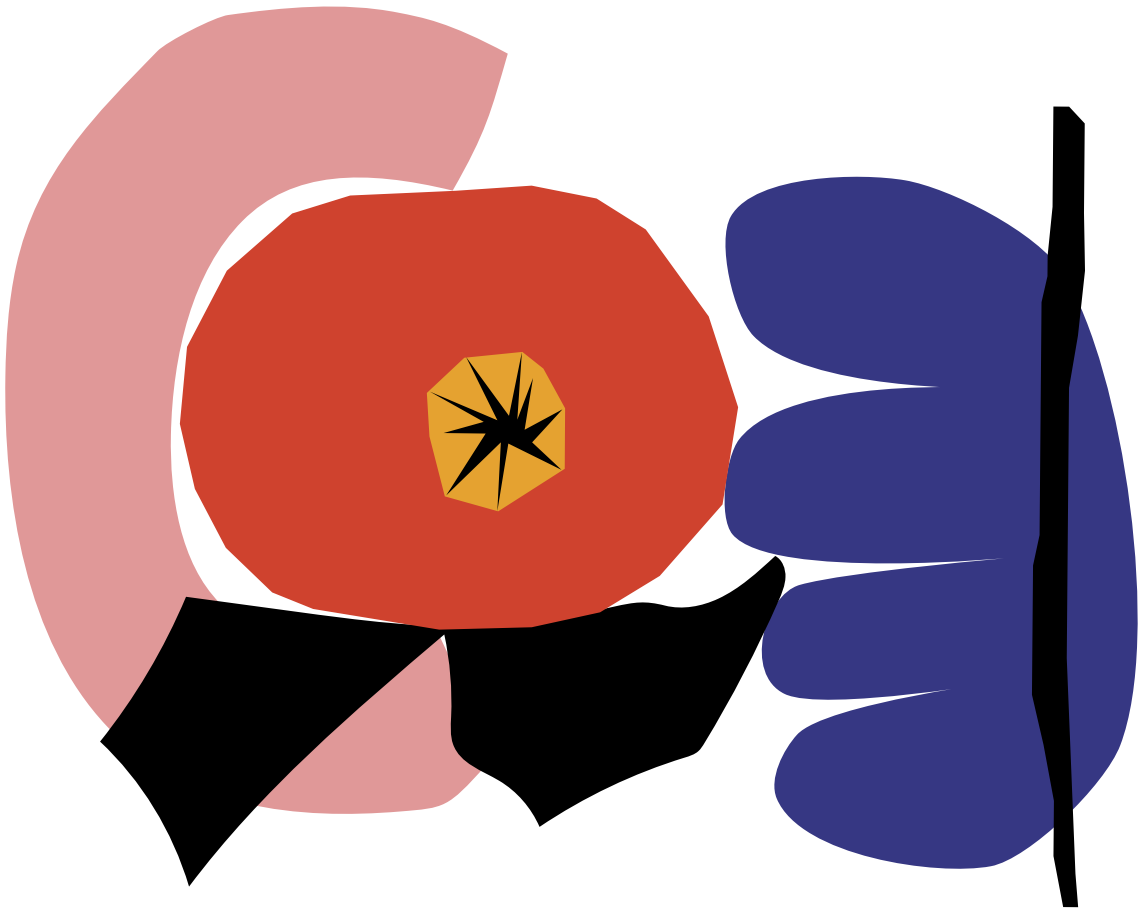




**Kuntoutussäätiö**

# Selvitys sijoita ja valmennusmallin (IPS-mallin) tuloksista ja toimeenpanosta



Jaakko Harkko, Sarita Lehto, Sari Pitkänen ja Mika Ala-Kauhaluoma

Julkaisija:  
Kuntoutussäätiö  
Pakarituvantie 4-5  
00410 Helsinki

© Kuntoutussäätiö  
[www.kuntoutussaatio.fi](http://www.kuntoutussaatio.fi)

Helsinki 2018  
ISBN 978-952-5961-92-8

Kannen kuva: Katri Astala



**Kuntoutussäätiö**

# Selvitys sijoita ja valmennamallin (IPS-mallin) tuloksista ja toimeenpanosta

# Alkusanat

Osatyökykyisten ihmisten työn saannin edistäminen on ollut viime vuosina vahvasti esillä sekä julkisessa keskustelussa että viranomaistahojen toiminnassa. Individual Placement and Support (IPS) on Yhdysvalloista lähtöisin oleva toimintamalli työn löytämiseksi avoimilta työmarkkinoilta eri kuntoutujaryhmille. Mallin erityispiirre on, että se on ainoa työhönvalmennuksen malli, joka on tiukoin tieteellisin kriteerein osoitettu vaikuttavaksi keinoksi tukea osa-työkykyisten työllistymistä ja työhön paluuta. Kasvavasta tutkimukseen perustuvasta näyttöpohjasta huolimatta suomalaisen työhönvalmennuksen toteutukselle on ollut ominaista, että siinä ei ole sovellettu kansainvälistä työhönvalmennusta koskevaa tietopohjaa kuin osittain.

Sosiaali- ja terveysministeriö antoi marraskuussa 2018 Kuntoutussäätiölle toimeksiannon toteuttaa selvityksen siitä, miten kansainvälisiä kokemuksia näyttöön perustuvan työhönvalmennuksen tuloksista ja miten näitä kokemuksia voitaisiin käyttää työhönvalmennuspalveluiden kehittämiseen Suomessa. Tämä julkaisu luo ajantasaisen suomenkielisen esityksen siitä, mitä kansainvälisen tutkimuskirjallisuuden perusteella tiedetään IPS mallin vaikuttavuudesta ja mitä tiedetään mallin toimeenpanoa tukevista ja estävistä tekijöistä. Toivomme, että selvityksen tuloksia voidaan käyttää matkalla kohti IPS-mallin laajempaa käyttöönottoa Suomessa.

Selvitys toteutettiin nopealla aikataululla marraskuun 2017 ja helmikuun 2018 välillä. Haluamme kiittää sosiaalineuvos Eveliina Pöyhöstä Sosiaali- ja terveysministeriöstä selvityksen käynnistämisestä. Aiheen merkityksen ymmärtäen kanssakirjoittajat Mika Ala-Kauhaluoma, Sarita Lehto ja Sari Pitkänen olivat valmiita raivaamaan aikaa täysistä työkalentereistaan selvityksen tekemiselle. Siitä kiitos heille. Tutkimuksen aineistonkeruuseen osallistunut Tomi Kontkanen ansaitsee myös kiitoksen arvokkaasta panoksestaan. Haluamme myös kiittää Sosiaali- ja terveysministeriön asiantuntijoita hyvistä ja rakentavista kommentteista. Suuri kiitos kuuluu myös haastatelluille asiantuntijoille, jotka on nimetty erikseen tekstin yhteydessä.

*Helsingissä marraskuussa 2018  
kaikkien kirjoittajien puolesta Jaakko Harkko*



# Sisällys

<b>1</b>	<b>Selvityksen tausta ja tavoitteet</b>	<b>6</b>
1.1	Sijoita ja valmenna: näyttöön perustuva tuettu työllistyminen (IPS-malli)	6
1.2	Selvityksen tavoitteet	7
<b>2</b>	<b>Selvityksen aineistot ja raportointi</b>	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>Keskeiset tulokset</b>	<b>10</b>
3.1	Tuloksellisuuden mittaaminen	10
3.2	IPS-mallin vaikuttavuus	10
3.3	IPS-mallin vaikuttavuus erityisryhmissä	12
3.4	IPS:n kustannusvaikuttavuus	13
3.5	Yhteenveto tuloksellisuudesta	13
<b>4</b>	<b>IPS-mallin toimeenpano</b>	<b>14</b>
4.1	IPS:n toimeenpanon onnistumisen edellytykset	14
4.2	IPS:n toimeenpanon haasteita	14
4.3	Mallin mukauttaminen, lisäpalvelut ja laajennus alipalveltuihin väestöryhmiin	15
<b>5</b>	<b>Maakuvaukset</b>	<b>17</b>
5.1	Ruotsi	17
5.2	Norja	18
5.3	Belgia	19
<b>6</b>	<b>Suomalaisten asiantuntijoiden näkemyksiä</b>	<b>20</b>
6.1	IPS:n soveltuvuus Suomeen	20
6.2	IPS:n toimeenpanon haasteet Suomessa	21
6.3	IPS:n kohderyhmät Suomessa	22
<b>7</b>	<b>IPS:n juurruttaminen osaksi Suomen SoTe-järjestelmää</b>	<b>22</b>
7.1	Kohderyhmät	22
7.2	Mallin toteuttajat	23
7.3	Vaaditut resurssit	23
7.4	Vaaditut lainsäädäntöuudistukset	24
<b>8</b>	<b>Mallin toteuttamisen vaatima kehittämishanke ja vaikuttavuustutkimus</b>	<b>24</b>
	<b>Lähdeviitteet</b>	<b>26</b>

# 1 Selvityksen tausta ja tavoitteet

## 1.1 Sijoita ja valmenna: näyttöön perustuva tuettu työllistyminen (IPS-malli)

Työhönvalmennus voidaan käsittää yleisnimikkeenä palvelujärjestelmän erinimisille työllistymisen ja työhön kuntoutumisen tukipalveluille, joita säätelevät monet eri lait. Työelämään ja työhön valmentavat palvelut ovat mahdollista mieltää positiivisen erityiskohtelun ilmentyminä. Ne tarjoavat tarvittavan tuen henkilöille, jotka kokevat sairauden, vamman tai osittaisen työ- ja toimintakyvyn haittaavan työllistymistä ja/tai työelämässä pysymistä. Työhönvalmennuksella voidaan tarkoittaa myös yksittäistä palvelujärjestelmän palvelua, työntekijän työtettä palvelussa tai jotakin tiettyä vaihetta tukipalvelun kuluessa. Erilaisista nimistä ja viittauksista huolimatta työhönvalmennuksen tarkoitusperä on yhdenvertaisen työllistymisen ja/tai työelämäaseman varmistaminen.

Näyttöön perustuva työhönvalmennus (IPS, Individual Placement and Support) on menettelytapa työn löytämiseksi avoimilta työmarkkinoilta eri kuntoutujaryhmille. IPS-mallin juuret ovat 1970-luvun Pohjois-Amerikassa, jossa IPS-malli kehitettiin parantamaan vakavista mielenterveyden häiriöistä kärsivien henkilöiden työllistymistä tukevien palveluiden laatua. IPS-mallin keskeinen ominaisuus on se, että työllistymisen tukeminen tapahtuu psykiatriseen hoitoon ja kuntoutukseen integroituna. IPS-mallista käytetään myös nimitystä sijoita ja valmenna –malli. ”Sijoita ja valmenna” lähestymistapa tarkoittaa erontekoa ”valmenna ja sijoita” lähestymistapaan, jossa avoimille työmarkkinoille työllistyminen nähdään ”valmentavan” eli työelämätaitojen kehittämiseen tähtäävän ammatillisen kuntoutuksen jälkeisenä vaiheena. Malli on osoittautunut useissa maissa tuloksekkaaksi tavaksi mielenterveyskuntoutujien, mutta myös muiden vaikeasti työllistyvien ihmisten työllistämässä.

