

# Vil individuell jobbstøtte gi færre uføre?

Flere får i dag uføretrygd for psykiske lidelser enn for muskel og skjelettsykdommer, viser ferske tall fra Nav. Virker myndighetenes foretrukne modell for jobbstøtte?

TEKST

**Beate Brinchmann**

**Arnstein Mykletun**

PUBLISERT 5. desember 2012



UTENFOR: Selv om flertallet av folk med vanlige psykiske lidelser er i lønnet arbeid, er det også en urovekkende høy risiko for sykefravær og uføretrygd blant mennesker med selv enkle symptomer på angst og depresjon.

Illustrasjon: Marie Rundereim

*Forfatterne skriver for egen regning, og ikke på vegne av arbeidsgiverne.*

Befolkningens psykiske helse er trolig ganske stabil (Mykletun, Knudsen & Mathiesen, 2009). På tross av dette øker andelen uføretrygd innvilget for psykiske lidelser (Brage, Nossen, Kann og Thune, 2012). Opptappingsplanen for psykisk helse var fokusert på de alvorligste psykiske lidelsene (Brofoss & Larsen, 2009), men det er lettere psykiske lidelser som angst og depresjon som flesteparten av uføretrygdene er innvilget for. Risikoen for uføretrygd blant mennesker med alvorlige psykiske lidelser ser altså ikke ut til å ha blitt redusert, selv om behandlingstilbudet er forbedret som følge av opptappingsplanen. Noe av dette kan skyldes at det bedre behandlingstilbudet retter seg mot bare et mindretall av de som uføretrygdes for psykiske lidelser. Risikoen for uføretrygd er mye lavere ved milde symptomnivå av vanlige psykiske lidelser. Men siden forekomsten er så høy, har de milde symptomene likevel størst påvirkning på samfunnets trygdebelastning (Knudsen, Øverland, Hotopf, Mykletun, 2012).

## **Individuell jobbstøtte**

Både Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet satser i økende grad på *Individual Placement and Support (IPS)* – på norsk Individuell jobbstøtte. Denne modellen for arbeidsrehabilitering ble utviklet på 1990-tallet. Rehabilitering tilbake til arbeid blir her knyttet til behandlingstilbudet i psykisk helsevern, i stedet for å organiseres som en atskilt tjeneste (Becker, Drake & Knoedler, 1994). IPS er en manualisert og systematisk tilnærming for å hjelpe mennesker med alvorlige psykiske lidelser å oppnå arbeid i det ordinære arbeidslivet (Becker & Drake, 2003). Tilnærmingen står ideologisk i opposisjon til en såkalt tradisjonell tilnærming, som har fokus på symptomer og å skjerme pasienten fra arbeid under behandling i påvente av friskmelding.

IPS bygger på åtte grunnleggende prinsipper (Drake, Bond & Becker, 2012):

- Ordinært arbeid er målet
- Tilbudet gis basert på klientens eget ønske; man kan ikke ekskluderes med bakgrunn i diagnose, symptomer, rus eller sykdomshistorie
- IPS integreres i team med klinikere med vanlig fokus på den psykiske helsen
- Arbeidssøk skal basere seg på den enkeltes interesser og ferdigheter
- Oppfølgingen inkluderer rådgivning om søknader om offentlige ytelser og trygd
- Hurtig jobbsøk: Man skal ikke ha lengre perioder med forberedelse, trening eller rådgivning før man prøver seg i arbeid

- Systematisk Jobbutvikling: IPS-jobbspesialisten bruker en stor andel av tiden sin på å bygge nettverk blant arbeidsgivere basert på finne aktuelle jobber som passer den enkelte
- Individuell oppfølging uten tidsbegrensning

Det er godt dokumentert at IPS modellen virker best dersom man forholder seg lojalt til prinsippene. Modellen er operasjonalisert gjennom en *Fidelity scale* (Bond, Becker, Drake & Vogler 1997).

