

Individuele plaatsing en steun (IPS)

Werkblad beschrijving interventie

Colofon

Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam	Dartmouth IPS Supported Employment Center
Adres	Dartmouth Psychiatric Research Center Rivermill Commercial Center Suite B4-1 85 Mechanic Street
Postcode	NH 03766
Plaats	Lebanon
Email	dprc@dartmouth.edu
Telefoon	603-448-0263
Website interventie	http://www.dartmouth.edu/~ips

Contactpersoon

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in, wanneer deze afwijkt van de ontwikkelaar of licentiehouder.

Naam	Jaap van Weeghel / Ellen Otto Kenniscentrum Phrenos
Adres	Postbus 1203
Postcode	3500 BE
Plaats	Utrecht
Email	Klik hier als u tekst wilt invoeren.
Telefoon	030-2931626
Website interventie	www.kenniscentrumphrenos.nl

Referentie

Naam auteur	Nicole van Erp
Titel interventie	Individuele Plaatsing en Steun (IPS)
Databank	Good practices Langdurige ggz
Plaats, instituut	Utrecht, Trimbos-instituut
Datum	April 2014

Het Werkblad is een samenvatting van de beschikbare schriftelijke informatie en geeft informatie over de interventie die van belang is voor de beoordeling van de kwaliteit, effectiviteit en randvoorwaarden van de interventie. Daarnaast is de informatie bedoeld voor bezoekers van de databank(en) van de samenwerkende organisaties.

Het Werkblad is een invulformulier, geordend naar onderwerp (doelgroep, doel enzovoort). De onderwerpen volgen de criteria voor beoordeling.

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende organisaties



Inhoud

Samenvatting.....	4
Uitgebreide beschrijving.....	6
1. Probleemomschrijving.....	6
2. Beschrijving interventie.....	7
3. Onderbouwing.....	12
4. Uitvoering.....	13
5. Onderzoek naar praktijkervaringen.....	17
6. Onderzoek naar de effectiviteit	19
7. Aangehaalde literatuur	21

Samenvatting

Doelgroep

De doelgroep bestaat uit mensen met ernstige psychische aandoeningen, zoals schizofrenie en andere psychosen, bipolaire stoornissen, ernstige depressies en persoonlijkheidsstoornissen, die geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschiktheid zijn verklaard of behoren tot de groep cliënten van de sociale dienst met een zogeheten grote afstand tot de arbeidsmarkt.

Doel

Het doel van IPS is integratie van mensen met ernstige psychische aandoeningen in betaald regulier werk.

Aanpak

Het IPS-traject kent een aantal fasen die elkaar cyclisch op kunnen volgen: intake en assessment (kennismaken en in kaart brengen interesses), acquisitie en plaatsing, coaching en begeleiding op de werkplek en, indien nodig, aanpassen van de werkplek. Mensen worden dus eerst in de gekozen functie geplaatst en daarna gericht getraind in de benodigde werkvaardigheden ('place-then-train'). De ondersteuning vindt plaats zo lang als nodig is. De IPS-trajectbegeleider maakt deel uit van een multidisciplinair ggz-team, waardoor de arbeidsbegeleiding en ggz-hulp geïntegreerd zijn. Daarnaast vindt ondersteuning van de werkgever plaats, onder meer bij juridische en financiële kwesties rond uitkeringen en werk.

Materiaal

De uitgangspunten en principes van IPS worden beschreven in de voor IPS ontwikkelde toolkit (www.kenniscentrumphrenos.nl en www.mentalhealth.samhsa.gov).

Onderbouwing

De arbeidsdeelname van mensen met ernstige psychische aandoeningen is laag. Velen beschikken (nog) niet over de veerkracht, ervaring en vaardigheden die nodig zijn om werk te krijgen en te behouden. Daarnaast zijn er buiten de persoon gelegen belemmeringen, zoals vooroordelen bij werkgevers, de beschikbare arbeid en een gebrekkige re-integratiepraktijk. In Nederland is de re-integratiepraktijk van deze groep lange tijd gekenmerkt door een voorzichtige aanpak, met langdurige, stapsgewijze voorbereidingstrajecten en beschutte werkplekken. De laatste jaren komt het accent steeds sterker op (her)intrede in het reguliere arbeidsproces is komen te liggen. Daarbij is het besef gegroeid dat het verkrijgen van een reguliere baan niet eenvoudig is, maar dat het behouden van dat werk doorgaans nog veel moeilijker is voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Velen verliezen na verloop van tijd hun baan en op de langere duur ook enig ander dienstverband.

Onderzoek

Het IPS-model is in de VS grondig getest op effectiviteit. Met de IPS-methode komen in anderhalf à twee jaar enkele tientallen procenten meer mensen aan regulier betaald werk dan met gebruikelijke vormen van arbeidsre-integratie, zo blijkt uit een ruime serie randomised controlled trials (RCT) (Drake e.a., 1999; Lehman e.a., 2002; Mueser e.a., 2004; Bond e.a., 2008). IPS behoort daarmee in internationaal opzicht tot de nog korte reeks van evidence-based interventies voor mensen met ernstige psychische stoornissen (Crowther

e.a., 2004). Ook in Nederland is de effectiviteit van IPS onderzocht. Hieruit blijkt dat IPS na 30 maanden tot een hoger percentage mensen met betaald werk leidt (44% in vergelijking tot 25% bij de gebruikelijke arbeidsbegeleiding) (Michon e.a., 2014).

Uitgebreide beschrijving

1. Probleemomschrijving

Probleem

De meeste mensen met ernstige psychische aandoeningen, zoals schizofrenie en andere psychosen, bipolaire stoornissen, ernstige depressies en persoonlijkheidsstoornissen, hebben geen betaald werk. Naar schatting heeft slechts 15 tot 20% van hen een reguliere betaalde baan, als degenen die geen cliënt van de ggz zijn, meegeteld worden (Place e.a., 2012). Velen van hen zijn geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt verklaard of behoren tot de cliënten van de sociale dienst met de zogeheten grote afstand tot de arbeidsmarkt. Niettemin willen de meeste mensen met ernstige psychische aandoeningen weer aan het werk, mits de condities gunstig (Overweg & Michon, 2011) en goede ondersteuning geboden wordt (Place e.a., 2012).

Spreiding

De neergaande lijn in de arbeidscarrière zet zich meestal door in de eerste vijf á tien jaar nadat de aandoening zich heeft aangediend. In die 'kritische periode' doen zich de grootste schommelingen in symptomen en sociaal functioneren voor, vaak resulterend in ziekenhuisopnames. Deze jaren vallen in de levensfase waarin jongeren belangrijke statuspassages naar de volwassenheid maken: een levenspartner vinden, een eigen huishouden beginnen, een vervolgopleiding kiezen of een start met de beroeps-carrière maken. Jongeren die met een ernstige psychische aandoening te kampen krijgen, komen vaak niet toe aan deze opgaven, en voelen zich om die reden ten opzichte van hun leeftijdsgenoten op forse achterstand gezet. Na vijf á tien jaar is de kans groot dat de ziekte en het functioneren zich stabiliseren. Dan dienen zich mogelijkheden aan voor herstel. Hoewel ernstige psychische aandoeningen doorgaans functionele beperkingen met zich brengen, zijn de uitkomsten op de langere termijn heterogeen. Na verloop van tijd krijgt men nieuwe kansen in het leven, ook op het gebied van werk. Dat blijkt uit longitudinale studies waarin leven, ziektebeloop en loopbanen van mensen met schizofrenie of een andere ernstige psychische aandoening over periodes van tien tot veertig jaar werden gevolgd (zie Van Weeghel, 1995, Van Weeghel e.a., 2013).