Jotta työhönvalmennus olisi tuloksellista, tarvitaan tutkittua tietoa siitä mikä toimii. Näyttöön perustuvan käytännön perusoletuksena on, että tieteellisin menetelmin voidaan osoittaa palveluita, jotka toimivat asiakkaan tavoitteiden suhteen paremmin kuin samaan palvelutarpeeseen vastaavat muut käytännöt ja interventiot. Näyttöön perustuvan käytännön keskeisenä piirteenä on selkeästi määriteltyjen interventioiden käyttö klinisen päätöksentekoprosessin sijaan. IPS-mallille on laadittu laatukriteeristö<sup>1</sup>, jossa kuvataan sen kriittiset osatekijät ja jota vasten sen toteuttamista voidaan arvioida. Laatukriteeristö sisältää 25 palvelun toteuttamiseen liittyvää osa-aluetta. Mallin lähtökohtana on oletus, että kuka tahansa, joka haluaa työskennellä, voi oikeanlaisten tukitoimien avulla työllistyä ja työskennellä avoimilla työmarkkinoilla.

- Tuetun työllistymisen palvelun tavoitteena on asiakkaan tavoitteisiin perustuvan avoimien työmarkkinoiden työn löytäminen mahdollisimman nopeasti.
- Tuetun työllistymisen palvelua toteuttavat työhönvalmentajat, joiden työajasta valtaosa kohdistuu työn etsimiseen avoimilta työmarkkinoilta. Sama työhönvalmentaja vastaa kaikista kuudesta työllistymisen tukemisen vaiheesta (palveluun sisäänotto, sitouttaminen, ammatillinen arviointi, työn etsintä, työhönvalmennus ja työnaikainen tuki). Laadukkaaseen palveluun kuuluu realistisesti mitoitettu asiakasmäärä, korkeintaan 20 asiakasta yhtä työhönvalmentajaa kohden.

- Tuetun työllistymisen palvelu integroidaan saumattomaksi osaksi asiakkaiden palveluketjua. Esimerkiksi he toimivat samoissa tiloissa ns. normaalipalvelujen kanssa ja osallistuvat tiimityöskentelyyn. Työllistymissuunnitelmat integroidaan osaksi hoitosuunnitelmia.
- Kaikki työllistymisestä kiinnostuneet asiakkaat voivat saada tuetun työllistymisen palveluita. Myös muita kuin palveluun osallistuvia asiakkaita kannustetaan harkitsemaan työllistymismahdollisuuksiaan.

## 1.2 Selvityksen tavoitteet

Kuntoutussäätiö toteutti selvityksen näyttöön perustuvan tuetun työllistymisen IPS-mallin (sijoita ja valmenna) tuloksellisuudesta ja toimeenpanosta verrokkimaissa. Verrokkimaat olivat Sosiaali- ja terveysministeriön kanssa erikseen sovittuja, Suomeen vertautuvia hyvinvointivaltioita.

Selvitys tuottaa tietoa IPS-menetelmästä sovellettavaksi STM:n hallinnonalan lainsäädäntötyössä ja muussa kehittämistyössä. Tarkennetusti, se tuottaa vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

- Mikä on mallin soveltuvuus eri kohderyhmille, mutta erityisesti mielenterveyskuntoutujille.
- Mikä on eri rinnakkaisten määritelmien ero käytännössä (työhönvalmennus, sijoita ja valmenna, IPS)
- Mihin suuntaan sijoita ja valmenna -mallia ollaan niissä viemässä käsiteltävien maiden osalta?
- Mitä osaamista mallin käyttäminen/käyttöönotto edellyttää?
- Minkälainen voisi olla toimiva ”Suomen malli” tai ”tulevaan maakuntaan sopiva malli” tai mitä osia/näkökulmia siinä pitäisi olla mukana - tai jotka mahdollisesti olisivat tulevaisuudessa selvitettävä/päätettävä?
- Mikä eri toimijoiden rooli ja vastuu mallin toimeenpanossa voisi olla?

# 2 Selvityksen aineistot ja raportointi

Tässä luvussa esitellään suunnitelma selvityksen kokonaisuudesta ja toteuttamisen aikatauluista. Selvityksen aineistona ovat toimineet:

1. Vertaileva ja kartoittava kirjallisuuskatsaus
2. Benchmarking/vertailuanalyysi verrokkimaissa (Ruotsissa, Norjassa ja Belgiassa)
3. Kotimaiset asiantuntijahaastattelut (täydennetty suunnitelmaan 12.1.2018)

Selvityksen eri aineistot kuvataan tarkennetusti alla.

## AINEISTO 1. VERTAILEVA JA KARTOITTAVA KIRJALLISUUSKATSAUS

Keskeisin sisältö ja tarkoitus	<p>Analysoida IPS-mallia kuvaava, kriteerit täyttävä tutkimus (kartoittava kirjallisuuskatsaus) ja Benchmarkattavien IPS-toteuttajien luovuttama asiakirja-aineisto (hankkeiden seuranta-asiakirjat, raportit, tms.). Suomen kokemukset tuetun työllistymisen työhönvalmennuksesta ja niistä mahdollisesti tehdyt vaikutusarviointit. Katsaus on toteutettu seuraavista aiheista:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Vaikuttavuus: kohderyhmät, tuloksellisuuskriteerit, tuloksellisuus, kustannusvaikuttavuus</li><li>• Toimeenpano: mallia toteuttavat hallinnonalat, mallin mukauttaminen, palvelun pääsisällöt, työnantajayhteistyön muodot, työnantajille, asiakkaille ja palveluntuottajille suunnatut kannustimet tms., muiden tukitoimien käyttö esim. palkkatuki ja työharjoittelu, mahdollinen sektorienvälinen yhteistyö, lainsäädännölliset sekä muut toimeenpanoa edistävät ja ehkäisevät tekijät.</li></ul>
Hyödynnettävät aineistot ja menetelmät	Asiakirja-aineisto on analysoitu laadullista sisällönanalyysiä hyödyntäen.

## AINEISTO 2. BENCHMARKKAUS / VERTAILUANALYYSI

Keskeisin sisältö ja tarkoitus	<p>Benchmarking / vertailuanalyysi kerää tietoa IPS-mallin toteuttajilta ja yhteistyötahoilta tietoa mallin toimivuudesta, tuloksellisuudesta ja vaikutuksista, sekä tietoa palvelujen ja yhteistyökäytänteiden kehittymisestä. Selvitettävät kysymykset ovat olleet pääosin samat kuin aineisto 1:ssä.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Vaikuttavuus: kohderyhmät, tuloksellisuuskriteerit, tuloksellisuus, kustannusvaikuttavuus</li><li>• Toimeenpano: mallia toteuttavat hallinnonalat; mallin mukauttaminen; palvelun pääsisällöt; työnantajayhteistyön muodot; työnantajille, asiakkaille ja palveluntuottajille suunnatut kannustimet tms.; muiden tukitoimien käyttö esim. palkkatuki ja työharjoittelu; mahdollinen sektorienvälinen yhteistyö; lainsäädännölliset sekä muut toimeenpanoa edistävät ja ehkäisevät tekijät.</li></ul>
Hyödynnettävät aineistot ja menetelmät	Benchmarking on toteutettu puhelinhaastatteluilla organisaatioihin, jonka kanssa toimintaa on haluttu vertailla verrokkimaissa (Ruotsissa, Norjassa ja Belgiassa) sekä tutustumalla kohdemaiden toimintaa kuvaavaan kirjalliseen aineistoon. Haastatellut henkilöt olivat: Annika Ruys-Hagberg (Director Samordningsförbund, Ruotsi), Malena Jansson (SIA Göteborg; IPS menetelmäkehittäjä, Ruotsi), Kristin Von Hjerpas (Departement för arbete och socialfrågor, Norja); Silje Reme Endersen (professori, Oslon yliopisto, Norja), François Perl (Director General, Department for Disability Benefits, National Institute for Health and Disability Insurance, Belgia); Vanessa De Greef (Tutkija, L'Université libre de Bruxelles, Belgia)



### AINEISTO 3. KOTIMAISTEN ASiantuntijoiden Haastattelu

<p>Keskeisin sisältö ja tarkoitus</p>	<p>Kotimaisten asiantuntijoiden haastattelut tuottavat IPS-mallin toteuttamiskelpoisuudesta suomalaisilta työhönvalmennukseen kytköksissä olevilta sidosryhmiltä. Haastatteluilla hankittiin tietoa mallin toimeenpanon edellytyksistä. Selvitettävät kysymykset ovat pääosin samat kuin Aineistot 1 ja 2:ssa.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Vaikuttavuus: kohderyhmät</li><li>• Toimeenpano: mallia toteuttavat hallinnonalat; mallin mukauttaminen; palvelun pääsisällöt; työnantajayhteistyön muodot; työnantajille, asiakkaille ja palveluntuottajille suunnatut kannustimet tms.; muiden tukitoimien käyttö esim. palkkatuki ja työharjoittelu; mahdollinen sektorienvälinen yhteistyö; lainsäädännölliset sekä muut toimeenpanoa edistävät ja ehkäisevät tekijät.</li></ul>
<p>Hyödynnettävät aineistot ja menetelmät</p>	<p>Haastatteluihin ovat osallistuneet seuraavat henkilöt: Pauliina Lampinen, Vamla; Anne Korhonen, Vates; Jyrki Rinta-Jouppi, Mielenterveyden keskusliitto; Teija Kosola, VKK; Hanna Liski-Wallentowitz, TEM; Leena Penttinen, Kela.</p>

# 3 Keskeiset tulokset

## 3.1 Tuloksellisuuden mittaaminen

IPS-mallin tuloksellisuutta on tutkittu satunnaistetuin koeasetelmin noin kahdenkymmenen vuoden ajan. Satunnaistettuja vertailevia kokeita pidetään yleisesti kiistattomimpana menetelmänä selvittää eri toimenpiteiden toimivuutta ja vaikutuksia. IPS-malli on lähtöisin USA:sta ja aiemmin on esitetty epäilyjä mallin siirrettävyydestä alkuperämaan ulkopuolelle. Epäilyjä on vahvistanut se, että USA:n ulkopuolista tutkimusta on tehty perin vähän. Tilanne on kuitenkin korjaantunut ja satunnaisvirrokiasetelmaan perustuvia tutkimuksia on alettu toteuttaa enenevässä määrin myös Eurooppalaisissa hyvinvointivaltioissa.

**IPS:n työllisyysvaikutukset.** Tutkimuskirjallisuudesta löytyy yhdeksän mittaria, joilla IPS:n tuloksellisuutta on arvioitu. Nämä ovat työpaikan saaminen, kokonaistyöviikot, pisin ylläpidetty oleva työsuhde, tehdyt työtunnit yhteensä, keskimääräiset viikoittaiset työtunnit, kokonaispalkka, työpaikan saavuttamiseen tarvittu aika,  $\geq 20$  tuntia viikossa työskentelevien osuus ja päivät ensimmäiseen työhön. Ensin mainittu on yleisin IPS:n tuloksellisuuden osoittamisessa käytetty mittari, eli vaikuttavuutta arvioidaan useimmiten vertaamalla keskenään, kuinka moni IPS-mallin mukaista palvelua saanutta ja muuta palvelua saanutta on *työllistynyt työsuhteeseen avoimille työmarkkinoille* tutkimuksen seurantajakson aikana.

**IPS:n hyvinvointivaikutukset.** Yhtenä IPS-mallin perusteena on työllistymiseen yhteydessä olevat hyvinvointivaikutukset. IPS:n avulla työllistyneet voivat työllistymisestä tulojen paranemisen, sekä itsetunnon, elämänlaadun, sosiaalisen osallisuuden ja oireiden hallinnan paranemisen kautta. IPS:n hyvinvointivaikutuksia mitataan tutkimuskohtaisesti vaihtelevilla tuloskriteereillä ja menetelmillä.