### **Adler arbeidet mannen eller er det belastende for mennesker med psykiske lidelser?**

Klassisk arbeidsmiljøtilnærming har fokusert på hvordan arbeid kan være skadelig eller belastende. Nordmenn har i yrkeslivet besvart utallige arbeidsmiljøkartlegginger med konkrete spørsmål om hva som eventuelt oppleves belastende ved arbeidet. Dette er et viktig fokus, og har nok ført til at vi i dag har et forholdsvis trygt arbeidsliv. Samtidig har denne tilnærmingen en ideologisk slagside, som illustreres med et eksempel i Statistisk sentralbyrås Helse- og Levekårsundersøkelse. Her ble det inkludert spørsmål om hvorvidt du har blitt sykmeldt på grunnlag av forhold ved arbeidet, mens det mangler spørsmål om hvorvidt arbeidet har hatt noen positive effekter på helse eller velvære.

IPS har også en tydelig ideologisk forankring i dette spørsmålet, ettersom modellen bygger på den forutsetningen at lønnsarbeid vil være mer oppbyggelig enn skadelig for flertallet av pasienter, og at dette er uavhengig av symptomer og sykdomshistorie.

Det er etter hvert god dokumentasjon for at betalt arbeid er bra for både den fysiske og psykiske helsen, blant annet fordi arbeid gir økonomisk trygghet, sosial tilhørighet og identitet (Waddell & Burton, 2006). Arbeidsløshet er vist å øke helseproblemer og kan føre til psykiske lidelser. En tredjedel av mennesker med psykiske lidelser under 35 år som tar sitt eget liv er arbeidsledig eller langtidssykemeldt på tidspunktet for selvmordet (Appleby et al., 2006).

Mange mennesker som selv har alvorlige psykiske lidelser ønsker betalt arbeid (Marwaha & Johnson 2004). Om lag 30 prosent av befolkningen vil tilfredsstillende kriterier for en psykisk lidelse i løpet av et år (Mykletun, Knudsen & Mathiesen, 2009), og bare et mindretall av disse vil motta helse relaterte trygdeytelser. Normaltilstanden ved psykiske lidelser er altså å være i lønnsarbeid uten sykmelding, og ofte også uten noen form for behandling (Rones, Mykletun & Dahl, 2005)

### **Virker IPS?**

Det er godt dokumentert at IPS er effektivt for å få mennesker med alvorlige psykiske lidelser i lønnet arbeid. Pasienter som tilbys IPS kommer i større grad i ordinært arbeid enn pasienter som får tilbud om andre tilnærminger (Bond, Drake & Becker, 2008; Crowther, Marshall, Bond & Huxley 2007; Twamley, Jeste & Lehman, 2003). Det er også dokumentert at pasienter med alvorlige psykiske lidelser som kommer i betalt arbeid ved IPS, opplever bedret selvfølelse, livskvalitet, reduserte symptomer og færre

reinnleggelser (Bond et al., 2001; Burns et al., 2009; Kukla, Bond & Xie 2012; Mueser et al., 1997), men en gjennomgang av randomisert kontrollerte studier viser at helsegevinsten av IPS ikke er helt entydig (Bond, Drake & Becker, 2012). På den annen side tyder ikke studiene på at IPS og lønnsarbeid fører til en forverret helsesituasjon blant mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Dette er viktig informasjon til klinikere som er engstelig for at arbeid kan være for stressende for deres pasienter.

### **Barrierer for å komme i jobb**

Selv om flertallet av folk med vanlige psykiske lidelser er i lønnet arbeid, er det også en urovekkende høy risiko for sykefravær og uføretrygd blant mennesker med selv enkle symptomer på angst og depresjon (Mykletun et al., 2006; Knudsen, Harvey, Mykletun & Overland, 2012). For personer som blir sykemeldt er det betydelig økt mulighet for å komme tilbake i jobb dersom fastlegen anvender gradert sykmelding (Markussen, Mykletun, Røed, 2012).

Hvis man først faller utenfor arbeidslivet er det mange barrierer for å komme seg i jobb. Dersom det er kjent at man har en psykisk lidelse er stigma en utfordring. I tillegg gir for eksempel depresjon en viss kognitiv svikt (Biringer et al., 2007), sosial tilbaketrekning og negative forventninger. Angst er assosiert med økt unngåelse, og det å stå utenfor jobb frarøver mange naturlige anledninger til eksponering. Videre er det ikke umulig at holdninger blant klinikere og folk flest kan representere en barriere for å komme tilbake til jobb.

