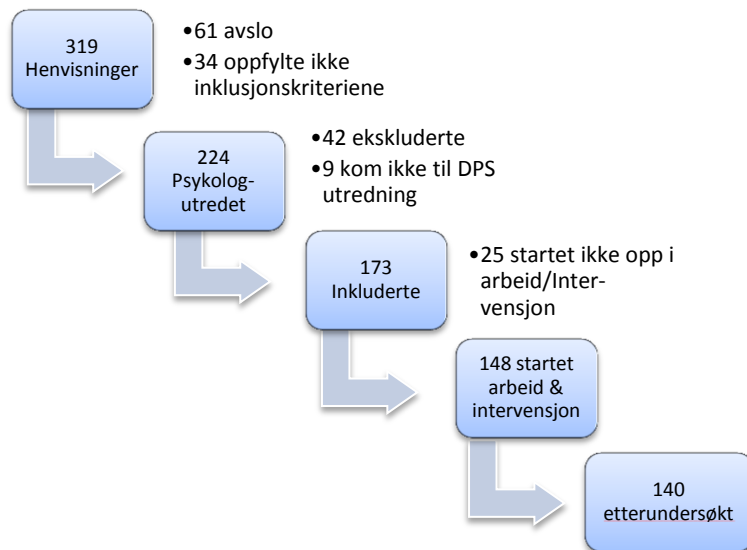
2.6.1 DELTAKERE I JMO- INTERVENSJONEN

Deltakerne i prosjektet er personer med schizofreni spektrum lidelser (diagnosekoder: F20, F22, F24, F25, F28, F29) som ønsker yrkesrettet rehabilitering fra i alt 6 fylker i Norge. Intervensjonene ble lokalisert til tiltaksbedrifter i hvert fylke. I tillegg til diagnostisk tilhørighet i målgruppen forutsatte deltakelse at personen behersket norsk rimelig godt, at han/hun ikke hadde vært utsatt for hodeskader med varige følgetilstander, at IQ var 70 eller høyere og at voldsrisiko, selvmordsrisiko og rusproblemer ikke var større enn at det kunne håndteres i tiltaksbedriftene.

I alt 319 personer er blitt henvist til JMO. 95 av disse falt fra før utredning på grunn av at de ikke oppfylte inklusjonskriteriene eller ikke ønsket å delta i

forskningsprosjektet. I alt ble 224 personer utredet. Av disse tilfredsstilte 182 personer kriteriene for inklusjon, hvorav 173 gjennomførte hele utredningspakken og ble inkludert. 25 av disse sluttet før arbeidsinkluderingen kom i gang, slik at vi til slutt kunne starte opp med 148 deltakere i de to intervensjonene. To deltakere døde i løpet av perioden fra intervensjonsslutt til etterundersøkelsen. Ingen av dødsfallene antas å ha noen sammenheng med deltakelse i prosjektet. Disse to personene er utelatt fra analysene ved etterundersøkelsen, slik at disse er gjennomført med 146 deltakere. 113 av de 146 deltakerne gjennomførte hele eller deler av utredningen ved etterundersøkelsen mens 27 deltakere kun har oppgitt informasjon om arbeid/utdanning og inntektskilde. Seks deltakere har vi ikke oppnådd kontakt med ved etterundersøkelsen. Vi har antatt at de ikke er i arbeid.

Figur 1: Flytdiagram over inntak til Jobbmestrende Oppfølging



69 % av deltakerne i den samlede intervensjonsgruppen var menn, gjennomsnittsalderen var 32,9 år (variasjonsbredde 20-59 år).

Deltakerne ble hovedsakelig rekruttert fra DPS (44 %) og NAV (20 %). Videre ble 12 % henvist fra psykiatriske sengeposter, 9 % fra kommunehelsetjenesten, 6 % fra fastlege. De resterende 9 % ble henvist fra ACT – team, andre arbeidsmarkedstiltak, eller deltakerne tok selv kontakt med ønske om å delta i prosjektet.

95 % av deltakerne brukte antipsykotiske medisiner på inklusjonstidspunktet.

2.6.2 SAMMENLIGNINGSGRUPPE

Gjennom samarbeidet med NORMENT, K.G. Jebsen Senter for Psykoseforskning, ved Oslo universitetssykehus fikk JMO tilgang til en anonymisert klinisk sammenligningsgruppe trukket fra databasen til prosjektet Tematisk Område Psykoser (TOP). Deltakerne i denne gruppen er undersøkt med en del av de samme instrumentene som også er brukt i JMO. De har mottatt ordinær behandling. Det innebærer at de kan ha mottatt ulike rehabiliteringstilbud, også arbeidsrehabilitering, men ikke den samme tette arbeidsrettete oppfølgingen som i JMO.

Det foreligger ikke sammenligningsdata for tidspunktet for vår etterundersøkelse.

2.7 UTREDNING

Deltakerne ble utredet med gjennomprøvde og internasjonalt anerkjente kartleggingsverktøy. Diagnose ble bekreftet med M.I.N.I. PLUS (Sheehan et al., 1997). Klinisk symptomnivå ble kartlagt ved bruk av SCI-PANSS (Kay et al., 1999) og Health of the Nation Scale (HoNOS, Wing et al., 1996) for generelt symptomnivå, Apathy Evaluation Scale (selvutfyllingsversjon) for vurdering av negative symptomer (Marin et al., 1991), Calgary Depression Scale for Schizophrenia for depresjon (Addington, Addington & Schissel, 1990) og Rosenberg Self-Esteem Scale for selvfølelse (Rosenberg, 1965). Sosial fungering ble målt med Social Functioning Scale (Birchwood et al., 1990). Rusbruk ble vurdert med Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Saunders et al., 1993) og Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) (Bermann et al., 2005). Deltakerne ble utredet kognitivt med MATRICS (Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia Consensus Cognitive

Battery, MCCB) - batteriet (Nuechterlein et al., 2006) og Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence (WASI) (Wechsler, 1999). Sistnevnte ble anvendt bare ved inklusjon. Underveis ble deltakernes relasjoner til ledere og kolleger målt med Felt Expressed Emotion Rating Scale (FEERS) (Bentsen 1999).

Arbeidsfungering ble kartlagt med Work Behavior Inventory (Bell et al., 2003) og Vocational Cognitive Rating Scale (Greig, Bryson & Bell, 2004).

Deltakere i hvert intervensjonsfylke ble utredet av lege/psykolog og lokal DPS-veileder. Skriftlige utredningsprotokoller ble anonymisert og sendt forskningsgruppen for dataregistrering. Data ble lagret ifølge gjeldende regler for personvern og datasikkerhet.

Utredningen ble gjennomført på tre måletidspunkter: ved inklusjon i prosjektet (Pretest - T1), etter endt intervensjon (Posttest - T2) og to år etter intervensjonsstart (Etterundersøkelse - T3).

Deltakernes behandlere mottok nevropsykologisk rapport med beskrivelse av kognitiv funksjonsprofil for deltakerne i JMO.

2.8 INTERVENSJONENE

2.8.1 FELLESELEMENTER I DE TO INTERVENSJONENE

JMO-intervensjonen inneholder tre hovedelementer: 1. undervisning, 2. veiledning og 3. kognitiv atferdsterapi-orienterte samtaler eller kognitiv trening. Veiledningen og en del av undervisningen var identisk i de to intervensjonene. Nedenfor omtaler vi først disse felleselementene.

FELLES UNDERVISNING

Undervisningsopplegget fra pilotstudien ble utvidet og standardisert og gitt til arbeidskonsulentene ved deltakerbedriftene og NAV-ansatte med tilknytning til prosjektet i samtlige deltakerfylker. Den første delen av undervisningen varte i 8 timer og dreide seg om symptomer, kognisjon, forløp, behandlingsmetoder, rehabilitering, forebygging og prognose ved schizofreni og andre psykoselidelser. Dette ble også tilbudt arbeidskonsulenter i deltakerbedriftene som ikke var involvert i JMO.

VEILEDNING

Arbeidskonsulentene ble gjennom hele prosjektperioden veiledet ukentlig av DPS-veileder, som forøvrig også var lett tilgjengelig for konsultasjoner på telefon mellom veiledningsmøtene. Fokus for veiledningen var konkrete kognitive, kommunikasjons- og atferdsmessige problemer som oppstod underveis i arbeidsrehabiliteringen.

ARBEIDSKONSULENTENES ROLLE

Arbeidskonsulentene ved tiltaksbedriftene hadde den daglige kontakten med deltakerne og stod for den praktiske gjennomføringen av intervensjonene (KAT og kognitiv trening). Hver arbeidskonsulent hadde ansvar for fem deltakere (halvparten av antallet i ordinær arbeidsrehabilitering), noe som tillot tett oppfølging. Personer med psykoselidelser har oftest helsemessige utfordringer (symptomer, kognitive vansker) som gjør vanlig arbeid vanskelig. For personer som har vært lenge utenfor arbeidslivet vil det ofte ta tid å avklare funksjonssvikens karakter og omfang, trene opp tidligere ferdigheter og lære nye ferdigheter som kreves i ulike konkrete arbeidssammenhenger. Tiltaksbedriftene

tilbyr arbeidsrammer som er spesialtilpasset for disse formålene.

2.8.2 INTERVENSJON 1: ARBEIDSREHABILITERING MED METODER FRA KOGNITIV ATFERDSTERAPI

Det vi kaller kognitiv atferdsterapi her er ikke terapivirksomhet i tradisjonell forstand, men konkret anvendelse av kognitiv atferdsterapeutisk tenkning i samhandlingen med deltakeren i arbeidsrehabiliteringskonteksten.

Arbeidskonsulentene i intervensjon 1 deltok på en fem dagers undervisning om kognitiv atferdsterapi. Undervisningen anvendte ”Kognitiv terapi ved schizofreni” av David G. Kingdon og Douglas Turkington som lærebok. Boken gir en god fremstilling av den kognitive tilnærmingen i arbeid med psykoser. Den tar opp et flertall av problemområdene som står i fokus i arbeidsrehabiliteringen, for eksempel sosial tilbaketrekning, passivitet, redsel for kontakt, deltakelse i uformell samtale, felles måltider, rusmisbruk, vrangforestillinger og tankeforstyrrelser som får konsekvenser for funksjon i arbeidet. Utover dette ble det lagt vekt på måter å snakke om problemer som kan

oppstå ved en psykoselidelse (sokratisk dialog og psykoedukasjon).

Undervisningen ble gitt av KAT-terapeuter med lang erfaring med metoden og målgruppen.

Eksempel på bruk av metoden i arbeidsrehabilitering: En person vil ikke gå i kantinen fordi hun mener kollegene snakker nedsettende om henne når de spiser lunsj. Hun isolerer seg, føler seg utsatt, og dette skaper også usikkerhet i kollegiet. En arbeidskonsulent uten konkret kunnskap om psykoselidelser vil lett kunne føle seg hjelpeløs i forhold til problemet. Arbeidskonsulentene i JMO kunne med de nyervervede kunnskapene imidlertid undersøke holdepunktene for personens forestilling om å bli negativt omtalt gjennom å utfordre tankene hennes gjennom såkalt *sokratisk spørring* og for eksempel gjøre en avtale med vedkommende om å gå sammen i kantinen noen dager etter hverandre for å undersøke om kollegene ved nabobordet faktisk snakket om henne - et såkalt atferdseksperiment. Sokratisk spørring og atferdseksperiment er to sentrale teknikker i kognitiv atferdsterapi. Den *konkrete* tilnærmingen fungerer terapeutisk ved at personens opplevelse tas på alvor,

ved at tanker og handlinger utfordres på en respektfull måte og ved at personen får støtte til endring gjennom dialog og praktisk samhandling med arbeidskonsulenten.

Hver deltaker hadde ukentlig to strukturerte samtaler med arbeidskonsulenten. I disse samtalene ble det benyttet metoder fra undervisningen for å snakke om eventuelle problemer på arbeidsplassen. Det var spesielt fokus på å utfordre negative og fastlåste tanker (automatiske tanker) ved å utforske disse tankene og vurdere alternativer (abc – modellen). Deltakerne fikk også «hjemmelekser» hvor de for eksempel ble oppfordret til å utforske og korrigere mer eller mindre automatiske tanker om årsaker til hendelser i arbeidet.

2.8.3 INTERVENSJON 2: ARBEIDSREHABILITERING MED KOGNITIV TRENING

Arbeidskonsulentene som skulle gjennomføre selve intervensjonen ble gitt en fem dagers undervisning om kognitive vansker ved psykoselidelser.

Undervisningen gav informasjon om vanskenes hyppighet, stabilitet,

sammenheng med andre symptomer og konsekvenser for funksjon, med særlig vekt på arbeidskonteksten. De mottok også undervisning om grunnprinsipper ved kognitiv rehabilitering generelt (kompenserende strategier) og mer spesifikt om kognitiv trening. I den kognitive treningen ble det benyttet dataprogrammer som konsulentene lærte hvordan de skulle bruke. I tillegg fikk de opplæring i tilrettelegging av arbeid ved kognitive vansker og i terapeutiske prinsipper for å øke mestring, motivasjon og overføring av kunnskap fra treningen til arbeidssituasjonen. Undervisningen ble gitt av faglig ansvarlig for den kognitive treningen, som har lang erfaring med denne intervensjonen og med pasientgruppen.

Det kognitive treningsprogrammet følger en manual satt sammen av faglig ansvarlig for den kognitive treningen.

