

Supported Employment

Arbeitsintegration psychisch kranker Menschen


Urs Hepp^a, Bernhard Dubs^b, Ueli Bigler^b

^a Psychiatrische Dienste Aargau AG (PDAG), Externer Psychiatrischer Dienst, Baden

^b Psychiatrische Dienste Aargau AG (PDAG), Arbeitscoach, Baden (www.arbeitscoach.ch)

Quintessenz

- Psychische Störungen sind häufig, und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit werden oft unterschätzt.
- Der Anteil von Menschen mit psychischen Störungen bei den IV-Rentenbezügern ist über die letzten 20 Jahre massiv angestiegen.
- Frühe Rehabilitation ist bei psychischen Erkrankungen von entscheidender Bedeutung.
- Mit der 5. IV-Revision wurde die Möglichkeit der Früherfassung/Frühintervention geschaffen. Dies ermöglicht, bereits bei gefährdeten Personen unbürokratische Massnahmen zur Erhaltung des Arbeitsplatzes zu ergreifen.
- «Supported Employment» (Arbeitscoaching) ist eine evidenzbasierte Form der Arbeitsrehabilitation.

gesamt 417 000 Personen Leistungen der IV, entsprechend 6,6% der Versicherten. Liegt der Anteil bei den 25- bis 39-jährigen Männern bei 3%, erreicht er bei den 60- bis 64-jährigen Männern gegen 20% der Versicherten. 244 000 Personen bezogen 2009 eine IV-Rente [5]. Bei den Berentungen spielen psychische Störungen eine zunehmend grosse Rolle, und das Wachstum in diesem Bereich war in den vergangenen Jahren überproportional gross. Zwischen 1990 und 2009 ist der Anteil der Renten, die aufgrund psychischer Erkrankungen zugesprochen wurden, von 25 auf 41% angestiegen. Werden nur Krankheiten ohne Unfälle und Geburtsgebrechen betrachtet, machen psychische Erkrankungen sogar mehr als die Hälfte aus [6]. Obwohl seit 2003 ein Rückgang sowohl bei der Gesamtzahl der Neurenten als auch bei den Neurenten aus psychischen Gründen zu verzeichnen ist, ist der Rückgang bei den Renten aus psychischen Gründen weniger ausgeprägt (Abb. 1 und 2 .

Häufigkeit psychischer Störungen

Psychische Störungen sind häufig, und deren Folgen werden oft unterschätzt. Jede zweite Person erkrankt im Laufe des Lebens mindestens einmal an einer ernsthaften, behandlungsbedürftigen psychischen Störung. Auf einen Zeitraum von 12 Monaten umgerechnet, leiden 10% der Menschen an einer psychischen Störung, was in der Schweiz rund 600 000–800 000 Menschen betrifft. Rund 1% der Bevölkerung erkrankt innert eines Jahres neu [1]. Gemäss WHO spielen psychische Krankheiten eine immer grössere Rolle bei der weltweiten Krankheitslast (burden of disease) [2], wobei Depressionen bis 2020 weltweit an die zweite Stelle nach der ischämischen Herzkrankheit vorrücken werden [3]. Psychisch belastete Männer mittleren Alters sind zu 30% nicht erwerbstätig, während dies nur für 5% der Männer ohne psychische Beschwerden derselben Altersgruppe zutrifft [4].



Urs Hepp

Bedeutung psychischer Störungen für die Sozialversicherungen

Die Ausgaben der Invalidenversicherung (IV) im Jahr 2009 betragen rund 9,3 Mia. CHF, 7 Mia. CHF (75%) erfolgten in Form von Geldleistungen (Renten, Taggelder, Hilflosenentschädigung). Alleine die Rentenleistungen machen einen Betrag von 6,1 Mia. CHF aus. Für individuelle Eingliederungsmassnahmen wurden 1,4 Mia. CHF (15%) aufgewendet. 2009 bezogen in der Schweiz ins-

Konzept des «Supported Employment»