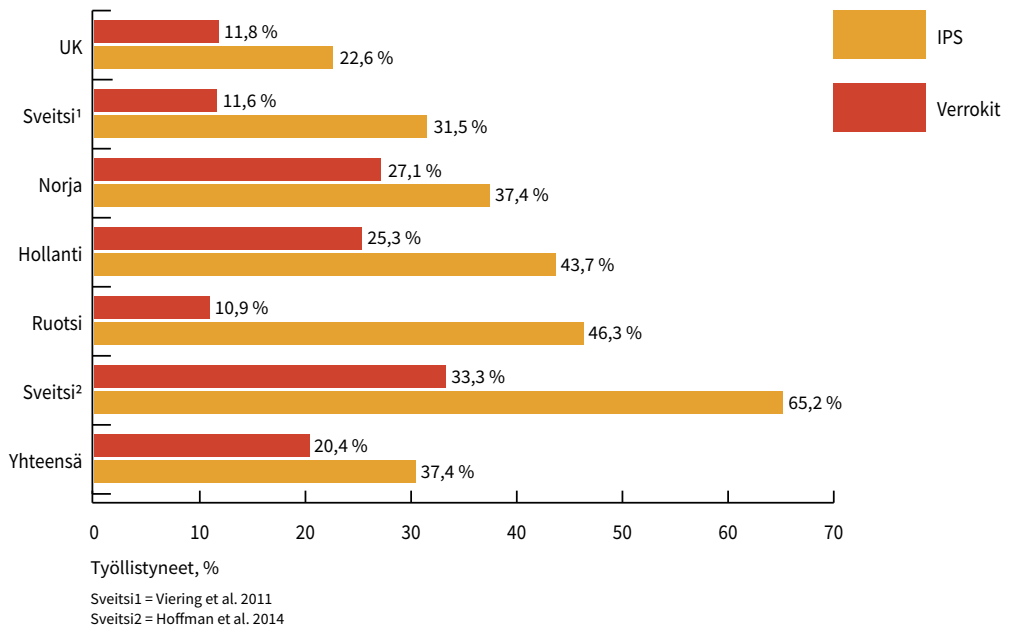
**IPS:n kustannusvaikuttavuus.** Kustannusvaikuttavuudella tarkoitetaan joko tavoiteltujen vaikutusten suhdetta vaikutusten aikaansaamiseen aiheutuneisiin kustannuksiin (V/K) tai tilanteesta riippuen tavoitellun vaikutusyksikön hintaa (K/V). IPS:n tapauksessa vaikutusten tai vaikuttavuuden määrittelyssä ja mittaamisessa käytetään useimmiten samaa työllistymiskriteeriä kuin vaikuttavuustutkimuksessa. Kustannusten osalta tarkastellaan useimmiten palvelun suorita kustannuksia (henkilöstö / tilat).

## 3.2 IPS-mallin vaikuttavuus

Vuonna 2017 toteutetun systemoidun kirjallisuuskatsauksen mukaan IPS-malliin osallistuneilla on hieman yli kaksikertainen mahdollisuus työllistyä avoimille työmarkkinoille<sup>2</sup>. Tämä tulos on yhdenmukainen kahden aikaisemmin julkaistun IPS-mallia käsittelevän Cochrane-raportin kanssa<sup>3,4</sup>. Näiden kolmen systemoidun katsauksen mukaan IPS-malli on tehokkaampi työllistymistulosten suhteen ammatilliseen koulutukseen, siirtymätyöllisyysmalleihin tai psykiatriseen hoitoon nähden.

Kuvio 1. esittää tulokset Euroopassa 2010-luvulla toteutetuista IPS-kokeiluista, joista on saatavissa luotettavaa vertailevaan koeasetelmaan perustuvia tuloksia. Tällaisia tutkimus-/kehittämishankkeita on toteutettu Ison-Britanniassa<sup>5</sup>, Sveitsissä<sup>6,7</sup>, Norjassa<sup>8</sup>, Hollannissa<sup>9</sup> ja Ruotsissa<sup>10</sup>. Tutkimuksiin osallistui yhteensä 1179 henkilöä. Kahta tutkimusta lukuun ottamatta tutkimusten kohderyhmänä oli vaikeista mielenterveyden häiriöstä kärsivät henkilöt. Toisessa Sveitsissä toteutetussa tutkimuksessa kohderyhmänä oli mielenterveyden häiriön perusteella työkyvyttömyyseläkettä saaneet ja Norjassa toteutetussa tutkimuksessa kohderyhmänä olivat keskivaikeista ja vaikeista mielenterveydenhäiriöstä kärsivät henkilöt.

Kaikki mainitut tutkimukset huomioiden IPS:n mukaista palvelua saaneista 37 prosenttia oli työllistynyt ja tavanomaista palvelua saaneista 20 prosenttia. Tulokset siis osoittavat, että Euroopassa 2010-luvulla toteutetuissa IPS-hankkeissa työllistyneitä oli 17 prosenttiyksikköä enemmän kuin vastaavissa tavanomaisissa palveluissa. Tulosta voidaan pitää hyvänä, mutta samalla eri puolilla maailmaa toteutettujen tutkimusten vertailu rinnakkain osoittaa, että IPS-asiakkaiden työllistyminen on Euroopassa vähäisempää kuin muualla maailmassa. Tämä tulee esille kun tuloksia verrataan tutkimukseen, jossa IPS-mallin työllistymistuloksia vertailtiin eri maantieteellisten alueiden välillä. Parhaat tulokset IPS-mallin vaikuttavuudesta tulevat Yhdysvalloista, jossa toteutetuissa tutkimuksissa IPS:n mukaista palvelua saaneista keskimäärin 62 prosenttia oli työllistynyt. Muualla kuin Yhdysvalloissa toteutetuissa tutkimuksissa vastaava työllistyneiden osuus oli 47 prosenttia<sup>11</sup>.



Kuvio 1. Euroopassa 2010-luvulla toteutettujen satunnaiskontrolloitujen IPS-hankkeiden tuloksellisuus työllistymisen näkökulmasta, %.

Kuviossa esitettyjen kokeilujen tulokset ovat kuitenkin yhdenmukaisia Euroopan ulkopuolisten kokeilujen kanssa siinä, että IPS-mallin mukaista palvelua saaneet ovat työllistyneet verrokkiryhmiään paremmin. Tulokset osoittavat eroja maiden ja kohderyhmien välillä. Kuvion 1. tutkimuksissa kolmessa oli kohderymänä vaikeasta mielenterveyden häiriöstä kärsivät, yhdessä vaikeasta mielenterveyden häiriöstä kärsivät, joilla oli rikosmerkintöjä, yhdessä keskivaikeasta tai vaikeasta mielenterveyden häiriöstä kärsivät ja yhdessä (Sveitsi<sup>1</sup>) työkyvyttömyyseläkkeellä olevat. Siten alaryhmäkohtaisesti tuloksia vertailtaessa on huomioitava, että tulokset perustuvat melko pieneen määrään kokeita ja tulevien tutkimusten tulokset voivat muuttaa johtopäätöksiä.

Yhdysvaltalaisen tutkimuskatsauksen mukaan IPS:n avulla työllistyneet hyötyvät työllistymisestä tulojen paranemisen, sekä itsetunnon, elämänlaadun, sosiaalisen osallisuuden ja oireiden hallinnan paranemisen kautta<sup>12</sup>. Ei-työllistymiseen liittyvät hyödyt kuten parantunut oirehallinta, psykiatrisen sairaalahoidon väheneminen ja korkeampi elämänlaatu liittyvät useimpien arvioiden mukaan työllistymiseen eikä IPS-palveluun sinänsä<sup>13</sup>. Työssäkäynnin tarjoama päivärytmi ja työympäristö voivat vähentää mielenterveysongelmien oireita. Lisäksi työllisyys mahdollistaa vaihtoehtoisia sosiaalisia suhteita mielenterveysyhteisön ulkopuolelle.

Tulokset ovat kuitenkin toistaiseksi erisuuntaisia, eikä asiasta ole kiistatonta näyttöä. Keskeisenä syynä näytön kiistattomuuteen on ei-ammattillisia tuloksia tutkineiden tutkimusten pieni määrä ja se että tutkimuksissa on käytetty ei-yhteneviä tutkimusmenetelmiä<sup>14</sup>. Lisäksi vähäiseen näyttöön vaikuttaa se, että koeasetelmaan perustuvien tutkimusten yleisenä rajoitteena on, että itsetuntoon liittyvä positiivisia vaikutuksia voidaan yleisesti havaita vasta pitkällä aikavälillä, kun taas tutkimusten seuranta-ajat ovat melko lyhyitä. Lyhyet seuranta-ajat saattavat peittää työpaikan pysyvyydestä aiheutuvat vaikutukset, ja vaikutusten esille tuleminen voi olla hitaampaa silloin kun mielenterveysongelmat tai työn ulkopuolisuuden kaudet ovat olleet pitkiä<sup>15</sup>.

Ei-ammattillisiin tuloksiin liittyen voidaan erikseen nostaa esille kaksi Ruotsissa toteutettua IPS-tutkimusta. Niistä toinen osoitti että IPS:llä oli vaikutusta elämänlaatuun yleensä, ja erityisesti seuraavilla elämänlaadun osa-alueilla: mielenterveys, taloudellinen asema ja ystävien tapaamisen määrä ja laatu. IPS:ään osallistuneet olivat myös tutkimuksen seurannan päättyessä useammin voimaantuneet (empowerment) ja heillä oli korkeampi työmotivaatio.

### **3.3 IPS-mallin vaikuttavuus erityisryhmissä**

IPS on aina ollut lähtökohdiltaan epäspesifinen diagnoosien suhteen. IPS:n on osoitettu tuottavan parempia työllistymistuloksia vaikeista mielenterveyden häiriöistä kärsiville henkilöille riippumatta demografisista ja kliinisistä tekijöistä tai työllistymishistoriasta<sup>16</sup>. Esimerkiksi malli on osoittautunut vaikuttavaksi seuraavissa erityisryhmissä skitsofrenia, bipolaarinen häiriö ja depressio<sup>17</sup>, persoonallisuushäiriöt, päihdehäiriöt, autismi<sup>18</sup>, alle 30-vuotiaat<sup>19</sup>. Ensipsykoosiin sairastuneiden nuorten kohdalla on näyttöä IPS-mallin toimivuudesta tilanteessa, jossa yhdistyy opiskelutavoitteet<sup>20</sup>. Myös muiden kuin mielenterveyden häiriöiden osalta on myönteisiä tuloksia. Esimerkiksi selkäydinvammoista kärsineet ovat hyötynet IPS:n mukaisesta palvelusta<sup>21</sup>.

### 3.4 IPS:n kustannusvaikuttavuus

Kustannusvaikuttavuustutkimukset, joissa verrataan IPS:n ja verrokkipalvelun kustannuksia niiden tuloksiin osoittavat selkeästi, että IPS on kustannustehokas palvelu. Tutkimuksissa, joissa verrataan IPS-kustannuksia ja tuloksia muihin ammatillisiin palveluihin, kustannukset ovat yleensä saman suuntaisia, mutta IPS-ohjelmien tuloksellisuus on kaksi tai kolme kertaa suurempaa kuin verrokkipalveluissa. Tutkimukset, joissa verrataan kustannusvaikuttavuutta ennen ja jälkeen IPS:n toimeenpanoa osoittavat, että IPS vähentää kustannuksia ja parantaa tuloksia<sup>22</sup>.

