Effectiviteit van Individuele Plaatsing en Steun in Nederland;

Verslag van een gerandomiseerde gecontroleerde effectstudie

J.T. van Busschbach, H. Michon, M. van Vugt & A.D. Stant
M.m.v. L.C. Aerts-Roorda & N. van Erp

Basisrapport scion-I en II;
Bevindingen na 30 maanden follow-up

RGOc

Trimbos instituut

umcg

Scion = a Study of Cost-effectiveness of IPS on Open employment in the Netherlands

Effectiviteit van Individuele Plaatsing en Steun in Nederland

J.T. van Busschbach, H. Michon, M. van Vugt & A.D. Stant

M.m.v. L.C. Aerts-Roorda & N. van Erp

Effectiviteit van Individuele Plaatsing en Steun in Nederland

Eindverslag van een gerandomiseerde gecontroleerde effectstudie

Deel 2: Bevindingen na 30 maanden follow-up

SCION = a Study of Cost-effectiveness of IPS on Open employment in the Netherlands

Colofon

SCION team: L. C. Aerts-Roorda, J.T. van Busschbach, N. van Erp, H. Michon, A. Niersman, A.D. Stant, M. van Vugt.

Projectleiding: J. T. van Busschbach & H. Michon
Advies: J. van Weeghel, H. Kroon, D. Wiersma (resp. Kenniscentrum Phrenos, Trimbos-instituut en UMCG / Rob Giel Onderzoek*centrum*)
Projectassistentie: A. van Bussel, M. Snijder.

In SCION werken samen: Trimbos-instituut (programma Reïntegratie), UMCG / Rob Giel Onderzoek*centrum* en (voor advies en training) Kenniscentrum Phrenos. De deelnemende GGZ-instellingen zijn Dimence (voorheen Adhesie), Pameijer / Bavo Europoort (Parnassia Bavo Groep), GGzE en Lentis / UCP UMCG. Deze vier GGZ-instellingen hebben o.a. een bijdrage geleverd aan de datacoördinatie, met o.a. als contactpersonen respectievelijk A. Bennink & W. Vogel, F. Heerema, J. Taabe en D. van de Meer.

Begeleidingscommissie bij SCION-I: dhr. E. v.d. Haar (GGZ Drenthe; voorzitter), dhr. H. Kuyper (Radar), mw. K. Nieuwenhuijsen (Coronel-instituut). Mw. L . Vis (vanaf november 2009) en dhr. J. van Eekelen (tot november 2009) van UWV namen deel aan deze commissie als vertegenwoordiger van de financier.

Financier van SCION-II is ZonMw. Voornaamste financier van SCION-I was UWV, waarnaast bijdragen van Trimbos-instituut en UMCG-RGOc en het Intern Fonds Doelmatigheid van het UMCG.

Omslagontwerp: J. de Jager (www.jeroenjager.com) / Beeld: www.istockphoto.com

Drukwerk: Plan Support drukkerij Assen

Bestelgegevens
Dit rapport is als pdf te downloaden van www.rgoc.nl of www.trimbos.nl.
Een hard-copy exemplaar van deze uitgave is te bestellen via info@rgoc.nl a € 12, 95. Voor degenen die al eerder het tussenrapport bestelden en gefactureerd kregen, worden alleen verzendkosten in rekening gebracht.

Trimbos-instituut
Da Costakade 45
Postbus 725
3500 AS Utrecht
T: 030-297 11 00
F: 030-297 11 11

© 2011, Rob Giel Onderzoekcentrum, Groningen, & Trimbos-instituut, Utrecht

Inhoudsopgave

TEN GELEIDE **7**

SAMENVATTING **9**

1 ACHTERGROND EN OPZET **13**

1.1 VERNIEUWDE ARBEIDSINTEGRATIE VOOR MENSEN MET ERNSTIGE PSYCHISCHE AANDOENINGEN 13

1.2 EFFECTIVITEIT VAN IPS 14

1.3 ONDERZOEKSVRAGEN 15

1.4 OPZET 15

1.5 ANALYSE 20

1.6 TIJDPAD EN FASERING SCION 21

1.7 KERNGEGEVENS SCION 21

2 MODELGETROUWHEID - FIDELITY METINGEN **23**

2.1 ACHTERGROND 23

2.2 OPZET 23

2.3 SCOREBELOOP MODELGETROUWHEIDSMETINGEN GEDURENDE ONDERZOEKSPERIODE 24

2.4 CONTRAST IPS MET REGULIERE ARBEIDSBEGELEIDING 26

2.5 TOT SLOT 26

3 DE ONDERZOEKSDEELNEMERS **27**

3.1 CONSORT FLOW SCION 27

3.2 BASELINE GEGEVENS INGESTROOMDE RESPONDENTEN 27

3.3 EVALUATIE RANDOMISATIE 29

4 DE ARBEIDSTRAJECTEN **31**

4.1 START VAN DE TRAJECTEN 31

4.2 DUUR VAN DE TRAJECTEN 31

4.3 CONTACTEN TUSSEN CLIËNT EN ARBEIDSBEGELEIDER 32

4.4 CONTACTEN TUSSEN ARBEIDSBEGELEIDER EN GGZ-HULPVERLENERS 34

4.5 CONTACTEN TUSSEN ARBEIDSBEGELEIDER EN WERKGEVERS 34

4.6 CONTINUÏTEIT BINNEN HET TRAJECT 36

4.7 AFSLUITING TRAJECTEN 36

5 AAN HET WERK - ONDERZOEKSVRAAG 1 39

5.1 ANALYSE 39

5.2 GEWERKT IN DE ONDERZOEKSPERIODE T0-T30 41

5.3 WERK VINDEN IN DE EERSTE ZES RESPECTIEVELIJK 18 MAANDEN EN 30 MAANDEN 42

5.4 KENMERKEN VAN DE GEVONDEN BANEN 44

5.5 ARBEIDSTEVREDENHEID 48

6 GEVOLGEN VOOR PSYCHISCH FUNCTIONEREN, ZELFWAARDERING EN KWALITEIT VAN LEVEN: ONDERZOEKSVRAAG 2 51

6.1 PSYCHISCHE GEZONDHEID 52

6.2 ZELFWAARDERING 53

6.3 ERVAREN KWALITEIT VAN LEVEN 53

7 ECONOMISCHE EVALUATIE; ONDERZOEKSVRAAG 3 55

7.1 INLEIDING 55

7.2 METHODE 55

7.3 RESULTATEN 58

8 CONCLUSIE & DISCUSSIE 67

8.1 CONCLUSIES 67

8.2 KRACHT VAN DE STUDIEBEVINDINGEN 67

8.3 WAARDERING VAN DE UITKOMSTEN 69

8.4 IMPLEMENTATIE VAN IPS 71

REFERENTIES 73

9 BIJLAGEN 77

9.1 BIJLAGE BIJ HOOFDSTUK 1 - GEBRUIKTE MEETINSTRUMENTEN 78

9.2 BIJLAGE BIJ HOOFDSTUK 2 – TABEL MODELGETROUWHEIDSMETING 80

9.3 BIJLAGE BIJ HOOFDSTUK 3 – TABELLEN MET KERNGEGEVENS STEEKPROEF 81

9.4 BIJLAGE BIJ HOOFDSTUK 4 – TABELLEN CONTACTGEGEVENS ARBEIDSBEGELEIDING 88

9.5 BIJLAGE BIJ HOOFDSTUK 5 – TABELLEN HOOFDUITKOMST 90

9.6 BIJLAGE BIJ HOOFDSTUK 7 – TABELLEN + FIGUREN ECONOMISCHE EVALUATIE 92

9.7 AFKORTINGEN 94

Ten geleide

SCION staat voor **a Study of Cost-effectiveness of IPS on Open employment in the Netherlands** en betreft een studie naar het arbeidsre-integratiemodel Individual Placement & Support (IPS, ook wel vertaald als Individuele Plaatsing & Steun). IPS is een in de Verenigde Staten ontwikkelde vorm van arbeidsbegeleiding, bedoeld om mensen die langdurig afhankelijk zijn van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) weer aan het werk te helpen. SCION is uitgevoerd als een gerandomiseerde gecontroleerde studie (RCT) waarbij deelnemers, 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. In dit rapport doen we verslag van de gehele SCION studie.

Waar gesproken wordt van de cliënten, of onderzoeksdeelnemers, wordt de groep cliënten van de GGZ bedoeld die deelgenomen hebben aan SCION.

Samenvatting

Dit rapport bevat een verslag van de SCION-studie, een gerandomiseerde gecontroleerde studie naar de effectiviteit van het Individual Placement & Support (IPS) model in Nederland.

De opzet en achtergrond van deze studie worden beschreven in **hoofdstuk 1**. IPS is een model voor arbeidsbegeleiding voor mensen met ernstige en langdurige psychische aandoeningen die de wens hebben om regulier betaald werk te vinden. Kenmerkend en onderscheidend aan IPS is onder andere: de focus ligt op regulier betaald werk; er wordt snel en gericht gezocht naar werk met een minimum aan voorafgaande assessment en voorbereiding; eventuele training gebeurt bij voorkeur na de plaatsing op het werk; arbeidsbegeleiding en de zorg worden geïntegreerd. In SCION is deze aanpak vergeleken met de reguliere arbeidsbegeleiding (RA). RA verschilt van IPS met name op bovengenoemde kenmerken: de begeleiding is gericht op werk volgens een ruimere definitie, dat wil zeggen: alle vormen van werk, zowel betaald als onbetaald kunnen het doel van de begeleiding zijn; voorafgaand aan het zoeken naar en plaatsing in een baan vindt doorgaans eerst een relatief uitgebreide *assessment* en voorbereiding plaats; training gaat veelal vooraf aan plaatsing; de arbeidsbegeleiding is niet geïntegreerd met de zorg.

SCION is uitgevoerd bij de ambulante en intramurale zorgafdelingen of teams voor mensen met ernstige en langdurige psychische aandoeningen van vier GGZ instellingen in verschillende regio's in Nederland. Cliënten die duidelijk te kennen gaven betaald werk te willen vinden en daarbij begeleid wensten te worden zijn direct na de startmeting gerandomiseerd naar een IPS-traject of een meer regulier arbeidsreintegratiehabilitatie-traject. Cliënten zijn dertig maanden gevolgd, met vervolgmetingen na zes, achttien en dertig maanden. De primaire uitkomstmaat is het verkrijgen van regulier betaald werk. Daarnaast is gekeken naar mogelijke effecten op kwaliteit van leven, zelfwaardering en functioneren. Ten derde is een kostenevaluatie verricht.

In **hoofdstuk 2** wordt ingegaan op de mate waarin op de vier locaties IPS modelgetrouw toegepast is en de mate van contrast tussen de IPS interventie en de reguliere arbeidsbegeleiding. In twee regio’s was sprake van goede modeltrouw en voldoende contrast met de reguliere arbeidsbegeleiding. In twee andere regio's was sprake van matige modeltrouw, op één van die twee locaties werd bovendien een laag contrast gevonden tussen de IPS interventie en de reguliere arbeidsbegeleiding.

Het **derde hoofdstuk** beschrijft de groep cliënten die deelgenomen heeft aan de studie. In totaal begonnen 151 cliënten met het onderzoek. Gezien de gevonden kenmerken kan worden gesteld dat de beoogde doelgroep, mensen met ernstige en langdurige psychische problematiek, bereikt is. De randomisatie is geslaagd wat blijkt uit het feit dat op een groot aantal onderzochte kenmerken de twee groepen deelnemers aan de studie niet verschillen. Een uitzondering is het psychisch functioneren: deelnemers in de IPS groep beoordeelden de eigen psychische gezondheid bij de start van het onderzoek als minder goed dan deelnemers in de vergelijkingsgroep.

Hoofdstuk 4 beschrijft de arbeidsbegeleidingstrajecten die cliënten doorlopen hebben. Tevens worden verschillen en overeenkomsten tussen IPS en reguliere arbeidsbegeleiding geëxploreerd. De twee groepen verschillen vooral in het aantal contacten tussen arbeidsbegeleiders en GGZ hulpverleners: in de IPS groep komen dergelijke contacten duidelijk vaker voor. Contacten met deelnemers zelf en met (potentiële) werkgevers komen in beide onderzoeksgroepen ongeveer even vaak voor. Verder zijn er grote variaties te zien binnen de vier regio's.

In **hoofdstuk 5** komt de eerste hoofdvraag van het onderzoek aan de orde: is IPS effectiever dan gebruikelijke arbeidsbegeleiding voor de mensen uit de beoogde doelgroep in termen van het vinden van regulier betaald werk? De hoofdanalyse wijst uit dat de deelnemers in de IPS groep significant vaker werk vinden (44%) dan de deelnemers uit de vergelijkingsgroep (25%). Sensitiviteitsanalyses wijzen in dezelfde richting. Als bijvoorbeeld rekening gehouden wordt met de mogelijke invloed van psychische gezondheid en locatie, blijft IPS effectiever dan reguliere arbeidsbegeleiding. Ook als de locatie waarin sprake was van zowel matige modeltrouw als laag contrast, uit de analyse gehouden wordt, vindt een significant grotere proportie IPS-cliënten regulier betaald werk.

De 51 deelnemers die regulier betaald werk gevonden hebben, hadden heel diverse banen. De betreffende personen werkten gemiddeld 291 dagen, gemiddeld 22 uur per week.

Hoofdstuk 6 gaat in op de vraag of IPS mogelijk ook een positief of juist negatief effect heeft op de deelnemers heeft in termen van psychische gezondheid, zelfwaardering en kwaliteit van leven. Bij zowel de IPS- als de vergelijkingsgroep is een vooruitgang te zien op psychische gezondheid maar dit is bij de IPS groep niet sterker of zwakker dan bij de ander groep. De zelfwaardering en kwaliteit van leven blijft onveranderd. Al met al is er dus geen negatief effect van IPS op psychische gezondheid, zelfwaardering en kwaliteit van leven bij de cliënten.

In **hoofdstuk 7** worden de resultaten van de economische evaluatie gepresenteerd. De directe kosten van arbeidsrehabilitatie bedroegen gemiddeld €1705 per cliënt in de IPS-groep, tegenover €1176 in de RA-groep. In de IPS-groep hadden meer personen betaald werk verricht, en bovendien werkten zij gemiddeld meer uren dan de RA-groep, hetgeen resulteerde in hogere (potentiële) maatschappelijke besparingen gerelateerd aan het verrichten van werk. Echter het percentage personen met ziekenhuisopnames was enigszins hoger in de IPS-groep. Al met al bedroegen de gemiddelde totale maatschappelijke kosten gedurende de gehele onderzoeksperiode (30 maanden) €57.285 in de IPS-groep en €43.819 in de RA-groep (inclusief de besparingen gerelateerd aan het hernieuwd deelnemen aan de arbeidsmarkt). De incrementele kosteneffectiviteitsratio's, de verandering in kosten afhankelijk van het resultaat, die in twee afzonderlijk uitgevoerde kosteneffectiviteitsanalyses werden bepaald bedroegen €1.084 per additioneel procent personen met regulier werk.