Bei psychischen Erkrankungen spielt die frühe berufliche Rehabilitation eine entscheidende Rolle. Die 5. IV-Revision trägt dem Rechnung: Bereits nach 30 Tagen Arbeitsunfähigkeit, wiederholten krankheitsbedingten Absenzen oder drohender Langzeitarbeitsunfähigkeit kann eine Anmeldung zur Früherfassung/Frühintervention erfolgen. Während früher die berufliche Rehabilitation psychisch kranker Menschen nach dem Motto «zuerst trainieren, dann platzieren» hauptsächlich im Rahmen geschützter Arbeitsplätze erfolgte, hat sich in den letzten Jahren zunehmend das Prinzip «zuerst platzieren, dann trainieren» («first place – then train») durchgesetzt. Im englischen Sprachraum haben sich die Begriffe «Individual Placement and Support» oder «Supported Employment» durchgesetzt.

Das Konzept des Supported Employment sieht vor, Menschen mit psychischen Störungen, deren Arbeitsstelle gefährdet ist oder die ihre Anstellung bereits verloren haben, direkt am Arbeitsplatz zu rehabilitieren. Dies erfolgt bei erhaltenem Arbeitsplatz am ursprünglichen Arbeitsort und in Zusammenarbeit mit dem Arbeitgeber. Bei Verlust der Arbeitsstelle wird zuerst ein geeigneter Arbeitsplatz auf dem ersten Arbeitsmarkt gesucht. Im Gegensatz zu konventioneller Arbeitsrehabilitation erfolgt die Rehabilitation direkt unter realen Bedingungen am Arbeitsplatz im ersten Arbeitsmarkt und nicht über einen geschützten Arbeitsplatz. Die Klienten werden dabei durch einen speziell geschulten

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

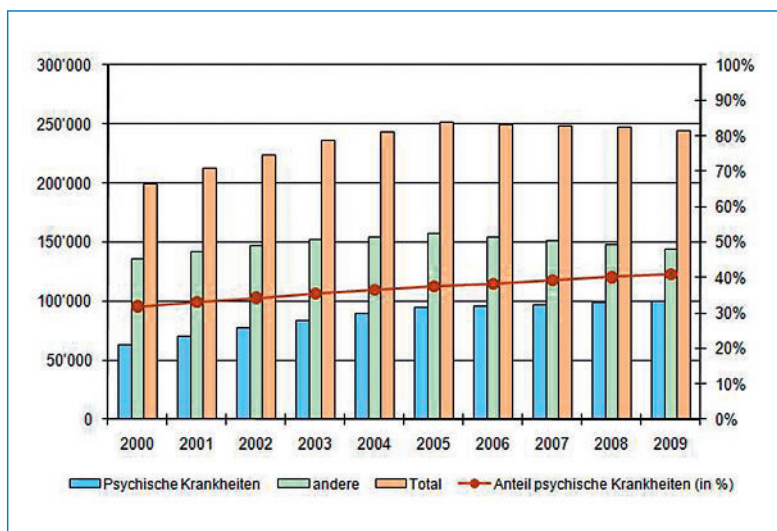


Abbildung 1

IV-Renten 2000–2009 (Quelle: IV-Statistik 2009, BSV [5]).

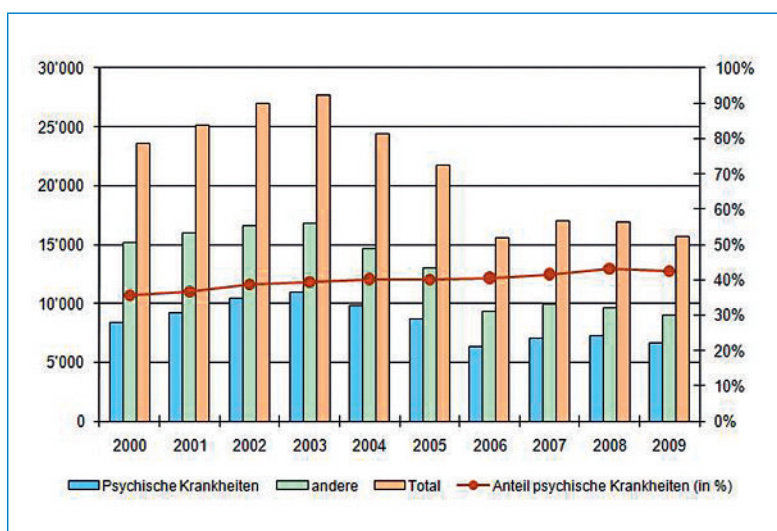


Abbildung 2

IV-Neurenten 2000–2009 (Quelle: IV-Statistik 2009, BSV [5]).