Kaiken kaikkiaan IPS-mallin voidaan odottaa tuottavan enemmän suoria kustannuksia kuin tuottoja esimerkiksi vähentyneinä tulonsiirtoina tai veroina<sup>23</sup>. On kuitenkin viitteitä siitä, että neljä vuotta tai pidemmällä aikajänteellä kustannus-hyöty voi muuttua negatiivisesta positiiviseksi<sup>24</sup>.

Kustannusvaikuttavuustutkimukset ovat keskittyneet useimmiten vaikuttavuuteen suhteessa saatuihin työpaikkoihin. Näkökulmaa on toivottu laajennettavaksi muiden palvelujen käyttöön ja sosiaaliturvaetuuksiin liittyviin vaikutuksiin. Tarvitaan lisää empiiristä tutkimusta siitä, tuottaako IPS mielenterveyden hoitokustannushyötyjä. Muita kustannusarviotutkimuksen puutteita ovat pitkän aikavälin arvioinnit (yli kaksi vuotta) sekä pidemmän aikavälin tutkimukset siitä, estäisikö IPS nuorten asiakkaiden siirtymistä sosiaalietuuksien saajiksi<sup>25</sup>. Kaiken kaikkiaan IPS-mallin kustannusvaikuttavuutta arvioiva tutkimus voidaan arvioida sellaiseksi, ettei sen perusteella voida tehdä täysin varmoja pitkälle meneviä johtopäätöksiä.

### 3.5 Yhteenveto tuloksellisuudesta

Kirjallisuuskatsauksien tulokset kuvaavat pääasiallisesti mielenterveyskuntoutujille suunnattua IPS-palvelua. Tuloksellisuudesta yhdensuuntaista näyttöä Yhdysvalloissa ja Euroopassa. IPS-mallin mukaista palvelua saavat henkilöt löytävät muita todennäköisemmin töitä avoimilta markkinoilta, heidän työllistyminen on nopeampaa ja korkeammasta työhön käytetystä ajasta johtuen he ovat korkeampituloisia verrokkeihin nähden.

Yksi tapa tulkita Euroopassa 2010-luvulla toteutettuja IPS-tutkimuksia, että noin 20 prosenttia asiakkaista, jotka ovat kiinnostuneita työllistymään avoimille työmarkkinoille, kykenevät työllistymään tavanomaisten palvelujen avulla tai jopa ilman työllistymistä tukevia palveluita, mutta 17 prosenttia kohderyhmästä ovat sellaisia, jotka työllistyvät IPS:n avulla, mutta jotka muuten pysyisivät työttöminä tai työkyvyttöminä.

Paikalliset tekijät kuten työllisyystilanne ja sosiaaliturvan rakenne vaikuttavat tuloksellisuuteen. IPS-palvelua saaneiden taustatekijöistä tai paikallisesta työllisyystilanteesta ja sosiaaliturvan rakenteesta huolimatta palvelua saaneet työllistyvät muita useammin. Tällä hetkellä IPS-malli on ainoa, jonka mukaista toimintaa voi kutsua näyttöön perustuvaksi tuetuksi työllistymiseksi. Arviointitulosten perusteella malli on sovellettavissa myös muihin ryhmiin kuin vaikeista mielenterveysongelmista kärsiviin.

Kustannusvaikuttavuustutkimukset, joissa verrataan IPS:n ja verrokkipalvelun kustannuksia niiden tuloksiin osoittavat selkeästi, että IPS on kustannustehokas palvelu. Pitkän aikavälin kustannuksista ei ole olemassa olevan kirjallisuuden perusteella kuitenkaan tehdä täysin varmoja johtopäätöksiä.

# 4 IPS-mallin toimeenpano

## 4.1 IPS:n toimeenpanon onnistumisen edellytykset

IPS-mallin toimeenpanon onnistumisella on suora yhteys siitä seuraaviin työllistymistuloksiin. Laatustandardin mukaisesti korkealaatuista palvelua tuottavat toimijat saavuttavat muita useammin korkeita työllistymistuloksia<sup>26 27 28</sup>. Vaikka IPS-malli on kehitetty Yhdysvalloissa, on sen siirrettävyys todettu hyväksi erilaisiin yhteiskunnallisiin oloihin<sup>29 30</sup>. Yksi laatustandardin lähtökohdista on, että kuntoutujien työllistymistä hoitavat tähän työhön erikoistuneet työhönvalmennuksen ammattilaiset. Työhönvalmentajien erikoistuminen työnetsintään edellyttää palveluintegraatiota, jossa huomioidaan hoidon, kuntoutuksen ja case-managementin keskeinen rooli työhönvalmennuksen onnistumiselle. Tästä syystä IPS-mallia useimmiten toteutetaan ympäristössä, jossa palveluintegraatio on mahdollista. IPS-mallin periaatteiden mukaisesti mallin toimivuuden kannalta yksi keskeinen tekijä on tiivis yhteistyö terveydenhuollon kanssa – viikoittaiset tiimitapaamiset ja verkostoyhteistyö näiden ulkopuolella<sup>31</sup>. IPS-mallia toteutetaankin tyypillisesti mielenterveyspalvelujen yhteydessä ja sen kautta myös tavoitellaan toiminnan kestävyttä<sup>32</sup>. Norjassa on saatu myönteisiä kokemuksia mallin toteuttamisesta yhteistyössä NAV:ien kanssa.

Yhdysvaltalais tutkimuksissa korkealaatuisen IPS:n saavuttamiseen vaikuttavat mallin käyttöönoton helpous, käyttöönottoa edistävät hallinnolliset tukirakenteet, johtajuuteen liittyvät tekijät sekä laadun kehittämiseen sitoutuminen organisaatiossa<sup>33</sup>. Verrattuna muihin näyttöön perustuviin käytäntöihin, IPS:n käyttöönotto on osoittautunut Yhdysvalloissa suhteellisen helpoksi.

Kehittämishankkeessa kahdeksan yhdeksästä kehittämistoiminnan kohteeksi otetusta toimijasta saavutti korkean laatutason kahden vuoden sisällä toiminnan aloittamisesta. Kehittämisen menetelminä olivat työkirjat ja konsultointi. Arviointitutkimuksessa korkeaan laatuun liittyviä tekijöitä olivat ei-näyttöön perustuvien palvelujen lopettaminen, tarvittavien toimenpiteiden nopea toteuttaminen, prosessien laadun kehittäminen sekä kuntoutus- ja työllistämispalvelujen integrointi<sup>34 35 36</sup>. Tutkimukset korostavat palvelua tuottavan organisaation johdon ja esimiesten sitoutuminen mallin käyttöönottoon ja juurruttamiseen IPS:n toimeenpanon edellytyksenä.

## 4.2 IPS:n toimeenpanon haasteita

Mallin kasvavasta näyttöperustasta huolimatta vain harvat työikäiset mielenterveysongelmaiset pääsevät IPS:n mukaiseen palveluun. IPS:n toimeenpanoa koskevat tutkimukset tuovat esille mahdollisia ristiriitilanteita innovatiivisen näyttöön pohjautuvan käytännön ja nykyisten yhteiskunnallisten tukijärjestelmien välillä. Yhdysvaltalainen katsaus nimeää tähän kaksi keskeistä syytä. IPS:n rahoitus on perustunut monikanavarahoitukseen, eikä sen toteuttaminen ole minkään yksittäisen hallinto-sektorin vastuulla. IPS-rahoitus on hajanaista, ennustamatonta, byrokraattisesti monimutkaista ja riittämätöntä. Sosiaaliturvan kannustinvaikutukset ovat toinen yleinen ongelma. Sosiaalietuudet sisältävät työn määrää ja sen lopettamista koskevia säännöksiä, jotka ovat monimutkaisia ja etuuksien takaisinperintä on usein yllimitoitettua<sup>37</sup>.

IPS-mallin toimeenpanon ongelmat ovat yksi esitetty syy sille, miksi työllistymistulokset ovat alhaisemmat Euroopassa kuin Yhdysvalloissa<sup>38</sup>. Ruotsissa toteutetussa arviointitutkimuksessa<sup>39</sup> IPS:n työhönvalmentajat arvioivat voimassa olevien sosiaali- ja työllisyysasetusten säännöksiin olevan merkittäviä esteitä toimeenpanolle. Vaikeuksia ilmoitettiin myös organisaatorajat ylittävässä yhteistyössä. Vaikeuksia esiintyi erityisesti siinä, että mielenterveysalan ammattilaiset olivat skeptisiä uutta ammattiryhmää kohtaan (työhönvalmentaja). IPS:n osallistuneet asiakkaat ilmaisivat pelkoja sosiaalietujensa menettämistä. Myös toisessa ruotsalaisessa arviossa hyvinvointijärjestelmän arvioitiin vaikeuttavan avoimille työmarkkinoille pääsyä. Lisäksi perinteisten työharjoittelumuotojen arvioitiin viivästyttävän tätä siirtymää, ja sen sijaan IPS todettiin tehokkaaksi väyläksi työllistyä avoimille työmarkkinoille<sup>40 41</sup>. Hollantilaisessa implementaatiotutkimuksessa toimeenpanon ongelmia tuotti organisaatioiden sitoutumisen puute, ammattihenkilöstön vaihtuvuus, rahoitusongelmat, hankejohtajien riittämätön työaika ja riittämätön yhteistyöhön asianomaisten organisaatioiden välillä<sup>42</sup>. Englantilaisessa tutkimuksessa korkealaatuisen toimeenpanon esteeksi arvioitiin rahoitus, arvot ja organisaatioiden toimintapolitiikat.

Toimintajärjestelmätasolla haasteita on muodostanut IPS-mallin ja työllisyyspolitiikan kohtaamattomuus. Paikallisella tasolla IPS-mallin käyttöönotolle haasteena on ollut terveydenhuollon ammattilaisten varauksellinen suhtautuminen IPS:n moniammatilliseen työotteeseen ja toisaalta sairauslähtöinen ajattelumalli<sup>43</sup>. Osan varauksellisuudesta on katsottu johtuvan siitä, että työllistymistä ja taloudellista itsenäisyyttä ei ole tarkasteltu merkityksellisenä kuntoutumista tukevinä tekijöinä<sup>44</sup>. Kirjallisuudessa tuodaan erikseen esiin toimintaterapeutin rooli, joka on havaittu merkitykselliseksi tuettaessa mielenterveysongelmia omaavien työllistymistä<sup>45</sup>. Keskeisenä haasteena mallin toimivuudelle ovat vaikeudet viranomaisten keskinäisessä yhteistyössä ja organisaatioiden keskinäinen verkosto- ja yhteistyö nostetaankin keskeiseen asemaan IPS-mallin käytön onnistumisessa<sup>46</sup>.

### **4.3 Mallin mukauttaminen, lisäpalvelut ja laajennus alipalveluihin väestöryhmiin**

IPS-mallin mukauttaminen on ollut yksi IPS-mallin toimeenpanoa koskeva trendi viime vuosina. Eri maissa on tehty kokeiluja, joiden avulla toiminnan tuloksellisuutta on pyritty parantamaan standardia mukauttamalla tai tarjoamalla lisätoimenpiteitä. Toinen trendi on ollut IPS:n laajentaminen alipalveluihin väestöryhmiin.

Tehostettu IPS osoittaa hieman parempia tuloksia tavanomaiseen IPS-malliin kahdessa meta-analyyssissä. Tehostetulla IPS:llä tarkoitetaan malleja, joissa on toteutettu kohderyhmäspesifejä sisältöjä tavanomaisen IPS:n lisäksi. Aihetta tutkineen kirjallisuuskatsauksen mukaan kognitiivisiin ja psykososiaalisiin taitoihin vaikuttavat lisäykset voivat parantaa mallin tuloksellisuutta tavalliseen IPS:n verrattuna<sup>47</sup>. Ruotsissa toteutettiin mukautettu IPS-malli, jossa malliin oli lisätty motivaatio-, sekä kognitiivisten ja elämäntapa-strategioiden koskevia osia mielialahäiriöstä kärsiville<sup>48</sup>. Tämä malli osoittautui tulokselliseksi.