Gevolgen

Wanneer mensen met ernstige psychische aandoeningen niet (meer) participeren in het arbeidsproces, lijkt de kans aanzienlijk groter dat zij als 'psychiatrische cliënt' worden beschouwd en benaderd, met alle bijbehorende stereotiepe beelden en alle belemmeringen die dat in het sociale verkeer oplevert. Het hebben van een betaalde baan biedt juist een tegenwicht tegen stigmatisering, zo bleek uit een onderzoek van Perkins e.a. (2009): burgers ervaren veel minder sociale afstand ten opzichte van mensen met schizofrenie als laatstgenoemden een betaalde baan hebben. Uitsluiting van het arbeidsproces betekent ook dat mensen met een ernstige psychische aandoening een belangrijke copingstrategie wordt onthouden: door te werken kan men symptomen en klachten (zoals hinderlijke stemmen, verlamme angsten en sombere gedachten) beter de baas blijven. Dit werd geïllustreerd in een studie van Delespaul e.a. (2002), die vonden dat mensen met schizofrenie bij wie hallucinaties dominant zijn, minder angst ervaren als ze aan het werk zijn dan bij passieve vrijetijdsbesteding (zoals tv-kijken) of bij deelname aan sociale activiteiten. Daarnaast heeft de arbeidsparticipatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen ook een groot maatschappelijk belang. Verlies aan arbeidsproductiviteit door (tijdelijke) uitval uit het arbeidsproces is op macroniveau de belangrijkste kostenpost van psychische aandoeningen. Deze

indirecte kosten zijn een veelvoud van de directe zorgkosten. Bovendien zal door de vergrijzing de vraag naar arbeidskrachten in de nabije toekomst alleen maar toenemen. Het is dus vanuit sociaal en economisch oogpunt niet verantwoord dat burgers buiten de samenleving staan.

2. Beschrijving interventie

Belangrijke principes van dit model zijn (Van Erp e.a., 2005; Van Weeghel e.a., 2002):

- De wens bij de deelnemer om werk te vinden staat centraal en is leidend voor de arbeidsbegeleiding: ieder die betaald werk wil vinden en behouden, kan IPS-begeleiding krijgen
 - Betaald, regulier werk is het centrale doel.
 - Snel zoeken naar, en zo snel mogelijk plaatsen in een baan. De trajectbegeleider helpt cliënten zo snel en zo gericht mogelijk bij het zoeken naar betaald werk.
 - De voorkeuren van de cliënt staan centraal.
 - Het inschatten van arbeidsmogelijkheden vindt doorlopend plaats en zoveel mogelijk na plaatsing in de arbeidssituatie, gebaseerd op concrete werkervaringen.
 - Ook trainen in vaardigheden en coaching vinden zoveel mogelijk plaats op grond van de concrete ervaringen en het functioneren in de baan. Het leidend principe is: eerst plaatsen, dan trainen (*'place then train'*).
 - Ondersteuning op lange termijn. Ook als cliënten werken, krijgen zij en personen uit hun werkomgeving ondersteuning zolang zij daaraan behoefte hebben.
 - Integratie van arbeidsbegeleiding in het ggz-aanbod. De trajectbegeleider maakt deel uit van het ggz-team.
 - De IPS trajectbegeleider is in staat tot het opbouwen en beheren van een groot (werkgevers) netwerk.
-

2.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

De primaire doelgroep van deze richtlijn bestaat uit mensen met ernstige psychische aandoeningen die geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschiktheid zijn verklaard of behoren tot de groep cliënten van de sociale dienst met een zogeheten grote afstand tot de arbeidsmarkt.

Een veelgebruikte afbakening voor de groep mensen met ernstige psychische aandoeningen is dat er sprake is van de drie hiernavolgende D's (Kroon & Pijl, 2008).

- *Diagnosis*. Er moet sprake zijn van een ernstige psychische aandoening, ook wel severe mental illness (smi) genoemd. Drie diagnoses worden altijd meegenomen, namelijk schizofrenie/stoornissen in psychosespectrum, bipolaire stoornis en depressie met psychotische kenmerken. Overige diagnoses (persoonlijkheidsstoornissen, angststoornissen – inclusief ptss –, adhd, autisme, depressie, dubbele diagnose) worden meegenomen indien zij voldoen aan de criteria voor Duration en Disability (zie hierna).
- *Disability*. Er moet sprake zijn van beperkingen in het functioneren in sociale rollen: zelfverzorging, het voeren van een huishouding en deelname aan het maatschappelijk leven – zoals sociale contacten – en het verrichten van werk. Hoewel dit criterium op zich onomstreden is, verschillen definities in de precieze beperkingen, de ernst ervan en het gebruikte meetinstrument.
- *Duration*. Er moet sprake zijn van een minimale duur van de problematiek. Het gaat hier om de duur/aanhoudendheid van de bij de stoornis behorende klachten. Dit is vaak verschillend geoperationaliseerd, bijvoorbeeld als de duur van ggz (meer dan twee jaar ggz-contact).

Hoewel wetenschappelijke consensus over de precieze afbakening ontbreekt, wordt breed erkend dat het zinvol is om deze groep (ernstige psychische aandoeningen) te onderscheiden van mensen met mildere psychische problemen en stoornissen die van korte duur zijn en relatief minder beperkingen veroorzaken in het sociaal-maatschappelijk functioneren (zie Delespaul e.a., 2013).

Intermediaire doelgroep

IPS-interventies zijn niet alleen gericht op de deelnemer zelf, maar ook op de (potentiële) werkgever, op het steunsysteem (onder andere familieleden, vrienden en hulpverleners) of op de sociale en fysieke kenmerken van de werkplek. Welke interventies worden gekozen is afhankelijk van de behoeften, beperkingen en mogelijkheden van de deelnemer en de andere betrokkenen.

Selectie van doelgroepen

De wens bij de deelnemer om werk te vinden staat centraal en is leidend voor de arbeidsbegeleiding: ieder die betaald werk wil vinden en behouden, kan IPS-begeleiding krijgen. Cliënten worden niet geëxcludeerd of naar andere trajecten verwezen op grond van andere factoren zoals hun arbeidscompetenties, arbeidsverleden of psychiatrische symptomen.

2.2 Doel

Hoofddoel

Het doel van Individuele Plaatsing en Steun is mensen met ernstige psychische aandoeningen helpen bij het vinden en behouden van betaald werk dat aansluit bij hun wensen en mogelijkheden.

Subdoelen

Subdoelen van de benadering zijn:

- het verkennen van de arbeidswensen en –mogelijkheden van de deelnemer (assessment)
 - het verkennen van de voorwaarden waaraan de beoogde werkplek moet voldoen
 - het ondersteunen van deelnemers bij het solliciteren
 - het coachen van de deelnemer op de werkplek (of daarbuiten)
 - het informeren en ondersteunen van de werkgever
 - het afstemmen van arbeidsbegeleiding met de ggz-hulpverlening
 - Het opstellen van een beknopt financieel plan voor de deelnemer dat in kaart brengt wat de gevolgen zijn van eigen inkomen.
 - De deelnemer wordt niet alleen gecoacht op werknemersvaardigheden maar ook op het leren omgaan met de beperkingen zodat uiteindelijk zelfstandig de baan behouden kan worden.
-

2.3 Aanpak

Opzet van de interventie

Belangrijke principes van het IPS-model zijn (Van Erp e.a., 2005; Van Weeghel e.a., 2002):

- De wens bij de cliënt om werk te vinden staat centraal en is leidend voor de arbeidsbegeleiding: ieder die betaald werk wil vinden en behouden, kan IPS-begeleiding krijgen. Deelnemers worden niet geëxcludeerd of naar andere trajecten verwezen op grond van andere factoren zoals hun arbeidscompetenties, arbeidsverleden of psychiatrische symptomen.
- Betaald, regulier werk is het centrale doel. Er wordt geen gebruik gemaakt van speciaal gecreëerde banen, werkplaatsen onder de vlag van de ggz of sociale werkvoorziening en vrijwilligerswerk.