Arbeitscoach betreut und begleitet. Die Aufgabe des Arbeitscoach besteht darin, die Klienten und deren Arbeitgeber zu beraten. Diese Beratung umfasst Informationen zum Krankheitsbild und den daraus entstehenden Einschränkungen. Die Arbeitsbedingungen werden bei Bedarf dementsprechend angepasst. Weiter gehört zu den Aufgaben des Arbeitscoach, mit den involvierten Ärzten, Versicherungen und Kostenträgern einen Rehabilitationsplan zu erstellen und die Finanzierung sicherzustellen.

Wirksamkeit des Supported Employment

Die Wirksamkeit des Supported Employment kann heute als evidenzbasiert bezeichnet werden [7–9]. Während ein Grossteil der randomisierten kontrollierten Studien (randomized controlled trials [RCT]) zu Supported Employment in den USA durchgeführt wurde [10–16], gibt es mittlerweile auch RCT-Studien aus Kanada

und Australien [17, 18] sowie Daten einer grossen Multicenter-Studie aus Europa, an der sich auch die Schweiz beteiligt hat [19]. Die Resultate zeigen durchwegs, dass Supported Employment gegenüber den üblichen Arbeitsrehabilitationsprogrammen deutlich überlegen ist, was auch Metaanalysen belegen [20–22]. In einer Cochrane-Review kommen die Autoren zum Schluss, dass Supported Employment effektiver sei als Arbeitstraining zur Unterstützung psychisch kranker Menschen, Arbeit im ersten Arbeitsmarkt zu erhalten. Dagegen fand die Review keine klare Evidenz für die Wirksamkeit des konventionellen Arbeitstrainings [8]. Heute schätzt man, dass nur 10–20% der an Schizophrenie Erkrankten erwerbstätig sind. Dieser Anteil hat über die Jahrzehnte stetig abgenommen, was als Hinweis gewertet werden kann, dass die niedrige Rate an Erwerbstätigen nicht nur auf die Krankheit zurückgeführt werden kann [23]. Bei stationär behandelten psychiatrischen Patienten in der Schweiz sank der Anteil der Voll- oder Teilzeit erwerbstätigen Personen im Zeitraum 2000–2006 von 26,4 auf 20,6% [24]. Obwohl viele Menschen mit psychischen Störungen nicht erwerbstätig sind, wären viele an Arbeit interessiert, trauen es sich aber nicht zu, trauen sich nicht über ihre psychiatrische Störung zu sprechen, fühlen sich zu wenig unterstützt oder fühlen sich dem Druck der Arbeitswelt nicht gewachsen [25]. Die Selbsteinschätzung der Bereitschaft, an einem Supported-Employment-Programm teilzunehmen, erwies sich in einer Untersuchung als höher als die Fremdbeurteilung durch Hausärzte, und die Selbsteinschätzung erwies sich als zutreffender [26]. Geringe Selbsteinschätzung der Arbeitsleistung, Negativ-Symptome bei schizophrenen Patienten, kürzliche psychiatrische Hospitalisation sind Prädiktoren für Misserfolg des Supported Employment [27]. Selbst wenn die Ergebnisse des Supported Employment auch im Langzeitverlauf durchaus positiv sind [28], erreichen nicht alle Klienten eine dauerhafte volle Erwerbstätigkeit. Mögliche Gründe, weshalb Klienten, denen der Wiedereinstieg gelingt, allzu oft nur während einer begrenzten Zeit im Arbeitsprozess verweilen, könnten das mangelnde Backup der Arbeitscoaches durch die in die Behandlung involvierten Institutionen und fehlende Vernetzung der Arbeitscoaches mit den Therapeuten sein [29]. Ungünstig ist auch, wenn das Arbeitscoaching zeitlich begrenzt ist, was im Rahmen der 5. IV-Revision noch der Fall ist. Die 6. IV-Revision sollte hier eine Verbesserung bringen (Tab. 1 und 2). Optimale Resultate werden dann erreicht, wenn Supported-Employment-Programme eng mit sozialpsychiatrischen Institutionen zusammenarbeiten bzw. darin integriert sind [30, 31]. Die Ergebnisse sind besser, wenn die Arbeitscoaches ausschliesslich im Bereich des Supported Employment tätig sind und ausserhalb der Kliniken, beispielsweise in gemeindenahen sozialpsychiatrischen Institutionen, arbeiten [32]. Da viele psychische Störungen einen episodischen Verlauf nehmen, wird das Supported Employment sinnvollerweise ohne zeitliche Befristung umgesetzt.