Treningsprogrammet består av tilbakemelding basert på kognitiv utredning, oppsett av personlige mål for treningen, 2 timers undervisning om kognitive vansker og 40 timer med databasert trening (2 ganger i uken). Selve dataprogramvaren retter seg mot opptrening av oppmerksomhet,

hukommelse, problemløsningsevne og tempo. Oppgavene var hentet fra fire ulike programmer: Cogpack (Marker Software), VisionBuilder (Haraldseth Software), Brain Fitness og InSight (PositScience). De to første programmene ble prøvd ut i en pilot våren 2007 der 10 unge voksne med førstegangpsykose mottok 20 timer kognitiv trening. Erfaringen var at deltakerne gjennomførte og var fornøyde med programmet. Kognitiv utredning før og etter gjennomføring viste bedring på alle trente områder (upubliserte data). De to siste programmene, Brain Fitness og Insight, ble lagt til programmet før JMO ble startet.

I tillegg til databasert oppgaveløsning innebærer treningen at arbeidskonsulenten aktivt søker å hjelpe personen til å bli bedre kjent med egne kognitive styrker og begrensninger og til å bli klar over sammenhenger mellom vansker i treningssituasjonen og vansker i arbeidssituasjonen. Arbeidskonsulenten som fulgte deltakerne i jobb veiledet også under treningen, noe som ga god mulighet til å jobbe med overføring av det man lærte i treningen til jobbsituasjonen. På denne måten fikk treningen mening og relevans i arbeidskonteksten.

3. RESULTATER

3.1 ARBEIDSAKTIVITET

Disse analysene er basert på de 148 personene som startet opp i en av intervensjonene. To personer døde mellom intervensjonens avslutning og etterundersøkelsen, og er ikke tatt med i beregninger i etterundersøkelsen. Ingen av disse dødsfallene kan tilskrives deltakelse i JMO.

Tabell 1 viser at ved inklusjon i Jobbmestrende oppfølging hadde 16,2 % av deltakerne et arbeidsforhold, mens andelen steg til 75 % ved intervensjonens

avslutning. Ved etterundersøkelsen var 56,8 % av deltakerne fortsatt i arbeid. I tillegg studerte 5 deltakere (3,6 %) på dette tidspunktet, slik at totalt 60,4 % av deltakerne var i arbeidsrettet aktivitet to år etter inklusjon i JMO

Av de som var i arbeid ved etterundersøkelsen hadde 18,5 % ordinær ansettelse, 2,7 % var i ordinære studieforløp, 25,3 % arbeidet på ordinære arbeidsplasser med lønn fra NAV, mens 13,7 % arbeidet på skjermede arbeidsplasser eller gjennomførte studier gjennom arbeidsmarkedsbedrifter.

Tabell 1: Andel deltakere i arbeid fordelt på arbeidsforhold

Arbeidsforhold	T1 %	T2 %	T3 %	T3 % Studier
Ordinært arbeid	2,7	8,2	21,2	2,7
Tiltak ordinær bedrift	6,9	36,3	25,3	
Tiltak skjermet arbeid	6,8	30,8	13,7	0,7
Totalt i arbeid	16,4	75,3	60,4	3,6

T1 = pretest, T2 = posttest, T3 = etterundersøkelse

Deltakerne viste også en betydelig økning i antall arbeidstimer per uke over de tre måletidspunktene. De 83 deltakerne som var i jobb ved tidspunktet for etterundersøkelsen arbeidet i gjennomsnitt

21 timer pr uke, mens de som studerte hadde i gjennomsnitt 24 timer med studier pr uke. Deltakere med ordinær ansettelse arbeidet i gjennomsnitt 28,7 timer pr uke. Det var klare forskjeller i antall

arbeidstimer pr uke når vi sammenliknet denne gruppen med gruppen som arbeidet på NAV-tiltak i ordinære bedrifter (19,7 timer pr uke) og gruppen som arbeidet på skjermede arbeidsplasser (12,2 timer pr uke).

3.2 INNTEKTSKILDER

Som det fremgår av Tabell 2 hadde 16,4 % av deltakerne lønnet arbeid som sin hovedinntektskilde ved etterundersøkelsen, mens henholdsvis 0 % og 4 % hadde lønnet arbeid ved inntak og intervensjonsslutt. Av de med lønn som hovedinntekt ved etterundersøkelsen hadde 9,6 % lønnet arbeid som eneste

inntektskilde, mens de resterende hadde en annen gradert ytelse (uføretrygd eller arbeidsavklaringspenger) i tillegg. Videre hadde 6,8 % av deltakerne lønn som biinntekt i tillegg til andre ytelser. Totalt var 23,2 % av deltakerne i lønnet arbeid på hel- eller deltid. Det har i løpet av oppfølgingsperioden således vært en markant økning av andelen lønsmottakere blant deltakerne. Det har også vært en kraftig nedgang i andelen som mottar arbeidsavklaringspenger, samt en økning i andelen som mottar uføretrygd. Økningen i andelen på uføretrygd var forventet og i tråd med målsetningen om at i de tilfeller hvor ordinært arbeid viste seg urealistisk skulle trygderettigheter avklares.

Tabell 2: Hovedinntekt og biinntekt

	Hoved- inntekt T1 %	Hoved- inntekt T2 %	Hoved- inntekt T3 %	Bi- inntekt T1 %	Bi- inntekt T2 %	Bi- inntekt T3 %
Lønn	0	3,4	16,4	3,4	9,6	6,8
Uføretrygd	34,2	30,1	41,8	0	0,7	2,1
AAP	61,6	58,9	37,9	0,7	2,1	4,8
Annen NAV stønad	3,5	1,4	0,7	0,7	0	0,7
Studiestipend			0,7			
Mangler opplysning		6,7	4,1			4,1

T1 = pretest, T2 = posttest, T3 = etterundersøkelse

3.3 ARBEIDSOMFANG

Vi har innhentet arbeidshistorikk for perioden fra avslutning av intervensjonen til etterundersøkelsestidspunktet og finner at 67 % av deltakerne var i arbeid i løpet av denne perioden. Disse deltakerne arbeidet i gjennomsnitt 11,6 måneder (variasjonsbredde 0,5-19) og 19,2 timer per uke (variasjonsbredde 3-40). Deltakerne som var i arbeid ved etterundersøkelsen hadde arbeidet i gjennomsnitt 12,5 måneder (variasjonsbredde 0,5-19) og 20,6 timer per uke (variasjonsbredde 3-40) i samme periode. Deltakerne som kom i arbeid under intervensjonsperioden i JMO hadde altså stort sett en stabil tilknytning til arbeidslivet i perioden frem til etterundersøkelse to år etter oppstart.

3.4 SAMMENLIGNING AV INTERVENSJONGRUPPENE

Vi har ikke funnet forskjeller av betydning mellom de to intervensjonsgruppene hverken ved intervensjons slutt eller ved etterundersøkelsen når det gjelder andel i

arbeid, arbeidsforhold, inntektskilde eller antall arbeidstimer pr uke.

I gjennomsnitt var deltakerne i KAT – gruppen inne i prosjektet i 25,8 uker mens deltakere i KT-gruppen var inne i 26,6 uker. Deltakerne i KAT – gruppen mottok i gjennomsnitt 28,6 timer KAT – intervensjon, mens KT – gruppen mottok 35,1 timer intervensjon.

3.5 HELSE OG KOGNISJON

3.5.1 SYMPTOMTRYKK

Det har vært en relativt utbredt holdning både blant helsearbeidere og NAV ansatte at arbeidslivets krav vil medføre symptomforverring for personer med psykoselidelser. Mot denne bakgrunnen har det spesiell interesse å undersøke hvorvidt symptomtrykket øker som følge av arbeidsaktiviteten. Vi har målt deltakernes symptomtrykk ved hjelp av SCI-PANSS, som er en kartlegging av både positive (hallusinasjoner, vrangforestillinger), negative (sosial tilbaketrekning) og mer generelle symptomer ved psykoselidelser.

Tabell 3: Positive, negative og generelle symptomer på psykose (SCI-PANSS) for gruppen som helhet

SCI-PANSS	T1 M (SD)	T2 M (SD)	T3 M (SD)
Positive Symptomer	12,94 (4,34)	11,57 (4,34)	12,10 (4,87)
Negative symptomer	15,97 (5,70)	14,67 (5,17)	14,82 (5,56)
Generelle symptomer	29,25 (8,15)	26,22 (7,24)	27,37 (9,12)

T1=pretest, T2=posttest, T3=etterundersøkelse, M=Gjennomsnitt, SD=Standardavvik

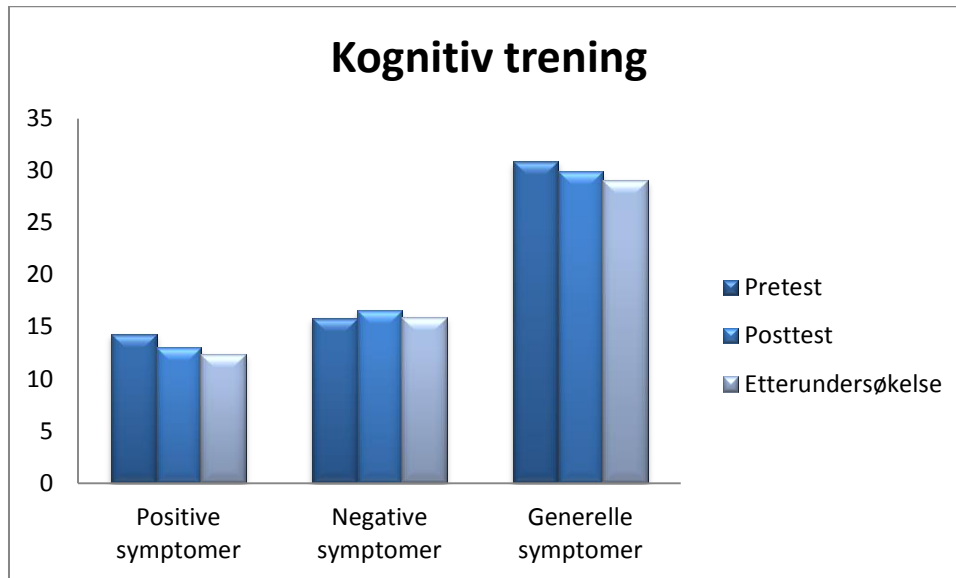
Tabell 3 viser gjennomsnittstall for positive, negative og generelle symptomer ved de tre måletidspunktene. Vi finner en moderat nedgang i positive, negative og generelle symptomer fra oppstart til avslutningen av intervensjonen. Vi ser at symptomene tiltar noe etter intervensjonens slutt. Det er en bedring over alle tre måletidspunkter for positive

symptomer og for generelle symptomer.

De negative symptomene er mer stabile over de tre måletidspunktene.

Kjerneinnholdet er at symptomtrykket er temmelig stabilt. Vi finner den samme tendensen til stabilitet eller en liten bedring i symptomer når vi undersøker KAT og KT hver for seg.

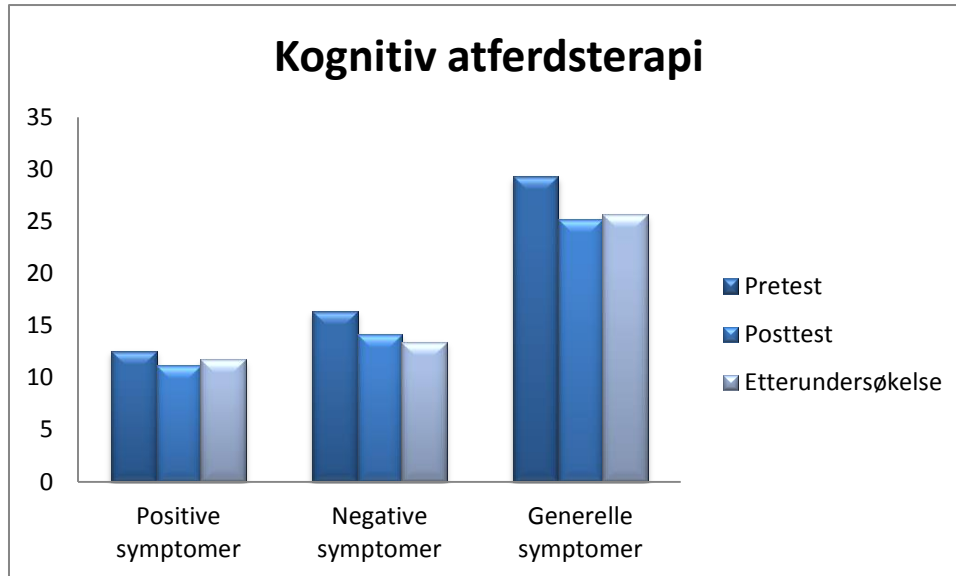
Figur 2: Symptomer ved pretest, posttest og etterundersøkelse for gruppen som har mottatt kognitiv trening



Deltakerne som har fått kognitiv trening viser en liten men jevn forbedring i positive og generelle symptomer både under intervensjonen og etter den er

avsluttet. De negative symptomene varierer litt, men forblir uendret fra oppstart til etterundersøkelsestidspunktet.