- Snel zoeken naar, en zo snel mogelijk plaatsen in een baan. De trajectbegeleider helpt cliënten zo snel en zo gericht mogelijk bij het zoeken naar betaald werk. Er wordt geen gebruik gemaakt van langdurige voorbereidende trainingen, uitgebreid onderzoek van arbeidsvaardigheden en werkervaringsprojecten. Binnen drie maanden start het zoeken naar een concrete baan.
- De voorkeuren van de deelnemer staan centraal. De trajectbegeleider en deelnemer zoeken samen een arbeidsplaats die aansluit op de wensen, mogelijkheden en werkervaring van de deelnemer.
- Het inschatten van arbeidsmogelijkheden vindt doorlopend plaats en zoveel mogelijk na plaatsing in de arbeidssituatie, gebaseerd op concrete werkervaringen.
- Ook trainen in vaardigheden en coaching vinden zoveel mogelijk plaats op grond van de concrete ervaringen en het functioneren in de baan. Het leidend principe is: eerst plaatsen, dan trainen (*'place then train'*), in tegenstelling tot het meer traditionele principe van eerst trainen en daarna het plaatsen in de werksituatie (*'train then place'*).
- Ondersteuning op lange termijn. Ook als deelnemers werken, krijgen zij en personen uit hun werkomgeving ondersteuning zolang zij daaraan behoefte hebben. Het contact wordt niet afgebouwd bij een geslaagde plaatsing.
- Integratie van arbeidsbegeleiding in het ggz-aanbod. De arbeidsre-integratie is geen aparte voorziening en er zijn geen verschillende professionals/instellingen verantwoordelijk voor de verschillende onderdelen in het proces (voorbereiden, verwerven van banen, plaatsen en behouden).

Locatie en uitvoerders

IPS wordt uitgevoerd door trajectbegeleiders die ieder deel uitmaken van een ambulante ggz-team, zoals (F)ACT, casemanagement, psychiatrische thuiszorg of een zorgcoördinatieteam. De trajectbegeleiders hebben een caseload van 17-20 cliënten. Arbeidsintegratie volgens IPS is echter niet alleen een zaak van de trajectbegeleiders in deze teams. Door gezamenlijk op te trekken met andere teamleden (psychiaters, verpleegkundigen) heeft de arbeidsintegratie een grotere kans van slagen, zo is de gedachte. Een ander uitgangspunt van IPS is dat de begeleiding zoveel mogelijk 'in de samenleving' plaatsvindt en niet vanuit het kantoor van de ggz-instelling. Dit betekent dat de begeleiding kan plaatsvinden bij de deelnemer thuis, op de werkplek, in een café of bij een uitzendbureau.

Inhoud van de interventie

Aanmelding en intake

De aanmeldingsprocedure is laagdrempelig. Zowel deelnemers zelf als hun behandelaren kunnen de cliënt aanmelden bij de trajectbegeleider. Er vindt geen screening plaats, er wordt alleen gekeken of de deelnemer gemotiveerd is voor betaald werk. Na aanmelding vindt op korte termijn (liefst binnen een week) het intakegesprek plaats met de trajectbegeleider. Hierin legt de trajectbegeleider uit wat IPS inhoudt, welke ondersteuning de deelnemer kan verwachten en probeert de begeleider zich een eerste beeld te vormen van de deelnemer.

Assessment (inschatting arbeidswensen- en mogelijkheden)

Hoewel assessment binnen IPS een belangrijke rol speelt, worden langdurige assessmentperioden vermeden. De trajectbegeleider verzamelt in zo kort mogelijke tijd zoveel mogelijk informatie om het proces van werk zoeken in een door de deelnemer bepaald tempo van start te kunnen laten gaan. Deze informatie kan op verschillende manieren verkregen worden. Hierbij kan gedacht worden aan gesprekken met de deelnemer (bij voorkeur op andere locaties dan het GGz kantoor), maar ook door samen met de deelnemer op pad te gaan en potentiële werkgevers te bezoeken. De

ervaring leert dat deelnemers in zo'n situatie vaak een hele andere, en meer gezonde kant van zichzelf laten zien. Een uur op pad met een deelnemer levert vaak meer informatie op dan drie afspraken op kantoor. Deze profielinformatie helpt de trajectbegeleider richting aan te brengen in het zoekproces. Assessment blijft binnen IPS niet beperkt tot de aanvangsfase, maar vindt doorlopend plaats. De trajectbegeleider actualiseert de informatie in het arbeidsprofiel wanneer de deelnemer naar werk zoekt of een baan vervult.

Acquisitie en plaatsing

Tijdens de zoektocht naar een baan neem de oriëntatie op de arbeidsmarkt concrete vormen aan. Het zoekproces ontleent zijn richting aan het opgestelde arbeidsprofiel, waarin de werkervaring, interesses, voorkeuren, sterke punten en uitdagingen van de deelnemer alsmede de inbreng van teamleden en familieleden zijn vastgelegd. Het zoeken naar werk start zo snel mogelijk na afronding van de eerste assessment, in de regel binnen een maand na toetreding tot het IPS-programma. Tijdens het zoekproces maakt de trajectbegeleider intensief gebruik van zijn eigen netwerk en dat van de deelnemer (bijvoorbeeld familieleden, vrienden, hulpverleners van het team, eerdere werkgevers en maatschappelijke organisaties) om een geschikte baan te vinden. Daarnaast wordt de deelnemer gestimuleerd om vacatures bij te houden en wordt hij ondersteund bij het schrijven van sollicitatiebrieven en het voeren van sollicitatiegesprekken.

Coaching en ondersteuning

De trajectbegeleiders stemmen de ondersteuning af op specifieke problemen en uitdagingen waarmee deelnemers op de werkplek worden geconfronteerd. Deze problemen en uitdagingen verschillen naargelang de deelnemer 1) in een nieuwe baan begint, 2) een baan al enige tijd vervult, 3) in een baan een crisis doormaakt of 4) met een baan stopt. Daarnaast is de ondersteuning ook gericht op de sociale en fysieke omgeving van de werkplek. Zo kunnen de trajectbegeleiders leidinggevenden hulp en advies verlenen om het functioneren van een werkende deelnemer te verbeteren. Daarnaast communiceren de trajectbegeleiders voortdurend met de behandelaars en andere leden van het ggz-team over de manier waarop deelnemers in hun baan functioneren.

2.4 Ontwikkelgeschiedenis

Betrokkenheid doelgroep

Was de doelgroep betrokken bij de ontwikkeling van de interventie, en op welke manier?

Buitenlandse interventie

Het IPS-model is in New Hampshire ontwikkeld door Deborah Becker en Robert Drake. In de beginjaren negentig bestond in die Amerikaanse staat onvrede over de bestaande *community support*-programma's voor mensen met psychische beperkingen. Alle belanghebbenden (cliënten, familie, hulpverleners en bestuurders) vonden dat deze programma's meer moesten doen dan louter heropnames voorkomen en een vangnet bieden. Men richtte zich op nieuwe doelen, zoals cliënten leren hun aandoening beter onder controle te krijgen en het bevorderen van hun kwaliteit van leven en sociale integratie. Deelname aan het gewone arbeidsproces werd hierbij van groot belang gevonden. Sindsdien werd veel gedaan om de kwaliteit van de arbeidsrehabilitatie te verbeteren, waarbij het IPS-model steeds dominanter werd (Becker & Drake, 2002).

Begin 2003 is een aantal GGZ-instellingen in Nederland gestart met de implementatie van IPS. De eerste ervaringen met IPS in Nederland zijn gevolgd met een implementatieonderzoek (Van Erp e.a.,

2005). Deze studie was tevens bedoeld om te onderzoeken of IPS geschikt is voor de Nederlandse situatie. Uit het onderzoek blijkt dat er enkele verschillen tussen de Amerikaanse en de Nederlandse implementatieprojecten bestaan, waarvan de meest in het oog springende het verschil in budget is. In Nederland was veel minder budget voor de implementatie beschikbaar, hetgeen vooral zichtbaar werd in de beperkte tijd en mogelijkheden voor supervisie en training. Verder werken de Nederlandse IPS-begeleiders vaker parttime, waardoor ze relatief meer vergader- en overlegtijd hebben. Voorts bleken er sociaal-economische verschillen te bestaan tussen Nederland en de Verenigde Staten: in de Verenigde Staten krijgen veel IPS-deelnemers contracten in 'low-entry jobs', het ongeschoolde en meestal laagbetaalde deel van de arbeidsmarkt dat ook minder gevoelig is voor economische recessie. In Nederland is deze sector minder omvangrijk.