De conclusies uit de SCION-studie worden getrokken in **hoofdstuk 8**. De belangrijkste conclusie is dat IPS beduidend meer mensen aan betaald werk helpt, terwijl toepassing van de interventie niet leidt tot een daling in psychische gezondheid, kwaliteit van leven en zelfvertrouwen. Deze positieve uitkomsten gaan gepaard met (enigszins) hogere maatschappelijke kosten voor de IPS groep. De interpretatie van de kosteneffectiviteit van IPS is afhankelijk van wat beleidsmakers bereid zijn te betalen voor de gevonden positieve effecten.

Tot slot worden in hoofdstuk 8 enige discussiepunten opgevoerd en besproken. Ingegaan wordt op de kracht van de studiebevindingen, de waarde van de arbeidsuitkomsten en de implementatie van IPS.

Hoofdstuk 9 bevat enkele bijlagen, voornamelijk met aanvullende tabellen, en tot slot een korte lijst van gebruikte afkortingen.

1 Achtergrond en opzet

1.1 Vernieuwde arbeidsintegratie voor mensen met ernstige psychische aandoeningen

De meeste mensen met ernstige en langdurige psychische stoornissen, zoals schizofrenie en andere psychosen, bipolaire stoornissen, ernstige depressies en persoonlijkheidsstoornissen, zijn geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschiktheid verklaard of behoren tot de cliënten van de sociale dienst met een zogeheten grote afstand tot de arbeidsmarkt. Naar schatting heeft slechts 10 tot 15% van deze groep regulier werk (Michon e.a., 2003).

Niettemin wil het merendeel van deze groep (weer) aan het werk, mits de condities gunstig zijn (Swildens, 1995; Van Hoof e.a., 2000). Arbeidsre-integratie voor deze doelgroep is in afgelopen decennia uitgegroeid tot een veelzijdige praktijk. Veel projecten exploiteren zelf beschutte werkplaatsen, andere zijn via voorbereidende trajecten gericht op reguliere arbeid (Michon & Van Weeghel, 1999).

Over de effectiviteit van deze projecten in de toeleiding naar arbeid is weinig bekend. De Nederlandse benadering is eind jaren negentig te typeren als een voorzichtige: de nadruk ligt op het bieden van alternatieven voor en het stapsgewijs voorbereiden op reguliere arbeid. Er wordt nog weinig geplaatst in betaald werk op de gewone arbeidsmarkt en er is nog weinig aandacht voor het behoud van werk. Waar projecten wel gericht zijn op betaald werk worden mensen met ernstige en langdurige psychische stoornissen matig bereikt.

Individual Placement & Support

In de VS hebben Becker en Drake (1993) een arbeidsre-integratieprogramma ontwikkeld dat juist is toegesneden op de behoeften van mensen met ernstige psychische stoornissen: Individual Placement and Support (IPS). Belangrijke principes van dit model zijn (Van Erp e.a., 2005; Van Weeghel e.a., 2002):

- De wens van een 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. Cliënten 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 arbeidsbegeleider 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.
- De voorkeuren van de cliënt staan centraal. Arbeidsbegeleider en cliënt zoeken samen een arbeidsplaats die aansluit op de wensen, mogelijkheden en werkervaring van de cliënt.
- Het inschatten van arbeidsmogelijkheden vindt doorlopend plaats en zoveel mogelijk na plaatsing in de arbeidssituatie, gebaseerd op concrete werkervaringen.
- Ook vaardigheidstrainingen 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 plaatsen in de werksituatie (*'train then place'*).
- Ondersteuning op lange termijn. Ook als cliënten werken, krijgen zij en personen uit hun werkomgeving ondersteuning zolang zij daaraan behoefte hebben. Het contact wordt niet direct na een geslaagde plaatsing afgebouwd.
- Integratie van arbeidsre-integratie 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).

Een gebruikelijke vorm van IPS is een eenheid van drie of meer arbeidsspecialisten die ieder deel uitmaken van een ambulant GGZ team (zoals casemanagement, thuiszorgteam, zorgcoördinatieteam). De arbeidsspecialisten hebben een *caseload* van 20-25 cliënten. Arbeidsintegratie volgens IPS is echter niet alleen een zaak van de arbeidsspecialist 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.

1.2 Effectiviteit van IPS

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).

Een eerste Europese *trial*, waarin ook Nederland participeerde, leerde dat IPS ook in Europa effectief is (Burns e.a., 2007). Echter, voor uitspraken over de Nederlandse situatie was het aantal deelnemers in die studie te klein. Omdat de inhoud en uitkomsten van arbeidsre-integratiemodellen als IPS samenhangen met de maatschappelijke en economische context, kan niet zonder meer aangenomen worden dat de gunstige resultaten van IPS in het buitenland ook gelden voor Nederland. Nederland en de Verenigde Staten verschillen immers aanzienlijk in (arbeids)cultuur, sociale voorzieningen en arbeidsmarkt en wet- en regelgeving.

1.3 Onderzoeksvragen

Bij veel betrokkenen leeft de verwachting dat brede invoering van IPS tot een substantiële stijging van de arbeidsparticipatie van mensen met ernstige psychische stoornissen zal leiden. Dit dient voor Nederland nog zorgvuldig vastgesteld te worden. De studie beoogt daarom te toetsen of IPS in Nederland effectief is en zoekt antwoord op drie hoofdvragen:

1. Verschilt de effectiviteit van IPS van de gebruikelijke arbeidsre-integratie in termen van het verkrijgen van betaald werk (primaire uitkomstmaat)?
2. Verschilt de effectiviteit van IPS van de gebruikelijke arbeidsre-integratie op nevenvariabelen als arbeidssatisfactie, kwaliteit van leven, zelfwaardering, sociaal functioneren en symptomen. Met andere woorden: treden positieve bijeffecten op en blijven negatieve bijeffecten uit?
3. Wat zijn de financiële kosten en opbrengsten van IPS ten opzichte van de gebruikelijke arbeidsre-integratie?

1.4 Opzet

De studie is opgezet als een *randomised controlled trial* (RCT), dat wil zeggen een onderzoek waarbij op basis van toeval cliënten worden toegewezen aan de experimentele conditie (EC) of controleconditie (CC). In deze studie zijn cliënten toegewezen aan de EC gekoppeld aan een IPS-begeleider en cliënten in de CC gekoppeld aan begeleiding die uitgaat van de gebruikelijke arbeidsre-integratiemethodieken, in dit rapport ook wel reguliere arbeidsre-integratie of -rehabilitatie genoemd (RA).
De studie kende een *baseline* meting, oftewel nulmeting, voorafgaand aan randomisatie en daarnaast drie *follow-up* metingen (vervolgmetingen) bij deelnemers ingedeeld in beide experimentele condities: zes, achttien en dertig maanden na instroom. De vier meetmomenten of tijdstippen worden in dit rapport ook wel aangeduid met T0, T6, T18 en T30.

Randomisatie

De randomisatie is verzorgd door het MTA bureau van het UMCG, afdeling Epidemiologie. Bij de randomisatie is gestratificeerd naar onderzoekslocatie en werkervaring (laatste 5 jaar gewerkt ja/nee). Voor de tweede stratificatiefactor is gekozen omdat diverse *trials* naar de effectiviteit van IPS in de VS lieten zien dat deelnemers die recente werkervaring hadden voorafgaand aan de arbeidsbegeleiding, vaker werk vonden dan deelnemers die zonder recente werkervaring (Michon e.a., 2005).

Setting: de vier locaties

Vier instellingen participeerden in het onderzoek: Dimence (Almelo-Deventer), GGzE (Eindhoven), Lentis / UCP UMCG (Groningen) en Pameijer in samenwerking met Bavo Europoort (Rotterdam; onderdeel van de Parnassia Bavo groep). Om te waarborgen dat de door IPS beoogde doelgroep zou worden bereikt, werd geworven bij ambulante teams die behandeling en begeleiding boden aan de specifieke groep van mensen met ernstige en langdurige psychische stoornissen. De deelnemende teams worden hieronder kort beschreven (situatie ten tijde van de start).

In Eindhoven participeerden zes casemanagementteams van GGzE voor mensen met ernstige psychische stoornissen (voornamelijk psychosen en autisme). Totale cliëntenpopulatie ten tijde van de start van het onderzoek: ongeveer 800. Het IPS-team van GGzE (Promenzo) bestond al enkele jaren en was betrokken bij de eerste implementatiestudie van IPS in Nederland (Van Erp e.a., 2007).

In Groningen namen twee casemanagementteams voor mensen met ernstige psychische stoornissen van Lentis deel en de afdeling Psychosen van het Universitair Medische Centrum Groningen. De totale cliëntenpopulatie werd geschat op ongeveer 530 mensen. Het IPS-team dat werkte voor zowel Lentis als het UMCG was, net als het IPS-team in Eindhoven, betrokken bij de implementatiestudie en nam in die tijd met 26 deelnemers ook deel aan de Eqolise studie. Eqolise is een gecontroleerde, gerandomiseerde studie naar de effectiviteit van IPS in zes Europese landen (Burns et al, 2007). Anders dan in de huidige studie was de instroom van deelnemers in Eqolise beperkt tot deelnemers met de diagnose schizofrenie of een andere psychotische stoornis.

Voor de locatie Rotterdam leverde Pameijer (Re-integratieteam) de arbeidsbegeleiding en het Intensieve Case Management (ICM) team van Bavo Europoort (voorheen de GGZ Groep Europoort) de psychiatrische hulpverlening. Populatie: ongeveer 300 cliënten uit de regio Zuid-Hollandse Eilanden.

In Almelo/Deventer participeerde Dimence (voorheen Adhesie) met vier teams, waarvan twee reguliere ambulante teams uit Almelo, één team speciaal voor jong volwassenen met een psychose gevestigd in Deventer en één team gericht op jong volwassenen met een autismespectrum stoornis, ook in Deventer. Samen bedienden de teams ongeveer 400 cliënten.

Interventies

Alle vier de regio's boden IPS aan volgens de hiervoor beschreven uitgangspunten en principes en volgden de voor IPS ontwikkelde *toolkit* (www.kenniscentrumphrenos.nl en www.mentalhealth.samhsa.gov). GGzE en Lentis / UCP UMCG waren al goed bekend met en getraind in IPS voor de aanvang van de studie. Beide instellingen hadden immers deelgenomen aan de Nederlandse studie naar de implementatie van IPS en pasten volgens dat onderzoek IPS al toe met een goede modeltrouw (Van Erp e.a., 2005). De twee nieuwe locaties kregen een centrale training vanuit Kenniscentrum Phrenos, waarbij gebruik gemaakt is van trainingsmateriaal dat gedurende de genoemde implementatiestudie is ontwikkeld.

Per regio verschilde de precieze invulling van de controleconditie, oftewel de interventie waarmee IPS vergeleken is. Op alle sites werd voor de vergelijkingsgroep 'reguliere arbeidsrehabilitatie' (RA) aangeboden. De begeleiding bij arbeid in die groep bestond voornamelijk uit apart van de behandeling georganiseerde arbeidsrehabilitatie-trajecten. De betreffende teams boden in ieder geval geen gespecialiseerde arbeidsbegeleiding vanuit het GGZ-team. De arbeidsspecialisten van de controlegroep woonden in de regel geen GGZ-teamvergaderingen bij terwijl de IPS-werkers dit juist wel deden. De arbeidsbegeleiding in de controleconditie richtte zich op het stapsgewijs voorbereiden van cliënten op betaald werk– via *assessment*, training en vrijwilligerswerk. Anders dan bij IPS was de snelheid waarmee gezocht werd naar betaald werk geen uitgangspunt.

De wijze waarop IPS is geïmplementeerd in de instellingen en de mate waarin modelgetrouw werd gewerkt, is bewaakt door middel van modelgetrouwheidsmetingen, oftewel '*fidelity*-metingen'. Door dezelfde metingen bij de controleteams uit te voeren, is nagegaan of de beide soorten interventies met elkaar contrasteerden. In hoofdstuk 2 staan de bevindingen van deze metingen en wordt de daartoe gevolgde methodiek toegelicht.

Steekproef: inclusiecriteria en omvang

Cliënten van de genoemde teams die mee wilden doen moesten voldoen aan de volgende inclusiecriteria:

1. leeftijd hebben tussen de 18 en 65 jaar,
2. cliënt zijn van een ambulant team,
3. expliciete wens hebben om betaald te gaan werken.

Cliënten konden niet deelnemen als zij op het instroommoment (exclusiecriteria):

4. betaald werk hadden, *
5. opgenomen waren op het moment van inclusie,

6. al deelnamen aan een ander arbeidsre-integratietraject (bij UWV of Sozawe of IPS of de arbeidsrehabilitatie waarmee IPS vergeleken wordt),
7. aan ander onderzoek meededen dat niet met SCION gecombineerd kon worden
8. buiten het gebied woonden dat behoort tot het te bereiken gebied van de participerende teams,
9. niet bereid waren tot ondertekenen van *informed consent* (geïnformeerde toestemming).

*Ad 4). Mensen die een betaalde baan hadden en al langer dan een jaar volledig verzuimd hadden mochten wel instromen.

Een arbeidsongeschiktheidsverklaring was geen reden voor uitsluiting van deelname.
Wat betreft de steekproefomvang was aanvankelijk door middel van een power analyse becijferd dat tussen 100 en 200 onderzoeksdeelnemers voldoende zou zijn om verschillen tussen de twee condities aan te tonen. Met de vier deelnemende instellingen werd afgesproken om te streven naar een instroom van 40 deelnemers per regio. In eerste instantie werd geschat dat een jaar instroom bij de instellingen toereikend zou zijn. Later is dit bijgesteld naar een periode van 2 jaar. Uiteindelijk zijn 151 deelnemers ingestroomd. In hoofdstuk 3 komen de instroom, de non-respons, en de uitval bij de verschillende metingen verder aan de orde.

Metingen en toegepaste meetinstrumenten

De primaire uitkomstmaat was de proportie deelnemers die gedurende de follow-up periode regulier betaald werk verkrijgen. Voor de primaire uitkomst werden deelnemers in twee groepen ingedeeld: indien de betrokkene 1 dag of meer regulier betaald werk had verricht werd deze ingedeeld in de groep met regulier betaald werk, alle anderen in de groep die geen regulier betaald werk verricht had in de onderzoeksperiode. Deze codering is conform alle voorgaande internationale *randomised controlled trials* naar de effectiviteit van IPS. Regulier betaald werk is daarbij gedefinieerd als part- of fulltime werk op de arbeidsmarkt tegen een regulier loon (zie hoofdstuk 5 voor een uitgebreide definitie).
In aanvullende analyses zijn ook arbeidsuitkomsten volgens bredere definities onderzocht, zoals betaald werk inclusief betaald werk in de sociale werkvoorziening. Tevens zijn andere maten onderzocht die samenhangen met arbeidsparticipatie, zoals de duur van gevonden banen en het gemiddeld aantal gewerkte uren per week en het aantal dagen tussen startmeting en de eerste baan.

Om te bepalen of iemand werk heeft gevonden in de onderzoeksperiode is gebruik gemaakt van drie verschillende bronnen:

- de interviews met cliënten (T6, T18, T30),

- de arbeidsmonitor, bestaande uit een formulier dat tweemaandelijks door de arbeidsbegeleiders zelf of via een telefonisch interview werd ingevuld;
- de 'T-extra' formulieren, ingevuld op basis van telefonische interviews met de meest betrokken hulpverlener als interview- en arbeidsmonitorgegevens ontbraken.