Figur 3: Symptomer ved pretest, posttest og etterundersøkelse for gruppen som har mottatt kognitiv atferdsterapi

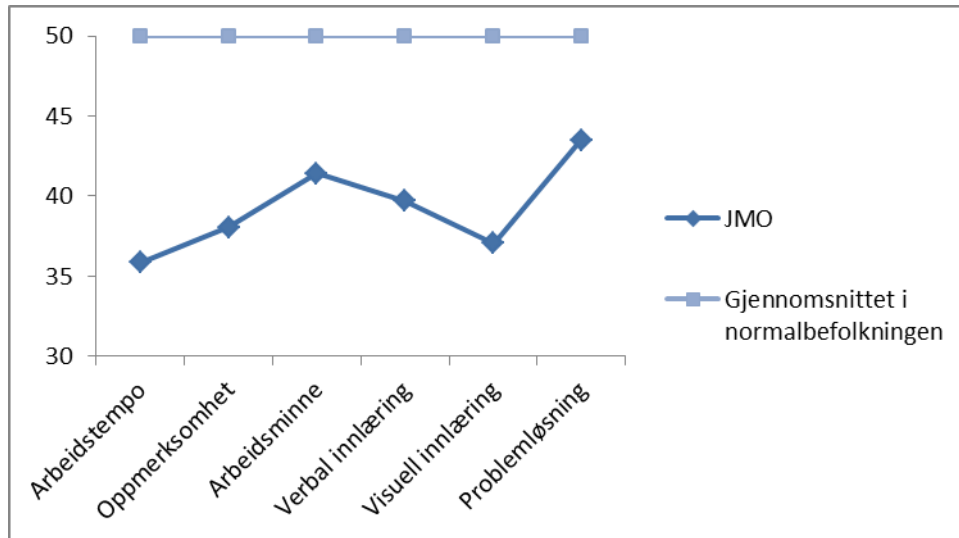


I den kognitivatferdsterapi orienterte intervensjonen finner vi bedring på alle symptomer sett over de tre måletidspunktene. Den største bedringen kommer i løpet av intervensjonsperioden, mens bedringen flater ut, eller går litt tilbake fra intervensjonen avsluttes og frem til etterundersøkelsen.

3.5.2 KOGNITIV FUNKSJON

Deltakerne i JMO har gjennomgått nevropsykologisk utredning ved de tre måletidspunktene. Resultatene er delt i i følgende kognitive funksjonsdomener fra det anvendte MATRICS (Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia) batteriet: *Arbeidstempo, Oppmerksomhet, Arbeidsminne, Verbal innlæring, Visuell innlæring og Problemløsning*. Figur 4 viser den kognitive profilen inndelt i ulike domener for deltakerne som helhet ved pretest.

Figur 4: Kognitiv profil for hele gruppen ved pretest. Resultatene viser T-skårer der 50 er gjennomsnittet i normalbefolkningen (normpopulasjonen) og standardavviket er 10

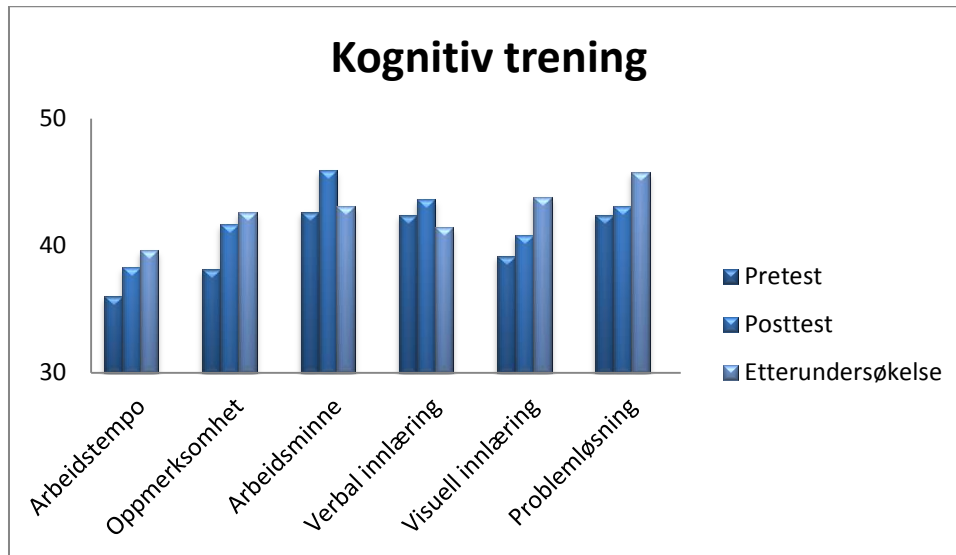


Figur 4 viser at JMO gruppen ligger under gjennomsnittet for gjennomsnittet i normalbefolkningen for alle de målte områdene. Størst forskjell ser vi for arbeidstempo. Her ligger JMO-gruppen 1,5 standardavvik under normgruppen, mens problemløsning er det mest intakte domenet.

Ved oppstart var det ingen signifikante forskjeller mellom de to intervensjonsgruppene for noen av de kognitive målene. I det følgende presenterer vi analyser som viser resultatene *innad* i hver av intervensjonsgruppene over de tre måletidspunktene. I begge gruppene er det stor variasjon blant deltakerne når det gjelder kognitiv funksjon. Noen deltakere har store funksjonsutfall, mens andre har

nærmest intakt kognitiv funksjon. Deltakere med relativt intakt kognitiv funksjon har et mindre forbedringspotensial enn de med store funksjonsutfall ved testing. Det er viktig å analysere undergrupper for å fange opp disse nyansene. Det er for tidlig å konkludere vedrørende effekten av de to intervensjonene på kognitiv funksjon før videre analyser er gjennomført.

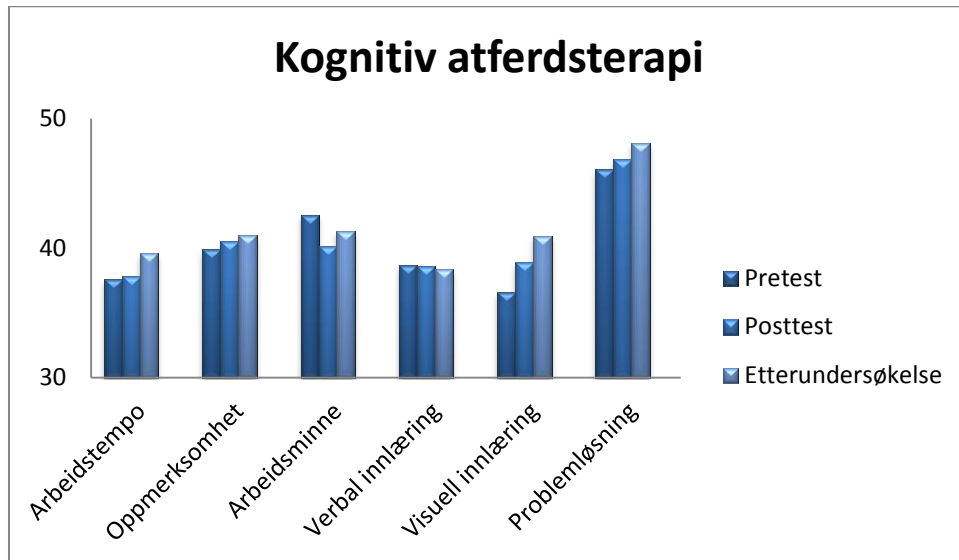
Figur 5: Kognitiv funksjon ved pretest, posttest og etterundersøkelse for gruppen som har mottatt kognitiv trening. Resultatene angis i T-skårer der 50 er gjennomsnittet i normpopulasjonen og standardavviket 10



Vi ser en forbedring i alle kognitive funksjoner fra pre- til posttest. I perioden etter avslutning av kognitiv trening, det vil si fra posttest til etterundersøkelsen, ser vi kontinuerlige forbedringer på arbeidstempo, oppmerksomhet, visuell innlæring og problemløsning. Det er markante

forbedringene over de tre tidspunktene for arbeidstempo, oppmerksomhet, arbeidsminne, visuell innlæring og problemløsning. For arbeidsminne og verbal innlæring ser vi en mindre nedgang fra posttest til etterundersøkelsen.

Figur 6: Kognitiv funksjon ved pretest, posttest og etterundersøkelse for gruppen som har mottatt KAT. Resultatene angis i T-skårer der 50 er gjennomsnittet i normpopulasjonen og standardavviket 10



Som vi ser av figuren forbedrer KAT gruppen seg også på arbeidstempo, oppmerksomhet, visuell innlæring og problemløsning.

4. NYTTE – KOSTNAD

4.1 KOSTNADER VED SCHIZOFRENI I NORGE

Schizofrenilidelser har ofte lange forløp og omfattende funksjonstap som medfører store sosiale og økonomiske omkostninger for personene, deres familier, og samfunnet som helhet. I 1994 ble de totale kostnadene forbundet med schizofreni i Norge beregnet til ca. 3,5 milliarder kroner (Rund, 1995). Dette omfattet direkte behandlingkostnader, indirekte kostnader i form av trygdeytelser etc. Justert for konsumprisindeksen tilsvarer dette ca. 5,2 milliarder kroner i 2014. Siden denne undersøkelsen er 20 år gammel er tallene sannsynligvis ikke lenger representative for dagens kostnader. Som del av forskningsarbeidet knyttet til JMO gjennomfører vi en ny beregning av kostnadene som er forbundet med behandling av personer med schizofrenidiagnoser. Denne beregningen tar utgangspunkt i data fra nasjonale registre. Innhenting og kobling av registerdata er svært tidkrevende og vi har i skrivende stund ikke fått tilgang til alle data. Foreløpige beregninger tilsier at de totale årlige kostnadene knyttet til

schizofrenilidelser i Norge beløp seg til ca. 11 milliarder kroner i 2012. Dette omfatter behandlingkostnader i spesialist- og primærhelsetjenesten, bemannede boliger, NAV – ytelser og tapte produktivitetskostnader. Tapte produktivitetskostnader inngikk ikke i Runds (1995) beregning, og dette utgjør ca. 4 milliarder kroner.

I tillegg til beregningen av totale kostnader forbundet med schizofrenilidelser gjennomføres det en kostnadseffektivitetsanalyse for JMO. Vi antar at arbeid vil ha innvirkning på flere områder i deltakernes liv og vil derfor undersøke eventuelle endringer i bruk av pleie- og omsorgstjenester, NAV – ytelser, behandlingstjenester, primærhelsetjenester og medikamenter i tillegg til endringer i arbeidsstatus. Vi vil her kople data fra IPLOS – registeret, Norsk Pasientregister, Helseøkonomiforvaltningen, NAV og Reseptregisteret sammen med egne innhentede data. En slik kobling er ikke tidligere gjort i Norge, og det har derfor tatt tid å få de nødvendige konsesjoner. Koblingene mellom de forskjellige registrene tar også her lang tid, slik at vi i

denne rapporten kun har anledning til å gjøre en samfunnsøkonomisk analyse for den økte sysselsettingen hos deltakerne. Den endelige kostnadseffektivitetsanalysen ettersendes som et vedlegg til denne rapporten så snart den foreligger.

4.2 SAMFUNNSØKONOMISK ANALYSE

Verdier fra Jobbmestrende Oppfølging skapes i samfunnsøkonomisk forstand først og fremst gjennom arbeid. Arbeid er lønnsomt for den enkelte samtidig som økt arbeidsdeltakelse øker verdiskapningen i samfunnet. Samfunnsøkonomiske analyser forsøker å tallfeste verdien av fordeler og ulemper knyttet til samfunnsmessige endringer. Det finnes imidlertid fordeler og ulemper som ikke lar seg verdsette. Økt deltakelse i arbeidslivet må antas å gi økt mestringsfølelse, økt sosial deltakelse og økt læring. Samtidig har større mangfold i arbeidsstokken positive effekter for hele arbeidslivet (Egeland, 2008). Økt arbeidsdeltakelse har sannsynligvis også positive helsegevinster for den enkelte, noe som vil kunne føre til redusert bruk av helsetjenester og pleie- og omsorgstjenester. Disse effektene er ikke vurdert i denne analysen da vi ikke enda har tilgang til datamaterialet, men vil vurderes i den endelige

kostnadseffektivitetsanalysen som ettersendes.

Et kompliserende element i samfunnsøkonomiske analyser av arbeidsmarkedet er spørsmålet om fortregning. Det kan tenkes at ved å styrke målgruppens muligheter til å komme ut i arbeidslivet, vil de i realiteten bare rykke fremover i arbeidsledighetskøen på bekostning av andre. I lys av den gunstige situasjonen i det norske arbeidsmarkedet, med stor arbeidsinnvandring og 55 000 ledige stillinger i tredje kvartal 2014, har vi valgt å se bort fra fortregning i disse analysene.

4.2.1 METODE

KOSTNADER

Kostnader i denne samfunnsøkonomiske analysen består av kostnader for arbeidsmarkedstiltakene for den tiden de 148 deltakerne i JMO var i disse tiltakene i prosjektperioden. Det ble benyttet to forskjellige arbeidsmarkedstiltak i JMO, «Arbeidspraksis i skjermet virksomhet» (APS) og «Arbeid med bistand» (AB). Totalt i løpet av prosjektperioden var de 148 deltakerne inne i APS – tiltak i 679 måneder, og i AB – tiltak i 233 måneder.

De totale kostnadene for tiden deltakerne var i tiltak var kr 11 922 000. Prisene for tiltakene er fastsatt markedspris uavhengig av leverandør. Vi benytter derfor de totale kostnadene som kalkulasjonspriser.