2.5 Vergelijkbare interventies

In Nederland uitgevoerd

Het IPS-model wordt ook wel aangeduid als de standaardisatie van Supported Employment (SE) voor mensen met psychische beperkingen. SE werd in Nederland voor het eerst bij verstandelijk gehandicapten toegepast onder de noemer Begeleid Werken (Ketelaars & Van Weeghel, 1993, Coenen-Hanegraaf e.a., 1998). Deze benadering breekt met de praktijk om werkenden met een handicap in beschutte werkplaatsen onder te brengen: iedere cliënt moet 'begeleid' kunnen werken in de gewone arbeidswereld. Langdurige trainingen voorafgaand aan het echte werk ('train-then-place') blijven achterwege. Cliënten worden in de gekozen functie geplaatst, en pas daarna gericht getraind in de benodigde werkvaardigheden ('place-then-train').

Overeenkomsten en verschillen

IPS onderscheidt zich van het oorspronkelijke Supported Employmentmodel doordat de jobcoach of trajectbegeleider in het IPS-model altijd deel uitmaakt van een multidisciplinair ggz-team. Men koos hiervoor omdat de gebruikelijke afstand tussen ggz-hulp en arbeidsintegratie tot veel afstemmingsproblemen leidde (Van Erp & Van Weeghel, 2000). Een geïntegreerde aanpak van arbeidsintegratie werd al toegepast in het programma voor Assertive Community Treatment (ACT: een intensieve vorm van casemanagement). Aanvankelijk was in het ACT-model arbeidsintegratie een van de vele taken van de casemanagers, waardoor het minder goed uit de verf kwam. Geïnspireerd door de eerste IPS-programma's werden later gespecialiseerde trajectbegeleiders aan de ACT-teams toegevoegd (Van Weeghel e.a., 2002).

Toegevoegde waarde

Begeleid Werken is opgenomen in de Databank Effectieve Sociale Interventies van Movisie. De toegevoegde waarde van IPS ten opzichte van Begeleid Werken is de specifieke toepassing van IPS voor de doelgroep mensen met ernstige psychische aandoeningen en het feit dat de arbeidsbegeleiding is geïntegreerd in de ggz-zorg, hetgeen één van de belangrijkste werkzame factoren is van IPS. Ten slotte is er veel meer onderzoek over de effectiviteit van IPS beschikbaar dan over die van Begeleid Werken.

3. Onderbouwing

Oorzaken

Aan de lage arbeidsparticipatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen liggen verschillende factoren ten grondslag. Die factoren zijn enerzijds buiten de persoon gesitueerd (onder andere werkgelegenheid, kwaliteit van arbeid, onbekendheid en vooroordelen bij werkgevers, gebrekkig arbeidsintegratiebeleid) en anderzijds binnen de persoon gelegen (beperkingen vanwege de aandoening en mede daardoor gebrek aan ervaring, veerkracht en vaardigheden). De arbeidscarrières van mensen met ernstige psychische aandoeningen vertonen doorgaans een dalende lijn. Ten eerste verliezen velen hun baan en blijven vervolgens werkloos, ten tweede blijft een kleinere groep wel aan het werk, maar op een lager niveau dan voorheen. Deze neerwaartse lijn begint al vroeg in de ziektecarrière en zet zich meestal door in de eerste vijf á tien jaar nadat de aandoening zich heeft aangediend. In die 'kritische periode' doen zich de grootste schommelingen in symptomen en sociaal functioneren voor, vaak resulterend in ziekenhuisopnames (Van Weeghel, 1995; Van Weeghel e.a., 2013).

Aan te pakken factoren

IPS werkt gericht aan de binnen de persoon gelegen beperkingen door eerst een assessment uit te voeren en zo de wensen, mogelijkheden en beperkingen van de persoon in kaart te brengen. Hierbij wordt ook gekeken naar wat voor deze persoon belangrijke voorwaarden zijn in de werksituatie. Op basis van deze kennis wordt gericht gezocht naar een voor deze persoon geschikte functie. Wanneer de persoon deze baan gekregen heeft, wordt die persoon – zo lang als nodig is – begeleid door de trajectbegeleider, waarbij veel aandacht uitgaat naar de vaardigheden en veerkracht van de deelnemer. Ook wordt gewerkt aan buiten de persoon gerichte factoren, zoals de onbekendheid en vooroordelen bij werkgevers, door werkgevers op een positieve manier te informeren over de mogelijkheden van deze doelgroep.

Verantwoording

Uit tal van onderzoeken blijkt dat IPS veel succesvoller is in het verkrijgen en behouden van betaald werk dan andere methoden (zie verder het onderdeel Onderzoek).

Werkzame elementen

In de Multidisciplinaire Richtlijn Werk en ernstige psychische aandoeningen worden de werkzame elementen van arbeidsbegeleiding beschreven (Van Erp e.a., 2013). Hieruit blijkt dat een werkwijze volgens het IPS-model de kans op het behoud van betaald werk vergroot. Vooral een succesvolle matching van arbeidswens en baan, het gericht zoeken naar betaald werk, het bieden van langdurige begeleiding en de integratie van arbeidsbegeleiding en ggz-hulp, spelen hierbij een rol. Verder komt naar voren dat de mogelijkheden en beperkingen van de werknemer zorgvuldig in kaart moeten worden gebracht, zodat het werk daarop kan worden afgestemd. Ook moet er actief gewerkt worden aan empowerment, autonomie, zelfontplooiing en zelfmanagement van de werknemer. Verder dient de interventie zich te richten op de financiële aspecten van werk en op manieren om begrip op de werkvloer te creëren voor de situatie van de werknemer. Bij dreigende uitval is het belangrijk dat de professional snel reageert en de begeleiding intensificeert om uitval te voorkomen.

4. Uitvoering

Materialen

Het implementatiepakket is een vertaling van de in de Verenigde Staten ontwikkelde Supported Employment Implementation Resource Kit (Becker e.a., 2002). Het pakket bestaat uit de volgende onderdelen:

- Gebruikersgids waarin algemene informatie wordt gegeven over het implementatiepakket, het doel en de betekenis van IPS en achtergronden van IPS (literatuur);
- Schriftelijke informatie voor belanghebbenden, bestaande uit documenten voor cliënten, familieleden, professionals (trajectbegeleiders, casemangers/zorgcoördinatoren), IPS-projectleiders en voor ggz-coördinatoren/ managers;
- Implementatietips voor ggz-coördinatoren en voor ggz-managers;
- Modeltrouwschaal (2008), waarmee betrokkenen zelf kunnen nagaan in hoeverre hun werkwijze aansluit bij de IPS-criteria;
- Op cliënten gerichte uitkomstmaten, waarmee projecten zelf hun uitkomsten en resultaten kunnen monitoren;
- Werkboek: dit is bedoeld als handleiding voor IPS-professionals en trainer(s). In het werkboek wordt aandacht besteed aan de principes van IPS, de werkwijze en de benodigde vaardigheden. Daarnaast bevat het diverse formulieren en checklists voor de verwijzing, het arbeidsprofiel, het trajectplan, het zoeken van banen en de werkbegeleiding.
- Twee videobanden. In de introductie videoband vertellen diverse betrokkenen over hun ervaringen met IPS. In de interventie demonstratie videotape komen diverse vaardigheden aan de orde die belangrijk zijn voor de implementatie van IPS. Deze videobanden zijn niet vertaald;
- PowerPoint presentatie over de principes en werkwijze van IPS. Vooral te gebruiken bij kick-off bijeenkomsten en andere informatiebijeenkomsten.