Voor al deze drie bronnen werd gewerkt met voorgestructureerde items.

De secundaire uitkomstmaten waren:
- psychische gezondheid, gemeten met de Mental Health Inventory-5 (MHI-5, Veit & Ware, 1983),
- zelfwaardering gemeten met de Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE, Rosenberg, 1969),
- kwaliteit van leven, gemeten met de de Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA, Priebe e.a., 1999).

Om de onderzoeksdeelnemers te kunnen beschrijven en om het proces is verder in kaart te brengen zijn de volgende gegevens verzameld :
- sociaal demografische en andere achtergrondgegevens van de deelnemers,
- arbeidsopvattingen (Knispel en Schoemaker, 2001),
- werkpreferenties (Mueser e.a., 2001),
- belemmerende factoren bij vinden en behouden van werk en de ervaren gevolgen van werk (vragenlijst ontwikkeld op basis van Salyers e.a., 2004),
- arbeidstevredenheid indien werk gevonden was (Indiana Job Satisfaction scale, Resnick & Bond, 2001).
- waardering relatie met de IPS-werker of trajectbegeleider volgens deelnemer (Helping Alliance Scale: Priebe e.a., 1993),
- inhoud traject en ondersteuning volgens deelnemer (op basis van Salyers e.a., 2004),
- aantal contacten tussen arbeidsbegeleider (face to face met respectievelijk deelnemer en/of werkgever), duur traject en activiteiten,
- psychiatrische symptomen en beperkingen d.m.v. Global Assessment of Functioning Scale (GAF: Endicott e.a., 1976),
- diagnose DSM IV.

De meeste gegevens zijn verzameld door middel van het interview met cliënten op een door hen zelf gekozen locatie, uitgevoerd door getrainde interviewers die niet bekend waren met de indeling in de condities. De GAF en de DSMIV-gegevens zijn opgevraagd via de hulpverleners.
Enkele kerngegevens over de arbeidstrajecten, zoals contactgegevens, zijn verzameld door middel van de arbeidsmonitor.

Voor de kosteneffectiviteitsanalyses is o.a. gebruik gemaakt van de zorgconsumptievragenlijst zoals ontwikkeld en toegepast door Stant e.a. (2003; 2007), mede gebaseerd op de TicP (Hakkaart e.a., 2002). Hierin zijn naast het zorggebruik (bv. opnames) ook andersoortige kosten opgenomen zoals kosten van verzuim en verminderde productiviteit en onder andere ook kosten gemaakt door de mantelzorgers. In hoofdstuk 7 worden de gebruikte methoden en de uitkomsten van de analyses beschreven.
Bijlage 9.1 bevat meer informatie over de in SCION gebruikte meetinstrumenten.

In figuur 1.1 is te zien welke metingen op welke meetmomenten verricht zijn.

Figuur 1.1
Schema meetmomenten

	SCION-I			SCION-II
	Start	T6	T18	T30
Interview cliënt	X	X	X	X
Vragenlijst hulpverlener	X		X	
Arbeidsmonitor	Tweemaandelijks gedurende follow-up			idem

Noot: T6, T18, T30: metingen na resp. 6, 18 en 30 maanden

1.5 Analyse

In de betreffende hoofdstukken is per onderdeel beschreven op welke wijze geanalyseerd is. In het algemeen is voor metingen op nominaal / ordinaal niveau (kruistabellen) de χ^2 analyse toegepast. Voor het toetsen van verschillen in gemiddelden is de t-toets gebruikt, behalve als voor de twee te vergelijken groepen gold dat de n kleiner was dan dertig.

Alle analyses zijn uitgevoerd volgens het *intention-to-treat* principe. Dat betekent dat cliënten geïncludeerd zijn in de analyse op basis van de conditie waaraan zij zijn toegewezen, los van hun feitelijke gebruik van de aangeboden zorg- en dienstverlening. Dit is algemeen gebruik in RCTs en verhoogt de generalisatiewaarde van het experiment.

Voor de hoofdvraag (Vindt in de IPS-groep een groter percentage cliënten betaald werk dan in de vergelijkingsgroep?) is bovendien de vaak aan het *intention to treat* gekoppelde aanbeveling gevolgd om zoveel mogelijk gegevens met betrekking tot de hoofduitkomst te verzamelen, ook als cliënten zich teruggetrokken hebben uit het onderzoek en / of stopten met de trajectbegeleiding voordat het onderzoek afgerond was (Wood

e.a., 2004; Hollis & Campbell, 1999). De drie meetmethoden hiervoor - interview, arbeidsmonitor en aanvullend interview met hulpverlener - zijn al beschreven in paragraaf 1.4.

1.6 Tijdpad en fasering SCION

In tabel 1.1 is te zien hoe de onderzoeksfasen verlopen zijn.

Tabel 1.1

Tijdpad & fasering - SCION-I en II

	Start	Stop
Start en voorbereiding	aug. 2005	nov. 2005
Instroom deelnemers	nov. 2005	nov. 2007
Afname T6 interviews	mei 2006	mei 2008
Fidelitymetingen bij IPS en CC	winter '07- '08	winter '07 – '08
Afname T18 interviews	mei 2007	mei 2009
Fidelity 2e serie bij IPS	apr. 2009	jun. 2009
Afname T30 interviews	mei 2008	mei 2010
Analyses en rapportage	mei 2010	okt. 2011

1.7 Kerngegevens SCION

SCION is aangemeld bij het Nederlands *trial*register. *Trial* ID NTR292. ISRCTN87339610. De studie is goedgekeurd door de METIGG, kamer Zuid, besluit nr 522.

2 Modelgetrouwheid - Fidelity metingen

2.1 Achtergrond

Ten behoeve van het SCION-onderzoek zijn op de vier onderzoekslocaties, Dimence (Deventer, Almelo), Pameijer/ Bavo Europoort (Rotterdam en Zuid Hollandse eilanden), GGzE (Eindhoven) en Lentis/UMCG (Groningen) zogenaamde '*fidelity*'- of modelgetrouwheidsmetingen gehouden. Doel van deze metingen was om vast te stellen of IPS modelgetrouw werd aangeboden in de onderzoeksperiode. Om na te gaan hoe groot het contrast was tussen de IPS-werkwijze en die van de reguliere arbeidsbegeleiding, werd ook dit aanbod eenmalig beoordeeld.
In totaal werd driemaal een modelgetrouwheidsmeting uitgevoerd (zie tabel 2.1). Gestart werd met een beperkte meting bij twee van de vier locaties, Pameijer / Bavo Europoort en Dimence, een half jaar na de aanvang van het onderzoek aldaar. Op deze locaties was men op dat moment nog maar net aan het werk met IPS. De beperkte modelgetrouwheidsmeting was bedoeld om directe feedback te kunnen geven en de teams te ondersteunen bij het ontwikkelen en de inbedding van een adequate IPS-werkwijze. De IPS-teams op de twee andere locaties, GGzE en Lentis/UMCG, waren al enige jaren bezig en hadden deelgenomen aan het implementatie-onderzoek van het Trimbos-instituut waarbij ook *al fidelity*metingen waren gedaan en teruggerapporteerd.
Een volledige modelgetrouwheidsmeting die bij alle vier de locaties op uniforme wijze uitgevoerd is, vond eind 2007 – begin 2008 plaats. Bij deze meting werd ook de reguliere arbeidsbegeleiding betrokken en werd het contrast met IPS vastgesteld. Toen het onderzoek met een jaar werd verlengd voor een extra follow-up meting, werd besloten ook nog een extra *fidelity*meting te doen om in kaart te brengen of zich mogelijk veranderingen hadden voorgedaan in de werkwijze van de IPS-teams gedurende dat jaar. Deze meting vond plaats in het voorjaar van 2009. In dit hoofdstuk wordt een samenvatting gegeven van de resultaten van deze verschillende *fidelitymetingen*.

2.2 Opzet

Ten behoeve van *de fidelity*metingen bezochten twee onderzoekers elke locatie en voerden gesprekken met betrokkenen van zowel het IPS-team als van het reguliere arbeidsteam (RA) dat als controleconditie fungeert in het onderzoek. Een volledige meting omvatte, per locatie: interviews met de projectleiders IPS en RA, groepsinterviews met trajectbegeleiders IPS en RA, groepsinterviews met casemanagers en behandelaars uit de betrokken zorgteams en het bijwonen van het werkoverleg van het IPS-team en het RA-team. Ook werd informatie gevraagd over o.a. caseload en cliënten met betaald

werk. Bij een beperkte meting werden met name de projectleider en de trajectbegeleiders geïnterviewd en werd een werkoverleg bijgewoond.

Tabel 2.1

Overzicht Modelgetrouwheidsmetingen SCION

'Fidelity'meting	Tijdstip	GGzE	UCP/Lentis	Pameijer / Bavo E.	Dimence
1. Beperkte meting	6 maanden na start instroom	*	*	IPS-team	IPS-team
2. Volledige meting	24 maanden na start instroom	IPS team & RA-team	IPS team & RA-team	IPS team & RA-team	IPS team & RA-team
3. Beperkte meting	42 maanden na start instroom	IPS-team	IPS-team	IPS-team	IPS-team

* Modelgetrouwheidsoordelen beschikbaar uit eerder implementatieonderzoek (Van Erp e.a., 2005).

Voor de interviews en het scoren werd gebruik gemaakt van de QSEIS: de Quality of Supported Employment Implementation Scale (QSEIS; Bond e.a., 2002). De QSEIS is een uitgebreide versie van de IPS Fidelityscale: zij bevat 33 items, waaronder de 15 items van de IPS Fidelity scale die in enkele gevallen zijn geactualiseerd (bv. in de IPS is de maximum caseload 25, hier 16). De items worden gescoord op een vijfpuntsschaal en gemiddelden worden berekend op vier subschalen naast een totaalscore.
De normering is gebaseerd op de meest recente publicatie van de grondleggers van IPS (McHugo e.a., 2007). Hierbij gelden de volgende normen:

- totaalscore tussen 1 – 3: lage modelgetrouwheid,
- totaalscore tussen 3 – 4: matige modelgetrouwheid,
- totaalscore tussen 4 – 5: hoge modelgetrouwheid van IPS.

Uitwerking van de interviews en scoring zijn door beide onderzoekers onafhankelijk gedaan waarna binnen het onderzoeksteam tot consensus werd gekomen. Per locatie zijn verslagen gemaakt en besproken met de betrokken teams.

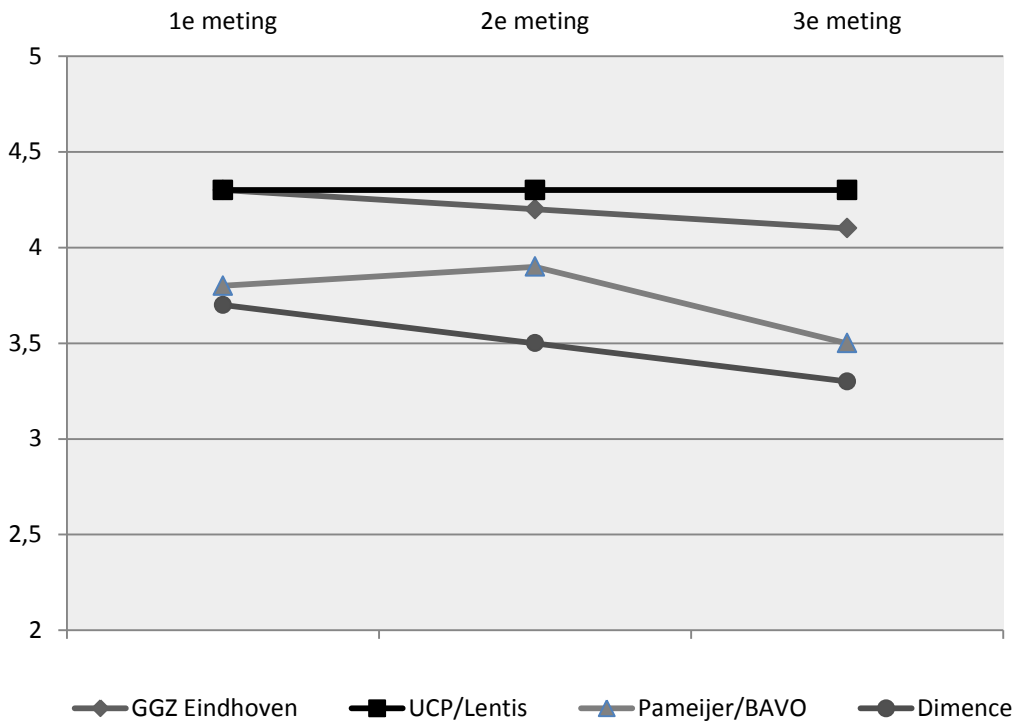
2.3 Scorebeloop modelgetrouwheidsmetingen gedurende onderzoeksperiode

Omdat de modelgetrouwheid op drie tijdstippen beoordeeld is, kunnen de veranderingen gedurende de onderzoeksperiode in kaart worden gebracht. In figuur 2.1 zijn de scores op de verschillende tijdstippen per locaties weergegeven. Op twee locaties, GGzE en UCP/Lentis, is sprake van een stabiele, hoge modelgetrouwheid. Bij Pameijer / Bavo Europoort waar bij de eerste meting nog geen sprake was van een hoge modelgetrouwheid, is de situatie eerst wel verbeterd maar bij de derde meting weer verslechterd. Bij

Dimence was sprake van een matige modelgetrouwheid bij de start en daarin is geen verbetering opgetreden.

Figuur 2.1

Modelgetrouwheid tijdens SCION; totaal scores per locatie op drie meetmomenten



Noot: Voor de eerste meting bij GGzE en Lentis is gebruik gemaakt van de data van eerder implementatieonderzoek (Van Erp e.a., 2005).

De matige score in het laatste deel van de onderzoeksperiode bij Pameijer / Bavo Europoort komt vooral door de lage score op het onderdeel 'organisatie': er was nauwelijks tot geen integratie (meer) van de IPS-werkers in de zorgteams, de omvang van de caseload was niet conform de norm en het IPS-team kwam niet bij elkaar voor intervisie en supervisie. De mogelijkheden binnen de organisatie en het team voor cliënten met arbeidsvragen en de daadwerkelijke begeleiding waren echter wel modelconform. Dit betekent dat de IPS-werkers zich volledig en snel konden richten op vragen naar begeleiding bij het zoeken naar regulier betaald werk, dat er geen sprake was van selectie en dat er continuïteit geboden werd.

Bij Dimence komt de lage beoordeling voort uit een te hoge caseload, het relatief grote aantal vacatures en het feit dat in de laatste periode de arbeidsbegeleiding niet meer door één persoon geboden werd maar dat een deel viel onder verantwoordelijkheid van de IPS-werker en een deel onder verantwoordelijkheid van een re-integratiebedrijf waarmee werd samengewerkt. Slechts enkele IPS-werkers waren in hun werkwijze echt

gericht op begeleiding naar regulier betaald werk. Wel was er sprake van een goede integratie van de IPS-werkers in de zorgteams.