Kaikki mukautukset eivät automaattisesti johda normaalipalveluita parempiin tuloksiin. Esimerkiksi Tanskassa toteutettiin mukautettu IPS-MA-malli, jossa tuettiin korkeintaan keskivaikeita mielialahäiriöitä tai ahdistusta sairastavien työttömien työnhakijoiden työllistymistä<sup>49</sup>. Tanskan mukautetun mallin teki erityiseksi se, että palvelua ei toteutettu integroituna psykiatriisiin palveluihin. Palveluun ohjattiin joko yleislääkärin, yksityislääkärin tai mielenterveyskeskusten kautta ja palvelu toteutettiin normaalipalveluiden lisäksi tarjottuna lisäpalveluna. 24 kuukauden kuluttua IPS-MA:ta saaneista osalistujista 44 prosenttia (72/162) oli palannut työhön tai koulutukseen verrattuna verrokkiryhmän 38 prosenttiin (62/164). Tulos ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Tanskalaiset tutkijat löysivät tälle kolme mahdollista selitystä. Ensiksi IPS-MA:n integroinnin puuttuminen mielenterveyspalveluihin arvioitiin mahdolliseksi tuloksellisuutta vähentäneeksi tekijäksi. Toiseksi tutkijat havaitsivat viitteitä siitä, että kohderyhmän työllistyminen saattaa edellyttää työnetsinnän kanssa samanaikaisesti toteutettuja tehostettuja terveydenhoidon palveluita. Kolmanneksi tutkijat havaitsivat viitteitä puutteellisesta työpaikkaintervention toteutuksesta<sup>50</sup>.

IPS-malli on hyödynnettävissä myös nuorten ikäryhmälle, joilla on mielenterveyden ongelmia. Lisäksi on viitteitä siitä, että IPS-mallia voidaan käyttää syrjäytymisvaarassa oleville nuorille ilman selkeää mielen-terveyden diagnoosia, mutta mallin sovellettavuus paranee, jos periaatteita muokataan. Modifikaatiota ehdotetaan tämän kohderyhmän osalta jopa kuuden periaatteen kohdalla. Tällä pyritään paremmin kohtaamaan nuoren tilanne ja tarpeet.<sup>51</sup>

IPS:ää arvioidaan voitavan laajentaa ryhmiin, joilla on myös muita esteitä työllistymiselle kuin mielen-terveyden ongelmat. Tällaisia tekijöitä ovat esimerkiksi samanaikaisesti esiintyvät fyysiset sairaudet, huono oireiden hallinta, tarkkaavaisuushäiriöt, rikosoikeudellisissa prosesseissa olevat, ja perheinterventiot<sup>52</sup>. Mallin periaatteet ovat muokattavissa vastaamaan fyysisen työkyvyn haasteisiin työllistymisessä<sup>53</sup> ja Norjassa on alkamassa kokeilu IPS-mallin integroimiseksi osaksi kroonisia kipuja omaavien kuntoutusta<sup>54</sup>.



# 5 Maakuvaukset

## 5.1 Ruotsi<sup>A</sup>

Ruotsissa IPS -mallia on alettu kehittämään ja soveltamaan systemaattisesti vuodesta 2013 alkaen. Tätä ennen on ollut käynnissä erilaisia kehittämishankkeita. Vuonna 2007 alkaneen IPS-projektin kehittivät ja toteuttivat Lundin yliopiston Vårdal-instituutin tutkijat. Tässä hankkeessa osallistujat rekrytoitiin viideltä psykiatrian poliklinikalta. Vuonna 2011 sosiaali- ja terveyshallinto käynnisti toimenpideohjelman skitsofreniapotilaiden tuetun työllistämisen ohjelman toteuttamiseksi. Raportin kirjoittamishetkellä mallia on toteutettu 14 paikkakunnalla Ruotsissa. Mallin kohderyhmä laajentui vuonna 2015 alku- peräisestä LSS:n mukaisiin kohderyhmiin (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrad), ja nykyisin kohderyhmät sisältävät: psykoosipotilaat (erikseen ensimmäisen episodin psykoosipotilaat), affektiivisista oireista kärsivät potilaat (erikseen nuoret aikuiset) ja neuropsykiatriset potilaat. Mallin tulossuutua on arvioitu verrokkitutkimuksella. Tulokset osoittavat IPS:n vaikuttavaksi työllistymis- tavoitteen osalta. Vaikuttavuutta on arvioitu monesta eri näkökulmasta. Edellä kuvatun mukaisesti Ruotsin IPS-kehittämistyöstä on havaittu hankaluuksia erityisesti palveluintegraation osalta.

Seuraava kuvaus perustuu Göteborgin alueella toteutettuun SIA - stöd i arbete -malliin. Mallin asiakas- kaskunta on pääasiallisesti mielenterveyden ongelmista kärsivät. Asiakkaiksi otetaan myös muita päivätoimintaa / työpajoihin osallistuvia väestöryhmiä korvaten esimerkiksi kuntouttavan työtoimin- nan. Lisäksi toimintaa on painotettu erityisesti nuoriin, jotka tarvitsevat apua ja yhteyksiä työelämään. Monella nuorella on tosin myös mielenterveyteen liittyviä ongelmia. Göteborgin kunta ei sovelle täysin tätä IPS -mallia laatustandardin mukaisesti, vaan sillä on hieman modifioitu malli. Mukauttamista perusteellaan paremmalla toiminnalla rakenteiden ja resurssien puitteissa. Göteborgissa resurssit tulevat kunnalta ja toimijat ovat itse järjestäneet tämän mallin soveltamista omiin rakenteisiin. Tämä on yhteydessä itse tehdyssä arvioinnissa esille tulleeseen alhaiseen laatuarvioon. IPS:n parissa työ- kentelee yksi menetelmäkehittäjä ja kuusi työhönvalmentajaa.

Yksi työhönvalmentaja hoitaa noin kahtakymmentä asiakasta. Määrä on koettu korkeimmaksi mah- dolliseksi onnistuneelle työhönvalmentamiselle yhtä työvalmentajaa kohden. Tätä suurempi asiakas- määrä on osoittautunut ongelmalliseksi. Ruotsin mallissa sosiaali- ja terveyshallinto tarjoaa toteut- tajille resursseja kapasiteetin rakentamisvaiheessa toiminnan käyntiin saamiseksi (mm. rahoitusta koulutuksiin). Koulutusta on tarvittu erityisesti työhönvalmentajien kouluttamiseen toimimaan IPS -menetelmän mukaisesti. IPS -menetelmää koskevaa osaamista on kehitetty mm. koulutuksien kautta paikallisesti sekä opintomatkojen kautta vertaiskehittämällä.

Ruotsin kokemuksia arvioitaessa on huomioitava myös tehty kehittämistyö ns. sovellettujen sijoita- ja valmenna mallien osalta. Ruotsissa on ollut vuodesta 2004 lukien voimassa kuntoutuksen koordinoi- tia koskeva laki (FINSAM), joka mahdollistaa kuntien sosiaalitoimen, läänien järjestämien terveyspal- velujen, sosiaalivakuutus-kassan (Försäkringskassan) järjestämien kuntoutuspalvelujen sekä työnvä- lityksen (Arbetsförmedlingen) palveluintegraation. Laki ei ole toimijoita velvoittava, vaan paikallisesti toiminta organisoidaan vapaaehtoisesti.

---

<sup>A</sup> Haastatellut: Annika Ruys-Hagberg (Director Samordningsförbund) ; Malena Jansson (SIA Göteborg; IPS menetelmäkehittäjä)

Lain perusteella muodostettujen yhteistoimintaliittojen (samordningsförbund) toiminta rakentuu paikallisten tarpeiden pohjalta. Tällä hetkellä Ruotsissa toimii 80 yhdistystä, jotka kattavat 250 Ruotsin 290 kunnasta. Vuosittain palvelujen piirissä on 39 000 asiakasta. Tämän mallin ero muiden Euroopan maiden tekemiin yhteistyömalleihin on siinä, että emo-organisaatiot muodostavat yhdistyksiä tuoden niihin omat henkilö- ja raharesurssinsa. Tätä kautta yhdistyksillä on itsenäinen asema ja oma budjetti. Siten mahdollistetaan asiakkaan tarpeista lähtevä räätälöity kuntoutusprosessi, mitä ei ole hankaloittamassa eri järjestelmien raja-aidat ja erilliset määrärahat. Elimen varsinaisia työntekijöitä ovat ainoastaan johto, muuten se ottaa eri osapuolten työntekijöistä tarpeen mukaan ”vuokralle” työntekijöitä. Asiakastyön ongelmana ovat myös eri toimijoiden erisuuntaiset tavoitteet ja taloudellisten kannustimien puute, mikä helposti johtaa osaoptimointiin ja vaikeassa elämäntilanteessa olevien asiakkaiden poisohjaamiseen.

## 5.2 Norja<sup>B</sup>

IPS -mallia on kehitetty Norjassa vuodesta 2013 kahdeksan pilottihankkeen (kokeilun) kautta, joita toteutettiin kahdeksassa eri kunnassa. IPS-menetelmää on toteutettu mallille tarkoitetuille kohderyhmille tarkoin IPS-mallin mukaisesti, ilman minkäänlaisia modifikaatioita. Toteutuksen on arvioitu olleen identtinen sille, mitä Yhdysvalloissa ja Englannissa on tehty. Toteuttajat ovat olleet yhteyksissä Englantiin sekä valmisteluvaiheessa että toteuttamisvaiheessa.

IPS -mallia toteutetaan Norjassa paikallisesti, mutta sen rahoitus tulee valtion hallinnolta. Rahoituksen saaminen edellyttää sopimusta terveysministeriön, kunnan ja Norjan sosiaaliturvaviranomaisen NAV:in (Arbeids- og velferdsetaten) välillä. Sopimuksessa määritellään yhteistyön sisältö, mukaan lukien osaamisen kehittäminen, resurssointi ja integroitu yhteistyö. Mallia sovelletaan hieman eri tavalla alueesta riippuen. Esimerkiksi pienissä kaupungeissa, kylissä, ja maantieteellisesti suurten etäisyyksien alueilla paikalliset olosuhteet on huomioitava. Eri väestöryhmiä ja kohderyhmiä varten on omat erikoistuneet työhönvalmentajat. Resurssit eri kohderyhmille vaihtelevat. Kohderyhmiä ovat esimerkiksi kipupotilaat, maahanmuuttajat ja mielenterveysongelmista kärsivät. Mallia on ”jonkin verran” mukautettu kohderyhmien mukaan.

Hanke toteutettiin kokeiluvaiheessa valtion budjetista siten, että terveysministeriö maksoi NAV:ille työhönvalmentajien palkkakustannukset. Kokeilujakson jälkeen tämä rahoituskanavamalli säilytettiin. Kokeilujakson jälkeen panostettiin myös osaamisen kehittämiseen (competence building) ja tutkimuksiin, jotka myös toteutettiin terveysministeriön toimesta. Kokeilujaksojen jälkeen toimintaa on päätetty laajentaa ja mukaan on tullut uusia kuntia. Kunnilla on ollut erittäin paljon mielenkiintoa, joten käytettävissä olevat rahat ovat täysimääräisesti käytössä (200 miljoonaa NOK työhönvalmentajien palkkakustannuksiin). Tällä hetkellä ollaan tilanteessa, että osaamista ja kapasiteettia on riittävästi, jotta tätä mallia voitaisiin soveltaa koko Norjaan. Laadun takaaminen on yksi keskushallinnon prioriteeteista.