I tillegg finansierte HelseDirektoratet stillinger til DPS – veiledere i alle seks fylker hvor JMO ble gjennomført. I analysen legger vi til grunn kostnader for disse stillingene gjennom prosjektperioden (2009 – 2012), totalt kr 12 430 000. I disse kostnadene inngår lønn inklusive skatt og arbeidsgiveravgift i tråd med Finansdepartementets «Veileder i samfunnsøkonomiske analyser».

SAMFUNNSØKONOMISKE GEVINSTER

Økonomiske gevinster som følge av økt sysselsetting uttrykkes ved den lønn (inklusive arbeidsgiveravgift) som betales til dem som er i jobb. Det antas at marginalproduktet ved arbeid svarer til den lønn arbeidsgiver er villig til å betale for arbeidskraften. I denne analysen inngår derfor kun de deltakerne som ved to års oppfølging har fått ordinært lønnet arbeid. Deltakere som er i arbeid, men mottar sin inntekt gjennom stønader fra NAV

genererer ingen samfunnsøkonomisk gevinst i denne analysen.

Ved oppstart i JMO hadde fire deltakere arbeid med ordinær lønn som biinntekt. Gjennomsnittlig stillingsprosent var 38 %. Ved to års oppfølging hadde 13 (9 %) av deltakerne heltids lønnet arbeid, en deltaker hadde 70 % lønnet arbeid og en deltaker studerte fulltid uten noen ytelser fra NAV. Ti deltakere (6 %) hadde gjennomsnittlig 50 % lønnet arbeid og 50 % uføretrygd, arbeidsavklaringspenger eller tidsubegrenset lønnstilskudd. I tillegg hadde ti deltakere lønnsinntekt inntil 1G (kr 85 245) i tillegg til ytelser fra NAV. I denne analysen er kun de som hadde ordinært lønnet arbeid inkludert.

Ved å legge til grunn gjennomsnittlig årsinntekt i Norge for 2013 på kr 489 200, vil den totale beregnede årlige brutto arbeidsinntekten (inkludert arbeidsgiveravgift) for de som har ordinært lønnet arbeid gjennom JMO øke fra kr 848 334 ved oppstart i prosjektet til kr 10 437 868 ved to års oppfølging. Den samfunnsøkonomiske gevinsten utgjør kr 9 589 534 per år.

I tillegg til samfunnsøkonomisk gevinst gjennom økt arbeidsinntekt medfører overgang til lønnet arbeid budsjettøkonomiske gevinster i form av reduserte utbetalinger til uføretrygd og arbeidsavklaringspenger. Når gjennomsnittlige utbetalinger for Arbeidsavklaringspenger og Uføretrygd pr 2013 legges til grunn, blir den totale budsjettøkonomiske gevinsten mellom oppstart i prosjektet og etterundersøkelsen etter to år kr 4 441 800,- per år.

4.2.2 RESULTATER

Ved å benytte nettonåtidsværdimetoden sammenlignes gevinster og kostnader som faller på forskjellige tidspunkter i kalkulasjonsperioden. I JMO ligger kostnadene i prosjektperioden mens gevinsten først viser seg ved oppfølging to år etter inklusjon i prosjektet. Nettonåtidsværdien beregnes som tilbakediskontert verdi av gevinster og kostnader over tiltakets tidshorisont. I tråd med Finansdepartementets «Veileder i samfunnsøkonomiske analyser» benytter vi en kalkulasjonsrente på 4 % per år. På grunn av usikkerhet om fremtidige effekter vurderer vi det som hensiktsmessig å gjennomføre analysen med en tidshorisont

på 3 år. Analysen tar derved kun hensyn til gevinster ved økt sysselsetting over en kort periode, og vi unngår en overvurdering av de samfunnsøkonomiske effektene.

Ut fra forutsetningene ovenfor beregner vi at netto nåtidsverdi for JMO over en tre års tidshorisont utgjør kr 2 260 000. Dette betyr at dersom 9 % av deltakerne kommer i heltids arbeid og ytterligere 7 % kommer i deltids arbeid vil den samfunnsøkonomiske gevinsten være nesten kr 2,3 millioner høyere enn kostnadene i løpet av tre år. I tillegg til de samfunnsøkonomiske gevinstene beregner vi en netto nåtidsverdi av de budsjettøkonomiske gevinstene over en tre års tidshorisont på kr 12 326 400.

Verdier i samfunnsøkonomisk forstand skapes gjennom lønnet arbeid. Gjennom økt arbeidsdeltakelse øker også verdiskapingen i samfunnet. I JMO baserer vi den samfunnsøkonomiske gevinsten på at 16 % av deltakerne har lønnet arbeid, hel- eller deltid, ved oppfølgingstidspunktet. Forutsatt at disse sysselsettingstallene holder seg stabile over tre år, vil den samfunnsøkonomiske gevinsten av tiltaket utgjøre kr 2,3

millioner for hele gruppen som har deltatt i JMO.

Budsjettkonsekvensene for det offentlige vil over en tre års periode være en gevinst på i overkant av kr 12 millioner i form av reduserte utgifter til uføretrygd og

arbeidsavklaringspenger. I tillegg forventer vi en nedgang i behovet for helsetjenester og pleie- og omsorgstjenester.

5. DISKUSJON

5.1 ANDEL I ARBEID

To år etter inklusjon i Jobbmestrende Oppfølging var over 60 % av deltakerne i arbeid eller studier og de arbeidet i gjennomsnitt 21 timer pr uke. De som hadde en ordinær ansettelse arbeidet nesten 29 timer pr uke, mens de som var i NAV – tiltak i ordinære bedrifter arbeidet i underkant av 20 timer pr uke. De som jobbet i skjermet virksomhet arbeidet 12 timer pr uke. Sammenliknet med resultatene ved intervensjonens avslutning sank andelen i arbeid med 17 %, mens antallet arbeidstimer gikk kraftig opp, fra ca. 12 til 21 timer pr uke. Samtidig steg andelen som mottok uføretrygd med 10 % mellom tidspunktet for avslutning av intervensjonen og etterundersøkelsen, mens andelen i skjermede virksomheter gikk markert ned.

5.1.1 BETYDNINGEN AV KONTINUERLIG STØTTE

Nedgangen fra 77 % til 60 % var forventet. Da intervensjonen var avsluttet, ble oppfølgingen av hver enkelt deltaker ikke lenger så tett som under intervensjonen,

selv om en del av deltakerne ble fulgt opp av sine veiledere i JMO også i forlengelsen.

Det er sannsynlig at redusert støtte gjorde det vanskeligere for de dårligst fungerende blant deltakerne å opprettholde aktiviteten. Dette funnet tyder på at det er nødvendig å kontinuere støtten til den enkelte så lenge deltakeren kjenner behov for det, i tråd med funn i tidligere forskning (Becker, Xie, McHugo, Halliday & Martinez, 2006; Bond, Peterson, Becker & Drake, 2012).

5.1.2 JMO OG IPS

Andelen i arbeid både etter intervensjonsperioden og ved etterundersøkelse er høy. Tjueen prosent hadde ordinært arbeid, mens ytterlige 25 % fylte roller i det ordinære arbeidslivet gjennom praksisplasser ved oppfølgingstidspunktet. Det er naturlig å sammenlikne JMO med internasjonale IPS – studier med samme målgruppe. Selv om den rapporterte andelen i ordinært arbeid er noe høyere i IPS – studiene, fungerer flere deltakere i JMO på ordinære arbeidsplasser etter to år når vi regner med dem som mottar ytelse fra NAV. Det er mange likhetspunkter, men også forskjeller

mellom IPS og JMO. Begge legger stor vekt på individuell oppfølging og støtte, og begge har arbeid i det ordinære arbeidslivet som mål. Men i motsetning til IPS, som etablerer arbeidsplasser i det ordinære arbeidslivet uten noen forutgående treningsperiode, har JMO vært forankret i arbeidsmarkedsbedrifter og således fungert etter en modifisert train and place-modell. Når JMO-resultatene likevel er så gode også når det gjelder andelen som kommer i arbeid i det ordinære arbeidslivet, gir det grunnlag for en mer nyansert diskusjon om train and place versus place and train. Forankringen i arbeidsmarkedsbedrifter var i utgangspunktet praktisk begrunnet, ettersom disse bedriftene var hovedarena for attføringsarbeidet da JMO startet opp. Selv om denne ordningen nå er i endring, er det ikke uten videre gitt at train and place modellen og arbeidsmarkedsbedriftene har utspilt sin rolle. Det er tross alt rundt to tredeler av deltakerne i place and train-prosjekter som i første omgang ikke mestrer det ordinære arbeidslivet, og det kan tenkes at disse personenes muligheter ville øke gjennom en periode med trening som fremmer mestring og kompetanse. Forutsetningen vil eventuelt være at arbeidsmarkedsbedriftene konsekvent har

blikket rettet mot det ordinære arbeidslivet som mål.

JMO skiller seg også fra IPS når det gjelder den konkrete samhandlingen mellom deltaker og arbeidskonsulent. For det første har hver arbeidskonsulent hatt ansvar for et lavere antall deltakere enn det som har vært vanlig i IPS-studiene, noe som sannsynligvis innebærer tettere oppfølging. For det andre har deltaker og arbeidskonsulent møttes ukentlig til KAT- eller KT-orienterte samtaler/trening. Disse samtalenes kjennetegn og konsekvenser er videre omtalt under avsnitt 5.3 og 5.8. Økningen i andelen som mottar uføretrygd er i samsvar med prosjektets ambisjon om å avklare trygdeytelser blant deltakere som viste seg å ikke mestre arbeid.

JMOs hovedmål var at flere med alvorlige og langvarige psykiske lidelser skal komme i arbeid og beholde tilknytningen til arbeidslivet. Resultatene ovenfor viser etter vår mening at prosjektet har nådd dette hovedmålet.

5.1.3 SAMMENLIGNING AV DE TO INTERVENSJONENE

Vi har ikke påvist signifikante forskjeller mellom KAT- og KT- intervensjonene når

det gjelder andelen som kommer i arbeid. Noen vil tolke dette som uttrykk for at disse spesifikke tiltakene ikke påvirker suksessraten på noen avgjørende måte, og kanskje heller legge vekten på samarbeidsmodellen som forklaringsfaktor.

- Studien hadde som mål å sammenligne resultatene av vanlig arbeidsrehabilitering med den forsterkede oppfølgingen i JMO. Undersøkelsens opprinnelige design inneholdt derfor også en kontrollgruppe med personer i ordinær arbeidsattføring, uten kunnskapsutveksling og organisert samarbeid mellom helse- og velferdsetatene. Kontrollgruppen skulle etableres i tre fylker, hvor prosjektet ble presentert for NAV- kontakter og aktuelle arbeidsmarkedsbedrifter. Det ble antatt at hvert fylke ville kunne rekruttere 30 personer med schizofreni spektrumlidelser i løpet av halvannet år. Det viste derimot at etter å ha arbeidet i to år for å etablere denne kontrollgruppen, endte vi opp med bare en håndfull personer. Vi måtte derfor gi opp dette forsøket, og konkluderte at personer med alvorlig psykisk lidelse stort sett ikke har fått tilbud om arbeidsattføring i Norge. Dette kan betraktes som et *funn* i undersøkelsen. Dersom vi skulle kunne trekke konklusjoner når det gjelder den relative betydningen av

samarbeidsmodellen og de spesifikke intervensjonene, måtte vi disponert en slik kontrollgruppe og i tillegg en intervensjonsgruppe som fikk JMO-tilbudet uten KAT eller KT. Den siste lot seg ikke realisere av økonomiske og praktiske grunner.

I denne studien inkluderte vi alle som fylte de gitte kriteriene og som ønsket å jobbe. Det ble ikke stilt krav om at deltakerne måtte ha aktive psykosesyntomer eller kognitiv svikt ved inklusjon. Hensikten med en slik inklusjonsprosedyre var å sikre et materiale som var stort nok til å teste hvorvidt JMO-modellen kunne øke arbeidsaktiviteten i den totale deltakergruppen. En del av deltakerne som ble rekruttert hadde få symptomer og lite kognitiv svikt ved inklusjon, noe som medfører en utfordring når det gjelder å påvise direkte effekt av kognitiv atferdsterapi eller kognitiv trening. For ytterligere diskusjon om intervensjonenes betydning, se punkt 5.5.3.

5.2 SYMPTOMTRYKK

Antakelsen om at personer med psykoselidelser generelt er for syke eller for sårbare til å tåle arbeidslivets krav får ingen støtte i våre analyser. Det synes å

være en myte som har bidratt til eksklusjon av mange personer i denne gruppen fra arbeidsmarkedet. Symptomtrykket viser en moderat nedgang fra oppstart til intervensjonsslutt, mens det stiger ørlite fra intervensjonsslutt til etterundersøkelse. Vår forhåndsrefleksjon var at symptomtrykket kunne tenkes å bli forverret som følge av at personene må håndtere langt større mengder fakta og sosial informasjon når de kommer i arbeid, mens det motsatt kan tenkes å bli redusert som følge av økt opplevelse av anerkjennelse, støtte og tilhørighet. Resultatene harmonerer med denne refleksjonen.