2.4 Contrast IPS met reguliere arbeidsbegeleiding

De bedoeling was om in dit effectonderzoek de praktijk van IPS te contrasteren met een adequate vorm van arbeidsrehabilitatie die standaard opgenomen is in het reguliere aanbod. Van belang daarbij is wel dat die vorm van arbeidsrehabilitatie op essentiële kenmerken verschilt van IPS.
Tijdens de tweede modelgetrouwheidsmeting is dit contrast onderzocht. Daaruit bleek dat op alle vier de locaties de wijze waarop de arbeidsrehabilitatie in de controlegroep wordt uitgevoerd afwijkend is van de werkwijze zoals voorgeschreven in IPS: de score voor IPS-modelgetrouwheid voor de teams die de reguliere begeleiding geven ligt rond de 3, d.w.z. matige modeltrouw. Per locatie bekeken bleek bij deze tweede meting het contrast binnen Dimence echter zeer gering omdat het reguliere team relatief hoog scoorde en het IPS-team juist relatief erg matig (zie tabel 2.2).

Tabel 2.2
Resultaten modelgetrouwheidsmetingen in SCION: contrast met reguliere arbeidsbegeleiding

Eindscores QSEIS*	GGzE		Lentis/UMCG		Pameijer / Bavo Europoort		Dimence	
RA of IPS. meting	RA-2e	IPS-2e	RA-2e	IPS-2e	RA-2e	IPS-2e	RA-2e	IPS-2e
Arbeidsmedewerkers	3.5	4.5	3.2	4.2	4.2	4.2	3.2	3.3
Organisatie	3.6	4.5	3.5	4.5	3.0	3.5	3.5	4.0
Begeleiding	2.9	3.9	2.3	4.2	2.4	4.0	3.2	3.1
QSEIS totaal	*3.2*	*4.2*	*3.0*	*4.3*	*2.9*	*3.9*	*3.3*	*3.5*

* QSEIS: de Quality of Supported Employment Implementation Scale (QSEIS; Bond e.a., 2002).

2.5 Tot slot

De bevindingen met betrekking tot IPS-modeltrouw en de mate van contrast tussen de IPS interventie en de reguliere arbeidsrehabilitatie zijn gedeeltelijk gunstig, maar geven ook te denken. Gunstig is dat de modelgetrouwheid in twee regio's over de hele onderzoeksperiode hoog was en dat in drie regio's het contrast adequaat was. In twee van de vier regio's was de modelgetrouwheid volgens de formele criteria matig. Bij één van deze locaties heeft daarbij het team waarmee vergeleken werd nagenoeg eenzelfde score wat betekent dat beide teams in vrijwel gelijke mate het IPS-model hanteren. In hoofdstuk 5 van het rapport wordt nader ingegaan op de mogelijke invloed van met name het gegeven dat op één locatie zowel sprake was van matige modelgetrouwheid als een gering contrast tussen IPS en de reguliere arbeidsrehabilitatie.

3 De onderzoeksdeelnemers

Dit hoofdstuk beschrijft de kenmerken van de onderzoeksdeelnemers ten tijde van de basismeting (3.2). De kenmerken van deelnemers die aan de experimentele conditie zijn toegewezen worden vergeleken met de deelnemers in de controleconditie (3.3). Het hoofdstuk begint met een stroomschema van het responsverloop in dit onderzoek (3.1).

3.1 Consort flow SCION

In figuur 3.1 is te zien hoe de respons tot nu toe in deze studie is verlopen. Hierbij zijn de richtlijnen van het zogenoemde Consort Statement (Schultz e.a., 2010) gevolgd. Er deden 151 cliënten van de participerende GGZ-instellingen aan het onderzoek mee. Van hen werden 71 mensen in de IPS groep ingedeeld en 80 in de RA-groep. Aan de vervolginterviews na zes, achttien en dertig maanden nam respectievelijk 85% en 77% en 57% van de onderzoeksgroep deel.

3.2 Baseline gegevens ingestroomde respondenten

Socio-demografische kenmerken en arbeidssituatie

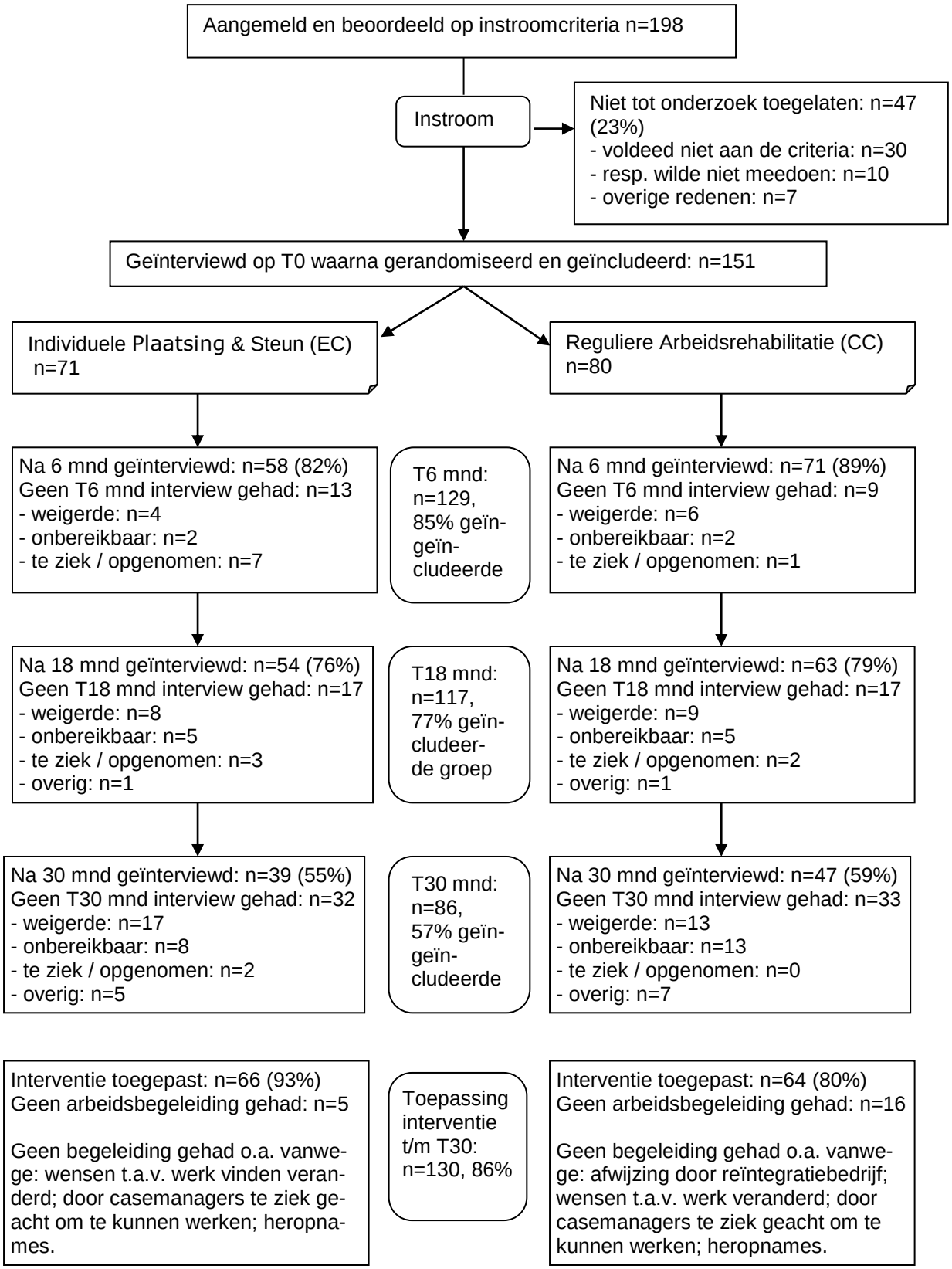
Tabel 9.4, in bijlage 9.3, toont enkele algemene kenmerken van de cliënten die deelnamen aan het onderzoek. Ongeveer driekwart van hen is man (74%) en de gemiddelde leeftijd is 35 jaar. Het merendeel is ongehuwd (82%) en bijna iedereen heeft de Nederlandse nationaliteit (96%)[1].

Het grootste deel van de cliënten woont zelfstandig (64%). Hiervan woont het merendeel alleen (42% van het totaal). Eén op de vijf deelnemers woont zelfstandig met een partner woont (19% van het totaal). Eén op de zes deelnemers woont bij ouders of familie (17%). De hoogst afgeronde opleiding is voor de meeste deelnemers basisonderwijs (21%), LBO (20%) of MBO (19%).

[1] In SCION is alleen naar de eigen nationaliteit gevraagd, niet naar land van herkomst van de ouders.

Figuur 3.1

Consort flow diagram SCION



* De beide condities verschillen niet significant in verdeling van redenen voor non respons.

Werk en inkomen

Meer dan de helft van de cliënten (61%) heeft de afgelopen vijf jaar betaald werk gehad (zie tabel 9.5 en 9.6, bijlage 9.3). Bij vier op de vijf van deze mensen ging het om regulier betaald werk. In het SCION-onderzoek is gestratificeerd op werkervaring (al dan niet betaald werk gehad in de afgelopen vijf jaar). Dat wil zeggen dat de toewijzing aan ofwel IPS ofwel reguliere arbeidsbegeleiding in evenredige mate verdeeld is over degenen met, en zonder werkervaring (zie hoofdstuk 1). Deze stratificatie is geslaagd: in zowel de IPS groep als de controlegroep ligt het percentage cliënten dat deze vraag met 'ja' heeft beantwoord iets boven de 60% (zie tabel 9.5, bijlage 9.3).

Ten tijde van de startmeting ontvangen bijna alle respondenten een uitkering (91%). Van alle respondenten krijgt 51% een WAO/Wajong uitkering en 33% een bijstandsuitkering. In de afgelopen vijf jaar heeft een derde deelgenomen aan een re-integratietraject (34%). Slechts een klein aantal respondenten zit in de ziektewet (7%).

Gegevens over de psychiatrische achtergrond

Twee derde van de respondenten is voor het eerst in contact met de GGZ gekomen vanwege een psychose. Driekwart is ooit opgenomen geweest en voor een kwart van de respondenten was dit in het afgelopen half jaar het geval. Het merendeel van de respondenten heeft het afgelopen jaar medicatie gebruikt (80%).

De gemiddelde scores volgens de beoordeling van hulpverleners op de *Global Assessment of Functioning* (GAF) bedroegen 56.5 (SD=13.0) en 53.5 (SD=11.5) voor respectievelijk de beoordeling van symptomen en die van beperkingen in het functioneren. Deze gemiddelden zijn vergelijkbaar met die van ander onderzoek onder mensen met ernstige en langdurige psychische aandoeningen die cliënt zijn van de GGZ (vergelijk Smits e.a. 2009).

Bij hulpverleners is ook de DSM-diagnose opgevraagd. De meeste cliënten hadden een diagnose in het spectrum van schizofrenie & psychotische stoornissen (57%), gevolgd door persoonlijkheidsstoornissen (22%), ontwikkeling stoornissen (16%) in de stemmingsstoornissen (13%)[2].

3.3 Evaluatie randomisatie

Door middel van diverse statistische toetsen (χ^2 analyse; T-test) is nagegaan of er verschillen zijn tussen de deelnemers in beide condities op *baseline* kenmerken, dat wil zeggen op hun kenmerken bij de start van het onderzoek. Voor een *trial* is het ideaal als

[2] Deze percentages tellen tot boven de 100, omdat bij een aantal personen meer dan één diagnose opgegeven was.

beide groepen op alle of nagenoeg alle kenmerken overeenkomen. Randomisatie is hiervoor bedoeld: vermeden moet worden dat de onderzochte condities bij instroom al verschillen.

Bevindingen

Deelnemers in beide groepen blijken niet te verschillen op socio-demografische kenmerken als leeftijd, geslacht, opleiding, woonsituatie en inkomen. Ook verschillen de groepen niet als het gaat om hun geschiedenis in de GGZ, opnames en medicatiegebruik. Tot slot zijn de deelnemers in beide groepen gelijk wat betreft werkervaring en actuele werksituatie.

Beide groepen scoren op alle aspecten van arbeidsmotivatie gelijk (laagste p-waarde .12). Hetzelfde geldt voor de scores op zelfvertrouwen. De IPS groep beoordeelt de kwaliteit van leven lager dan de vergelijkingsgroep, maar het verschil is net niet significant. Ook zijn er geen significante verschillen tussen de twee groepen in de concentratie van deelnemers tijdens het interview en de betrouwbaarheid van hun antwoorden (beoordeeld door de interviewer).

Deelnemers uit de controlegroep beoordelen hun psychische gezondheid, gemeten met de MHI-5, gunstiger dan de deelnemers uit de IPS groep (gemiddelde scores respectievelijk 63.4 en 56.0, $p<.05$). Dat kan een toevalsbevinding zijn gezien het grote aantal kenmerken waarop de beide groepen vergeleken zijn. In 'sensitiveitsanalyses' is niettemin nagegaan of dit verschil mede van invloed is geweest op de bevindingen met betrekking tot de eerste hoofdvraag (zie verder hoofdstuk 5). Overige resultaten van de vergelijking tussen de twee groepen deelnemers zijn te vinden in de tabellen 9.4 t/m 9.10 in bijlage 9.3.

4 De arbeidstrajecten

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de kenmerken van de contacten die arbeidsbegeleiders hadden met cliënten, hulpverleners en werkgevers. Deze contactgegevens zijn verzameld met de zogeheten arbeidsmonitor, die tweemaandelijks is afgenomen bij alle arbeidsbegeleiders (zie ook paragraaf 1.4). Achtereenvolgens komen aan de orde: de start en duur van de trajecten, het aantal en intensiteit van de contacten, de continuïteit van de geboden arbeidsbegeleiding en de afsluiting van de trajecten.

4.1 Start van de trajecten

Hoewel duidelijk was bij instroom dat deelnemers gemotiveerd moesten zijn voor een traject naar betaald werk, bleek na toewijzing in een enkel geval dat de deelnemer bij nader inzien toch geen begeleiding wilde. Ook waren er soms aansluitingsproblemen, zoals arbeidsbegeleiders die niet direct contact opnamen of deelnemers die onbereikbaar bleven voor de arbeidsbegeleider. Hoewel er door de arbeidsbegeleiders en het onderzoeksteam veel energie is gestoken om een contact tot stand te brengen, zelfs ook na enige tijd, is het in 21 gevallen niet gelukt om een daadwerkelijk traject te starten. 130 deelnemers zijn wel met een traject gestart, waarvan in dit onderzoek sprake is als minimaal twee directe begeleidingscontacten plaatsgevonden hebben tussen cliënt en arbeidsbegeleider.
In de IPS groep zijn significant meer arbeidsbegeleidingstrajecten daadwerkelijk gestart dan in de groep toegewezen aan reguliere arbeidsrehabilitatie (Pearson $\chi^2(1)=5.28$, $p<.05$). Bij de 21 niet gestarte trajecten ging het vijfmaal om IPS (7% van alle IPS-trajecten) en 16 keer om reguliere arbeidsbegeleiding (20% van alle reguliere trajecten). Er is geen verschil tussen de locaties in dit opzicht (Pearson χ^2 (3)=3.87, n.s.).

4.2 Duur van de trajecten

Gedurende de onderzoeksperiode van 30 maanden is zo goed mogelijk vastgelegd wat er binnen de trajecten gebeurde. Voor 9 van de 130 trajecten zijn, door bijvoorbeeld vertrek of ziekte van de arbeidsbegeleider echter toch geen adequate gegevens beschikbaar. De navolgende informatie betreft dus steeds maximaal 121 trajecten: 62 IPS-trajecten en 59 reguliere.