Der Zusammenhang zwischen gesundheitsbezogenen Erwartungen und Überzeugungen auf der einen Seite und dem Gesundheitsoutcome auf der anderen Seite

Tabelle 1. IVG-Revision 5, Inkraftsetzung 1.1.2008.

Eingliederung vor Rente	Verstärktes Engagement bezüglich Integration	
Frühintervention	Schnelle unbürokratische Hilfe für den Wiedereinstieg ins Erwerbsleben	Innerhalb von 6 Monaten möglich Kosten max. CHF 20 000.–
Integrationsmassnahmen	Aufbau der Arbeitsfähigkeit (im ersten Arbeitsmarkt oder geeigneten Institutionen)	Max. 230 Massnahmentage im Leben
Unterstützung für den Arbeitgeber	Einarbeitungszuschüsse (EAZ)	Max. 6 Monate
	Beiträge an die Risikoprämien	Max. 2 Jahre
	Beitrag an den Arbeitgeber	Max. CHF 60.– / Tag Anwesenheit, max. 230 Tage

Tabelle 2. IVG-Revision 6a, Inkraftsetzung 1.1.2012.

Reduktion des Rentenbestandes durch Eingliederung aus Rente	Integrationsmassnahmen ohne zeitliche Beschränkung. Bei Integration Schutzklausel, bei gesundheitlich bedingter Leistungseinbusse innert 3 Jahren Wiederaufleben der Rente. In dieser Zeit bleibt die vorhandene Einrichtung der 2. Säule zuständig.	Reduktion von 5% innerhalb von 6 Jahren (12 500 gewichtete Renten, d.h. rund 16 800 betroffene Personen)
Aufhebung/Herabsetzung der Renten, die für «HWS-Fälle» und ähnliche Sachverhalte gewährt wurden (Art. 7 Abs. 2 ATSG)	Nicht für über 55-jährige Versicherte und solche, die bereits während mindestens 15 Jahren eine diesbezügliche Rente bezogen haben. Enge Begleitung und Unterstützung während 2 Jahren	
Flexibilisierung der Rente für die Zukunft	Rente als Brücke zur Eingliederung	
Vereinfachung Einarbeitungszuschüsse (EAZ)	Ohne Anstellungsvertrag, Taggeld in Abhängigkeit des vereinbarten Bruttolohns (max. CHF 346.–/Tag)	Max. 6 Monate
Vereinfachung Beitrag an Risikoprämien	Betriebe ≤50 MA CHF 48.–/Tag Betriebe >50 MA CHF 34.–/Tag	Max. 2 Jahre
Arbeitsversuch	Mehr Rechtssicherheit beim Arbeitgeber	Max. 6 Monate
Zusatzfinanzierung	0,4% MWSt, befristet 7 Jahre	
Einführung eines neuen Finanzierungsmechanismus	Finanzierung des Bundes nicht mehr über Anteil an den Kosten, sondern in Abhängigkeit des Gangs der Wirtschaft	
Preissenkungen im Hilfsmittelbereich	Mehr Wettbewerb unter den Anbietern	
Einführung Assistenzbeitrag	Finanzierung von Personen für individuelle Hilfeleistungen CHF 30.–/Std.	