Det er her også viktige systemfaktorer som trolig fortjener mer oppmerksomhet: I disse New Public Management-tider kan man stille spørsmål ved hvem som egentlig måles på hvorvidt vi unngår uføretrygd blant mennesker med psykiske lidelser. NAV måles på produksjon av vedtak innen tidsfrister, ikke hvorvidt vedtakene forebygger uføretrygd. Helsesektoren er ofte fokusert på helse, og skolesektorens ansvar stopper når dropout er et faktum. Kommunene må ikke selv dekke utgiftene til uføretrygd, den tar staten. Det er altså en risiko for at mennesker som blir uføretrygdet på grunn av psykiske lidelser faller mellom stoler.

### **Hvor er vi om 5 år?**

Som en del av opptrappingsplanen for psykisk helse initierte Nav aksjonen «Vilje Viser Vei – satsing på arbeid og psykisk helse» (2004–2007). Erfaringer herfra ble ført videre gjennom en Nasjonal Strategiplan for arbeid og psykisk helse som utløper nå i 2012. NAVs Senter for jobbmestring og Jobbmestrende oppfølging er en del av denne strategiplanen.

Begge disse satsninger har elementer fra IPS ved seg, men vil nok ikke skåres som høy på *fidelity*, altså vurderinger av hvor tro tiltakene er til IPS metoden. Men Nav fortjener ros for at de lar tiltaket evalueres ved et randomisert kontrollert design, og foreløpige resultater gir enda ikke sikkert statistisk grunnlag for å si at tiltaket er mer effektivt enn ordinær oppfølging for å få folk tilbake i jobb (Lie et al., 2012).

Det norske tilbudet som sannsynligvis ligger tettest opp til IPS modellens krav er Jobbresept, som er organisert under Stavanger universitetssjukehus med finansiering både fra Helsedirektoratet og Nav. Her gjennomføres en RCT studie som vil vise om unge mennesker med førstegangspykose har utbytte av et slikt tilbud i like stor grad som de med mer vedvarende lidelser.

Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet satser videre på IPS-lignende tiltak, og det er gitt støtte til 17 prosjekter rundt om i Norge og startet seks nasjonale piloter for utprøving av IPS. Tilgjengelig forskning fra andre land om effekter av IPS gir grunn til håp om at dette vil kunne føre til at flere med alvorlige psykiske lidelser får deltidsjobb i ordinært arbeidsliv. Om det vil redusere behovet for uføretrygd eller gi noen helsegevinster, er mer usikkert. Det er også vanskelig å spå om IPS-inspirerte tiltak vi ha effekt for personer med angst og depresjon, siden modellen ikke er dokumentert effektiv utover alvorlige psykiske lidelser. Men dette er et empirisk spørsmål, og myndighetene har lagt til rette for effektstudier av disse tiltakene med randomisert kontrollert design. Om noen år vil vi altså ha kunnskapsgrunnlag for å vite om den norske IPS satsningen er rett vei å gå.

#### FAKTA: INDIVIDUELL JOBBSTØTTE

- Psykiske lidelser er den viktigste årsaken til uføretrygd i Norge
- Den høye forekomsten av milde psykiske plager gjør dette til samfunnets største trygdebelastning
- For å få flere i arbeid, har Nav og Helsedirektoratet finansiert en rekke tiltak inspirert av *Individual Placement and Support*-modellen
- IPS-modellen er utviklet for alvorlige psykiske lidelser, så effekten ved moderate og milde lidelser er derfor usikker. Flere av de norske tiltakene forholder seg dessuten nokså fritt til prinsippene for modellen
- Myndighetene har lagt til rette for effektstudier av noen av tiltakene

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 49, nummer 12, 2012, side 1236-1239*

#### TEKST

**Beate Brinchmann**, psykologspesialist ved Nordlandssykehuset HF

**Arnstein Mykletun**, Divisjon for psykisk helse, Nasjonalt folkehelseinstitutt

KONTAKT: [simon.overland@iuh.uib.no](mailto:simon.overland@iuh.uib.no)

+ [Vis referanser](#)