Mallin tuloksellisuutta on Norjassa arvioitu verrokkitutkimuksella. Tulokset osoittavat IPS:n vaikuttavaksi erityisesti työllistymistavoitteen osalta. Vaikuttavuutta on arvioitu monesta eri näkökulmasta. Palvelusta hyötynneet tarvitsevat yleisesti vähemmän muita palveluja kuten terveydenhuoltoa. Myös rikollisuuden arvioidaan vähentyneen. Intervention arvioidaan olevan valtiolle hyvin kustannustehokas.

---

<sup>B</sup> Haastattelut: Kristin Von Hjerpas (Departement för arbete och socialfrågor); Silje Reme Endersen (professori, Oslon yliopisto)

Yhdellä työhönvalmentajalla on samanaikaisesti noin 10-15 asiakasta. Tämän IPS-laatuksiteeristön mukaisen henkilöstömitoituksen on koettu toimivaksi tuloksellisuuden näkökulmasta. Tulokset heikenevät mikäli työhönvalmentajalla on 20 tai useampi asiakas.

Mallin toimeenpanoa arvioimaan on perustettu arviointitiimi, joka käyttää arvioinnissa mallin toimeenpanon onnistumista kuvaavaa fidelity scalea. Mallin juurruttaminen käytäntötasoon on koettu haasteelliseksi mutta ei mahdottomaksi. Kestää monta vuotta rakentaa kapasiteettia ja osaamista. Kehittämistoiminta pitää sisällään myös kansainvälistä benchmarking toimintaa.

### 5.3 Belgia<sup>c</sup>

Belgia valittiin pohjoismaiden ulkopuolisena maana osaksi selvitystä, sillä maassa on alkamassa selvityksen kannalta mielenkiintoinen IPS-kokeilu. Belgian kokeilu on huomionarvoinen siksi, että sen kohderyhmäksi valittiin työkyvyttömyysetuuksia saavat henkilöt. Kokeilun yhteydessä toteutetaan verrokiasetelmaan perustuva tutkimus. Viisi vuotta kestävä kokeilu oli kirjoittamishetkellä (3/2018) vasta alkamassa, mutta hankkeen kuvaus tuo esille erityispiirteitä, jotka liittyvät mallin toteuttamiseen sosiaalivakuutuksen yhteydessä.

Kokeiluun osallistuu 600 henkilöä viiden vuoden aikana, eli se on kokoluokaltaan suurempi kuin IPS-verrokkitutkimukset yleensä. Kokeiluvaiheessa mallia sovelletaan keskivaikeista tai vaikeista mielen terveysongelmista johtuen työkyvyttömyys- ja kuntoutusetuuksia saaviin, mutta tarkoituksena on laajentaa mallia laajemmin osatyökykyisiin. Kokeilu on koko maan kattava ja malliin ovat oikeutettuja kaikki etuuksia saavat ensimmäisestä etuuspäivästä lähtien. Malli perustuu IPS:n periaatteiden mukaisesti vapaaehtoiseen osallistumiseen.

Kokeilun alustavat havainnot ovat lupaavia. Tässä vaiheessa ei vielä ole varmaa tietoa tuloksellisuuden tai kustannusvaikuttavuuden suhteen. Kuitenkin aikaisempi Valloniassa toteutettu pienempi kokeiluhanke oli antanut myönteisiä tuloksia. Tämän hankkeen tavoitteena oli myös toteuttaa IPS:n mukaista palvelua. Implementoinnissa tehdään yhteistyötä Yhdysvaltaisten toimijoiden kanssa, jotta se toimeenpannaan mahdollisimman tarkasti mallin mukaisesti.

Päävastuu mallin toteuttamisesta on kansallisella Suomen Kelaa vastaavalla toimijalla. Mallia toteutetaan kolmella hallinnollisesti erilaisella alueella. Tästä seuraa, että mallilla on kaksi erilaista toteutustapaa. Brysselissä ja Valloniassa palvelu on integroitu terveydenhuollon yhteyteen. Pohjois-Belgiassa työhönvalmentajat sijoittuvat työvoimatoimistoihin.

Hankkeessa toimii yhteensä 30 työntekijää ja jokaista 8-10:tä työntekijää kohden on vastaava esimies. Paikallinen sosiaalivakuutus vastaa työhönvalmentajien palkkakustannuksista, sekä tutkimus- ja kehittämishankkeesta. Partnereille tai paikallisille toimijoille ei koidu kustannuksia mallin toteuttamisesta.

---

<sup>c</sup> Haastattelut: François Perl (Director General, Department for Disability Benefits, National Institute for Health and Disability Insurance); Vanessa De Greef (Tutkija, L'Université libre de Bruxelles)

Mallissa ei käytetä erityisiä palkkatukia työllistymisen edistämiseksi. Mallissa tukeudutaan jo olemassa olevaan mekanismiin sosiaaliturvan ja tulojen yhdistämisessä. Belgian sosiaaliturvajärjestelmän takia toteutuksessa tullaan hyväksymään korkeintaan yhden kuukauden mittaiset työkokeilujaksot osana toteutusta. Toistaiseksi ei ole tullut vastaan lainsäädännöstä nousevia toimeenpanoa edistäviä tai ehkäiseviä tekijöitä.

## 6 Suomalaisten asiantuntijoiden näkemyksiä<sup>D</sup>

### 6.1 IPS:n soveltuvuus Suomeen

Suomalaisten asiantuntijahaastatteluiden mukaan IPS-malli olisi jo nykyisin sovellettavissa Suomessa. IPS-mallia on kokeiltu Suomessa useissa hankkeissa ja se on taustalla tuetun työllistämisen laatusstandardissa, jota sovelletaan työhönvalmennuspalveluissa jo tällä hetkellä.

Mielenterveyskuntoutujille tarkoitetun IPS-mallin kehittämiseksi voisi lisätä yhteistyötä psykiatrian poliklinikoiden kanssa. Kehittämistyössä voidaan käyttää hyväksi kokemuksia, joita on saatu Suomessa toipumisorientaatio -ajattelun yleistymisen sekä sen myötä kuntoutuksen, työn ja opiskelun samanaikaisen toteuttamisen kautta. Toinen mahdollinen IPS-mallin juurrutussuunta ovat monialaiset yhteispalvelut, työllistämisyksiköt ja sosiaalityö, joiden kautta voidaan tavoittaa mm. osatyökykyisiä pitkäaikaistyöttömiä. Kuntien rooli olisi tärkeä etenkin vammaisten ja osatyökykyisten tavoittamiseksi, sillä kasvupalvelulain mukaisten palvelujen kautta vaikeimmin työllistyvät saattavat jäädä muutoin IPS-mallin ulkopuolelle.

Haastatellut arvioivat, että myös sosiaali- ja terveysalan järjestöillä olisi asiakasryhmäkohtaisesti osaamista IPS-mallin toteuttamiseksi. Ostopalveluna hankittavan IPS-palvelun osalta tulisi huomioida mallin erityispiirteet. Palveluntuottajalle maksettaisiin sekä tulosperusteisesti työllistymistuloksista, mutta myös palveluprosessista eli asiakastyöstä tulevien kustannusten osalta (välitulokset huomioiva tulospalkkiojärjestelmä). Välitulokset huomioivassa tulosperusteisessa mallissa palkkioiden maksamiseen vaikuttaisi portaittaisesti asiakkaan työllistymisvaikeuksien taso, työllistymisen polulla edistymisen vaihe sekä pitkäkestoisen tuen ja työllistymisen seurannan mahdollistuminen taloudellisesti kannattavalla tavalla.

---

<sup>D</sup> Haastatellut: Pauliina Lampinen Vamlas, Anne Korhonen Vates, Jyrki Rinta-Jouppi Mielenterveyden keskusliitto, Teija Kosola VKK, Hanna Liski-Wallentowitz TEM, Leena Penttinen Kela

IPS-mallin hyödyntämiseksi maakunnat voisivat käyttää hallituksen kärkihankkeissa hyödynnettyä mallia, jossa alueellisten pilotoitien jälkeen palvelua voidaan levittää muualle. Benchmarkkauksen lisäksi IPS-mallin käyttöönottoa edistävät käynnistyvät Kelan ammatillisen kuntoutuksen uudet työelämälähtöisyyttä ja tavoitteellisuutta korostavat kriteerit ja AKVA-mallin<sup>E</sup> (ammatillisen kuntoutuksen vaikuttavuus) mukainen vaikuttavuuden seuranta sekä toisaalta käynnistymässä olevat pilotit, joissa asiakkaat voivat päästä kuntoutukseen matalalla kynnyksellä ilman lääkärinlausuntoja tai suorapäätösuosituksilla. IPS-mallin tuloksellisuutta korostavaa toimintatapaa voidaan edistää tulosperusteisten hankintojen yleistymisellä sekä hankintaosaamista lisäävillä maakuntien ja kasvupalvelujen piloteilla, joita toteutetaan vuosina 2019-2020. IPS-mallin aidoksi hyödyntämiseksi tarvitaan siihen liittyviä pilotointeja, joissa luodaan maakuntiin sopivia malleja sekä valtakunnalliset toimintamallit. Mallin toteuttamista voi edistää yhteistyö maakuntien keskeisten oppilaitosten, nuorisotoimen, vammaispalvelujen ja kuntoutustoimijoiden välillä.

## 6.2 IPS:n toimeenpanon haasteet Suomessa

Työllistymistavoitteen asettaminen avoimille työmarkkinoille on lähtökohtana ammatillisessa kuntoutuksessa, jota tarjotaan vakuutuskuntoutuksessa, Kelan ammatillisessa kuntoutuksessa ja TE-palvelujen työhönvalmennuksissa. Lisäksi tarjolla on ollut työllisyyspalvelujen kehittämiä palveluita, mutta ne eivät ole päässeet vakiintumaan pilotoitien jälkeen. Suunniteltu työelämäkytkös ei ole myöskään toteutunut halutulla tavalla nykyisin toteutetuissa työhönvalmennuspalveluissa. Syyksi arvioitiin se, etteivät julkiset toimijat ole hankkineet IPS-mallin mukaista palvelua.

Haastatellut kokivat, että mallin toteutuksessa tulee huomioida pohjoismaisen järjestelmän ominaispiirteet. Erityisesti tulisi huomioida palveluihin ohjautumisen järjestelmäkeskeisyyden, tarveharkinnan ja peruspalvelujen asiakasohjauksen tuomat haasteet.

IPS-mallin käyttöönotto edellyttää etenkin sosiaali- ja työelämäasiantuntijoiden, mutta myös oppilaitosten yhteistyötä. Kasvupalvelulakiin kirjatun yhteistyövelvoitteen ja palvelujen yhteensovittamisen tulisi näkyä vastaavalla tavalla sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä, kuten nykyisin on ollut esimerkiksi TYP:ejä (Työllistymistä edistävä monialainen yhteispalvelua) ohjaavassa monialaista yhteistyötä koskevassa laissa. Asiakaslähtöistä palvelujen kehittämistä tehdään parhaillaan muun muassa TYP:eissa palvelumuotoilukokeilun avulla. Asiakkaan tukemisessa on tärkeää panostaminen omien tavoitteiden ja motivaation esille nostamisen lisäksi myös tuki työssä olemisen alkuvaiheeseen.