Type organisatie

IPS wordt in een aantal instellingen in Nederland uitgevoerd. Deze initiatieven hebben zich aangesloten bij het platform IPS, dat door Kenniscentrum Phrenos wordt georganiseerd. IPS wordt onder meer toegepast bij GGZ Eindhoven, Lentis, AMC, GGZ NHN, GGZ Dijk en Duin, GGZ Friesland, GGZ Breburg, Novadic-Kentron, Arkin. Recent zijn trainingen afgesloten bij Mondriaan, Kwintes RIBW en GGZ InGeest. In het kader van het Doorbraakproject Vroege Psychose worden momenteel 9 nieuwe teams getraind.

Opleiding en competenties

In het werkboek van het implementatiepakket worden de eigenschappen van een succesvolle IPS-trajectbegeleider beschreven (Becker e.a., 2002):

- Brede kennis van en ervaring met acquisitie en ontwikkeling van banen;
- Aantoonbare contactuele vaardigheden in de omgang met werkgevers;
- Globale kennis van een breed scala aan beroepen en banen;
- Het vermogen om interesses, sterke punten, vaardigheden, mogelijkheden en persoonlijke doelen van cliënten vast te stellen en om deze met concrete banen in verband te brengen;
- Het vermogen om duurzame hulpbronnen te bedenken en te organiseren die cliënten helpen zich in hun baan te handhaven;

- Kennis van langdurige psychische stoornissen, met inbegrip van behandeling en medicatie, en het effect van deze stoornissen op het functioneren in een werkomgeving;
 - Het vermogen om tegenover andere teamleden en werkgevers effectief de belangen van cliënten te behartigen.
-

Kwaliteitsbewaking

Voor het monitoren van kwaliteit speelt modeltrouw een belangrijke rol; hoe goed wordt volgens de IPS-uitgangspunten gewerkt? Sinds 1997 stelt het Amerikaanse "*Dartmouth IPS Supported Employment Center*" een zogenaamde "fidelity scale" beschikbaar, waarmee de modelgetrouwheid van een IPS-praktijk kan worden vastgesteld (Bond e.a., 1997). Na het nodige onderzoeks- en testwerk is in 2008 een nieuwe versie van dit instrument uitgebracht: de *Supported Employment Fidelity Scale* (SEFS) (Becker e.a., 2008). In 2011 is een herziene versie van de bijbehorende handleiding uitgebracht waarin is geprobeerd de nodige praktische onduidelijkheden weg te nemen (Becker e.a., 2011). De meest recente modeltrouwschaal (2008) en handleiding (2011, tweede editie) zijn gebruikt voor de Nederlandse versie: de *IPS modeltrouwschaal* (Hulsbosch, Michon & Van Weeghel, 2012). Deze schaal bestaat uit 25 items, verdeeld over drie secties: bezetting (3 items), organisatie (8 items) en arbeidsondersteuning (14 items). Ieder item wordt gescoord aan de hand van een vijftal – voor dat item unieke – ankerpunten. Deze Nederlandse versie van de meeste recente IPS modeltrouwschaal is uitgeprobeerd in audits bij zes IPS-praktijken. Met minieme aanpassingen bleek de ontwikkelde indicatorenset en de daarvoor benodigde vragenlijst goed toepasbaar in de praktijk (Hulsbosch, Michon & Van Weeghel, 2012).

Randvoorwaarden

Uit implementatieonderzoek (Van Erp e.a., Van Giesen e.a.) blijkt dat IPS in Nederland alleen kans van slagen heeft als aan een aantal voorwaarden wordt voldaan. Allereerst moeten ggz-instellingen die IPS willen invoeren, voldoende tijd nemen om de financiering en andere randvoorwaarden voor het project goed te regelen. Voldoende tijd en middelen moeten worden vrijgemaakt om in ieder geval tijdens het eerste halfjaar een fulltime projectleider te kunnen aanstellen. Voorts vereist goed projectmanagement dat er niet te veel vernieuwingen tegelijkertijd worden ingevoerd; men moet zich volledig kunnen concentreren op een ingrijpende vernieuwing als IPS. Verder is het zaak om ggz-teams van begin af aan bij de implementatie te betrekken: naast de trajectbegeleiders moeten ook de ggz-teamleden een basale training in het werken met IPS krijgen. Tijdens de kick-off bijeenkomst die als onderdeel van het implementatie traject wordt georganiseerd worden alle teamleden geïnformeerd en betrokken bij IPS. Ook in de training tot IPS trajectbegeleider is hier veel aandacht voor. Een andere essentiële randvoorwaarde is de samenwerking met andere externe partijen zoals UWV, gemeente en zorgverzekeraar.

Tot slot mogen IPS-trajecten niet bij voorbaat mislukken vanwege het uitblijven van financiering. De IPS-praktijk in Nederland is daarom zeer gebaat bij wetten, regelingen en uitvoerende instanties die de arbeidsintegratie van mensen met (psychische) beperkingen daadwerkelijk faciliteren.

Bekostiging IPS

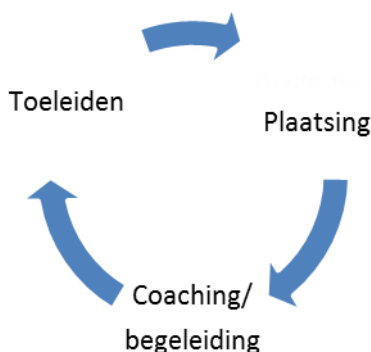
De bekostiging van IPS is niet eenvoudig. Voorheen gaven zorgverzekeraars aan, re-integratie geen onderdeel van zorg te vinden, en verwezen naar andere partijen voor financiering.

Echter die partijen, te weten UWV en gemeente, waren van mening dat IPS zo geïntegreerd was in de zorg dat de re-integratietrajecten dan ook door de zorgverzekeraar bekostigd zouden moeten

worden. De gangbare re-integratie instrumenten sloten niet goed aan bij het cyclische karakter van IPS.

De eerste fase is de fase van kennismaken en toeleiden. Hierin wordt bekeken of de deelnemer gemotiveerd is en of IPS passend is voor hem/haar. Deze fase bleek om meerdere redenen lastig te bekostigen. Afhankelijk van de zorgverzekeraar kon dit wel / niet in een DBC worden opgenomen. En als in een DBC geregistreerd kon worden, dan moest de betreffende IPS trajectbegeleider wel binnen de CONO beroepenstructuur passen. In de praktijk bleken veel trajectbegeleiders anders opgeleid te zijn, waardoor dit een probleem was. Zeer recent is er echter vanuit de zorgverzekeraars meer belangstelling voor IPS. Een grote zorgverzekeraar heeft voor 2015 IPS opgenomen in zijn inkoopvoorwaarden. In het kort komt het erop neer dat als een organisatie IPS aanbiedt aan zijn cliënten, dat de zorgverzekeraar bereid is om die eerste fase, deels te bekostigen.

De tweede fase, die van het zoeken naar werkgevers en banen en de daadwerkelijke plaatsing, kan tegenwoordig voor een deel van de cliëntengroep bekostigd worden door het UWV.



Met ingang van medio 2014 is het namelijk voor GGz instellingen mogelijk om, indien zij aan een aantal voorwaarde voldoen, de re-integratie fase, in bovenstaande afbeelding de fase van plaatsing, bekostigd te krijgen vanuit de Innovatieve Re-integratiedienstverlening van het UWV. Instellingen moeten wel aantonen dat zij modelgetrouw IPS uitvoeren, dat de medewerkers de IPS training, zoals aangeboden door Kenniscentrum Phrenos met goed resultaat hebben afgerond, en dat het gaat om mensen die tot de EPA groep of VIP teams behoren.