5.3 KOGNITIV FUNKSJON

I tråd med funn i tidligere undersøkelser (Green et al., 2004) viser resultatene at deltakerne i JMO har kognitive vansker på alle de målte funksjonsområdene. For alle deltakere som har gjennomført den kognitive utredningen er det også blitt skrevet en nevropsykologisk rapport. Nevropsykologisk utredning anbefales i de kliniske retningslinjene for psykosebehandling (Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser, 2013), men kan ofte være

vanskelig å få tilgang til. Erfaringen vår er at disse rapportene har vært viktige for både behandlere og arbeidskonsulenter. Utredningen synes å ha vært et godt verktøy for tilpasning og tilrettelegging av den enkeltes vansker i arbeidssituasjonen. Når det gjelder kognitiv funksjon ved post-test viser resultatene for hver av gruppene adskilt at KT gruppen bedres på flere mål, men også KAT gruppen forbedrer seg på enkelte mål. Dette kan tyde på det er elementer også ved KAT som har en positiv effekt på kognitiv funksjon. Det kan også tyde på at det å være i arbeid generelt virker stimulerende og har en gunstig effekt på kognitiv funksjon.

5.4 FRAFALL

Av de 173 som gjennomførte hele den initiale utredningen og lot seg inkludere var det 25 som sluttet før intervensjonen kom i gang. Det kan være flere årsaker til dette. Dette kan henge sammen med at det i en del tilfeller gikk lang tid mellom utredningen og oppstart i arbeid. Deltakernes motivasjoner er en viktig faktor for å lykkes, og den vil lettere holdes oppe jo kortere dette intervallet er. Intervallet mellom utredning og oppstart ble i mange tilfeller langt på grunn av komplisert logistikk knyttet til den omfattende

utredningen og til ventetider i arbeidsmarkedsbedriftene. Intervallet vil kunne kortes vesentlig ned i utføring etter JMO-modellen i ordinær drift. Frafallet før oppstart kan også skyldes symptomer. Symptomer ved psykoselidelser svinger og selv om vi ikke har data på dette kan det tenkes at enkelte avsluttet ut på grunn av økt symptomtrykk før de kom i gang med intervensjonen.

5.5 JMO SOM UTVIKLINGSPROSJEKT

JMO er både et forskningsprosjekt og et utviklingsprosjekt. Utviklingsdelen av prosjektet knytter seg i første rekke til etableringen av det organiserte samarbeidet mellom NAV og helse og mellom deltakerbedriftene og NAV/helse. Samarbeidet mellom bedriftenes arbeidskonsulenter og deltakerne var også tettere og mer strukturert enn vanlig. På oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomførte SINTEF i 2013 en kvalitativ evaluering av JMO i de seks fylkene som deltok i prosjektet. Tjueen deltakere og 53 fagpersoner ble intervjuet om sine erfaringer og meninger om JMO. Målene for evalueringen var i første rekke å undersøke hvorvidt prosjektet hadde etablert hensiktsmessige

samarbeidsstrukturer mellom spesialisthelsetjeneste, NAV og kommuner i de aktuelle fylkene. Med utgangspunkt i følgeevalueringen diskuterer vi i det følgende utviklingsdelen av JMO-prosjektet.

5.5.1 SAMARBEIDET MELLOM DELTAKER OG ARBEIDSKONSULENT

SINTEF-rapporten svarte et ubetinget ja på spørsmålet om «tettere samarbeid mellom psykisk helsevern, NAV, tiltaksbedrifter og ordinært arbeidsliv kan føre til smidigere/raskere overgang mellom behandling og arbeid». Mange av rapportens intervjuobjekter beskrev samarbeidet mellom deltaker og arbeidskonsulent som viktig.

Arbeidskonsulentene hadde et kontinuerlig fokus på utfordringer i jobben og motiverte deltakerne til læring og mestring.

Deltakerne beskrev dem som velutdannede, flinke, engasjerte og personlig egnet for sin rolle. Vi finner det lett å slutte oss til denne vurderingen. Gjennom hele prosjektperioden opplevde vi arbeidskonsulentene som svært seriøse og dyktige. De deltok i undervisningen om psykosens grunnlag og kjennetegn og om KAT/KT som metoder i rehabiliteringen med stort engasjement og alvor, og mange

av dem markerte at opplæringen i JMO gav dem et nytt faglig grunnlag som gjorde det lettere å fylle rollen som deltakerens nærmeste samarbeidspartner. Mange av arbeidsmarkedsbedriftenes ansatte har manglet grunnleggende kunnskaper om sårbarhet og stress ved psykoselidelser. Når dette kunnskapsgrunnlaget mangler, er det lett å feiltolke deltakeres handlinger og språklige uttrykk og tilsvarende vanskelig å respondere støttende og produktivt. Når grunnkunnskapen om psykoselidelser fikk følge av kunnskap om hvordan symptomer og kognitive vansker kan lindres ved bruk av metoder fra KAT- og KT-tradisjonene, opplevde arbeidskonsulentene at de kunne møte deltakernes problemer i arbeidet med større trygghet. Kunnskapen gav samhandlingen form og struktur og skapte en ny faglig identitet hos mange av konsulentene.

5.5.2 SAMARBEIDET MELLOM NAV OG HELSE.

Mange av evalueringsrapportens informanter var opptatt av utfordringene i samarbeidet mellom NAV og helse. Det var bred enighet om at de viktigste barrierene er helsesidens manglende fokus på arbeidets betydning som rehabiliteringsfaktor og

NAVs manglende inkludering av personer med psykoselidelser i arbeidsrettede tiltak. Det ble påpekt at selv om det har skjedd positive endringer i både NAV og helsevesenet når det gjelder disse faktorene, er det fortsatt lang vei å gå før barrierene i tjenesteapparatene er borte. Det videre arbeidet for å fremme produktive faglige holdninger er en sentral forutsetning dersom resultatene i JMO skal kunne oppnås i ordinær drift.

Etter vår vurdering har JMO utviklet et samarbeid mellom NAV og helse preget av gjensidig respekt. Etatene synes å ha erkjent at arbeidsrehabilitering ikke kan lykkes uten at de ulike aktørene samhandler produktivt. I løpet av prosjektperioden ble det utviklet et felles kunnskapsgrunnlag og et felles språk som gav samhandlingen et helt nytt utgangspunkt. Engasjerte deltakere og gode rammebetingelser i prosjektet var et viktig grunnlag.

Det vil være en sentral utfordring å videreføre og utvikle samarbeidet under ordinære driftsbetingelser. JMO hadde delt ledelse med lik representasjon fra NAV og helse. I følgeevalueringen kom det fram at prosjektleder på helsesiden i fylkene spilte en sentral rolle i samarbeidet.

Flere informanter argumenterte for at DPSene bør ha en tilsvarende fast stilling med ansvar for arbeidsrehabiliteringen og samarbeidet med NAV. Etter avsluttet intervensjon har deltakerfylkene i JMO valgt forskjellige løsninger på dette punktet. Mens Nord-Trøndelag har valgt en løsning hvor NAV og spesialisthelsetjenesten har videreutviklet den todelte ledelsen, har Vest-Agder gitt et DPS status som tiltaksarrangør, slik at NAV i praksis kjøper tjenester fra DPS. De ulike modellene har ulike styrker og svakheter, blant annet med tanke på reduksjon av barrierene som er nevnt ovenfor. Uansett er det trolig nokså avgjørende at samarbeidet er forankret på ledelsesnivå i begge etater. SINTEF- rapporten understreker også at samarbeid med utgangspunkt i JMO- erfaringene bør ses i sammenheng med eksisterende avtaler og annet samarbeid som er under utvikling, slik at parallelle og overlappende strukturer unngås i størst mulig utstrekning.

5.5.3 DE SPESIFIKKE INTERVENSJONENES BETYDNING FOR SAMARBEIDET

SINTEFs følgeevaluering omtaler samarbeidet og de spesifikke intervensjonene som helt atskilte faktorer, og antar at samarbeidet og den tette

oppfølgingen er de mest virksomme elementene. Det er ingen tvil om samarbeidets betydning, men etter vår oppfatning kan samarbeidet ikke vurderes helt isolert fra de spesifikke intervensjonene. De konkrete metodene utgjorde en sentral del av arbeidskonsulentens kompetanse og farget samhandlingens innhold på en svært direkte måte. Tilbakemeldinger fra arbeidskonsulentene om manglende kompetanse på oppfølging av personer med psykoselidelser, taler for at undervisningen og veiledningen i JMO har vært nødvendig for at de skal kunne legge drive individuelt tilrettelagt oppfølging av deltakerne.

Samtalene mellom arbeidskonsulentene og deltakerne ble etablert og strukturert gjennom KAT- og KT-metodene. Det er sannsynlig at de to spesifikke intervensjonene har gjort det mulig for arbeidskonsulentene å oppnå en bredere, dypere og mer personlig kontakt med deltakerne. Kvalitative rapporter fra arbeidskonsulentene tyder nettopp på dette. De fleste av dem har opplevd opplæringen i de to behandlings/rehabiliteringsmetodene som en vesentlig styrking av sin kompetanse,

noe som har gitt dem økt trygghet i arbeidet.

KAT- og KT-intervensjonene har sannsynligvis også økt motivasjonen hos DPS - veilederne som har deltatt i JMO. Metodene er utviklet i helsevesenet, men har vist seg nyttige også utenfor tradisjonell behandling. Dette antas å ha styrket samarbeidet mellom helse, NAV og bedrifter, en faktor de fleste nå anser kritisk viktig for at arbeidsrehabilitering skal lykkes for brukere med alvorlig psykisk lidelse.

5.6 TO DELTAKERVIGNETTER

Nedenfor presenterer vi to deltakerhistorier som illustrerer typiske forløp i JMO

5.6.1 I FULL JOBB MED STEMME I HODET

Ved oppstart var deltakeren ordfattig og innesluttet. Han snakket dårlig norsk, og sa ingenting hvis han ikke fikk et direkte spørsmål. Han var preget av negative symptomer. Det kom etter hvert fram at han hadde sterke hørselshallusinasjoner. Han startet arbeidspraksis i ordinær bedrift som lager- og pakke-arbeider. Til tross for svake

sosiale ferdigheter jobbet han godt. Han fikk innvilget truckførerkurs fra NAV, og arbeidskonsulenten, som hadde en god relasjon til arbeidsgiver, fikk til en avtale om at deltakeren kunne hospitere én måned som truckfører på egen arbeidsplass. Han jobbet da heltid.

Parallelt hadde deltaker og arbeidskonsulent KAT-orienterte samtaler. På grunn av deltakerens ordknapphet og begrensede språk, måtte arbeidskonsulenten tilpasse presentasjonen av metodene. Deltakeren klarte å sette ord på noen av sine utfordringer, og sammen kom de fram til forskjellige strategier som deltakeren kunne bruke for å håndtere sine symptomer og dermed bedre arbeidsfunksjonen.

Etter endt arbeidspraksis fikk deltakeren jobb via Manpower. Han jobbet fulltid også i den nye jobben, og i perioder så mange timer at psykolog og jobbkonsulent tok opp at han måtte sette av tid til restitusjon og hvile. I denne perioden hadde han mer lønn utbetalt pr måned enn både behandler og jobbkonsulent, noe deltager syntes var ganske gøy.

Han hørte fortsatt stemmer når han jobbet, men klarte å ignorere disse. Han jobbet med et headset hvor han fikk arbeidsinstruksjoner på øret fra sin leder, og sa at han derfor ikke hadde tid til å høre på stemmene. I samme periode ble han mer aktiv sosialt, han tok følge med kolleger til arbeid, hans muntlige norsk ble merkbart bedre og han fremsto mer selvsikker. Fra å framstå fullstendig taus og innesluttet med hørselshallusinasjoner og sterke negative symptomer, uten noen form for arbeidserfaring, jobbet han nå 100 % som truckfører og sikret sin egen inntekt for første gang i sitt liv.

I tillegg til deltakerens egenkraft og motivasjon, var det trolig arbeidskonsulentens kunnskaper om psykoser og om KAT-metodikk, det gode samarbeidet med behandleren og fleksibiliteten i NAV (som innvilget truckførerkurs selv om deltakeren allerede var inne i et tiltak) som var avgjørende for at denne deltakeren, som var motivert, men som aldri hadde jobbet, kunne komme ut i ordinært heltidsarbeid.

5.6.2 KAPTEIN PÅ EGEN SKUTE

Ved oppstart i JMO var deltakeren uten jobb og ble beskrevet som engstelig,

tilbakeholden og til dels preget av negative symptomer. Hun fremhevet selv det sosiale som et problem, særlig det å bli kjent med nye mennesker og det å småprate med folk om hverdagslige ting. På spørsmål om hva som var viktig for deltakeren for å øke hennes livskvalitet, fremhevet hun det å ha kontroll over eget liv og å kunne gjøre noe samfunnsnyttig. Hennes høyeste ønske var fast jobb og inntekt, aller helst som butikkmedarbeider.

Deltakeren startet arbeidstreningen internt i en attføringsbedrift for å opparbeide seg nødvendig erfaring til å søke jobb som butikkmedarbeider i ordinær bedrift. Hun jobbet i starten 3 dager i uken a 3 timer. Hun var alltid punktlig og pliktoppfyllende, men ble fort sliten til å begynne med. Etter ca. 6 måneder hadde hun opparbeidet det arbeidskonsulenten refererte til som bedre «jobbkondisjon», og deltakeren søkte ordinær jobb som butikkmedarbeider i en lagerbutikk. I forbindelse med dette forteller arbeidskonsulenten om et tett samarbeid med deltaker og behandler. Som forberedelse til intervju hadde blant annet behandler og deltaker en samtale om hvordan hun skulle presentere sin helsetilstand, noe hun selv syntes var vanskelig. På selve intervjudagen var

arbeidskonsulenten med. Deltakeren gjorde en fin presentasjon av seg selv og fikk jobben. Hun jobbet til å begynne med 3 dager i uken i til sammen 20 timer.