wird zunehmend erkannt [33]. Bei Patienten mit schweren Verletzungen einer Extremität haben sich die subjektive Einschätzung der Erholungsfähigkeit und die Überzeugung, an die Arbeit zurückzukehren, als entscheidende Prädiktoren für die Rückkehr an die Arbeit erwiesen [34]. Patienten nach Polytrauma, die sich

wieder im Arbeitsprozess integrieren konnten, zeigten höhere interne Gesundheitsüberzeugungen, d.h., sie waren überzeugt, dass sie Einfluss auf ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden haben, während die Patienten, die nicht an die Arbeit zurückkehrten, vermehrt externe Kontrollüberzeugungen in Bezug auf ihre Gesundheit zeigten [35]. Bei schwerverletzten Unfallpatienten zeigte sich, dass die subjektive Einschätzung des Unfallschweregrades und die subjektive Einschätzung der Erholungsfähigkeit in Bezug auf die Arbeit die besten Prädiktoren für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit waren, unabhängig vom objektiven Verletzungsschweregrad [36]. Bei Patienten mit Rückenschmerzen ist die eigene Vorhersage der Arbeitsfähigkeit von hohem prognostischen Wert [37, 38], und auch nach Herzinfarkt erwiesen sich positive Einstellung bezüglich der Erholungsfähigkeit als prognostisch für den Wiedereinstieg in die Arbeit [39]. Bei Menschen mit schweren psychischen Störungen ist weniger bekannt über die Zusammenhänge von Kontrollüberzeugungen, Erwartungen und Selbsteinschätzung einerseits und Erfolg arbeitsrehabilitativer Massnahmen andererseits [26, 27, 33].

Arbeit ist für die Lebensqualität von entscheidender Bedeutung, verbessert aber auch den Gesundheitszustand psychisch kranker Menschen. Arbeitsintegration gehört deshalb zu einer integralen Behandlung psychischer Störungen. In der Praxis zeigt sich immer wieder, dass die Auswirkungen psychischer Krankheiten auf die Arbeitsfähigkeit unterschätzt werden. Die Arbeitsrehabilitation sollte sehr früh einsetzen. Oft werden Patienten ohne klare Vorstellungen, wie ein Wiedereinstieg in die Arbeit erfolgen sollte, krankgeschrieben. Je länger jemand von der Arbeit abwesend ist, desto geringer ist die Chance einer erfolgreichen Wiedereingliederung. Das Selbstvertrauen der Patienten, gerade bei psychischen Erkrankungen, nimmt sehr rasch ab, und die Patienten entwickeln zunehmend Ängste in Bezug auf die Arbeit. Umso wichtiger ist es, zusammen mit IV, Taggeldversicherern und Arbeitgebern rasch nach Möglichkeiten der Wiedereingliederung zu suchen. Die frühere Praxis, Patienten erst nach einjähriger Arbeitsunfähigkeit bei der IV anzumelden, sollte seit der 5. IV-Revision obsolet sein. Die Früherfassung/Frühintervention eröffnet hier neue Möglichkeiten. Eine Anmeldung bei der IV wird oft noch mit Rentenleistungen gleichgesetzt, dabei geht es mehr denn je um den Ansatz «Integration vor Rente». Die Früherfassung stellt sicher, dass gefährdete Personen frühzeitig Unterstützung erhalten und gar nicht erst aus dem Arbeitsprozess fallen. Die Frühintervention ist eine Vorstufe der beruflichen Eingliederung und zielt speziell auf Menschen mit psychisch bedingten Einschränkungen. Die IV bietet mit der 5. IV-Revision dabei auch Anreize für die Arbeitgeber, was leider noch zu wenig bekannt ist (Tab. 1).

Supported Employment ist ein optimales Instrument, um sowohl die Patienten als auch die Arbeitgeber zu unterstützen und zu coachen. Die IV kann im Rahmen der Frühintervention ein Arbeitscoaching finanzieren. Mit der 6. IV-Revision sollten vermehrt Menschen, die bereits eine Rente haben, wieder integriert werden (Tab. 2 und 3 ◀). Aktuell rechnet man mit gegen 17 000 Betroffenen. Sollte die «rentenwirksame Re-

Tabelle 3. IVG-Revision 6b, geplante Inkraftsetzung 1.1.2015.