Referanser

- Appleby, L., Shaw, J., Kapur, N., Windfuhr, K., Ashton, A., Swinson, N. et al. (2006). *Avoidable Deaths: Five Year Report by the National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide By People with Mental Illness*. University of Manchester.
- Becker, D.R., Drake, R.E. (2003). *A working life for people with severe mental illness*. New York: Oxford University Press.
- Becker, D.R., Drake, R.E. & Knoedler, W. (1994). Individual placement and support: a community mental health center approach to vocational rehabilitation. *Community Mental Health Journal*, 30,193-212.
- Biringer, E., Mykletun, A., Sundet, K., Kroken, R., Stordal, K.I. & Lund, A. (2007). A longitudinal analysis of neurocognitive function in unipolar depression. *Journal of Clinical Experimental Neuropsychology*, 29(8):879-91
- Bond, G.R., Becker, D.R., Drake, R.E. & Vogler, K.M. (1997). A fidelity scale for the individual placement and support model of supported employment. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 40, 265-284.
- Bond, G.R., Resnick S.G., Drake, R.E., Xie, H., McHugo, G.J. & Bebout, R.R. (2001). Does competitive employment improve non-vocational outcomes for people with severe mental illness? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 489-501.
- Bond, G.R., Drake, R.E., & Becker, D.R. (2008). An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31, 280-290.
- Bond, G.R., Drake, R.E., & Becker, D.R. (2012). Generalisability of the individual Placement and support (IPS) model of supported employment outside the US. *World Psychiatry*, 11, 32-39.
- Burns, T., Catty, J., White, S., Becker, T., Koletski, M., Fioritti, A. Et al. (2009). The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: Results of an international study of Individual Placement and Support. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 949-958.
- Brage, S., Nossen, J. P., Kann, I. C., Thune, O. (2012). Sykefravær med diagnose innen psykiske lidelser 2000-2011. *Arbeid og velferd* nr 3-2012.
- Brofoss, K.E. & Larsen, F. (2009). Evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse 2001-2009. Sluttrapport - Syntese og analyse av evalueringens delprosjekter. *Forskningsrådet* 2009.
- Crowther, R.E., Marshall, M., Bond, G.R. & Huxley, P. (2001). Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. *British Medical Journal*, 322, 204-208.
- Drake, R.E., Bond, G.R., Becker, D.R. (2012). *IPS Supported Employment : An evidence- based approach*. New York: Oxford University Press.
- Knudsen, A.K., Harvey, S.B., Mykletun, A. & Overland, S. (2012). Common mental disorders and long-term sickness absence in a general working population. The Hordaland Health Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Epub. ahead of print.
- Knudsen A.K, Øverland S., Hotopf M., Mykletun A. (2012) Lost Working Years Due to Mental Disorders: An Analysis of the Norwegian Disability Pension Registry. *PLoS ONE* 7(8): e42567. doi:10.1371/ journal.pone.0042567
- Kukla, M., Bond, G.R., & Xie, H. (2012). A prospective investigation of work and nonvocational outcomes in adults with severe mental illness. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 200, 214-222.
- Lie, S.A., Løvvik, C., Grasdahl, A., Øverland, S., Ludvigsen, K. & Reme, S.E. (2012). Delrapport 3 - Evaluering av Senter for jobbmestring: 31. August, 2012. *Uni Helse og Uni Rokkansenteret*.
- Markussen, S., Mykletun, A. & Røed, K. (2012). The case for presenteeism – Evidence from Norway's sickness insurance program. *Journal of Public Economics*, 96, 959-972.
- Marwaha, S. & Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment - a review. *Social Psychiatry and Social Epidemiology*, 39(5):337-49.
- Mykletun, A., Knudsen, A. K. og Mathiesen, K. S. (2009): *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Folkehelseinstituttet. Rapport 2009:8.

Mykletun, A., Overland, S., Dahl, A.A., Krokstad, S., Bjerkeseth, O., Glozier, et al., (2006). A population-based cohort study of the effect of common mental disorders on disability pension awards. *American Journal of Psychiatry*, 163(8):1412-8.

Mueser, K. T., Becker, D. R., Torrey, W. C., Xie, H., Bond, G. R., Drake, R. E. & Dain, B. J.(1997). Work and nonvocational domains of functioning in persons with severe mental illness; a longitudinal analysis. *Journal of Nervous and Mental disease*, 185, 419-426.

Rones A, Mykletun A, Dahl AA. (2005). Helpseeking behaviour in patients with anxiety disorder and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(1):51-8.

Twamley, E.W., Jeste, D.V. & Lehman, A.F. (2003). Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders: A literature review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 515-523.

Waddell, G. & Burton, A.K. (2006). *Is work good for your health and well-being?* Norwich. The Stationary Office.