Aan het eind van de onderzoeksperiode, dus tweeënhalf jaar na het moment dat deelnemers hebben aangegeven wel begeleiding te willen naar betaald werk, zijn 82 trajecten (68%) afgesloten, nog ongeveer een derde van de trajecten loopt door na de onderzoeksperiode. Er is in dit opzicht geen verschil tussen de IPS-trajecten en de reguliere

trajecten. Per half jaar is er steeds een ongeveer gelijk aantal trajecten dat afgesloten is (tabel 4.2): één op de zes trajecten wordt binnen zes maanden (16%) afgesloten, na een jaar is dit aantal verdubbeld (totaal 30%), nog ongeveer zo'n aantal sluit af na anderhalf jaar (totaal 42%) en weer een half jaar later (56%). Na twee jaar is iets meer dan de helft van trajecten afgesloten. Dit beloop geldt zowel voor de IPS als voor de reguliere trajecten.

Tabel 4.1

Duur van de trajecten (N=111)

Tijdstip van afsluiten traject	*Totaal*	*IPS*	*RA*
	% (N)	*%(N)*	*%(N)*
Binnen 6 maanden	16 (18)	22 (13)	9 (5)
6-12 maanden	14 (16)	10 (6)	19 (10)
12- 18 maanden	12 (13)	10 (6)	13 (7)
18-24 maanden	14 (15)	12 (7)	15 (8)
24-30 maanden	9 (10)	12 (7)	6 (3)
Langer dan 30 maanden	35 (39)	33 (19)	38 (20)

[a] Zonder de trajecten die nooit gestart zijn (N=21), de trajecten waarover helemaal geen informatie bekend is (N=9) en de trajecten waarbij geen start- of einddatum bekend is (N=10). Totale N=111, IPS=58, RA=53

De gemiddelde duur van alle aan het eind van de onderzoeksperiode afgesloten trajecten is 411 dagen (SD=257), dus bijna 14 maanden met weer geen verschil tussen de IPS trajecten (417 dagen, SD=277) en de reguliere trajecten (405, SD=236).

4.3 Contacten tussen cliënt en arbeidsbegeleider

De gemiddelde duur van alle *'face to face'* contacten tussen cliënt en arbeidsbegeleider is 50 minuten (SD=16) en ook in dit opzicht is er geen verschil tussen de IPS-trajecten en de reguliere trajecten (resp. 48, SD=13 en 52, SD=19). Er is wel een verschil tussen de locaties (Anova, F=4,5, df=3/116), $p<.05$): de gemiddelde duur van de *face to face* contacten varieert van 43 minuten in de regio Deventer/Almelo tot 58 minuten in Rotterdam.

Per traject hebben de arbeidsbegeleiders gemiddeld 26 contacten met deelnemers gehad (tabel 4.2). In dit opzicht is de variatie binnen de trajecten groot: in 25% van de gevallen zijn er niet meer dan 9 gesprekken gedurende het hele traject, in de helft van de gevallen is dit tussen de 9 en de 36, een laatste kwart van de trajecten bestond uit 36 gesprekken of meer. De IPS trajecten bestaan niet uit substantieel meer contacten dan de reguliere trajecten (gemiddeld 28 vs. 24).

Tabel 4.2

Aantal face to face contacten van arbeidsbegeleiders binnen trajecten (N=121, 30 maanden)

Gemiddeld aantal contacten	*Totaal* (M, SD [b])	*IPS* (M, SD [b])	*RA* (M, SD [b])
Met deelnemer	26 (21)	28 (24)	24 (19)
Met hulpverlener(s)	14 (16)	19(18)	7 (11)
Met mensen van het werk	6 (11)	6 (11)	6(11)

[b] M=gemiddelde, SD=Standaarddeviatie

Bij nadere analyse blijken er per locatie meer of minder grote verschillen zijn tussen IPS en de reguliere trajecten, zowel waar het het aantal als de duur van de contacten betreft (zie tabel 9.11 en 9.12 in de bijlage 9.4; verschil gemiddeld aantal contacten over locatie en soort traject: Anova, F=5.44, df=3/113, p<.05; verschil gemiddelde duur contacten over locatie en soort traject; Anova, F=5.28, df=3/117, p<.05). Het volgende beeld komt naar voren. De begeleiders van Dimence hebben het meest contact met hun deelnemers onafhankelijk of het om een regulier of een IPS-traject gaat (36 contacten over 30 maanden). Bij UMCG/Lentis ligt de hoeveelheid contacten nog het dichtst bij die van Dimence, maar hierbij is de gemiddelde totale contacttijd veel langer binnen IPS (32 uur) dan bij de reguliere begeleiding (16 uur). Bij Pameijer / Bavo Europoort zien IPS-ers hun deelnemers wel even vaak maar minder lang (27 maal, totaal 17 uur) dan de reguliere arbeidsbegeleiders (26 maal, totaal 29 uur). Nu lijkt de reguliere trajectbegeleiding binnen Pameijer / Bavo Europoort een geval apart met contacten van gemiddeld meer dan 70 minuten. Bij GGzE zijn over het geheel de contacten het minst frequent en langdurig; in de IPS-trajecten is twee maal zoveel tijd gestoken als in de reguliere trajecten (respectievelijk 19 contacten, totaal 13 uur en 10 contacten, totaal 6 uur).

De totale lengte van het traject van start tot afsluiting en het aantal contacten hangen samen, maar toch kunnen er verschillen zijn in hoe intensief het traject is: hoe vaak spreekt men elkaar over een bepaalde periode. Om na te gaan hoe intensief trajecten zijn geweest, is ook berekend wat het aantal dagen is tussen twee contacten binnen de trajecten. Voor alle trajecten is dit gemiddeld 32 dagen (SD=37): in een kwart van de gevallen heeft men elkaar gedurende het hele traject gemiddeld elke veertien dagen gesproken, nog eens een kwart van de trajecten komt uit op een gemiddelde van eens per drie weken. De andere 50% van de trajecten kent een minder intensief beloop: door grotere periodes zonder contact loopt bij 25% de tijd tussen twee afspraken op tot eenmaal per maand, bij 15% tot eenmaal per twee maanden en bij 10% tot gemiddeld

langer dan twee maanden. Hoewel op het oog de IPS-trajecten intensiever lijken dan de reguliere (respectievelijk 24 dagen tussen contacten, SD=28, en 41, SD=43), is er geen sprake van een significant verschil. Ditzelfde geldt voor de regionale verschillen.

4.4 Contacten tussen arbeidsbegeleider en GGZ-hulpverleners

Gemiddeld hebben de arbeidsbegeleiders gedurende het traject van maximaal 30 maanden 14 maal contact met een hulpverlener (zie tabel 4.2). De IPS-ers zoeken veel vaker contact met hulpverleners (20 maal, SD=18) dan de reguliere arbeidsbegeleiders (7 maal, SD= 11); independent samples t-test, equal variances not assumed: $t=4.66$, $df=99$, $p<0.05$). Op alle locaties is ditzelfde onderscheid tussen IPS en regulier (zie tabel 9.11 in bijlage 9.4): IPS-ers spreken vaker over hun deelnemers dan reguliere arbeidsbegeleiders. De omvang van dit verschil en de absolute frequentie van contact verschillen echter wel sterk per locatie (Anova over locatie en soort traject; $F=219.2$, $df=1/115$; $p<.05$). De IPS-ers van Dimence en GGzE spreken het vaakst met hulpverleners over hun deelnemers, gemiddeld respectievelijk 31 en 24 maal gedurende een traject. Binnen Groningen en Pameijer / Bavo Europoort is dat binnen de IPS-groep wel wat minder (16 maal en 11 maal) maar nog steeds veel frequenter dan in de reguliere groep. Op deze locaties hebben hulpverleners en reguliere arbeidsbegeleiders gemiddeld maar zo'n vier keer contact over de hele trajectperiode. Binnen Dimence hebben de reguliere begeleiders relatief minder contact met hulpverleners dan de IPS-ers maar het contact is wel frequenter dan dat van IPS-werkers op de twee andere locaties (21 contacten over hele periode).

4.5 Contacten tussen arbeidsbegeleider en werkgevers

Tijdens twee van elke drie trajecten (70%, 84 van de 121) had de arbeidsbegeleider direct face-to-face contact met een werkgever. Dit kunnen contacten zijn die moeten leiden tot een reguliere baan maar het kan ook gaan om contacten ten behoeve van vrijwilligerswerk of alleen een oriënterend vrijblijvend gesprek om cliënt en arbeidsbegeleider een indruk te geven van een bepaalde werkplek. Er is geen significant verschil tussen IPS en reguliere arbeidsbegeleiding: binnen de IPS-trajecten vond in 73% van de gevallen contact plaats met werkgevers, binnen de reguliere trajecten was dit 66% (Phi=0.07 n.s.).

Bekeken over alle trajecten zijn er gemiddeld 8 contacten met werkgevers (SD=12). Worden alleen de trajecten met daadwerkelijke werkgevercontacten in ogenschouw genomen dan gaat het om gemiddeld 11 contacten (SD=13). Er is in dit opzicht geen significant verschil tussen IPS-ers en reguliere begeleiders (independent samples t-test: voor gemiddelde over alle trajecten $t=.1$, $df=119$, n.s.; voor alleen trajecten met wel werkgeverscontact $t=-.26$, $df=82$, n.s.).

Verschillen tussen de locaties in het gemiddeld contact met werkgevers zijn er wel (Anova voor alle trajecten F=4.36, df=3/117, p<0.05). Dit verschil heeft vooral te maken met verschillen in het aantal trajecten zonder werkgeverscontact. Wordt alleen naar de trajecten met werkgeverscontact gekeken, dan is er geen verschil tussen locaties in frequentie van contact (F=3.1, df=3/80, n.s.). In tabel 9.11 (bijlage 9.4) is per locatie weergegeven hoe vaak de arbeidsbegeleiders van IPS en de reguliere arbeidsbegeleiding spraken met werkgevers. Opvallend is dat binnen Dimence juist de reguliere arbeidsbegeleiders vaker contact hadden met werkgevers (23 maal, SD= 22) dan hun IPS-collega's (gemiddeld 8, SD=9); dit verschil is echter niet significant (t-test equal variances not assumed t=-2.01, df=13.3, n.s.). Alleen de IPS-werkers van UCP/Lentis hebben op het oog gemiddeld vaker werkgeverscontacten dan de reguliere arbeidsbegeleiders: 12 (SD=19) tegenover 4 (SD=6). Dit verschil blijkt bij toetsing echter ook niet significant (t-test equal variances not assumed t=-1.62, df=17.2, n.s.).

De IPS-trajecten verschillen dus niet van de reguliere trajecten als het gaat om de hoeveelheid contact met werkgevers. Het is daarbij ook niet zo dat er een verschil is met reguliere trajecten in de snelheid waarmee het eerste contact met een werkgever plaatsvindt (tabel 4.3). Voor de trajecten waar in ieder geval één contact met een werkgever is geweest, is de duur tot dit eerste werkgeverscontact zowel binnen IPS als de reguliere arbeidsbegeleiding gemiddeld bijna 8 maanden (SD=5.2; Independent samples t-test: t=-1.49, df=82, n.s). Dit contact wordt slechts door enkelen (15%) in de eerste twee maanden van het traject gelegd. Als er contact is dan is dit in ongeveer de helft van de gevallen wel gelegd in de eerste 6 maanden. Nog eens een kwart van deze contacten wordt gelegd in het tweede half jaar en de overige contacten (18%) wordt pas gelegd na een jaar.

Tabel 4.3

Snelheid contact met werkgever(s) over alle trajecten [a]

	Totaal (M, SD [b])	*IPS* (M, SD [b])	*RA* (M, SD [b])
Duur tot 1e contact in maanden [b]	7.86 (5.22)	7.78 (4.78)	7.94 (5.36)
- Binnen 2 maanden	14%	16%	13%
- 2- 6 maanden	42%	37%	47%
- 6-18 maanden	31%	47%	35%
- 18- 30 maanden	13%	-	6%

[a] Alleen trajecten waarbij contact is geweest met werkgever: N=84.

[b] M=gemiddelde, SD=Standaarddeviatie

4.6 Continuïteit binnen het traject

Binnen de arbeidsrehabilitatie komt het relatief vaak voor dat deelnemers gedurende een traject moeten wisselen van begeleider. Soms is dit om formele of inhoudelijke redenen, bijvoorbeeld wanneer een begeleider met andere vaardigheden of bevoegdheden ingezet wordt op het moment dat een eerste fase van voorbereiding in het traject is afgerond en de plaatsing in een baan in zicht komt. Soms wisselt men om niet-inhoudelijke redenen, bijvoorbeeld vanwege ziekte of ontslag. In dit onderzoek hadden cliënten in IPS-trajecten en cliënten in reguliere trajecten even vaak te maken met een wisseling van arbeidsbegeleiders (tabel 4.4; Independent samples t-test: t=-0.272, df=119, n.s).

Tabel 4.4
Arbeidsbegeleiders

	N	*Totaal*	*IPS*	*RA*
Per traject				
1 arbeidsbegeleider	88	73%	66%	80%
2 arbeidsbegeleiders	30	25%	32%	17%
3 arbeidsbegeleiders	3	2%	2%	3%
Aantal arbeidsbegeleiders	N	Trajecten per begeleider [a]	N	N
GGzE	14	2,1	9	7
UMCG/Lentis	10	3.6	3	8
Pameijer / Bavo Europoort	11	3,0	4	9
Dimence	7	2.7	5	3

[a] Bij meerdere begeleiders is alleen het traject van de eerste begeleider meegenomen.

De locaties verschillen wel in het gemiddeld aantal wisselingen van arbeidsbegeleider per gestart traject (Anova: F=13.0, df=3/117, p<.05). Binnen UMCG/Lentis en Dimence werd weinig (respectievelijk in 6 en 9% van de gevallen) van arbeidsbegeleider gewisseld. Binnen GGzE gebeurde dit in 31% van de gevallen, met name binnen de IPS-trajecten (44%). Bij Pameijer / Bavo Europoort werd in 59% van de gevallen gewisseld, ongeveer even vaak in de IPS-trajecten (65%) als in de reguliere (53%).

Overigens waren in totaal 48 arbeidsbegeleiders bij het onderzoek betrokken: 21 werkten volgens het IPS-model, 27 regulier. Gemiddeld was elke arbeidsbegeleider betrokken bij 2,7 trajecten. De verdeling over de centra is weergegeven in tabel 4.4.

4.7 Afsluiting trajecten

Zoals al is aangegeven was aan het eind van de onderzoeksperiode, 30 maanden na de start van het onderzoek, 68% van de trajecten afgesloten. In 32% van de gevallen liep

het contact tussen cliënt en arbeidsbegeleider nog steeds. Het percentage IPS-trajecten dat nog doorliep (33%) is niet significant groter dan het aantal doorlopende reguliere trajecten (38%). In tabel 4.5 is weergegeven wat de redenen waren dat trajecten werden afgesloten.