Den kognitive utredningen som ble gjennomført ved inntak viste at deltakeren hadde konsentrasjonsvansker, at hun lett ble distraheret og at hun hadde problemer med å huske verbal/muntlig informasjon.

Disse problemområdene fikk et særlig fokus i den kognitive treningen. Sammen med arbeidskonsulenten utviklet hun på bakgrunn av erfaringer fra treningen også strategier for å kompensere for disse vanskene i arbeidssituasjonen. Hun uttrykte at dette hjalp henne til å konsentrere seg bedre og til å forholde seg til flere ting samtidig uten å bli overveldet. Hun fikk også positive tilbakemeldinger fra arbeidsleder om at hun hadde blitt mer observant og virket mer fokusert.

Deltakerens uttalte utfordring med hensyn til «småpratting» ble også adressert underveis. Fordi hun ikke jobbet full uke og det kunne bli lengre opphold mellom arbeidsdagene, kom hun heller aldri ordentlig inn i arbeidsrutinene og det sosiale samværet på arbeidsplassen. Sammen med arbeidskonsulentene og DPS-veileder utviklet hun strategier for å

håndtere dette. Hun fant blant annet fram til temaer hun følte seg komfortabel med å samtale om. Etter hvert ønsket hun selv å jobbe mer for å få bedre kontinuitet. Dette ble løst ved å spre arbeidsdagene og øke stillingsandelen. Etterhvert opplevde hun at det ble lettere å bli kjent med kollegene, og hun følte seg ikke lenger så sjenert som tidligere.

Gjennom prosjektperioden økte deltakeren sin stillingsandel og ved etterundersøkelsen var hun i en 70 % stilling ved samme ordinære bedrift.

Arbeidskonsulenten i denne saken trekker frem både den kognitive treningen og «korte ledd» mellom etatene som viktig for å lykkes.

5.7 BEGRENSNINGER

5.7.1 KONTROLLGRUPPE

Som beskrevet ovenfor (avsnitt 5.1.3) arbeidet vi lenge for å etablere en kontrollgruppe som fikk ordinær arbeidsutføring. Det viste seg at dette ikke lot seg gjøre, idet vi fant bare en håndfull personer. Dette kan betraktes som et funn i prosjektet, og representerer selvsagt en analytisk begrensning.

5.7.2 UTVALGSKRITERIER

I denne studien inkluderte vi alle som fylte de gitte kriteriene og som ønsket å jobbe. Det ble ikke stilt krav om at deltakerne måtte ha aktive psykosesyntomer eller kognitiv svikt ved inklusjon (se avsnitt 5.1.3). En del av deltakerne som ble rekruttert hadde få symptomer og få kognitive vansker ved inklusjon, noe som gjorde det vanskeligere å påvise direkte effekt av kognitiv atferdsterapi eller kognitiv trening.

5.7.3 MULTISENTERSTUDIE

I JMO var seks fylker, ti arbeidsmarkedsbedrifter og nærmere 40 arbeidskonsulenter involvert i gjennomføringen. Multisenter-organisering kan også innebære analytiske begrensninger og metodeproblemer. Diagnostisk og behandlingsmessig praksis og ikke minst lokalt arbeidsmarked varierer og representerer en «feilkilde» som ikke nødvendigvis alltid lar seg kontrollere på alle punkter.

5.8 VIDERE STUDIER OG TILTAK

5.8.1 OPPFØLGINGSUNDERSØKELSER

Før evidens kan sies å være etablert for en modell, kreves vanligvis flere uavhengige undersøkelser og gjerne meta-analytiske studier. Et slikt system for vurdering av effekt av behandling er utbredt på helseområdet, men har ingen sterk tradisjon når det gjelder evaluering av velferdstiltak. Dette henger trolig delvis sammen med at effektevaluering på dette området nødvendigvis må bli svært kostbar. JMO er et av de første tiltakene som vurderes på denne måten. Denne «kulturendringen» er etter vår oppfatning et stort framskritt. Videre effektstudier er nødvendige for å forstå den relative betydningen av de ulike komponentene i JMO, og for å undersøke hvorvidt våre positive funn lar seg replisere.

JMO-modellen kan tenkes å være anvendbar også i rehabilitering av andre grupper med sammensatte behov, for eksempel i grupper med rusproblemer, personlighetsforstyrrelser og blant ungdom som har falt ut eller er i ferd med å falle ut av videregående skole.

5.8.2 FRA PROSJEKT TIL DRIFT

Som det fremgår av følgeevalueringen, var det i JMO optimale rammebetingelser for samarbeid rundt deltakerne, og dette antas å ha hatt stor betydning for utfallet av prosjektet. Et av målene med prosjektet var å etablere hensiktsmessige og varige samarbeidsstrukturer mellom spesialisthelsetjeneste, kommuner og NAV. Da intervensjonene var avsluttet, var det opp til fylkene å organisere den videre oppfølgingen av deltakerne. Som nevnt ble dette gjort på ulike måter, delvis på grunnlag av etablerte lokale tradisjoner. Behandlingsapparatet og NAV har forskjellige generelle regelverk og kriterier for måloppnåelse, samtidig som regelverk og kriterier fortolkes ulikt lokalt. Etter vår oppfatning er det svært viktig at deltakerne følges opp så lenge de uttrykker behov for det. Vi har sett en rekke eksempler på deltakere som har lyktes i å komme ut i arbeid, men som har uttrykt behov for kontakt med arbeidskonsulenten i lang tid etter at prosjektet er avsluttet. En slik oppfølging er det i utgangspunktet ikke rom for i den gjeldende tiltaksstrukturen. I mange tilfeller har arbeidskonsulentene fortsatt å ha kontakt med disse deltakerne på eget initiativ, og dette har sannsynligvis bidratt vesentlig til at deltakere har klart å

beholde arbeid over tid. I noen tilfeller hvor oppfølgingen ble avsluttet i henhold til regelverket, har deltakerne falt ut av arbeidet etter relativt kort tid. Erfaringen når det gjelder oppfølgingens varighet er den samme i en rekke IPS-studier.

5.8.3 EKSTERNE BARRIERER

Skillet mellom interne og eksterne barrierer mot arbeidsdeltakelse er særlig viktig når det gjelder personer med alvorlig psykisk lidelse. De fleste behandlingstiltak retter seg i hovedsak mot de sykdomsspesifikke barrierene (symptomer og kognitiv svikt), mens JMO systematisk adresserer både de interne og en rekke av de eksterne barrierene. Undervisningen om psykoser og metoder i rehabiliteringsarbeidet antas å gjøre det lettere for arbeidskonsulenter og NAV-ansatte å forstå og møte deltakerne på en produktiv måte, samtidig som overføringen av kunnskap om konkrete attføringstilbud og om arbeidets betydning når det gjelder identitet og psykisk helse antas å påvirke behandlernes tenkning positivt.

OECD (2013) påpeker en rekke faktorer ved det Norske samfunnet som kan bidra til å holde personer med psykoselidelser utenfor arbeidslivet. Blant annet påpeker

de at personer med psykiske lidelser i for stor grad sykmeldes fremfor å bistå med tilrettelegging på arbeidsplassen, og at spørsmålet om arbeid ikke står sentralt i behandling og hjelpetiltak. De påpeker videre at personer som har fått en uføretrygd vil så godt som aldri gå tilbake i lønnet arbeid. Dette har nok sammenheng med at uføretrygd i mange tilfeller innebærer en trygghet personene selv ikke ønsker å risikere, men også at hjelpeapparatet anser personer som har fått innvilget uføretrygd som «ferdig behandlet» og ikke prioriterer disse til arbeidsrehabilitering.

OECD kommenterer også at det er manglende eller tilfeldig samarbeid mellom primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og NAV rundt oppfølgingen av personer med psykiske lidelser.

Andre eksterne barrierer dreier seg for eksempel om produktivitetskrav i arbeidslivet og bruk av tilretteleggingstilskudd og lønnstilskudd. I

en samfunnsøkonomisk analyse av økt sysselsetting av personer med nedsatt funksjonsevne (AFI, 2012) er det beregnet at dersom personer med nedsatt funksjonsevne kommer ut i lønnet arbeid i så lite som 29 % stilling, vil samfunnet ha en budsjettøkonomisk og samfunnsøkonomisk gevinst ved å yte opptil 250 000 kroner i lønnstilskudd. Dette taler for mer utstrakt bruk av lønnstilskudd enn det vi har erfart gjøres. Det er også mye som taler for at et videre fokus på mer effektivt samarbeid mellom hjelpeapparatene og et større fokus på å hjelpe personer med psykiske lidelser ut i arbeid vil kunne ha en helsegevinst for den enkelte så vel som en økonomisk gevinst for samfunnet.

6. REFERANSER

- Addington, D., Addington, J., Schissel, B. (1990). A depression rating scale for schizophrenics. *Schizophrenia Research*, 3, 4, 247–251.
- Becker, D.R., Xie, H., McHugo, G.J., Halliday, J., Martinez, R.A. (2006). What predicts supported employment program outcomes? *Community Mental Health Journal*, 42(3), 303-313.
- Bellack AS. (2004) Skills training for people with severe mental illness. *Psychiatr Rehabil* 27, 4, 375-391.
- Berge, T., Falkum, E.(2013). *Se mulighetene, Arbeidsliv og psykisk helse*. Oslo Gyldendal.
- Berman, A.H., Bergman, H., Palmstierna, T., Schlyter, F., (2005). Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in criminal justice and detoxification settings and in a Swedish population sample. *European Addiction Research* 11, 22-31.
- Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., Wetton, S., & Copestake, S. (1990). The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *Br.J.Psychiatry*, 157, 853-859.
- Bond, G., Dietzen, L., McGrew, J., Miller, L., (1995). *Rehabilitation Psychology*, Vol.40(2), pp.75-94
- Bond, G.R., Drake, R.E., Becker, D.R. (2012). Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World Psychiatry*, 11, 32-39.
- Bond, G.R., Peterson, A.E., Becker, D.R., Drake, R.E. (2012). Validation of the Revised Individual Placement and Support Fidelity Scale (IPS-25). *Psychiatric Services*, 63(8), 758-763.
- Bustillo, J.R., Lauriello, J., Horan, W.P., Keith, S. (2001). The psychosocial treatment of schizophrenia: An update. *The American Journal of Psychiatry*, Vol.158(2), pp.163-75
- Drake R., McHugo G., Rebut R. (1999) A randomised clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders. *Arch Gen Psychiatry* 56, 627-633.

- Egeland, C., Svare, H., Holter, Ø.G. (2007). Likestilling og livskvalitet. AFI – rapport 2008:1.
- Green, M.F., Kern, R.S., Heaton, R.K. (2004). Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implications for MATRICS. *Schizophrenia Research*, 72, 41-51.
- Greig, T.C., Nicholls, S.S., Bryson, G. J., & Bell, M. D. (2004). The Vocational Cognitive Rating Scale: A scale for the assessment of cognitive functioning at work for clients with severe mental illness. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 21, 2, 71-81.
- Hagen, R., Gråwe, R.W., Grotmol, K.S., Holen, H.S. (2006). Depresjon ved psykose – forståelse og kliniske implikasjoner. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43, 99-104.
- Hagen, R. & Klausen, V., (2008). Kognitiv atferdsterapi ved psykose. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45, 5, 545-554.
- Heinrichs, R.W. Zakzanis, K.K. (1998). Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence. *Neuropsychology*, 12, 426–445.
- Heinssen, R.K., Liberman, R.P., Kopelowics, A. (2000). Psychosocial skills training for schizophrenia: lessons from the laboratory. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 21-46.
- Helle, S., Gråwe, R. (2007). Sysselsetting og trygd blant personer med schizofrenidiagnose. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 1358-1362.
- Jauhar, S., McKenna, P.J., Radua, J., Fung, E., Salvador, R., Laws, K.R. (2014) Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. *British Journal of Psychiatry*, 204, 20-29
- Kavanaugh, D. & Mueser, K.T. (2007). Current evidence on integrated treatment for serious mental disorder and substance misuse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 618-637.
- Kay, S.R., Opler, L.A., Fiszbein, A. (1999). Structured Clinical Interview for the Positive and Negative Syndrome Scale (SCI-PANSS). Multi-Health Systems Inc. North Tonawanda NY.
- Kingdon, D.G., Turkington, D. (2005). *Cognitive therapy of schizophrenia*, Guilford, New York.
- Kruglanski, A.V. (2004). *The Psychology of Closed Mindedness*. Taylor and Francis, New York.
- Lewis, S., Tarrier, N., Haddock, G. (2002). Randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy in early schizophrenia: acute phase outcomes. *British Journal of Psychiatry* 43 (Suppl), 91-97.