Einführung stufenloses Rentenmodell	Von IV-Grad 40 bis 79% stufenlos entsprechend IV-Grad Ab IV-Grad 80% ganze Rente
Anpassung der Kinderrente an effektiven Bedarf	Kürzung von 40 auf neu 30% der Invalidenrente pro Kind
Verstärkte Eingliederung bei psychischer Problematik	Bereits Massnahmen bei noch vorhandener Arbeitsfähigkeit Aufhebung der zeitlichen Begrenzung bei Integrationsmassnahmen
Bessere Steuerung bei den Reisekosten	Nur behinderungsbedingte Mehrkosten und Kosten bei angeordneten Massnahmen
Bessere Wirksamkeit erstmaliger beruflicher Ausbildung	Höhere Eintrittsschwellen
Einfrischen der Beiträge an Organisationen	Organisationen der privaten Behindertenhilfe
Entschuldung und Interventionsmechanismus	IV-Fonds kleiner 40% ihrer Jahresausgaben
Grundlagen der Bekämpfung des Versicherungsmissbrauchs (BVM) auf Ebene ATSG	Verstärkte Betrugsbekämpfung

integration» nicht zu einer blossen Verschiebung zur Sozialhilfe verkommen, sind Anstrengungen von allen Beteiligten (Patienten, Hausärzte, Psychiater, Arbeitgeber, IV) notwendig, und eine erfolgreiche Integration wird nur mittels Supported Employment möglich sein. Eine Übersicht über die 5. und 6. IV-Revision findet sich in den Tabellen 1, 2 und 3.

CME www.smf-cme.ch

1. Ein 35-jähriger Patient meldete sich vor 5 Wochen wegen Schlafstörungen, Antriebslosigkeit und depressiver Stimmungslage in der Hausarztpraxis. Der Hausarzt hat den Patienten krankgeschrieben und eine antidepressive Behandlung angefangen. Zu einem geplanten Arbeitsversuch ist der Patient nicht erschienen, er fühle sich noch nicht in der Lage, an den Arbeitsplatz zurückzukehren, weil er grosse Ängste habe, nicht zu genügen, und die Kontakte mit den Mitarbeitenden seien für ihn belastend. Der Patient ist nach wie vor deutlich depressiv. Welche Aussage trifft zu?

- A Es dauert lange, bis eine Depression unter Medikation besser wird, deshalb sollte der Patient weiter krankgeschrieben werden, bis er sich wieder vollständig erholt hat.
- B Eine Anmeldung bei der IV kann frühestens nach einem Jahr erfolgen, deshalb kann zum jetzigen Zeitpunkt keine Arbeitsrehabilitation erfolgen.
- C Eine Anmeldung bei der IV kommt nicht in Frage, weil psychische Krankheiten nicht zu Leistungen der IV berechnen.
- D Es sollte eine Anmeldung bei der IV-Früherfassung erfolgen, um möglichst bald eine Rehabilitation am Arbeitsplatz mittels Arbeitscoach in die Wege zu leiten.

Zusammenfassung

Supported Employment hat sich gegenüber den bisher üblichen Rehabilitationsmassnahmen, meist in geschütztem Rahmen, als klar überlegen erwiesen. Die Arbeitsrehabilitation sollte integraler Bestandteil einer psychiatrischen Behandlung sein und möglichst früh einsetzen. Supported Employment kann nur dann erfolgreich sein, wenn Betroffene, Therapeuten, Hausärzte, Arbeitgeber und Versicherungen eng kooperieren.

Korrespondenz:

PD Dr. med. Urs Hepp
Psychiatrische Dienste Aargau AG
Haselstrasse 1
CH-5401 Baden
urs.hepp@pdag.ch

Empfohlene Literatur

- Burns T, Catty J, Becker T, Drake RE, Fioritti A, Knapp M, et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2007;370:1146–52.
- Cook JA, Lehman AF, Drake R, McFarlane WR, Gold PB, Leff HS, et al. Integration of psychiatric and vocational services: a multisite randomized, controlled trial of supported employment. *Am J Psychiatry*. 2005;162(10):1948–56.
- Bond GR, Drake RE, Becker DR. An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatr Rehabil J*. 2008;31(4):280–90.
- Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment – a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39:337–49.
- Rüst T, Debrunner A. Supported Employment – Modelle unterstützter Beschäftigung bei psychischer Beeinträchtigung. Glarus, Chur: Rüegger Verlag; 2005.