Tabel 4.5
Reden afsluiting traject

	N [a]	*Totaal*	*IPS*	*RA*
Deelnemer wil geen begeleiding meer	18	24%	16%	31%
Deelnemer wil geen werk meer	11	14%	15%	14%
Deelnemer wil stoppen, heeft werk	6	8%	10%	6%
Ziekte en/of opname	10	13%	13%	14%
Ander traject	14	18%	16%	20%
Traject gestopt vanuit GGz	10	13%	20%	2%
Cliënt onbereikbaar	3	4%	5%	3%
Overige redenen	4	5%	3%	8%

[a] Van 76 van de 82 trajecten die waren afgesloten is de reden bekend.

De meest voorkomende reden om een traject af te sluiten is dat de deelnemer zelf het traject niet voort wil zetten: soms (24%) omdat men de begeleiding niet meer wil, soms (14%) omdat men niet meer gemotiveerd is voor het doel van de begeleiding 'betaald regulier werk'. In een relatief groot aantal gevallen stopt het traject ook omdat een traject bij een andere organisatie beschikbaar komt (18%). Dit laatste kan de keuze van de cliënt zijn maar wordt meestal ingegeven door procedures op de locaties. In nog eens 14% van de gevallen wil men geen begeleiding meer omdat ernstige verslechtering van de symptomatologie en/of opname het verdere traject belemmeren. In 13% van de gevallen zijn het de arbeidsbegeleiders die er voor kiezen om het traject af te sluiten omdat de cliënt afspraken niet nakomt of omdat er anderszins geen sprake is van een werkbaar contact. De redenen om een traject af te sluiten zijn niet anders voor de IPS-trajecten als voor de reguliere trajecten (voor toetsing ingedeeld in twee categorieën: cliënt wil geen begeleiding/werk meer en andere redenen voor afsluiting: Phi=-.12, n.s.).

5 Aan het werk - onderzoeksvraag 1

In dit hoofdstuk komt de hoofdvraag aan de orde: verschilt de effectiviteit van IPS met de gebruikelijke arbeidsre-integratie in termen van het verkrijgen van regulier betaald werk (primaire uitkomstmaat)? Met andere woorden: hebben meer cliënten in de IPS-groep regulier werk gevonden dan de cliënten in de controlegroep? In paragraaf 5.2 staat die vraag centraal. In 5.3. gaat het over de snelheid waarmee werk gevonden is na de start van het onderzoek aan de orde en in 5.4 worden de kenmerken van de gevonden banen beschreven. Nagegaan wordt of de IPS-groep en de RA-groep hierin verschillen. In paragraaf 5.5 tenslotte wordt beschreven hoe tevreden met was met het gevonden werk. Het hoofdstuk begint met enige toelichting op de wijze van analyseren, inclusief de definities die gebruikt zijn om de arbeidsuitkomsten te meten (5.1).

5.1 Analyse

Definitie van de arbeidsuitkomsten

Het centrale doel van het IPS-model is om cliënten te helpen regulier betaald werk te krijgen en te behouden. Overeenkomstig daarmee is de primaire hoofduitkomst in dit onderzoek: 'regulier betaald werk'. Daarnaast worden in de analyses ook twee aanvullende uitkomstmaten meegenomen, namelijk 'betaald werk' – inclusief vormen van niet-regulier betaald werk – en 'werk inclusief vrijwilligerswerk'. Deze drie soorten arbeidsuitkomsten zijn als volgt gedefinieerd:

1. Regulier betaald werk: parttime of fulltime werk op de reguliere arbeidsmarkt tegen regulier loon. Het werk is niet gereserveerd voor of voorbehouden aan iemand met een beperking. Dit is inclusief detachering vanuit de sociale werkvoorziening naar een reguliere werkplek en werk op een reguliere plek met loonkostensubsidie.
2. Betaald werk: parttime of fulltime werk: a) volgens de definitie hiervoor van regulier werk, of: b) in de sociale werkvoorziening, of: c) volgens een proefplaatsing via UWV, of: d) in ID/WIW[3] banen, of: e) zwart werk.
3. Werk: parttime of fulltime werk volgens beide voorgaande definities, of alle vormen van vrijwilligerswerk, justitiële werkstraffen niet inbegrepen.

Codering

Bij alle drie de uitkomstmaten zijn deelnemers als volgt ingedeeld als succesvol dan wel als niet-succesvol. Als een cliënt één of meer dagen in de onderzoeksperiode gewerkt

[3] ID=Instroom- en doorstroom; WIW=Wet Inschakeling Werkzoekenden

had in een baan volgens de betreffende definitie, werd dit als een positieve uitkomst geteld (gecodeerd als 1). Cliënten met een negatieve uitkomst hebben geen enkele dag werk volgens de betreffende definitie gehad in de onderzoeksperiode (gecodeerd als 0).

Bij betaald werk zijn ook proefplaatsingen meegerekend, ondanks dat dergelijk werk niet betaald wordt. Dit is namelijk wel werk dat 'telt' in de geest van het IPS model. Het gaat om een UWV-regeling voor mensen met een WIA-, WAO-, WAZ-, Wajong-, Ziektewet- of WW-uitkering; de werknemer in spé werkt drie maanden op proef, op voorwaarde dat de werkgever echt van plan is om de werknemer een dienstverband van minimaal 6 maanden aan te bieden als het werken goed gaat. Tijdens de proefplaatsing betaalt de werkgever geen loon, maar behoudt de werknemer diens uitkering (Bron: website UWV).

Gegevensbronnen voor de arbeidsuitkomsten

Om te bepalen of iemand werk heeft gevonden in de onderzoeksperiode, is gebruik gemaakt van 3 verschillende bronnen: de interviews met cliënten (T6, T18, T30), de arbeidsmonitor en de 'T-extra' (telefonische interviews met meest betrokken hulpverlener als interview- en arbeidsmonitorgegevens ontbraken).

Missende waarden

Voor enkele cliënten is geen of incomplete informatie beschikbaar over de uitkomsten in termen van werk. Wanneer helemaal geen gegevens over deze uitkomsten beschikbaar waren, dat wil zeggen geen gegevens uit de interviews, geen gegevens uit de arbeidsmonitor en ook geen aanvullende informatie van de meest betrokken hulpverlener ('T-extra', zie paragraaf 1.4), dan is dit een missende waarde, ofwel '*missing*' voor de uitkomstmaat werk.

Voor de gehele onderzoeksperiode T0-T30 geldt dat voor één cliënt niet bekend is of hij/zij werk heeft gevonden in die periode, oftewel er is voor die periode één missing op de arbeidsuitkomsten. Het gaat om een deelnemer uit de controlegroep.

Zoals in hoofdstuk 1 is aangegeven is, tenzij anders vermeld, in alle analyses van dit hoofdstuk vanuit het *intention to treat* principe gerekend met de gegevens van alle cliënten die in het onderzoek ingestroomd zijn. Voor de hoofdanalyse zijn de cliënten met missende waarden voor de uitkomstmaat 'werk' gecodeerd als 0, geen werk gevonden (vergelijk Mueser e.al., 2004). De analyses zijn echter ook uitgevoerd zonder missende waarden (*complete cases*), als sensitiviteitsanalyse. Geen van deze sensitiviteitsanalyses gaven andere uitkomsten/inzichten. Omwille van de leesbaarheid van het rapport zijn de betreffende tabellen in bijlage 9.5 geplaatst.

5.2 Gewerkt in de onderzoeksperiode T0-T30

Om te beginnen is voor de beantwoording van de hoofdvraag van deze studie - hoeveel cliënten hebben regulier werk gevonden in de onderzoeksperiode en is er verschil tussen cliënten in de IPS- en controlegroep? - gekeken naar de gehele onderzoeksperiode.

In tabel 5.1. is te zien dat in totaal 51 cliënten tussen T0 en T30 regulier betaald werk hebben gehad, dat is een derde van de gehele onderzoeksgroep. Dit zijn 31 cliënten uit de IPS-groep (44%) en 20 cliënten uit de controlegroep (25%). Cliënten in de IPS-groep hebben dus vaker regulier betaald werk gevonden en dit verschil van 19% is significant ($\chi 2$ (1)=5.86; zie tabel 5.1).

In tabel 5.1 is verder te zien dat in de periode van 30 maanden in de IPS-groep procentueel meer cliënten (betaald) werk volgens de bredere definitie (betaald werk inclusief Sociale Werkvoorziening en proefplaatsingen) gevonden hebben, maar dat de percentages dichter bij elkaar liggen dan bij regulier betaald werk. De beide groepen verschillen nauwelijks in de mate waarin cliënten werk hadden volgens de meest brede definitie (inclusief vrijwilligerswerk).

Tabel 5.1

Arbeidsuitkomsten tussen T0 en T30; vergelijking tussen IPS en RA

Werk gevonden?	IPS		RA		Totaal	
	N=71	%	N=80	%	N=151*	%
1. Regulier betaald werk**	31	44%	20	25%	51	34%
2. Betaald werk	54	76%	54	68%	108	72%
3. Werk	58	82%	63	79%	121	80%

* missende waarde in analyses op 0

** Significant verschil tussen IPS en RA op regulier betaald werk: $\chi 2$ (1)=5.86, $p<.05$

Om te bepalen of er significante verschillen zijn tussen de IPS- en de controlegroep wat betreft het vinden van werk, onafhankelijk van de mogelijke invloed van andere factoren, is een logistische regressieanalyse uitgevoerd. Afhankelijke variabele in de analyse is de uitkomstmaat regulier betaald werk, gecodeerd als 0 (in de gehele periode T0-T30 geen werk gehad) of 1 (op enig moment in de periode T0-T30 werk gehad). De onafhankelijke variabele is de randomisatiegroep (IPS- of controlegroep) waarin men geplaatst is. Er is gecorrigeerd voor psychische gezondheid, omdat de twee groepen daarop significant van elkaar verschilden op baseline (zie hoofdstuk 3). Daarnaast is gecorrigeerd voor locatie.

Voor de uitkomstmaat betaald werk en werk (inclusief vrijwilligerswerk) zijn dezelfde analyses gevoerd. Dan blijkt dat significant meer cliënten in de IPS-groep in de periode T0-T30 regulier betaald werk hebben gevonden (zie tabel 5.2).

Tabel 5.2

Effect van IPS versus RA gecontroleerd voor andere invloeden

Logistische regressieanalyse* met onafhankelijke variabele service (RA/IPS) en gecorrigeerd voor psychische gezondheid op baseline en locatie		
1. Regulier betaald werk gevonden tussen T0-T30	β=.92**	OR=2.5
	z=2.54	CI 1.23-5.08
	p<.05	
2. Betaald werk gevonden tussen T0-T30	β=.48	OR=1.62
	z=1.27	CI .77-3.40
	n.s.	
3. Werk gevonden tussen T0-T30	β=.22	OR=1.25
	z=0.52	CI .54-2.87
	n.s.	

* Missende waarde op 0

** β=regressie coëfficiënt, z=toetsingsgrootheid, OR=Odds Ratio met CI=95% betrouwbaarheids-interval

In hoofdstuk 2 (modelgetrouwheid) is aan de orde gekomen dat op één locatie, namelijk Dimence, het contrast tussen IPS en reguliere arbeidsbegeleiding zeer gering is. Dit roept de vraag op of dit van invloed is geweest op de analyses. Als sensitiviteitsanalyse is daarom eenzelfde logistische regressieanalyse uitgevoerd zonder de gegevens die afkomstig zijn van de locatie Dimence (n=128). Ook uit deze analyse blijkt dat significant meer cliënten in de IPS-groep in de periode T0-T30 regulier betaald werk hebben gevonden (β=.97, z=2.47). Er is geen verschil tussen IPS en de controlegroep voor betaald werk en voor werk inclusief vrijwilligerswerk (zie tabel 9.14 in bijlage 9.5).
Van de 23 cliënten afkomstig van de locatie Dimence heeft 30% (7) in de periode T0-T30 regulier betaald werk hebben gevonden. Vier van hen met behulp van IPS en drie met behulp van reguliere arbeidsbegeleiding.

5.3 Werk vinden in de eerste zes respectievelijk 18 maanden en 30 maanden

Naast de hoofdvraag is het ook interessant om deze vraag per meetperiode te bekijken. Cliënten kunnen immers in de eerste onderzoeksperiode werk hebben gevonden, maar door omstandigheden in de volgende periode geen werk meer hebben, of omgekeerd. Allereerst is gekeken naar de eerste zes maanden van de onderzoeksperiode, namelijk T0-T6. In tabel 5.3 is te zien dat in totaal 25 cliënten (17%) in deze periode regulier betaald werk hebben gevonden, waarvan 15 uit de IPS-groep (21%) en 10 uit de con-

trolegroep (13%). In de IPS groep heeft dus 8% meer cliënten regulier betaald werk gevonden, maar dat verschil is statistisch niet significant. Ruim 40% van de cliënten vindt in deze eerste periode betaald werk volgens de hierboven genoemde ruimere definitie, maar ook hier is het verschil statistisch niet significant. Er is geen verschil tussen IPS en RA wanneer gekeken wordt naar alle cliënten die enige vorm van werk (de breedste definitie dus ook met vrijwilligerswerk) deden in deze periode.

Tabel 5.3

Arbeidsuitkomsten tussen T0 en T6, vergelijking tussen de RA en IPS groep

Gewerkt?	IPS		RA		Totaal	
	N=71	%	N=80	%	N=151*	%
1. Regulier betaald werk**	15	21%	10	13%	25	17%
2. Betaald werk	34	48%	30	38%	64	42%
3. Werk	40	56%	46	58%	86	57%

* missende waarden in analyses op 0

** Geen significant verschil tussen IPS en RA op regulier betaald werk: $\chi 2$ (1)=2.03, n.s.

IPS=Individuele Plaatsing en Support; RA=Reguliere Arbeidsbegeleiding

In de tweede onderzoeksperiode, tussen 6 en 18 maanden, heeft 34% in de IPS groep en 18% in reguliere arbeidsbegeleiding regulier betaald werk gevonden. Dit verschil van 18% is significant (zie tabel 5.4). Ook hebben meer IPS cliënten betaald werk volgens de bredere definitie gevonden, al is dit verschil niet significant. Er is geen verschil tussen IPS en RA wanneer gekeken wordt naar alle cliënten die enige vorm van werk (waaronder ook vrijwilligerswerk) deden in deze periode.

Tabel 5.4

Arbeidsuitkomsten tussen T6 en T18; vergelijking tussen IPS en RA

Gewerkt?	IPS		RA		Totaal	
	N=71	%	N=80	%	N=151*	%
1. Regulier betaald werk**	24	34%	14	18%	38	25%
2. Betaald werk	46	65%	44	55%	90	60%
3. Werk	52	73%	58	73%	110	73%

* missende waarden in analyses op 0

** Significant verschil tussen IPS en RA op regulier betaald werk: $\chi 2$ (1)=5.31 $p<.05$

In de laatste onderzoeksperiode, van T18 tot 30 maanden, zien we dat het percentage cliënten dat regulier betaald werk heeft is nog steeds in de IPS groep hoger, maar het verschil is niet significant (zie tabel 5.5). Ook zien we dat in de IPS groep het aantal cliënten dat een regulier betaalde baan heeft gehad, in deze periode lager ligt dan in de periode ervoor.