Tulevassa maakunta- ja soterakenteessa maakunnat voivat tuottaa alueen asukkaiden tarvitsemat palvelut omien tarpeidensa perusteella, jolloin suomalaisten asiantuntijahaastateltujen arvion mukaan IPS-mallia ei voisi kirjata lainsäädäntöön. IPS-mallia voitaisiin toteuttaa allianssituotantomallin avulla luomalla uudenlaisia integroitua palveluyhdistelmiä, joissa yhdistetään työhönvalmennus, työkokeilu ja palveluohjaus. IPS edellyttää haastateltujen mukaan hallinnollisen rakenteen maakunnassa.

---

<sup>E</sup> Kuntoutuksen hyödyn arvioinnin ja raportoinnin malli, Kelan ammatillisen kuntoutuksen vaikuttavuus -projekti (AKVA).

Keskeinen elementti asiakkaan sitoutumisessa IPS-mallin toteuttamiseen on asiakkaan toimeentulon turvaaminen. Hyvänä pidetään mallia, jossa IPS-mallin mukaiseen toimintaan osallistuminen ei olisi kytköksissä asiakkaan toimeentuloon, vaan hän saisi sen esimerkiksi työmarkkinatuen, toimeentulotuen, koulutus- tai kuntoutusrahan kautta. Malli tulisi rakentaa rahoituksellisesti siten, että asiakkaan toimeentuloon ei tulisi kannusteloukkuja. Palkkatuen käyttö osana IPS-mallin toimeenpanoa vaatisi lisäselvityksiä.

### 6.3 IPS:n kohderyhmät Suomessa

IPS-mallin mukainen palvelu koettiin tärkeäksi, sillä esimerkiksi mielenterveyskuntoutujat ja vaikeasti vammaiset, jotka ovat työkyvyttömyyseläkkeellä ja haluaisivat töihin eivät tällä hetkellä pääse helposti työllistymistä tukeviin palveluihin. IPS-mallin arvioidaan soveltuvan kansainvälisten kokemusten tavoin etenkin mielenterveyskuntoutujille, mutta myös osatyökykyisille, kehitysvammaisille ja pitkäaikaistyöttömille sekä niille maahanmuuttajille, joiden heikko kielitaito vaikeuttaa työllistämistä.

## 7 IPS:n juurruttaminen osaksi Suomen SoTe-järjestelmää

Suomessa työhönvalmennusta on toteutettu 1990-luvulta lähtien sekä Kelan, työeläkelaitosten että työ- ja elinkeinohallinnon toimintana. Lisäksi työhönvalmennusta toteutetaan eri muodoissa mm. kuntien ja kuntayhtymien toimesta sekä kehitetään ja toteutetaan lukuisissa, erityisesti ESR-rahoitteisissa, projekteissa ja kehittämishankkeissa. *Suomalaisen työhönvalmennuksen toteutukselle on ollut ominaista, että siinä ei ole sovellettu näyttöön perustuvan työhönvalmennuksen, eli IPS:n ydinominaisuuksia<sup>55</sup>. Tämä on ollut ongelma sekä mallin juurtumisen että asiakkaiden tuloksellisten työmarkkinasiirtymien näkökulmasta.* Kokemukset Ruotsista ja Norjasta osoittavat, että IPS-malli on hyvin sovellettavissa Pohjoismaiseen hyvinvointivaltion kontekstissa.

Seuraavaksi esitetään suurelta osin edellä esitettyyn aineistoon perustuva näkemys siitä, kuinka IPS voitaisiin juurruttaa osaksi suomalaista sosiaali- ja terveystalouden järjestelmää. IPS:ää toteuttavan tahon toiminnalleen saaman laatupistemäärän ja asiakkaiden työllistymistodennäköisyyden välinen korrelaatio on osoitettu tutkimuksen avulla<sup>56</sup>. Tästä syystä sijoita- ja valmenna tyyppistä työhönvalmennusta suositellaan toteutettavaksi IPS-laatustandardin määrittelemällä tavalla.

Ehdotus on tässä vaiheessa tarkoitettu väljäksi viitekehyykseksi, jatkotyöskentelyn pohjaksi.

### 7.1 Kohderyhmät

Koska IPS on lähtökohdiltaan epäspesifinen diagnoosien suhteen, mahdollinen kohdentaminen tiettyihin diagnoosiryhmiin on tarkoituksenmukaisuusharkintaan perustuva toimenpide.

Kehittämishankkeen ensimmäisessä vaiheessa malli kohdennetaan keskivaikeista ja vaikeista mielenterveyden häiriöstä kärsiviin henkilöihin (kohderyhmä 1) ja/tai mielenterveyden häiriöiden perusteella työkyvyttömyysetuuksia saaville (kohderyhmä 2). Toisessa vaiheessa malli voidaan laajentaa eri sairausryhmiin siten, että sisäänottokriteerinä on muu kuin mielenterveydellinen toimintakyvyn alenema (kohderyhmä 3) tai tiettyihin alipalveltuihin erityisryhmiin (esim. syrjäytysvaarassa oleviin nuoriin, maahanmuuttajiin ja vapautuviin vankeihin) (kohderyhmä 4).

## 7.2 Mallin toteuttajat

Mallin toteutuksessa tulee huomioida ne tekijät, jotka mahdollistavat korkealaatuisen toteuttamisen. Malli integroidaan olemassa olevien palvelujen rinnalle ja sen toteuttajiksi valitaan ne toimijat, joiden toiminnan yhteyteen IPS:n laatukriteeristön mukainen palvelujen yhdistäminen on mahdollista tehdä kustannustehokkaasti. Mahdollisia toteuttajia ovat ainakin:

- Psykiatrian poliklinikat (kohderyhmä 1, 2)
- Kasvupalvelukeskukset/Työllistymistä edistävät monialaiset työvoiman palveluverkostot (kohderyhmät 1,2,4)

Psykiatrian poliklinikat mallin toteuttajina on lähin vastine mallin alkuperäiselle toteutukselle. Ruotsista ja Norjasta saatujen kokemusten perusteella on oletettavaa, että malli on toteutettavissa niiden kautta myös Suomessa. Palvelun toteuttamisella osana terveydenhuollon rakennetta ja työllistymissuunnitelmien integroimisella osaksi hoitosuunnitelmia pyritään ehkäisemään sektoroituneessa hyvinvointipalvelujärjestelmässä esiintyviä väliinputoamistilanteita.

Kasvupalvelukeskukset/TYP-verkostot mallin toteuttajina perustuu sille, että tutkimusten valossa suurella osalla TYP:n asiakkaista on mielenterveysperustaista työkyvyttömyyttä<sup>57</sup>. Lisäksi tutkimuksissa on osoitettu ongelmaksi, että TYP-palvelusta useimmiten puuttuu työhönvalmentaja-tyyppinen palvelu<sup>58</sup>.

Psykiatrian poliklinikoilla ja kasvupalvelukeskuksissa/TYP-verkostoissa toteutettavien mallien välillä olisi eroja sekä kohderyhmissä että toteutettavassa palveluintegraatiossa. Psykiatrian poliklinikoilla toteutettuna IPS tarkoittaa näyttöön perustuvan käytännön toimeenpanoa Suomessa. Kasvupalvelukeskuksissa/TYP-verkostoissa toteutettuna kysymyksessä on mukautettu toteuttamismalli, jossa tulee erikseen kiinnittää huomiota palveluintegroinnin toteutukseen mielenterveyspalveluiden kanssa ja työnetsinnän kanssa samanaikaisten tehostettujen terveydenhoidon palveluiden saatavuuteen.

## 7.3 Vaaditut resurssit

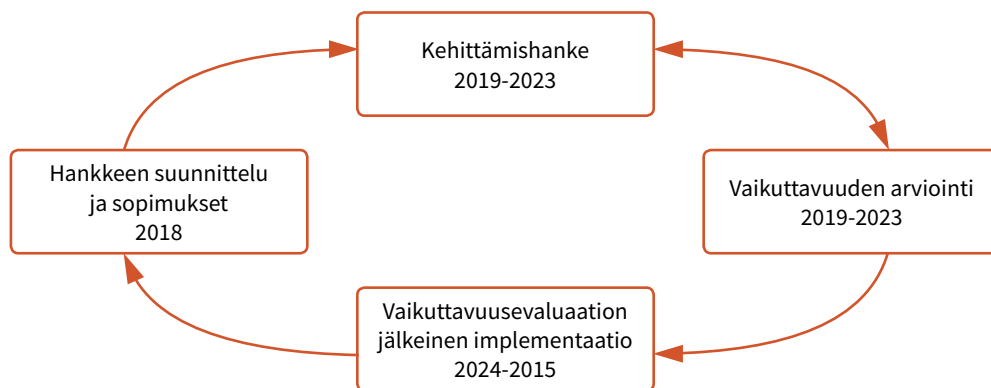
Kirjallisuuskatsauksen ja kansainvälisten kokemusten perusteella toteutukseen suositellaan ensisijaisesti yksikanavarahoitusta. Mallissa rahoituksesta vastaisi joko yksi valtakunnallinen toimija, kuten sosiaali- ja terveysministeriö tai Kela, tai mallin toteutus voidaan osoittaa maakuntien vastuulle lain-säädännön kautta. Kustannukset jakautuvat työhönvalmentajien ja heidän esimiesten palkkakustannuksiin sekä hankkeeseen integroituun tutkimus- ja kehittämishankkeeseen.

## 7.4 Vaaditut lainsäädäntöuudistukset

Kokeilumallin toteuttaminen ehdotetulla tavalla ei välttämättä edellytä erityisiä lainsäädäntöuudistuksia. Mahdollisten lainsäädäntöuudistusten tarve riippuu siitä, mille taholle vastuu mallin toteutuksesta osoitetaan. Mallin toimeenpanosuunnitelmassa tulee huomioida osallistuvien asiakkaiden toimeentuloetuuksien jatkuvuus.

# 8 Mallin toteuttamisen vaatima kehittämishanke ja vaikuttavuustutkimus

Kehittämishankkeen sisällöt muodostuvat karkeasti ottaen IPS-mallin ja sen laatustandardien koulutuksesta, yhteisestä työpajatyöskentelystä ja muusta kehittämistyön tuesta, vaikuttavuuden arvioinnista sekä luonnollisesti asiakastyön pilotoinnista. (Kuvio 2.) Kehittämishankkeissa asiakkaiden ”sisäänottoaika” on tyypillisesti kolmen vuoden mittainen. Tämä mahdollistaa sekä riittävän pitkän kehittämistyön että asiakaskohtaisen seuranta-ajan toteutuksen. Seuranta-ajat kansainvälisissä tutkimus- ja kehittämishankkeissa vaihtelevat 18 kuukaudesta viiteen vuoteen.



Kuvio 2. IPS-mallin pilotointi ja seuranta

Kehittämishankkeessa on syytä huomioida toimijoiden sitouttamisen ja sektorien välisen yhteistyön kysymykset. Ruotsin kokemusten perusteella voidaan suositella, että hankkeiden valmistelu paikallistasolla ja tarvittavien tukirakenteiden kehittäminen on syytä käynnistää hyvissä ajoin ennen kehittämishankkeen asiakastyön alkua<sup>59</sup>.