Die vollständige nummerierte Literaturliste finden Sie unter www.medicalforum.ch.

E Es braucht zurzeit keine weiteren Massnahmen, da der Patient über die Taggeldversicherung finanziell abgesichert ist.

2. Ein 46-jähriger Patient verunfallte bei der Arbeit schwer. Neben einer Femurfraktur erlitt er eine Comotio cerebri sowie eine Milzruptur. Die körperlichen Verletzungen sind gut verheilt, und im Schädel-CT fanden sich keine Hinweise auf zerebrale Läsionen. Im Laufe des Rehabilitationsprozesses traten zunehmend depressive Symptome in den Vordergrund. Folgende Faktoren sind prognostisch negativ für eine Rückkehr an die Arbeit, *ausser*:

- A Der Patient schätzt die unfallbedingten Verletzungen als sehr gravierend ein.
- B Er schätzt die Chancen auf eine erfolgreiche berufliche Rehabilitation als gering ein.
- C Er betont immer wieder, dass die Ärzte schon das Richtige täten, damit er wieder gesund werde.
- D Der Arbeitgeber wäre bereit zu einem Arbeitsversuch, verlangt aber, dass der Patient, solange er nicht voll arbeitsfähig sei, auch entsprechend krankgeschrieben sei.
- E Beim Arbeitstraining schont sich der Patient und geht nicht an seine Leistungsgrenzen, weil er möglichst Schmerzen vermeiden möchte.

Supported Employment – Arbeitsintegration psychisch kranker Menschen /

Supported Employment – intégration professionnelle de personnes psychologiquement atteintes

Weiterführende Literatur (Online-Version) / Références complémentaires (online version)