Tabel 5.5

Arbeidsuitkomsten tussen T18 en T30; vergelijking tussen IPS en RA

Gewerkt?	IPS		RA		Totaal	
	N=71	%	N=80	%	N=151 *	%
1. Regulier betaald werk**	16	23%	12	15%	28	19%
2. Betaald werk	30	42%	37	46%	64	44%
3. Werk	46	65%	46	58%	86	61%

* missende waarden in analyses op 0

** Geen significant verschil tussen IPS en RA op regulier betaald werk: $\chi 2$ (1)=1.41, n.s.

5.4 Kenmerken van de gevonden banen

In 5.2 is beschreven hoeveel cliënten regulier betaald werk hebben gevonden in de onderzoeksperiode. Daarnaast is het ook interessant om meer te weten over hoe lang de betrokken cliënten aan het werk zijn geweest, en over andere kenmerken van het gevonden werk, zoals de duur van de periode tussen start van de begeleiding en het vinden van werk.

Uren van de aanstelling

Hoeveel uur per week bedroeg de aanstelling van de cliënten met een regulier betaalde baan? Voor de gehele groep die regulier werk heeft gevonden ligt de gemiddelde aanstelling per regulier betaalde baan op 22 uur. Het minimum aantal uur ligt op vier en maximum op 40 uur per week. Van twee cliënten (een uit de IPS-groep, een uit de RA groep) was het aantal uren van de aanstelling onbekend, deze zijn uit de analyses gelaten.

Tabel 5.6

Gemiddelde aanstellingsomvang (in uren per week) van de reguliere betaalde banen

	N	Minimum	Maximum	M**	SD
Totaal	49*	4.30	40.00	21.64	11.39
IPS	30	4.30	40.00	20.91	10.59
RA	19	6.00	40.00	22.80	12.77

M=Gemiddelde, SD=Standaard Deviatie.

* Van twee cliënten ontbreken het aantal uren p/w.

Vergelijking van de IPS- met de controlegroep resulteert in minimale verschillen tussen de twee groepen, zie tabel 5.6. De controlegroep heeft gemiddeld een iets grotere gemiddelde aanstelling, maar ook dat verschil is niet significant.

Duur: aantal dagen regulier betaald werk

In tabel 5.7 is te zien hoeveel dagen de gehele onderzoeksgroep een regulier betaalde baan heeft gehad in de onderzoeksperiode van 30 maanden. Cliënten die geen regulier betaalde baan hadden in deze periode hebben automatisch nul dagen gewerkt. Omdat van één cliënt (uit de controlegroep) met een regulier betaalde baan de datum waarop het werk was beëindigd (de 'stopdatum') ontbrak, is deze uit onderstaande analyses gelaten.

In de IPS groep heeft men gemiddeld twee keer zoveel dagen gewerkt als in de RA-groep. Dat verschil is overigens niet significant (Independent samples t-test: t=1.45, df=148, n.s.).

Tabel 5.7

Aantal dagen regulier betaald werk in de T0-T30 periode

	N	Minimum	Maximum	M***	SD
Totale onderzoeksgroep	150*	0.00	912.00**	96.94	207.08
IPS	70	0.00	912.00	123.09	233.62
RA	80	0.00	912.00	74.06	179.10
Subgroep die regulier betaald werk heeft gevonden	50*	5.00	912.00	290.82	269.93
IPS regulier betaald werk	30	7.00	912.00	287.20	284.77
RA regulier betaald werk	20	5.00	912.00	296.25	253.14

M=Gemiddelde, SD=Standaard Deviatie.

* Van één cliënt ontbrak de stopdatum.

** Dit betreft twee cliënten.

Ook voor alleen de cliënten die tussen T0-T30 een regulier betaalde baan (of meerdere) hebben gehad, is nagegaan hoe lang zij hebben gewerkt. In tabel 5.7 is te zien dat zij gemiddeld 291 dagen aan het werk zijn geweest met een minimum aantal gewerkte dagen per baan van en een maximum aantal dagen van 912 (=30 maanden).

De controlegroep is gemiddeld 9 dagen langer aan het werk dan de IPS groep, maar dat verschil is niet significant. De twee subgroepen van mensen die regulier betaald werk gevonden hebben, verschillen overigens aanzienlijk wat betreft aantallen (30 versus 20) waardoor vergelijking moeilijk is.

In tabel 5.8 is met informatie over het aantal gewerkte weken en de uren per week van de aanstelling, een berekening gemaakt van het totaal aantal gewerkte uren. De cliënten in de IPS-groep hebben gemiddeld meer uren gewerkt. Volgens de t-test *(independent samples test)* is dat verschil significant (t=1.43, df=146, p<.05).

Tabel 5.8

Totaal aantal gewerkte uren regulier betaald werk

	N	Minimum	Maximum	M	SD
Totale onderzoeksgroep	148*	0.00	4351.29	323.25	789.35
IPS	69	0.00	4274.29	422.22	920.06
RA	79	0.00	4351.29	236.80	648.10
Groep die regulier werk heeft gevonden	48*	34.86	4351.29	996.68	1123.96
IPS regulier werk	29	34.86	4274.29	1004.59	1204.10
RA regulier werk	19	63.43	4351.29	984.60	1021.26

M=Gemiddelde, SD=Standaard Deviatie.

* Van drie cliënten ontbreekt één van de gegevens om het totaal aantal gewerkte uren te berekenen.

Ook specifiek voor de cliënten die tussen T0-T30 een regulier betaalde baan (of meerdere) hebben gehad, is nagegaan wat het totale aantal gewerkte uren is geweest. In tabel 5.8 is te zien dat zij gemiddeld 997 uren aan het werk zijn geweest. Het minimum aantal gewerkte uren was 35, het maximum aantal uren 4351. Voor deze subgroep van cliënten die regulier betaald werk hebben gehad hebben de cliënten uit de IPS-groep gemiddeld meer uren gewerkt, maar dat verschil is niet significant.

Snelheid waarmee eerste baan wordt gevonden

Hoe snel vinden de cliënten een regulier betaalde baan? In onderstaande tabel is te zien dat cliënten gemiddeld 282 dagen na de eerste meting (T0) een regulier betaalde baan vinden. Dit valt in de T6-T18 periode, aangezien 0-182 dagen in de periode T0-T6 valt en 183-547 dagen in de periode T6-T18. Het gemiddelde van 282 dagen laat wel zien dat het dichter bij de T6 dan de T18 ligt. De IPS groep komt gemiddeld ongeveer een maand sneller aan de eerste regulier betaalde baan. Dit verschil is niet significant.

Tabel 5.9

Snelheid vinden baan in dagen

	N	Minimum	Maximum	M	SD
Totaal	51	1.00	877.00	282.24	230.46
IPS	31	1.00	887.00	269.55	217.57
RA	20	14.00	832.00	301.90	253.70

M=Gemiddelde, SD=Standaard Deviatie.

De onderstaande tabel geeft per periode van drie maanden weer welk percentage cliënten regulier betaald werk heeft gevonden. Van alle cliënten die een regulier betaalde baan vonden doet de helft van de cliënten uit de IPS- groep dit in de eerste 6 maanden

werk, bij de controlegroep is dat twee derde. Hierbij moet opgemerkt worden dat het bij IPS om een grotere groep gaat die regulier betaald werk heeft gevonden, waardoor de percentages een vertekend beeld geven. Over de eerste negen maanden bekeken, is het verschil weer opgeheven.

Tabel 5.10

Snelheid vinden baan per periode (%)

	0-3mnden	3-6mnden	6-12mnden	12-18mnden	18-24mnden	24-30mnden
Totaal	19.60%	27.50%	19.60%	17.60%	9.80%	5.90%
IPS	16.10%	29.00%	25.80%	19.40%	3.20%	6.50%
RA	25.00%	25.00%	10.00%	15.00%	20.00%	5.00%

Soorten banen

Tabel 5.11 geeft een indruk welke reguliere betaalde banen de cliënten hebben gevonden en bij welke bedrijven zij dit werk doen. Het zijn voorbeelden, het is geen volledige lijst. Opvallend is de diversiteit aan beroepen en bedrijven. De werkzaamheden vallen in primaire (bijvoorbeeld bollenpeller), secundaire (bijvoorbeeld assistent timmerman), tertiaire (bijvoorbeeld keukenassistent, softwareontwikkelaar) en quartaire sector (verpleger, alfahulp). Er is in een aantal gevallen te weinig specifieke informatie over de werkzaamheden, om de banen in te kunnen delen naar functieniveau. De algemene indruk is wel dat het gros van de functies op VMBO- en MBO-niveau zit.

Tabel 5.11

Voorbeelden van regulier betaald werk en soort bedrijven in de periode T0-T30.

Soort regulier betaald werk	Bedrijven bij regulier betaald werk
- Secretaresse	- Restaurant
- Administratief medewerker	- ICT bedrijf
- Productiemedewerker	- Gemeente bibliotheek
- Schoonmaker	- Schoonmaakbedrijf
- Bollenpeller	- Thuiszorg
- Alfahulp	- Drukkerij
- Keukenassistent	- Vleesfabriek
- Vrachtwagenchauffeur	- Installatiebedrijf
- Tester ICT	- Brandbeveiligingsbedrijf
- Software ontwikkelaar	- Bloembollenbedrijf
- Verpleger	- Geluidstechniek bedrijf
- Verkoper	- Uitgeverij regionale dagbladen
- Telefoniste	- Timmer-bouwbedrijf
- Assistent timmerman	- Provincie
- Communicatiemedewerker	- ICT bedrijf
- Krantenbezorger	- Productiebedrijf
- Productiemedewerker	- Sandd postbedrijf
- Werkbegeleider	- Onderhoudsgroep
- Postbesteller/postbode	- Thuiszorg
- Alfa hulp/ huishoudelijke hulp ouderen	- Restaurant
- Software ontwikkelaar	- Productiebedrijf
- Keukenassistent	- Reïntegratiebureau
- Medewerker groenvoorziening	- Postbedrijf
- Vrachtwagenchauffeur	- Verhuisbedrijf
- Schilder	- Loodgietersbedrijf
- Loodgieter	- Open Universiteit
- Docent houtbewerking	- TNT Post

5.5 Arbeidstevredenheid

Opzet

Alle werkende deelnemers is gevraagd in hoeverre zij tevreden waren met de gevonden banen. Deze 'arbeidstevredenheid' is gemeten met de Indiana Job Satisfaction scale (Resnick en Bond, 2001), verder arbeidstevredenheidslijst genoemd. De arbeidstevredenheidslijst is een zelfbeoordelingslijst met 32 items in de vorm van stellingen als 'Deze baan is de moeite waard', waarna de invuller kan kiezen uit vier antwoordcategorieën die variëren van 1 (helemaal mee eens) tot 4 (helemaal mee oneens). De hier gebruikte

Nederlandse vertaling is ontwikkeld door het RGOc ten behoeve van de Eqolise studie. De arbeidstevredenheidslijst is, indien van toepassing, ingevuld tijdens de vervolginterviews (T6, T18 of T30). Als betrokkene een baan had ten tijde van het interview werd gevraagd deze baan te beoordelen. Als betrokkene een baan had gehad tijdens de periode waarop het interview betrekking had, werd gevraagd met terugwerkende kracht te beoordelen.

Voor SCION is de analyse op arbeidstevredenheid beperkt tot de subschaal die de kern van de lijst vormt: *general job satisfaction*[4], verder algemene arbeidstevredenheid genoemd. Deze subschaal heeft vijf items, bijvoorbeeld 'Ik voel me goed in deze baan' (zie verder tabel 9.16 in bijlage 9.5). De subschaal algemene arbeidstevredenheid had in de Resnick en Bond studie (2001) de hoogste correlatie met de totale score op de lijst (scores op alle items gedeeld door totaal aantal items) en correleerde als enige subschaal met de duur van de baan. De auteurs suggereren ook zelf om in de toekomst arbeidstevredenheid met deze subschaal te meten.

Nagegaan is in de analyse of deelnemers IPS *niet* verschilden van deelnemers in de controlegroep. We hadden a priori niet de verwachting dat IPS meer arbeidstevredenheid zou opleveren (vergelijk bv. Mueser et al 2004).

Bevindingen

In tabel 5.12 zijn de bevindingen weergegeven. Van de 51 mensen die regulier werk gevonden hebben op enig moment in de onderzoeksperiode, hebben 32 (63%) een arbeidstevredenheidslijst ingevuld die betrekking had op een reguliere baan. Non-respons is voornamelijk het gevolg van uitval uit de interviews. Veertien personen hadden meer dan één lijst ingevuld, hetzij omdat zij meer dan één baan hadden gehad, hetzij omdat de periode dat zij een baan behielden zich uitstrekte over meer dan één follow-upmeting. In die gevallen is per persoon at random voor een van de scores gekozen.
Over het algemeen werd positief geoordeeld over de gevonden banen. De gemiddelde score was 3.3 (SD=0.70), hetgeen goed vergelijkbaar is met de score die Resnick & Bond rapporteerden voor de betreffende subschaal (3.48, SD=0.52). De IPS- en de RA-groep verschilden niet significant.

---

[4] De volledige *Indiana Job Satisfaction* lijst heeft zes subschalen: General Satisfaction (e.g., "I feel good about this job "); Pay (e.g., "I am happy with the amount this job pays"); Advancement and Security (e.g., "This is a dead-end job"); Supervision (e.g., "My supervisor is hard to please'); Coworkers (e.g., "I have a coworker I can rely on"); and How I Feel On This Job (e.g., "I often feel tense on the job").

Tabel 5.12

Bevindingen algemene arbeidstevredenheid met gevonden banen in de SCION-studie

	Hele groep N=32 (16/16) *	IPS 18 (8/10)	RA 14 (8/6)
Arbeidstevredenheid (M, SD)**	3.3 (.70)	3.19 (.67)***	3.36 (.73)***

* N tijdens /na afloop baan

** Scorebereik 1 – 4, hogere scores hogere tevredenheid

*** IPS en RA groep verschilden niet significant (t -.91, p .37, df 31, equal variances assumed)

Verder blijkt dat de 16 deelnemers die tijdens de baan de lijst invulden een wat hogere, maar niet significant hogere arbeidstevredenheid hadden dan degenen die terugblikten op een baan (gemiddelden resp. 3.38 vs 3.15, equal variances, t .91, p<.05). Dit verschil verklaart naar alle waarschijnlijkheid de iets lagere scores in de IPS groep (die groep kende verhoudingsgewijs meer mensen die de lijst retrospectief invulden: 63% vs. 43%).

6 Gevolgen voor psychisch functioneren, zelfwaardering en kwaliteit van leven: onderzoeksvraag 2

Het vinden van regulier betaald werk of andere vormen van arbeidsparticipatie of dagbesteding kunnen beschouwd worden als de directe effecten van de begeleiding. De tweede vraag in het onderzoek was of er een verschil is tussen de IPS-trajecten en de reguliere trajecten wat betreft andersoortige effecten, namelijk de gevolgen voor de mentale oftewel psychische gezondheid, de zelfwaardering en/of de kwaliteit van leven. Binnen een IPS-traject wordt gericht gewerkt aan het vinden van een reguliere baan waarbij de boodschap aan deelnemers is dat er een mogelijkheid is tot participatie in het gewone maatschappelijke verkeer. Deze positieve opstelling en de ervaringen bij het zoeken naar werk hebben mogelijk een positieve invloed op functioneren, zelfwaardering en kwaliteit van leven. Anderzijds zou het zo kunnen zijn dat deelnemers ook negatieve effecten ervaren omdat zij al vroeg in het IPS-traject geconfronteerd worden met de eisen die reguliere werk stelt en de belasting die dit vraagt. Onderzoek heeft over deze vragen tot nu toe geen uitsluitsel gegeven. In dit hoofdstuk wordt daarom gekeken naar zowel de positieve als de mogelijk negatieve neveneffecten van beide vormen van begeleiding.