- Liberman, R.P., Wallace C.J., Blackwell, G. (1998). Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 155, 1087-1091.
- Luciano, A., Drake, R.E., Bond, G.R., Becker, D.B., Carpenter-Song, E., Lord, S., Swarbrick, P., Swanson, S.J. (2014). Evidence-based supported employment for people with severe mental illness: Past, current, and future research. *Journal of Vocational Rehabilitation*.40, 1-13.
- Marder, S.R., Wirshing, W.C., Mintz, J. (1996). Outcome for social skills training and group psychotherapy for outpatients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1585-1592.
- Marin, R.S., Biedrzycki, R.C., Firinciogullari, S. (1991) Reliability and validity of the Apathy Evaluation Scale. *Psychiatry Research*, 38, 2, 143-62.
- McGurk, S.R., Mueser, K.T. (2004). Cognitive functioning, symptoms, and work in supported employment: a review and heuristic model. *Schizophrenia Research*, 70, 2-3, 147-173.
- McGurk, S.R., Mueser, K.T., Feldman, K., Wolfe, R., Pascaris, A. (2007). Cognitive training for supported employment: 2-3 year outcomes of a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 164, 437-431.
- Melle, I., Friis, S., Hauff, E., Vaglum, P. (2000). Social functioning of Patients with Schizophrenia in High-Income Welfare Societies. *Psychiatric Services*, 51, 2, 223-228.
- Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. HelseDirektoratet, 2013.
<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser-kortversjon/Publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser-.pdf>.
- Nuechterlein, K. H., Dawson, M. E. (1984). A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophr Bull*, 10(2), 300-312.
- Nuechterlein, K.H., Green, M.F. (2006). MATRICS (Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia) Consensus Cognitive battery. Los Angeles Matrix Assessment Inc.
- Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol Med* 32, 763-782.
- Rector, N., Beck, A.T. (2001). Cognitive behavioural therapy for schizophrenia: an empirical review. *J Nerv Ment Dis* 189, 278-287.

- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rund, B.R. (1995). Schizofreni – hvor mye bruker vi på behandling og forskning? Tidsskriftet for den Norske Lægeforening, 10;115(21):2682-3.
- Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor, T.F., De la Fuente, J.R., Grant, M., (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Addiction* 88, 791-804.
- Sheehan, D.V., LeKTubier, Y., Harnett-Sheehan, K., Janavs, J., Weiller, E., Bonora, L.I., Keskin, A., Schinka, J., Knapp, E., Sheehan, M.F., Dunbar, G.C. (1997). Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): According to the SCID-P. *European Psychiatry* 12, 232-241.
- Smith, T.E., Bellack, A.S., Liberman, R.P. (1996). Social skills training for schizophrenia. *Clin Psychol Rev* 16, 7, 599-617.
- Tandberg, M., Sundet, K., Andreassen, O.A.A., Melle, I., Ueland, T. (2012). Occupational functioning, symptoms and neurocognition in patients with psychotic disorders: investigating subgroups based on social security status. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. ISSN 0933-7954. . doi: [10.1007/s00127-012-0598-2](https://doi.org/10.1007/s00127-012-0598-2).
- Tarrier, N., Wykes, T. (2004). Is there evidence that cognitive behaviour therapy is an effective treatment for schizophrenia? *Behav Res Ther* 42, 1377-1401.
- Tarrier, N., Yusupoff, L., Kinney, C. et al. (1998). Randomised controlled trial of intensive cognitive behavioural therapy for patients with chronic schizophrenia. *BMJ* 317, 303-307.
- Turkington, D., Dudley, R., Warman, D.M. (2004). Cognitive-behavioral therapy for schizophrenia: a review. *Journal of Psychiatric Practice* 10, 1, 5-16.
- Velligan, D.I., Gonzales, J.M. (2007). Rehabilitation and Recovery in Schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America* 30, 3, 535-548.
- Velligan, D.I., Mahurin, R.K., Eckert, S.L. (1997). Relationship between specific types of communication deviance and attentional performance in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research* 70, 9-20.
- Wechsler, D. (1999). Wechsler Abbreviated Scale of intelligence. WASI. Manual. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Wexler, B.E., Bell, M. (2005). Cognitive remediation and vocational rehabilitation for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 31, 931-941.
- Wing, J.K., Curtis, R.H. & Beevor, A.S. (1996). HoNOS: Health of the Nation Outcome

Scales: Report on Research and Development July 1993-December 1995. London: Royal College of Psychiatrists.

Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C., McGurk, S.R., Czobor, P. (2011). A Meta-Analysis of Cognitive Remediation for Schizophrenia: Methodology and Effect Sizes. *American Journal of Psychiatry*, 168, 472-485.

VEDLEGG

RESULTATER MED STATISTISKE ANALYSER

ARBEIDSAKTIVITET

Disse analysene er basert på de 148 personene som startet opp i en av intervensjonene. To personer døde mellom intervensjonens avslutning og etterundersøkelsen, og er ikke tatt med i beregninger i etterundersøkelsen. Ingen av disse dødsfallene kan tilskrives deltakelse i JMO.

Tabell 1 viser at ved inklusjon i Jobbmestrende oppfølging hadde 16,2 % av deltakerne et arbeidsforhold, mens andelen steg til 75 % ved intervensjonens avslutning. Ved etterundersøkelsen var

56,8 % av deltakerne fortsatt i arbeid. I tillegg studerte 5 deltakere (3,6 %) på dette tidspunktet, slik at totalt 60,4 % av deltakerne var i arbeidsrettet aktivitet to år etter inklusjon i JMO. Økningen i antall personer i arbeid var statistisk signifikant ($F(2,135)=107.14$, $p<.001$, Wilks' $\Lambda=.39$).

Av de som var i arbeid ved etterundersøkelsen hadde 18,5 % ordinær ansettelse, 2,7 % var i ordinære studieforløp, 25,3 % arbeidet på ordinære arbeidsplasser med lønn fra NAV, mens 13,7 % arbeidet på skjermede arbeidsplasser eller gjennomførte studier gjennom arbeidsmarkedsbedrifter. Dette utgjorde en signifikant endring i retning ordinært arbeid ($F(2,131)=10.08$, $p<.001$, Wilks' $\Lambda=.46$).

Tabell 1: Andel deltakere i arbeid fordelt på arbeidsforhold

Arbeidsforhold	T1 %	T2 %	T3 %	T3 % Studier
Ordinært arbeid	2,7	8,2	21,2	2,7
Tiltak ordinær bedrift	6,9	36,3	25,3	
Tiltak skjermet arbeid	6,8	30,8	13,7	0,7
Totalt i arbeid	16,4	75,3	60,4	3,6

T1 = pretest, T2 = posttest, T3 = etterundersøkelse

I tillegg var det en signifikant økning i antall timer i arbeid over de tre måletidspunktene ($F(2,133)=65.38$, $p<.001$, Wilks' Lambda=.50). De 83 deltakerne som var i jobb ved tidspunktet for etterundersøkelsen arbeidet i gjennomsnitt 21 timer pr uke (variasjonsbredde 3–40), mens de som studerte hadde i gjennomsnitt 24 (variasjonsbredde 10–30) timer med studier pr uke. Deltakere med ordinær ansettelse arbeidet i gjennomsnitt 28,7 timer pr uke (variasjonsbredde 5–40). Det var signifikante forskjeller i antall arbeidstimer pr uke når vi sammenliknet denne gruppen med gruppen som arbeidet på NAV-tiltak i ordinære bedrifter (19,7 timer pr uke, variasjonsbredde 3–40) ($t = 3,517$, $p = .001$) og gruppen som arbeidet på skjermede arbeidsplasser (12,2 timer pr uke, variasjonsbredde 6–23) ($t = 5,816$, $p <.001$).

INNTEKTSKILDER

Som det fremgår av Tabell 2 hadde 16,4 % av deltakerne lønnet arbeid som sin hovedinntektskilde ved etterundersøkelsen, mens henholdsvis 0 % og 4 % hadde lønnet arbeid ved inntak og intervensjonsslutt. Av de med lønn som hovedinntekt ved etterundersøkelsen hadde 9,6 % lønnet arbeid som eneste inntektskilde, mens de resterende hadde en annen gradert ytelse i tillegg. I tillegg hadde 6,8 % av deltakerne lønn som biinntekt i tillegg til andre ytelser. Totalt var 23,2 % av deltakerne i lønnet arbeid på hel- eller deltid. Det har i løpet av oppfølgingsperioden således vært en markant og signifikant ($F(2,131)=20,08$, $p<.001$, Wilks' Lambda=.76,) økning av andelen lønsmottakere blant deltakerne. Det har også vært en kraftig nedgang i andelen som mottar arbeidsavklaringspenger, samt en økning i

andelen som mottar uføretrygd. Økningen i andelen på uføretrygd var forventet og i tråd med målsetningen om at i de tilfeller

hvor ordinært arbeid viste seg urealistisk skulle trygderettigheter avklares.

Tabell 2: Hovedinntekt og biinntekt

	Hoved- inntekt T1 %	Hoved- inntekt T2 %	Hoved- inntekt T3 %	Bi- inntekt T1 %	Bi- inntekt T2 %	Bi- inntekt T3 %
Lønn	0	3,4	16,4	3,4	9,6	6,8
Uføretrygd	34,2	30,1	41,8	0	0,7	2,1
AAP	61,6	58,9	37,9	0,7	2,1	4,8
Annen NAV stønad	3,5	1,4	0,7	0,7	0	0,7
Studiestipend			0,7			
Mangler opplysning		6,7	4,1			4,1

T1 = pretest, T2 = posttest, T3 = etterundersøkelse

ARBEIDSOMFANG

Vi har innhentet arbeidshistorikk for perioden fra avslutning av intervensjonen til etterundersøkelsestidspunktet og finner at 67 % av deltakerne var i arbeid i løpet av denne perioden. Disse deltakerne arbeidet i gjennomsnitt 11,6 måneder (variasjonsbredde 0,5-19) og 19,2 timer per uke (variasjonsbredde 3-40). Deltakerne som var i arbeid ved etterundersøkelsen hadde arbeidet i gjennomsnitt 12,5 måneder (variasjonsbredde 0,5-19) og 20,6 timer per uke (variasjonsbredde 3-40) i samme periode. Deltakerne som kom i

arbeid under intervensjonsperioden i JMO hadde altså stort sett en stabil tilknytning til arbeidslivet i perioden frem til etterundersøkelse to år etter oppstart.

SAMMENLIGNING AV INTERVENSJONSGRUPPENE

Vi har ikke påvist signifikante forskjeller mellom de to intervensjonsgruppene hverken ved intervensjons slutt eller ved etterundersøkelsen når det gjelder andel i arbeid ($t = .499$, $p = .619$ og $t = .533$, $p = .595$), arbeidsforhold ($t = 1.238$, $p = .218$ og $t = 1,183$, $p = .239$), inntektskilde ($t =$

1.108, $p = ,270$ og $t = 1,321$, $p = .189$) eller antall arbeidstimer pr uke ($t = .268$, $p = .789$ og $t = 1,028$, $p = .306$).

I gjennomsnitt var deltakerne i KAT – gruppen inne i prosjektet i 25,8 uker (variasjonsbredde 1-35) mens deltakere i KT-gruppen var inne i 26,6 uker (variasjonsbredde 6-35). Deltakerne i KAT – gruppen mottok i gjennomsnitt 28,6 timer KAT – intervensjon, mens KT – gruppen mottok 35,1 timer intervensjon.

HELSE OG KOGNISJON

SYMPTOMTRYKK

Det har vært en relativt utbredt holdning både blant helsearbeidere og NAV ansatte at arbeidslivets krav vil medføre symptomforverring for personer med psykoselidelser. Mot denne bakgrunnen har det spesiell interesse å undersøke hvorvidt symptomtrykket øker som følge av arbeidsaktiviteten. Vi har målt deltakernes symptomtrykk ved hjelp av SCI-PANSS, som er en kartlegging av både positive (hallusinasjoner, vrangforestillinger), negative (sosial tilbaketrekning) og mer generelle symptomer ved psykoselidelser.

Tabell 3: Positive, negative og generelle symptomer på psykose (SCI-PANSS) for gruppen som helhet

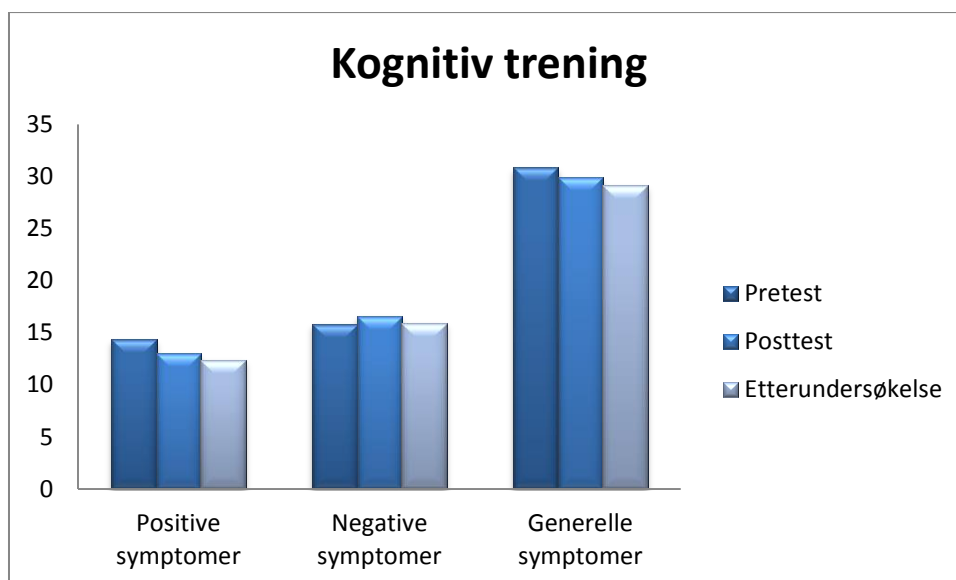
SCI-PANSS	T1 M (SD)	T2 M (SD)	T3 M (SD)
Positive Symptomer	12,94 (4,34)	11,57 (4,34)	12,10 (4,87)
Negative symptomer	15,97 (5,70)	14,67 (5,17)	14,82 (5,56)
Generelle symptomer	29,25 (8,15)	26,22 (7,24)	27,37 (9,12)

T1=pretest, T2=posttest, T3=etterundersøkelse, M=Gjennomsnitt, SD=Standardavvik

Tabell 3 viser gjennomsnittstall for positive, negative og generelle symptomer ved de tre måletidspunktene. Vi finner en moderat nedgang i positive, negative og generelle symptomer fra oppstart til avslutningen av intervensjonen. Vi ser at symptomene tiltar noe etter intervensjonens slutt. Den globale bedringen over alle tre måletidspunkter er signifikant for positive symptomer ($F(2,88) = 5,33, p = .007, \text{Wilks' Lambda} = .89$) og

for generelle symptomer ($F(2,89) = 6,58, p = .002, \text{Wilks' Lambda} = .87$). De negative symptomene er mer stabile, og har ingen signifikant bedring over de tre måletidspunktene ($F(2,86) = 2,29, p = \text{ns}, \text{Wilks' Lambda} = .95$). Kjerneinnholdet er at symptomtrykket er temmelig stabilt. Vi finner den samme tendensen til stabilitet eller en liten bedring i symptomer når vi undersøker intervensjonene hver for seg.