- 1 Ajdacic-Gross V, Graf M. Bestandesaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie in der Schweiz. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Bundesamt für Statistik; 2003.
- 2 World Health Organisation WHO. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organisation; 2008.
- 3 Lopez AD, Murray CC. The global burden of disease, 1990–2020. *Nat Med*. 1998;4:1241–3.
- 4 Schuler D, Rüesch P, Weiss C. Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Bundesamt für Statistik; 2007.
- 5 Bundesamt für Sozialversicherungen BSV. IV-Statistik Dezember 2009. Bern: BSV; 2010.
- 6 Bundesamt für Sozialversicherungen BSV. Synthesebericht des Forschungsprogramms zur Invalidenversicherung FoP-IV 2006–2009. Bern: BSV; 2010.
- 7 Bond GR. Supported employment: evidence for an evidence-based practice. *Psychiatr Rehabil J*. 2004;27:345–59.
- 8 Crowther R, Marshall M, Bond G, Huxley P. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(2):CD003080.
- 9 Bond GR, Drake RE, Becker DR. An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatr Rehabil J*. 2008;31:280–90.
- 10 Bond GR, Salyers MP, Dincin J, et al. A randomized controlled trial comparing two vocational models for persons with severe mental illness. *J Consult Clin Psychol*. 2007;75:968–82.
- 11 Drake RE, McHugo GJ, Bebout RR, et al. A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56:627–33.
- 12 Drake RE, McHugo GJ, Becker DR, Anthony WA, Clark RE. The New Hampshire study of supported employment for people with severe mental illness. *J Consult Clin Psychol*. 1996;64:391–9.
- 13 Lehman AF, Goldberg R, Dixon LB, et al. Improving employment outcomes for persons with severe mental illnesses. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59:165–72.
- 14 Gold PB, Meisler N, Santos AB, Carnemolla MA, Williams OH, Keleher J. Randomized trial of supported employment integrated with assertive community treatment for rural adults with severe mental illness. *Schizophr Bull*. 2006;32:378–95.
- 15 Cook JA, Leff HS, Blyler CR, et al. Results of a multisite randomized trial of supported employment interventions for individuals with severe mental illness. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:505–12.
- 16 Mueser KT, Clark RE, Haines M, et al. The Hartford study of supported employment for persons with severe mental illness. *J Consult Clin Psychol*. 2004;72:479–90.
- 17 Latimer EA, Lecomte T, Becker DR, et al. Generalisability of the individual placement and support model of supported employment: results of a Canadian randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2006;189:65–73.
- 18 Killackey E, Jackson HJ, McGorry PD. Vocational intervention in first-episode psychosis: individual placement and support v. treatment as usual. *Br J Psychiatry*. 2008;193:114–20.
- 19 Burns T, Catty J, Becker T, et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2007;370:1146–52.
- 20 Twamley EW, Jeste DV, Lehman AF. Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders: a literature review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Nerv Ment Dis*. 2003;191:515–23.
- 21 Crowther RE, Marshall M, Bond GR, Huxley P. Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. *BMJ (Clinical research ed)*. 2001;322:204–8.
- 22 Lehman AF. Vocational rehabilitation in schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1995;21:645–56.
- 23 Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment – a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39:337–49.
- 24 Schuler D. Stationäre Psychiatrie in der Schweiz 2000–2006. Obsan fact sheet. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; 2008.
- 25 Marwaha S, Johnson S. Views and experiences of employment among people with psychosis: a qualitative descriptive study. *Int J Soc Psychiatry*. 2005;51:302–16.
- 26 Casper ES, Carloni C. Increasing the utilization of supported employment services with the need for change scale. *Psychiatr Serv*. 2006;57:1430–4.
- 27 Razzano LA, Cook JA, Burke-Miller JK, et al. Clinical factors associated with employment among people with severe mental illness: findings from the employment intervention demonstration program. *J Nerv Ment Dis*. 2005;193:705–13.
- 28 Salyers MP, Becker DR, Drake RE, Torrey WC, Wyzik PF. A ten-year follow-up of a supported employment program. *Psychiatr Serv*. 2004;55:302–8.
- 29 Macias C, Rodican CF, Hargreaves WA, Jones DR, Barreira PJ, Wang Q. Supported employment outcomes of a randomized controlled trial of ACT and clubhouse models. *Psychiatr Serv*. 2006;57:1406–15.
- 30 King R, Waghorn G, Lloyd C, McLeod P, McMaha T, Leong C. Enhancing employment services for people with severe mental illness: the challenge of the Australian service environment. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006;40:471–7.
- 31 Cook JA, Lehman AF, Drake R, et al. Integration of psychiatric and vocational services: a multisite randomized, controlled trial of supported employment. *Am J Psychiatry*. 2005;162:1948–56.
- 32 Becker DR, Smith J, Tanzman B, Drake RE, Tremblay T. Fidelity of supported employment programs and employment outcomes. *Psychiatr Serv*. 2001;52:834–6.
- 33 Mondloch MV, Cole DC, Frank JW. Does how you do depend on how you think you'll do? A systematic review of the evidence for a relation between patients' recovery expectations and health outcomes. *CMAJ*. 2001;165:174–9.
- 34 MacKenzie EJ, Bosse MJ, Kellam JF, et al. Early predictors of long-term work disability after major limb trauma. *J Trauma*. 2006;61:688–94.
- 35 Soberg HL, Finset A, Bautz-Holter E, Sandvik L, Roise O. Return to work after severe multiple injuries: a multidimensional approach on status 1 and 2 years postinjury. *J Trauma*. 2007;62:471–81.

- 36 Hepp U, Moergeli H, Buchi S, Bruchhaus-Steinert H, Sensky T, Schnyder U. The long-term prediction of return to work following serious accidental injuries: A follow up study. *BMC Psychiatry*. 2011;11:53.
- 37 Heijbel B, Josephson M, Jensen I, Stark S, Vingard E. Return to work expectation predicts work in chronic musculoskeletal and behavioral health disorders: prospective study with clinical implications. *Journal of occupational rehabilitation* 2006;16:173–84.
- 38 Sandstrom J, Esbjornsson E. Return to work after rehabilitation. The significance of the patient's own prediction. *Scandi J Rehabil Med*. 1986;18:29–33.
- 39 Petrie KJ, Weinman J, Sharpe N, Buckley J. Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study. *BMJ*. 1996;312:1191–4.