Om hiervoor in aanmerking te komen, kan de instelling een aanvraag doen bij het UWV. De exacte voorwaarden zijn terug te lezen op http://www.uwv.nl/Zakelijk/re-integratiediensten/re-integratiedienstverlening_aanbieden/innovatieve_re-integratiedienstverlening.aspx

Per cliënt is voor deze fase maximaal een budget van 5000,- euro beschikbaar, wat afhankelijk van het resultaat en op vooraf vastgestelde tijden, in delen gefactureerd kan worden bij het UWV. Maximale duur van het traject is 3 jaar. Bovenstaand bedrag is uitsluitend bedoeld voor de fase van zoeken en plaatsen.

De fase van coaching en begeleiding kan, als wordt voldaan aan de geldende huidige voorwaarden van het UWV, bekostigd worden uit de Persoonlijke Ondersteuning (PO gelden) van het UWV. De hoogte van dit bedrag is afhankelijk van het aantal werkuren per week van de deelnemer, en van de benodigde intensiteit van de coaching. Dit bedraagt altijd een vast percentage van het aantal werkuren (coaching wordt bijvoorbeeld aangevraagd voor 3, 6, of 10 % van het aantal werkuren per week van de deelnemer. Bij 20 uur werk per week, maximaal 2 uur coaching beschikbaar) Mocht een deelnemer om welke reden dan ook, uitvallen uit werk, dan kan opnieuw de fase van zoeken en plaatsen ingaan, om vervolgens weer coaching aan te vragen als de deelnemer opnieuw aan het werk is.

Bovenstaande is een deel van de oplossing voor de bekostiging van IPS trajecten voor mensen met een UWV uitkering (WAO/WIA/WAJONG, in sommige gevallen Ziektewet), maar deze regeling geldt niet voor mensen met een WWB uitkering (Wet Werk en Bijstand, valt onder gemeente). Kenniscentrum Phrenos is druk bezig om ook voor deze groep mensen IPS bekostiging te realiseren, hetgeen tot nu toe niet eenvoudig is gebleken.

Implementatie

De training Individuele Plaatsing en Steun (IPS)-trajectbegeleider vormt een onlosmakelijk deel van het IPS-traject. Het IPS-traject bestaat uit voorlichting, scholing, supervisie en consultatie en wordt in-company aangeboden aan ggz-instellingen die IPS willen gaan implementeren. Het IPS-traject is op initiatief van Kenniscentrum Phrenos en in samenwerking met het lectoraat Rehabilitatie van de Hanzehogeschool Groningen tot stand gekomen. De trainingsopzet is eind 2012 geactualiseerd.

-Doel: Het leren modelgetrouw toepassen van IPS in denken en handelen als trajectbegeleider. Deelnemers beschikken na afloop van de training over de basisvaardigheden om een IPS-traject te kunnen uitvoeren onder supervisie.

- Doelgroep: Trajectbegeleiders, projectleiders IPS, eventueel teamleiders werkzaam in een ambulante GGZ-team (zorgcoördinatieteams, case managementteams, ACT-teams en FACT-teams). Minimaal HBO-geïnscholen professionals werkzaam in de langdurige zorg / rehabilitatie & arbeidsreïntegratie met enige jaren ervaring in het trajectmatig begeleiden van cliënten met ernstige psychische aandoeningen. Relevante vooropleidingen: HBO Personeel en Arbeid, HBO SPH, Post HBO arbeidsdeskundige. Voor een zinvolle deelname moet de deelnemer in de gelegenheid zijn, d.m.v. vrijstelling in uren en taken, om tijdens en na de training individuele IPS-trajecten met cliënten uit te voeren.

- Aantal deelnemers: Minimaal 6; maximaal 12 deelnemers.

- Het programma van de training is afhankelijk van de grootte van de groep en varieert van 14 dagdelen training voor een groep van 6 – 8 deelnemers tot 17 dagdelen training voor een groep van 9 – 12 deelnemers.

De training is opgebouwd uit de drie volgende elementen:

Het eerste deel is “klassikaal”, betreft 3 hele lesdagen en hierin komen de volgende onderwerpen aan bod:

- Methodiek IPS
- Samenwerking met GGZ team
- Acquisitie
- Wet- en regelgeving

Een tweede deel van de training vindt op de eigen werklocatie van de IPS trajectbegeleider plaats, de zogenaamde “training on the spot”. Afhankelijk van de leervraag van de deelnemer zal de docent de deelnemer individueel of in 2 talen coachen, bijvoorbeeld op het gebied van samenwerking met het team of acquisitie.

Het laatste onderdeel van de training is de intervisie. In diverse bijeenkomsten wordt cliënt gerichte intervisie volgens vast protocol gehouden. Tevens is tijdens deze bijeenkomsten gelegenheid om, indien nodig, nog dieper op de methodiek in te gaan.

Werkwijze: Als didactisch uitgangspunt wordt één van de belangrijkste principes van IPS gehanteerd: al werkende weg leren en ontwikkelen, datgene wat aan bod komt direct toepassen in de praktijk. Het werkplekleren staat centraal en middels de Meetlat IPS kan ten volle reflectie op het eigen functioneren benut worden. Bij IPS staan de voorkeuren van de cliënt centraal; analoog staan in de training de leervoorkeuren van de deelnemers centraal. Dat gebeurt door

middel van de Meetlat IPS die gebaseerd is op de competenties van de IPS-trajectbegeleider. Van de deelnemer wordt verwacht er naar te streven een bekwaam IPS-trajectbegeleider te willen worden.

Kosten

De kosten voor een regulier in-company traject bedragen in 2014, afhankelijk van de groepsgrootte:

€ 18.610,-- voor een implementatie en scholingstraject voor een groep van 6 – 8 deelnemers

€ 21.220,-- voor een implementatie en scholingstraject voor een groep van 9 – 12 deelnemers

Indien wenselijk kan een IPS implementatie- en scholingstraject op maat worden aangeboden. Hiervoor geldt een aangepast tarief.

Voor bij Kenniscentrum Phrenos aangesloten instellingen geldt een korting op de hierboven genoemde kosten van het traject.

Voor alle instellingen geldt dat zij nog tot begin 2016 in aanmerking kunnen komen voor een korting in verband met participatie van Kenniscentrum Phrenos in het Learning Collaborative van Dartmouth. Meer informatie hierover is te vinden op de website van Kenniscentrum Phrenos.

5. Onderzoek naar praktijkervaringen

Onderzoek praktijkervaringen

- A. Erp, N. van, Giesen, F. Leeuwen L. van, Weeghel, J. van (2005).
- B. Dit betreft een onderzoek naar de implementatie van IPS in vier regio's. Het onderzoek richt zich met name op de bevorderende en belemmerende factoren en de modelgetrouwheid van de implementatie. Daarnaast zijn de reikwijdte van de implementatie (bereikte cliënten) en de bruikbaarheid van het implementatiepakket onderzocht. In het kader van het onderzoek zijn interviews afgenomen met projectleiders, trajectbegeleiders, hulpverleners uit de ggz-teams en cliënten.
- C. Uit het onderzoek komt naar voren dat bij projectleiders en trajectbegeleiders over de gehele linie veel draagvlak bestaat voor IPS. Er bestaat veel enthousiasme om deze werkwijze binnen de eigen instelling te implementeren. Desondanks zijn de omstandigheden waaronder zij hebben moeten werken niet optimaal geweest: ze hadden te weinig tijd voor dit project en moesten die tijd bovendien nog besteden aan het regelen van randvoorwaarden (financiering), waardoor er te weinig tijd resteerde voor de inhoudelijke aansturing. Desalniettemin lijken zij erin geslaagd om hun beperkte tijd en middelen te compenseren met veel enthousiasme en inzet. Het draagvlak voor IPS in de GGZ-teams is wisselend. De casemanagers zijn in het algemeen positief over IPS, maar zien IPS vooral als een taak voor trajectbegeleiders en niet voor henzelf. In één regio was de samenwerking met één van de teams erg problematisch. Dit kwam onder meer omdat de teamleider het team onvoldoende voorbereid op IPS, waardoor de casemanagers nogal overrompeld werden. De reacties van cliënten op IPS variëren van negatief tot heel positief. Negatieve reacties hebben vooral te maken met de angst om de uitkering te verliezen, om in het keurslijf van het heersende arbeidsethos te komen en zich te moeten aanpassen aan de werkplek. Daarom hebben sommige cliënten een voorkeur voor vrijwilligerswerk of cliënt gestuurde projecten. Aan de andere kant zijn er veel cliënten die graag willen werken en die IPS als een laatste hoop op betaald werk zien.