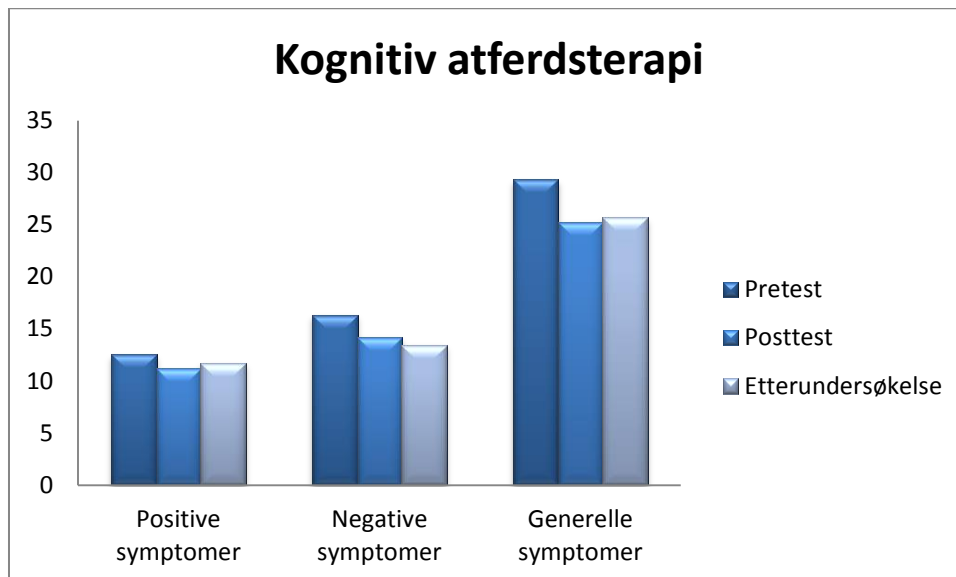
Figur 2: Symptomer ved pretest, posttest og etterundersøkelse for gruppen som har mottatt kognitiv trening



Deltakerne som har fått kognitiv trening viser en liten men jevn forbedring i positive og generelle symptomer både under intervensjonen og etter den er

avsluttet. De negative symptomene varierer litt, men forblir uendret fra oppstart til etterundersøkelsestidspunktet. Endringene er ikke statistisk signifikante.

Figur 3: Symptomer ved pretest, posttest og etterundersøkelse for gruppen som har mottatt kognitiv atferdsterapi

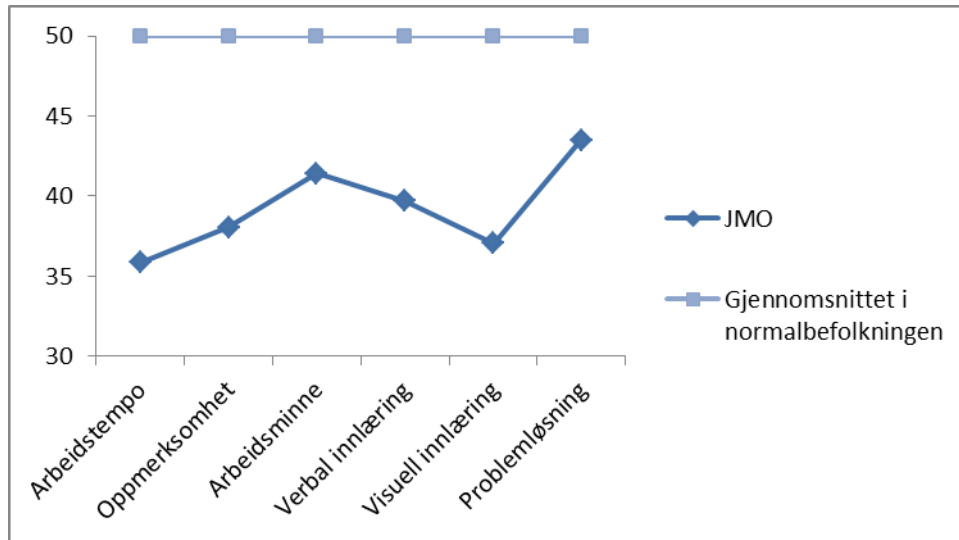


I den kognitivatferdsterapi orienterte intervensjonen finner vi signifikant bedring på alle symptomer sett over de tre måletidspunktene. Positive symptomer ($F(2,47)=4.76$, $p=.013$, Wilks' Lambda=.83), Negative symptomer ($F(2,48)=5.68$, $p=.006$, Wilks' Lambda=.81) og Generelle symptomer ($F(2,47)=8.44$, $p=.001$, Wilks' Lambda=.74). Den største bedringen kommer i løpet av intervensjonsperioden, mens bedringen flater ut, eller går litt tilbake fra intervensjonen avsluttes og frem til etterundersøkelsen.

KOGNITIV FUNKSJON

Deltakerne i JMO har gjennomgått nevropsykologisk utredning ved de tre måletidspunktene. Resultatene er delt in i følgende kognitive funksjonsdomener fra det anvendte MATRICS batteriet: *Arbeidstempo, Oppmerksomhet, Arbeidsminne, Verbal innlæring, Visuell innlæring og Problemløsning*. Figur 4 viser den kognitive profilen inndelt i ulike domener for deltakerne som helhet ved pretest.

Figur 4: Kognitiv profil for hele gruppen ved pretest. Resultatene viser T-skårer der 50 er gjennomsnittet i normalbefolkningen (normpopulasjonen) og standardavviket er 10

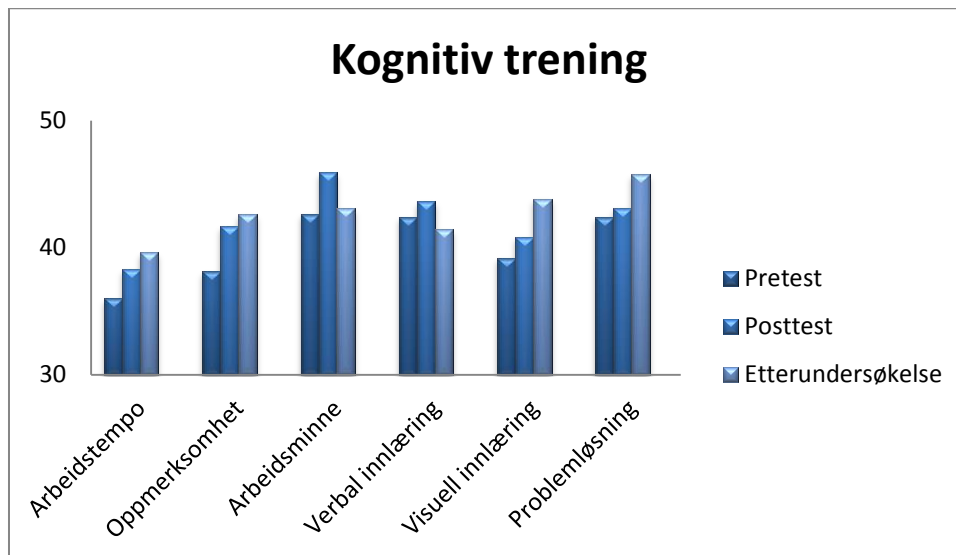


Figur 4 viser at JMO gruppen ligger under gjennomsnittet for normgruppen for alle de målte kognitive domene. Størst diskrepans ser vi for domenet arbeidstempo. Her ligger JMO-gruppen 1.5 standardavvik under normgruppen, mens problemløsning er det mest intakte domenet.

Ved oppstart var det ingen signifikante forskjeller mellom de to intervensjonsgruppene for noen av de kognitive målene. I det følgende presenterer vi eksplorative analyser som viser resultatene *innad* i hver av

intervensjonsgruppene over de tre måletidspunktene. I begge gruppene er det stor variasjon blant deltakerne når det gjelder kognitiv funksjon. Noen deltakere har store funksjonsutfall, mens andre har nærmest intakt kognitiv funksjon. Deltakere med relativt intakt kognitiv funksjon har et mindre forbedringspotensial enn de med store funksjonsutfall ved testing. Det er viktig å analysere undergrupper for å fange opp disse nyansene. Det er for tidlig å konkludere vedrørende effekten av de to intervensjonene på kognitiv funksjon før videre analyser er gjennomført.

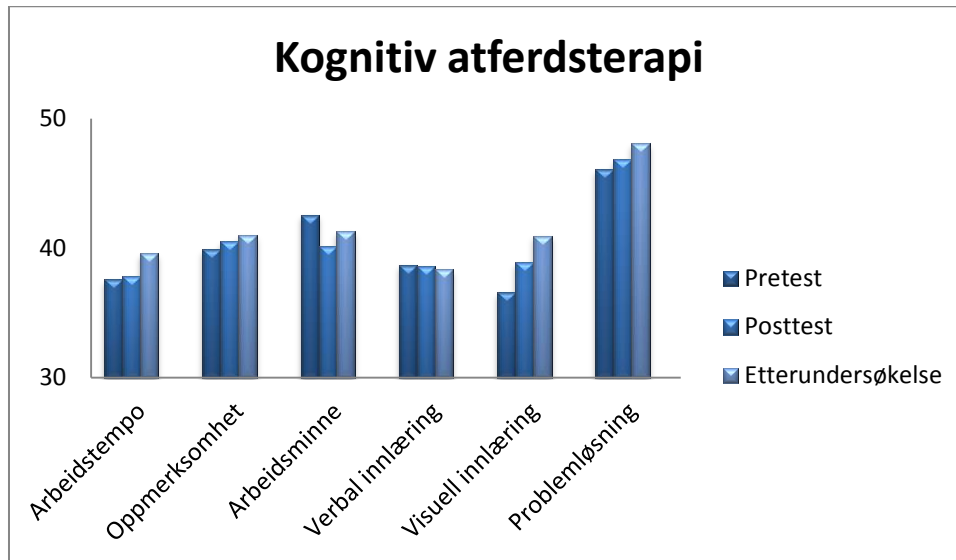
Figur 5: Kognitiv funksjon ved pretest, posttest og etterundersøkelse for gruppen som har mottatt kognitiv trening. Resultatene angis i T-skårer der 50 er gjennomsnittet i normpopulasjonen og standardavviket 10



Vi ser en forbedring i alle kognitive funksjoner fra pre- til posttest. I perioden etter avslutning av kognitiv trening, det vil si fra posttest til etterundersøkelsen, ser vi kontinuerlige forbedringer på arbeidstempo, oppmerksomhet, visuell innlæring og problemløsning. De globale forbedringene over de tre tidspunktene er signifikante for arbeidstempo ($F(2,40) = 4,87$, $p = .01$, Wilks' Lambda = .80), oppmerksomhet

($F(2,42) = 7,99$, $p = .001$, Wilks' Lambda = .72), arbeidsminne ($F(2,42) = 4,03$, $p = .025$, Wilks' Lambda = .84), visuell innlæring ($F(2,42) = 6,09$, $p = .005$, Wilks' Lambda = .78) og problemløsning ($F(2,42) = 3,81$, $p = .030$, Wilks' Lambda = .85). For domene arbeidsminne og verbal innlæring ser vi en nedgang fra posttest til etterundersøkelsen, men nedgangen er ikke statistisk signifikant.

Figur 6: Kognitiv funksjon ved pretest, posttest og etterundersøkelse for gruppen som har mottatt KAT. Resultatene angis i T-skårer der 50 er gjennomsnittet i normpopulasjonen og standardavviket 10



Som vi ser av figuren forbedrer KAT gruppen seg også på arbeidstempo, oppmerksomhet, visuell innlæring og problemløsning, men resultatene er

signifikante kun for visuell innlæring ($F(2,42) = 3,87, p = .029, \text{Wilks' Lambda} = .84$). Nedgangen i arbeidsminne mellom pre- og posttest er ikke signifikant.