Kehittämishankkeessa on syytä huomioida IPS-mallin luonne näyttöön perustuvana käytäntönä. Mallin kehittämistyöhön on suositeltavaa yhdistää verrokkiasetelmaan perustuva (RCT) tutkimus, joka perustuu yleisille RCT-tutkimusten hyville käytännöille. Esimerkiksi Ruotsissa toteutettu vaikuttavuustutkimus perustui ei-farmakologisten tutkimusten CONSORT-ohjeisiin<sup>60</sup>



# Lähdeviitteet

- <sup>1</sup> Becker DR, Swanson S, Reese SL, Bond GR, McLeman BM. (2016) Evidence-based supported employment fidelity review manual. 3rd ed. Lebanon: Dartmouth Psychiatric Research Center.
- <sup>2</sup> Nøkleby H, Blaasvær N, Berg RC. (2017) Supported Employment for arbeidssøkere med bistandsbehov: en systematisk oversikt. [Supported Employment for people with disabilities: a systematic review ] Rapport. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- <sup>3</sup> Kinoshita Y, Furukawa TA, Kinoshita K, Honyashiki M, ym. (2013) Supported employment for adults with severe mental illness. The Cochrane database of systematic reviews, 9, CD008297.
- <sup>4</sup> Suijkerbuijk YB. (2017) Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis. The Cochrane database of systematic reviews, 9, CD011867.
- <sup>5</sup> Heslin M. (2011) Randomized controlled trial of supported employment in England: 2 year follow-up of the Supported Work and Needs (SWAN) study. *World Psychiatry*, 10(2), 132-137.
- <sup>6</sup> Hoffmann H. (2014) Long-term effectiveness of supported employment: 5-year follow-up of a randomized controlled rial. *The American journal of psychiatry*, 171(11), 1183.
- <sup>7</sup> Viering S. (2015) Supported employment for the reintegration of disability pensioners with mental illnesses: A randomized controlled trial. *Front Public Health*, 2015 Oct 20;3:237.
- <sup>8</sup> Reme S, Monstad K, Fyhn T, Øverland S, ym. (2016) Effektevaluering av Individuell jobbstøtte (IPS): Sluttrapport. Bergen: Uni Research Health and Uni Research Rokkansenteret.
- <sup>9</sup> Michon H. (2014) Effectiveness of Individual Placement and Support for People With Severe Mental Illness in the Netherlands: A 30-Month Randomized Controlled Trial. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(2), 129-136..
- <sup>10</sup> Bejerholm U. (2015) Individual Placement and Support in Sweden—A randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(1), 57-66
- <sup>11</sup> Bond GR. (2012) Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World Psychiatry*, 11(1), 32-39.
- <sup>12</sup> Bond GR. (2014) Making the Case for IPS Supported Employment. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 41(1), 69-73.
- <sup>13</sup> Luciano A, Drake RE, Bond GR, ym. (2014) Evidence-based supported employment for people with severe mental illness: Past, current, and future research. *J Vocat Rehabil* 40(1), 1-13..
- <sup>14</sup> Kinoshita Y, Furukawa TA, Kinoshita K, Honyashiki M, ym. (2013) Supported employment for adults with severe mental illness. The Cochrane database of systematic reviews, 9, CD008297..
- <sup>15</sup> Pulido FR. (2017) Short Review of Self-Esteem Components with Individual Placement and Support (IPS) Strategy in People with Severe Mental Illness. *Int J Neurorehabilitation Eng* 2017, Vol 4(6): 297
- <sup>16</sup> Campbell K. (2011) Who benefits from supported employment: A meta-analytic study. *Schizophrenia bulletin*, 37(2), 370.
- <sup>17</sup> Drake RE, Frey W, Bond GR, Goldman HH, ym. (2013) Assisting social security disability insurance beneficiaries with schizophrenia, bipolar disorder, or major depression in returning to work. *Am J Psychiatry*. 2013 Dec;170(12):1433-41
- <sup>18</sup> Nøkleby H, Blaasvær N, Berg RC. (2017) Supported Employment for arbeidssøkere med bistandsbehov: en systematisk oversikt. [Supported Employment for people with disabilities: a systematic review ] Rapport. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- <sup>19</sup> Bond GR. (2016) Effectiveness of individual placement and support supported employment for young adults. *Early Intervention in Psychiatry*, 10(4), 300-307.

- <sup>20</sup> Rinaldi M. (2010) First episode psychosis and employment: A review. *International Review of Psychiatry*, 2010, Vol.22(2), 148-162, 22(2), 148-162..
- <sup>21</sup> Ottomanelli L Goetz LL, Suris A, McGeough C, ym. (2012) Effectiveness of supported employment for veterans with spinal cord injuries: results from a randomized multisite study. *Arch Phys Med Rehabil* 93(5), 740-7...
- <sup>22</sup> Luciano A, Drake RE, Bond GR, ym. (2014) Evidence-based supported employment for people with severe mental illness: Past, current, and future research. *J Vocat Rehabil* 40(1), 1-13.
- <sup>23</sup> Schneider J. (2003) Is supported employment cost effective? A review. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. 7, 145-156..
- <sup>24</sup> Cimera RE. (2000) The Cost-efficiency of Supported Employment Programs: A Literature Review. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 14(1), 51-61..
- <sup>25</sup> Salkever D. (2013) Social costs of expanding access to evidence-based supported employment: Concepts and interpretive review of evidence. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 64(2), 111-119.
- <sup>26</sup> Bond GR. (2011) Measurement of Fidelity of Implementation of Evidence-Based Practices: Case Example of the IPS Fidelity Scale. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18(2), 126-141..
- <sup>27</sup> Bond GR. (2012) Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World Psychiatry*, 11(1), 32-39.
- <sup>28</sup> Rinaldi M. (2008) Individual placement and support: From research to practice. *Advances in Psychiatric Treatment*, 14(1), 50-60.
- <sup>29</sup> Modini M. (2016) Supported employment for people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis of the international evidence. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 209(1), 14-22..
- <sup>30</sup> Bond GR. (2012) Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World Psychiatry*, 11(1), 32-39.
- <sup>31</sup> Bond GR. (2004) Supported Employment: Evidence for an Evidence-Based Practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 345-359..
- <sup>32</sup> Bergmark M. (2016) Critical Components in Implementing Evidence-based Practice: A Multiple Case Study of Individual Placement and Support for People with Psychiatric Disabilities. *Social Policy & Administration*, 52(3), 790-808.
- <sup>33</sup> Bond GR. (2009) Strategies for Improving Fidelity in the National Evidence-Based Practices Project. *Research on Social Work Practice*, 19(5), 569-581.
- <sup>34</sup> Bond GR. (2008) Fidelity of Supported Employment: Lessons Learned from the National Evidence-Based Practice Project. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(4), 300-305.
- <sup>35</sup> Bond GR. (2009) Strategies for Improving Fidelity in the National Evidence-Based Practices Project. *Research on Social Work Practice*, 19(5), 569-581.
- <sup>36</sup> McHugo GJ, Drake RE, Whitley R, Bond GR. (2007) Fidelity outcomes in the National Implementing Evidence-Based Practices Project. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 58(10), 1279-1284.
- <sup>37</sup> Bond GR, Drake RE. (2014) Making the Case for IPS Supported Employment. *Adm Policy Ment Health* 41(1), 69-73..
- <sup>38</sup> Bond GR. (2012) Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World Psychiatry*, 11(1), 32-39
- <sup>39</sup> Hasson H. (2011) Barriers in implementation of evidence-based practice: Supported employment in Swedish context. *Journal Of Health Organisation & Management*, 25(3), 332-345
- <sup>40</sup> Bejerholm U, Areberg C, Hofgren C, Sandlund M, Rinaldi M. (2015) Individual Placement and Support in Sweden. A randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(1), 57-66..

- <sup>41</sup> Bergmark M. (2016) Critical Components in Implementing Evidence-based Practice: A Multiple Case Study of Individual Placement and Support for People with Psychiatric Disabilities. *Social Policy & Administration*, 52(3), 790-808.
- <sup>42</sup> Van Erp NH, Giesen FB, van Weeghel J, Kroon H, ym. (2007) A multisite study of implementing supported employment in the Netherlands. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 58(11), 1421.
- <sup>43</sup> Bonfils IS, Hansen H, Dalum HS, Eplov LF. (2017) Implementation of the individual placement and support approach: facilitators and barriers. *Scandinavian journal of disability research*, 19(4), 318-333. .
- <sup>44</sup> Costa M. (2017) Provider perspectives on employment for people with serious mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(7), 632-640..
- <sup>45</sup> Priest B. (2012) Occupational therapy and supported employment: Is there any added value? *Mental Health and Social Inclusion*, 16(4), 194-200..
- <sup>46</sup> Bergmark M. (2016) Critical Components in Implementing Evidence-based Practice: A Multiple Case Study of Individual Placement and Support for People with Psychiatric Disabilities. *Social Policy & Administration*, 52(3), 790-808.
- <sup>47</sup> Dewa CS, Loong D, Trojanowski L, Bonato S. (2018) The effectiveness of augmented versus standard individual placement and support programs in terms of employment: a systematic literature review. *Journal of Mental Health*, 27(2), 174-183..
- <sup>48</sup> Bejerholm U, Larsson ME, Johanson S. (2017) Supported employment adapted for people with affective disorders—A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 207, 212-220.
- <sup>49</sup> Hellström L, Bech P, Nordentoft M, Lindschou J, Eplov LF. (2013) The effect of IPS-modified, an early intervention for people with mood and anxiety disorders: Study protocol for a randomised clinical superiority trial. *Trials*, 14(1), 442..
- <sup>50</sup> Hellström L, Bech P, Hjorthøj C, Nordentoft M, Lindschou J, Eplov LF. (2017) Effect on return to work or education of Individual Placement and Support modified for people with mood and anxiety disorders: results of a randomised clinical trial. *Occup Environ Med*. 2017 Oct;74(10):717-725..
- <sup>51</sup> Frøyland K. (2016) Applicability of IPS principles to job inclusion of vulnerable youth. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 45(3), 249-265..
- <sup>52</sup> Campbell K, GR Bond, RE Drake. (2011) Who benefits from supported employment: A meta-analytic study. *Schizophrenia bulletin*, 37(2), 370-380.
- <sup>53</sup> Ottomanelli L, Barnett SD, Toscano R. (2014) Individual Placement and Support (IPS) in Physical Rehabilitation and Medicine: The VA Spinal Cord Injury Experience. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(2), 110-112..
- <sup>54</sup> Rødevand L, Ljosaa TM, Granan LP, Knutzen T, Jacobsen HB, Reme SE. (2017) A pilot study of the individual placement and support model for patients with chronic pain. *BMC musculoskeletal disorders*, 18(1), 550.
- <sup>55</sup> Härkäpää, K. (2013) Työhönvalmennus ja sen kehittämistarpeet. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- <sup>56</sup> Bond GR. (2012) Validation of the Revised Individual Placement and Support Fidelity Scale (IPS-25) *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 63(8), 758-63.
- <sup>57</sup> Kerätär R. (2016) Kun katsoo kauempaa, näkee enemmän. Monialainen työkyvyn ja kuntoutustarpeiden arviointi pitkäaikaistyöttömillä. Väitöskirja. Oulun yliopisto. .
- <sup>58</sup> Harkko J, Määttä A. (2018) Monialaisen palveluprosessin johtaminen toimijoiden välisen riippuvuuden hallintana. Julkaisematon käsikirjoitus..
- <sup>59</sup> Bergmark M. (2016) Critical Components in Implementing Evidence-based Practice: A Multiple Case Study of Individual Placement and Support for People with Psychiatric Disabilities. *Social Policy & Administration*, 52(3), 790-808.
- <sup>60</sup> Moher D, Hopewell S, Schulz K, Montori V, ym. (2012) CONSORT 2010 explanation and elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *Int. J. Surg*. 10(1), 28–55..