Praktijkvoorbeeld

Gabriël studeert aan het conservatorium en speelt in een band wanneer hij voor het eerst een manische episode beleeft. De jaren daarna wisselen ziekenhuisopnames zich af met perioden waarin hij weinig anders doet dan drinken en marihuana roken met mensen die hij tegenkomt in het lokaal GGZ-centrum waar hij in behandeling is³. Hij vertelt zijn casemanager op een dag hoezeer zijn leven hem tegenstaat. Hij neemt zichzelf kwalijk dat hij ‘psychiatrisch patiënt’ is en geen baan heeft, zoals zijn vrienden van de middelbare school en het conservatorium. De casemanager overtuigt zich er eerst van dat Gabriel niet acuut suïcidaal is en brengt hem vervolgens in contact met de trajectbegeleider van het team.

De dag daarna drinken de trajectbegeleider en Gabriel samen koffie in een horecagelegenheid. De trajectbegeleider vraagt Gabriel wat voor werk hij wil doen wanneer zijn psychische stoornis hem niet langer demoraliseert. Gabriel is verrast door deze vraag, maar antwoordt dat hij altijd van een platencontract heeft gedroomd. De trajectbegeleider vraagt zich vervolgens hardop af via welke stappen Gabriel deze wens zou kunnen realiseren. Hij vertelt Gabriel ook dat hij die ochtend een personeelsadvertentie heeft gelezen waarin een lokale boekhandel een parttime medewerker voor de muziekafdeling vraagt. Nu, twee jaar later, is Gabriel chef van de muziekafdeling en speelt hij in de weekends gitaar met enkele muzikanten die vaste klant bij hem zijn. Hij drinkt geen alcohol meer en heeft het gebruik van marihuana sterk verminderd omdat hij er tijdens het werk last van heeft. Gabriels zelfchting is gestegen, waardoor hij meer moeite doet zijn symptomen onder controle te houden. Sinds het begin van zijn baan is hij dan ook niet meer opgenomen geweest. Gabriel komt maandelijks bijeen met zijn trajectbegeleider om over vervolgstappen in zijn carrière na te denken.

Bron: Becker e.a. (2002) Workbook Supported Employment

NB: Een nieuwe praktijkbeschrijving zal worden gepubliceerd in het nieuwe FACT Handboek.

6. Onderzoek naar de effectiviteit

Onderzoek in Nederland

- A. Michon, H.W., Busschbach, J.T. van, Vugt, M. van, Stant, A.D. (2011)
Busschbach, J.T. van, Michon, H., Vugt, M. van, Stant, A.D. (2011)
Michon, H.W., Busschbach, J.T. van, Vugt, M. van & Stant, A.D, Van Weeghel, J. van (2014)
- B. SCION staat voor 'a Study of Cost-effectiveness of IPS on Open employment in the Netherlands'. SCION is uitgevoerd als een gerandomiseerde gecontroleerde studie (RCT) waarbij deelnemers (mensen met ernstige psychische aandoeningen), die betaald werk willen vinden en daarbij begeleid willen worden, via loting naar een IPS-traject of een regulier arbeidsre-integratietraject werden verwezen. De belangrijkste uitkomstmaat van deze studie is het verkrijgen van regulier betaald werk. Daarnaast is nagegaan of IPS kosteneffectief is en tot een hogere kwaliteit van leven, meer zelfwaardering en een beter psychisch functioneren leidt. De oorspronkelijke studie, SCION-I, kende naast de baseline meting twee vervolgmetingen (follow-up): zes maanden en 18 maanden na instroom. In de deelstudie SCION-II zijn de deelnemers nog een extra jaar gevolgd, oftewel er is een extra follow-up meting uitgevoerd na 30 maanden. Het onderzoek is uitgevoerd onder 151 cliënten van vier ggz-instellingen.
- C. Na 30 maanden follow-up vinden deelnemers in de IPS-groep beduidend vaker werk (44%) dan deelnemers uit de vergelijkingsgroep (25%). Voorts blijkt IPS een positief bijeffect te hebben in termen van psychische gezondheid, zelfwaardering en kwaliteit van leven. De vooruitgang op deze aspecten treedt echter ook en in vergelijkbare mate op bij de controlegroep. De positieve uitkomsten gaan gepaard met (enigszins) hogere maatschappelijke kosten voor de IPS groep: gemiddeld € 1.705 per cliënt in de IPS-groep, tegenover € 1.176 in de RA-groep. De kosteneffectiviteitsanalyse wijst uit dat de kosten per additioneel procent personen met regulier werk €1.084 bedragen (exclusief de frictiekosten en maatschappelijke besparingen als gevolg van deelname aan de arbeidsmarkt).

Internationaal effectonderzoek naar IPS

Het IPS-model is in de VS grondig getest op effectiviteit in een ruime serie randomised controlled trials (RCT) (o.a. Drake e.a., 1999; Lehman e.a., 2002; Mueser e.a., 2004). In dit overzicht beperken we ons tot twee systematische reviews van Crowther e.a. (2001) en Bond e.a. (2008), waarin deze afzonderlijke RCT's gezamenlijk zijn beoordeeld.

- A. Crowther, R.E., Marshall, M., Bond, G.R., Huxley, P. (2001).
- B. Systematische review (Cochrane Review). In de review zijn 18 randomised controlled trials (RCT's) geïncludeerd waarin de effecten van IPS en andere arbeidsintegratieprogramma's zijn onderzocht voor mensen met ernstige psychische aandoeningen.
- C. Uit de Cochrane review komt naar voren dat IPS effectiever is dan traditionele arbeidsintegratieprogramma's (train-then-place). Na 18 maanden heeft 34% van de deelnemers aan IPS betaald regulier werk, tegenover 12% van de deelnemers aan traditionele arbeidsintegratie (RR random effects (unemployment) 0.76 95% CI 0.64 to 0.89, NNT 4.5). Deelnemers aan IPS verdienen ook meer en werken meer uren per maand dan deelnemers van traditionele arbeidsintegratie.

A. G.R. Bond, R.E. Drake & R. Becker (2008)

Onderdeel van deze review vormt een studie van Burns e.a. (2007), waarin de effectiviteit van IPS in zes Europese steden is bepaald.

B. Voor hun review selecteerden Bond e.a. (2008) gerandomiseerde gecontroleerde effectstudies (RCT's) naar IPS-programma's, die hoog scoren op de schaal voor IPS-modeltrouw. De controlegroepen bestonden uit de gebruikelijke begeleiding ('care as usual'), oftewel een andere vorm van arbeidsbegeleiding, zoals beschutte werkplaatsen en traditionele re-integratieprogramma's. In totaal voldeden 11 onderzoeken aan de gestelde criteria. De totale steekproefomvang bedraagt meer dan 500 IPS-deelnemers (mensen met ernstige psychische aandoeningen)..

C. Uit de review van Bond e.a. (2008) komen de volgende bevindingen:

- Gemeten over alle 11 studies lukt het met IPS om gemiddeld 61% van de deelnemers naar betaald werk te begeleiden, tegen 23% bij de controlegroepen. De effectgrootte is met 0,83 hoog.
- Van de IPS-deelnemers werkt 44% minimaal 20 uur per week tegen 14% bij de controlegroepen. De effectgrootte bedraagt hier 0.67.
- Gemiddeld duurt het met IPS 138 dagen om een betaalde baan te vinden tegen 206 dagen in de controlesituaties.
- Voorts blijken IPS-deelnemers gemiddeld 12 weken per jaar betaalde arbeid te verrichten tegen vijf weken bij de controlegroep.
- Tenslotte duurt de langstdurende baan bij de IPS-groepen gemiddeld 22 weken tegen 16 weken bij de controlegroepen.

7. Aangehaalde literatuur

Becker, D.R. & Drake, R.E (2001). *A Working Life For People With Severe Mental Illness*. Oxford, USA: Oxford University Press.

Becker, D.R., Bond, G.R., Mueser, T.R, Torrey, W.C. (2002). *Workbook Supported Employment*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration's (SAMHSA).

Becker, D.R., Xie, H., McHugo, G.J., Halliday, J., & Martinez, R.A. (2006). What predicts supported employment program outcomes? *Community Mental Health Journal*, 42, 303-313.

Becker, D. R., Swanson, S., Bond, G. R., & Merrens, M. R. (2008). *Evidence-Based Supported Employment Fidelity Review Manual*. (1 ed.) San Diego: University Readers.

Becker, D. R., Swanson, S., Bond, G. R., & Merrens, M. R. (2011). *Evidence-Based Supported Employment Fidelity Review Manual*. (2 ed.) Lebanon, NH: Dartmouth Psychiatric Research Center.

Bond, G. R., Becker, D. R., Drake, R. E., & Vogler, K. M. (1997). A Fidelity Scale for the Individual Placement and Support Model of Supported Employment. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 40, 265-284.

Bond, G.R., Salyers, M.P., Dincin, J., Drake, R., Becker, D.R., Fraser, V.V., et al. (2007). A randomized controlled trial comparing two vocational models for persons with severe mental illness. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(6), 968-982.

Bond, G.R., Drake, R.E. & Becker, R. (2008). An Update on Randomized Controlled Trials of Evidence-Based Supported Employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31 (4), 280-290.

Burns, T., Catty, J., Becker, T., Drake, R.E., Fioritti, A., M., EQOLISE Group (2007). The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: A randomised controlled trial. *Lancet*, 370(9593), 1146-1152.

Busschbach, J.T. van, Michon, H., Vugt M. van & Stant, A.D. (2011). *Effectiviteit van Individuele Plaatsing en Steun in Nederland. Verslag van een gerandomiseerde gecontroleerde effectstudie. Basisrapport SCION-I en II; Bevindingen na 30 maanden follow-up*. Groningen/Utrecht: Rob Giel Onderzoekscentrum/Trimbos-instituut.

Catty, J., Lissouba, P., White, S., Becker, T., Drake, R.E. et al. (2008). Predictors of employment for people with severe mental illness: results of an international six-centre randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 192, 224-231.

Coenen-Hanegraaf, M., Valkenburg, B. Ploeg, M. & Coenen, H. (1998). *Begeleid werken. Theorie en methodiek van een individuele, vraaggerichte benadering*. Utrecht: Uitgeverij Jan van Arkel.

Crowther, R., Marshall, M., Bond, G.R., Huxley, P. (2001). Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2 Art. No.: CD003080.

Delespaul, P., Vries, M. de, Os, J. van (2002). Determinants of occurrence and recovery from hallucinations in daily life. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 37, 97-104.

Delespaul, Ph., & consensusgroep EPA (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55, 427-438.

Drake, R.E., McHugo, G.J., Bebout, R.R., Becker, D.R, Harris, M., Bond, G.R., & Quimby, E. (1999). A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, 56, 627-633.

Erp, N.H.J. van, Weeghel, J. van (2000). *Jobcoaching. Nieuwe arbeidsmogelijkheden voor mensen met psychische beperkingen*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Erp, N. van, Giesen, F. Leeuwen L. van, Weeghel, J. van (2005). *Implementatie van Individual Placement and Support (IPS) in Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Erp, N.H.J. van, Giesen, F.B.M., Weeghel J. van, Kroon, H., Michon, H.W.C., Becker, D., e.a. (2007). A multisite study of implementing supported employment in the Netherlands. *Psychiatric Services*, 58, 1421-1426.

Erp, N. van, Michon, H., Duin, D. van, Weeghel, J. van (2013). Ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijn Werk en ernstige psychische aandoeningen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55, 3, 193-202.

Erp, N. van, Michon, H., Duin, D. van, Weeghel, J. van (2013). Multidisciplinaire richtlijn Werk en ernstige psychische aandoeningen. In: Sv Rooijen, Jv Busschbach, Jv Weeghel (red.). *Psychiatrische rehabilitatie. Jaarboek 2012-2013*, 186-197.

Giesen, F, Erp N.H.J. van, Weeghel, J. van, Michon, H., & Kroon, H. (2007). De implementatie van Individual Placement and Support in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 49, 611-621.

Hulsbosch, L., Michon, H., Weeghel, J. van (2012). *De IPS monitor. Ontwikkeling van een monitor als onderdeel van implementatie van Individuele Plaatsing & Steun in Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Ketelaars, D. & Weeghel, J. van (1994). *Supported employment: een nieuwe methode voor arbeidsrehabilitatie in Nederland*. Utrecht: Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid.

Kroon, H., & Pijl, Y.J. (2008). *Het aantal mensen met ernstige psychische stoornissen in de GGZ: trends in de periode 1995-2004 op basis van psychiatrische casusregisters*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Lehman, A.F., Goldberg, R., Dixon, L.B., McNary, S., Postrado, L., Hackman, A., & McDonnell, K. (2002). Improving employment outcomes for persons with severe mental illnesses. *Archives of General Psychiatry*, 59, 165-172.

Michon, H.W., Busschbach, J.T. van, Vugt, M. van, Stant, A.D. (2011). *Effectiviteit van Individuele Plaatsing en Steun in Nederland; Verslag van een gerandomiseerde gecontroleerde effectstudie*;

Deelrapport 1: Bevindingen na 18 maanden follow-up. Utrecht: Trimbos-instituut; Groningen: RGOc/UMCG.

Michon, H.W., Busschbach, J.T. van, Vugt, M. van & Stant, A.D, Van Weeghel, J. van (2013). De effectiviteit van Individuele Plaatsing en Steun. Een studie naar de resultaten van vernieuwde arbeidsrehabilitatie in Nederland. In: Sv Rooijen, Jv Busschbach, Jv Weeghel (red.). *Psychiatrische rehabilitatie. Jaarboek 2012-2013*, 175-186.

Michon, H.W., Busschbach, J.T. van, Vugt, M. van e.a. (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* (*accepted for publication*).

Mueser, K.T., Clark, R.E., Haines, M., Drake, R.E., McHugo, G.J., Bond, G.R., Essock, S.M. Becker, D.R., Wolfe, R., & Swain, K. (2004). The Hartford study of supported employment for persons with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 479-490.

Overweg, K., Michon, H. (2011). *Factsheet Panel Psychisch Gezien*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Perkins, D., Raines, J., Tschopp, M., & Warner, T. (2009). Gainful employment reduces stigma toward people recovering from schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 45, 158-162.

Place, C., Hulsbosch, L., Michon, H. (2012). *Factsheet Panel Psychisch Gezien*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Weeghel, J. van (1995). *Herstelwerkzaamheden. Arbeidsrehabilitatie van psychiatrische patiënten*. Proefschrift. Utrecht: SWP

Weeghel, J. van, Michon, H., Kroon, H. (2002). Arbeidsrehabilitatie vanuit een GGZ-team. De betekenis van het Individual Placement en Supportmodel uit de Verenigde Staten. *Maandblad geestelijke volksgezondheid*, 57, 936-949.

Weeghel, J. van, Bruinvels, D. Huson, A. e.a. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn Werk en ernstige psychische aandoeningen*. Utrecht: De Tijdstroom.