Psychische gezondheid is gemeten met de Mental Health Inventory-5 (MHI-5; Veit & Ware, 1983). De vijf items worden gescoord door middel van een zespuntsschaal, gerangschikt van 'altijd' naar 'nooit'. Een voorbeelditem is: "Hoe vaak heeft u zich de afgelopen maand kalm en rustig gevoeld?".
Zelfwaardering is gemeten met de Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE; Rosenberg, 1969). De RSE bevat 10 items die beantwoord worden op een vierpuntsschaal gerangschikt van 'sterk mee eens' tot 'sterk mee oneens'. Een voorbeelditem is: 'Ik zou willen dat ik meer respect voor mezelf had'.
Kwaliteit van leven is gemeten met behulp van de the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA; Priebe e.a., 1999). De 12 satisfactievragen worden gescoord aan de hand van een zevenpuntsschaal, waarbij 1 staat voor 'uitermate negatief' en 7 voor 'uitermate positief'. Een voorbeelditem is: 'Hoe tevreden ben je met je financiële situatie?

Aan deelnemers is viermaal gevraagd naar hun psychische gezondheid, zelfwaardering en kwaliteit van leven: bij de start van het onderzoek, na 6, na 18 en na 30 maanden. In dit hoofdstuk zijn de veranderingen over de tijd geanalyseerd. Bij deze analyses is gebruikt gemaakt van zogenaamde '*Mixed model analyses*' dat wil zeggen dat er reke-

ning gehouden is met de samenhang binnen de metingen van eenzelfde persoon. Getoetst is:

- of er sprake van een *tijdseffect*: verschillen de scores significant per meetmoment,
- of er sprake is van een algemeen effect van het *soort begeleiding*: scoren deelnemers in de IPS-conditie hoger of lager dan de andere deelnemers, onafhankelijk van het meetmoment,
- en of er sprake is van een *interactie-effect van tijd en soort begeleiding*: verbeteren of verslechteren de scores van de IPS-deelnemers meer dan die van de andere deelnemers. Het is dit laatste effect waar het om gaat, namelijk de vraag of begeleiding volgens het IPS-model een ander effect heeft op de verandering in de scores door de tijd.

6.1 Psychische gezondheid

Bij vergelijking van de scores bij de start van het traject en die aan het eind van de onderzoeksperiode blijken de deelnemers in beide groepen er gemiddeld enigszins op vooruit te zijn gegaan (tabel 6.1). Nu was al geconstateerd dat beide groepen een significant verschillende uitgangssituatie hadden: de deelnemers aan de reguliere trajecten scoorden bij de start hoger qua psychische gezondheid (paragraaf 3.3).

Tabel 6.1

Veranderingen in psychische gezondheid, zelfwaardering en kwaliteit van leven [a]

	Totaal		*IPS*		*RA*	
	N	*M. SD*	*N*	*M. SD*	*N*	*M. SD*
Psychische gezondheid						
Bij start	151	60 (19)	71	56 (18)	80	63 (18)
Na 6 maanden	126	58 (9)	58	58 (10)	70	58 (9)
Na 18 maanden	116	61 (20)	53	59 (17)	60	62 (19)
Na 30 maanden	85	64 (17)	39	63 (18)	46	66 (17)
Zelfwaardering						
Bij start	150	1.83 (0.49)	70	1.79 (0.51)	80	1.86 (0.47)
Na 6 maanden	127	1.87 (0.51)	58	1.78 (0.50)	69	1.94 (0.52)
Na 18 maanden	112	1.96 (0.55)	52	1.89 (0.56)	60	2.02 (0.53)
Na 30 maanden	85	2.03 (0.53)	39	1.98 (0.52)	46	2.08 (0.55)
Kwaliteit van leven						
Bij start	151	4.21 (0.87)	71	4.07 (0.86)	80	4.33 (0.86)
Na 6 maanden	126	4.29 (0.97)	58	4.33 (0.90)	68	4.25 (1.02)
Na 18 maanden	116	4.40 (0.90)	54	4.40 (0.90)	62	4.40 (0.90)
Na 30 maanden	86	4.51 (0.83)	39	4.43 (0.90)	47	4.37 (0.90)

[a] M=gemiddelde, SD=Standaard deviatie

Wanneer hier in de analyses rekening mee wordt gehouden (tabel 6.2) dan blijkt er sprake van zowel een tijdseffect – de scores van alle deelnemers zijn in de loop van de tijd verbeterd – als een effect van het soort begeleiding -de IPS-deelnemers scoren op elk tijdstip wat lager-. Er is geen interactie-effect wat wil zeggen dat de IPS-groep over de tijd gemiddeld evenveel is verbeterd qua psychisch functioneren als de controle-groep.

Tabel 6.2

Tabel gebaseerd op 'mixed model analyses': invloed van tijd en soort begeleiding op psychische gezondheid, zelfwaardering en kwaliteit van leven

	df	*F*	*P*
Psychische gezondheid			
Effecten			
- Tijd	199	3.86	0.01*
- Soort begeleiding	149	6.08	0.02*
- Tijd x begeleiding	197	1.43	0.24
Zelfwaardering			
Effecten			
- Tijd	1822	2.23	0.09
- Soort begeleiding	148	0.72	0.40
- Tijd x begeleiding	183	0.19	0.90
Kwaliteit van leven			
Effecten			
- Tijd	201	1.31	0.27
- Soort begeleiding	149	3.42	0.07
- Tijd x begeleiding	201	0.93	0.43

* significant bij p<.05

6.2 Zelfwaardering

Ook wat zelfwaardering betreft is er op het oog een positief effect te zien over de tijd: gemiddeld lijken de deelnemers in beide soorten trajecten na 30 maanden hoger te scoren dan bij de start. Bij toetsing blijkt er echter geen sprake van een significante verbetering in de tijd noch van een effect van het soort begeleiding. Ook is er geen aanwijzing dat IPS-deelnemers significant meer verbeteren qua zelfwaardering dan de overige deelnemers.

6.3 Ervaren kwaliteit van leven

Deelnemers hebben aangegeven hoe tevreden zij zijn over hun situatie op verschillende levensgebieden. Het totaal van deze tevredenheidscores is de score op kwaliteit van leven. Ook hierbij is sprake van een lichte doch niet significante stijging in de tijd; deel-

nemers geven hogere scores aan het eind dan aan het begin van het traject. Er is echter weer geen significant verschil tussen deelnemers van beide soorten trajecten, noch wat betreft de gemiddelde score over de tijd noch wat betreft de gemiddelde verbetering.

7 Economische evaluatie; onderzoeksvraag 3

7.1 Inleiding

Economische evaluaties richten zich op de balans tussen gezondheidseffecten en kosten van (alternatieve) interventies binnen de gezondheidszorg. In de huidige studie werd onderzoek gedaan naar de kosteneffectiviteit van het arbeidsrehabilitatiemodel Individual Placement and Support (IPS) in vergelijking met de reguliere arbeidsrehabilitatie (RA) voor mensen met ernstige psychiatrische problematiek.
De economische evaluatie is opgezet als een kosteneffectiviteitsstudie, in dit geval bestaande uit twee afzonderlijke kosteneffectiviteitsanalyses. In de eerste analyse is de uitkomstmaat gelijk gesteld aan de primaire uitkomst van het hoofdonderzoek, het percentage personen dat gedurende de studie regulier betaald werk op de arbeidsmarkt verrichtte. Voor de tweede hoofdanalyse is de MANSA, de ervaren kwaliteit van leven, als uitkomstmaat aangehouden. Beide uitkomstmaten zijn nader toegelicht in hoofdstuk 1 van deze rapportage. De economische evaluatie is uitgevoerd vanuit een maatschappelijk perspectief; alle relevant geachte kostenposten binnen en buiten de gezondheidszorg zijn in de analyses meegenomen. Baten en kosten gerelateerd aan inkomensgerelateerde verzekeringen en voorzieningen zijn, zoals gebruikelijk bij deze economische evaluaties, buiten beschouwing gelaten. De tijdshorizon van de huidige evaluatie beslaan de onderzoeksperiode van 30 maanden. Kosten en (gezondheids)effecten zijn gedurende dit tijdsbestek voor alle geïncludeerde personen prospectief bepaald.
Economische evaluaties kennen een eigen werkwijze en begrippenkader en ook onze studie is in deze lijn uitgevoerd. In dit hoofdstuk wordt, waar mogelijk, uitleg gegeven over de methodiek maar het voert te ver om alle begrippen en analysemodellen toe te lichten. In het afsluitende hoofdstuk worden de conclusies daarom nog eens weergegeven op een manier die ook voor degenen die niet in deze materie zijn ingevoerd begrijpelijk is.

7.2 Methode

Kostenstudie
Het bepalen van de door de twee onderzoeksgroepen gegenereerde kosten tijdens de onderzoeksperiode vormde een belangrijk onderdeel van de economische evaluatie. Omdat de economische evaluatie is uitgevoerd vanuit een maatschappelijk perspectief zijn naast de direct medische kosten tevens de direct niet-medische en de indirect niet-medische kosten in kaart gebracht. In tabel 7.1 staan de kostencategorieën en kostensoorten vermeld die in de analyses zijn meegenomen. Een paar van de vermelde kostensoorten zullen onder de tabel nader worden toegelicht.

Tabel 7.1

Kostencategorieën en kostensoorten [1]

Direct medische kosten	Direct niet-medische kosten	Indirect niet-medische kosten
Arbeidsbegeleiding (IPS en RA)	Informele zorg	Productiviteitsverliezen a.g.v. arbeidsverzuim
Intra en semi-murale GGZ	Out-of-pocket kosten	Maatschappelijke besparingen door deelname arbeidsproces
Extramurale GGZ		
Generieke hulpverlening		
Dagactiviteiten centra		
Medicatie		

[1] Voor de onderverdeling van de samengestelde kostensoorten wordt verwezen naar tabel 7.2.

De kosten die direct gerelateerd waren aan de onderzochte rehabilitatietrajecten, IPS en RA, bestonden hoofdzakelijk uit kosten van contacten tussen trajectbegeleiders enerzijds, en cliënten, hulpverleners en werkgevers anderzijds. Aanvullend is een raming van de bijkomende reiskosten gemaakt. Kosten van de implementatie van IPS maken geen deel uit van de huidige analyses. Kosten van informele zorg bestonden uit de monetaire waardering van de tijd die familieleden of bekenden besteedden aan het helpen of assisteren van de betreffende persoon (bv. huishoudelijk werk, begeleiden bij het bezoeken van hulpverleners, etc.). 'Out-of-pocket' kosten bestonden uit uiteenlopende aanvullende kosten tijdens het onderzoek, waaronder bijvoorbeeld kosten als gevolg van het annuleren van vakanties of het aanschaffen van medicatie zonder recept. De omvang van de productiviteitsverliezen, de kosten die het gevolg zijn van het verzuimen van betaald werk als gevolg van ziekte/psychische problemen, is bepaald met behulp van de frictiekostenmethode (Koopmanschap e.a., 1995). Daarnaast is in het huidige onderzoek gekeken naar (potentiële) maatschappelijke economische voordelen gerelateerd aan (hernieuwde) deelname aan de arbeidsmarkt door personen die hier reeds lange tijd (> 1 jaar) niet meer actief in participeerden. Door het theoretische kader waarbinnen economische evaluaties worden uitgevoerd is het niet mogelijk om kosten (c.q. besparingen) in de sfeer van uitkeringen in een economische analyse mee te nemen. Deze zijn dan ook volledig buiten beschouwing gelaten in de huidige evaluatie.

De zorgconsumptiegegevens zijn prospectief geregistreerd voor alle personen die aan het onderzoek deelnamen. Een belangrijk deel van deze gegevens is met behulp van een vragenlijst verkregen. Deze vragenlijst is tijdens de 30 maanden van het onderzoek herhaaldelijk afgenomen (op het moment van inclusie, en op 6, 18 en 30 maanden na inclusie). Gegevens die met deze vragenlijst in kaart zijn gebracht betroffen bijvoorbeeld het aantal opnames in psychiatrische ziekenhuizen, contacten met hulpverleners

(o.a. psychiaters en psychologen) en het ziekteverzuim van personen die betaald werk verrichtten. Aanvullend zijn er gegevens door de betrokken hulpverleners geregistreerd. Hierbij ging het onder meer om informatie over het gebruik van medicatie op recept. Bij het bepalen van de kostprijzen van de geïncludeerde kostensoorten is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van de richtlijnprijzen die vermeld staan in de "Handleiding voor kostenonderzoek" van Oostenbrink en anderen(2004) om zodoende de vergelijkbaarheid met andere kostenstudies in de Nederlandse situatie te vergroten. Voor verschillende kostensoorten bleken echter geen richtlijnprijzen beschikbaar te zijn. Indien richtlijnprijzen ontbraken zijn er voornamelijk werkelijke kosten vastgesteld. Er is uitgegaan van het prijspeil van het jaar 2008, indien nodig is er naar dit jaartal geïndexeerd.

Kosteneffectiviteitsanalyse en de incrementele kosteneffectiviteitsratio

In kosteneffectiviteitsanalyses worden kosten en de primaire uitkomst van een interventie gebruikt voor het bepalen van de incrementele kosteneffectiviteitsratio (IKER) ten opzichte van een of meerdere alternatieven (Drummond e.a., 2005). In de huidige evaluatie is zowel het percentage personen met regulier betaald werk, als de kwaliteit van leven (bepaald met de MANSA) aangehouden als primaire uitkomstmaat in twee afzonderlijke kosteneffectiviteitsanalyses.

De IKER vormt een belangrijke uitkomst van kosteneffectiveitsanalyses. In het huidige onderzoek werd de IKER op onderstaande wijze berekend (enkel weergegeven voor regulier betaald werk als primaire uitkomstmaat):

$$\text{IKER} = \frac{(K_{IPS} - K_{RA})}{(RBW_{IPS} - RBW_{RA})}$$

IKER = incrementele kosteneffectiviteitsratio

K_{IPS} = gemiddelde maatschappelijke kosten in de IPS-groep

K_{RA} = gemiddelde maatschappelijke kosten in de RA-groep

RBW_{IPS} = percentage personen met regulier betaald werk in de IPS-groep

RBW_{RA} = percentage personen met regulier betaald werk in de RA-groep

Discontering is het minder waarde toekennen aan toekomstige kosten en opbrengsten in economische evaluaties als gevolg van onzekerheid over de toekomst (Drummond e.a., 2005). Kosten en effecten zijn niet verdisconteerd in de basisanalyses in verband met het geringe effect van discontering in de huidige onderzoekscontext[5].

[5] Het is wel bekeken in sensitiviteitsanalyses, welke echter niet zijn opgenomen in dit rapport.

Statistische analyses

Onzekerheid omtrent de kosteneffectiviteitsanalyses werd geanalyseerd door middel van de *bootstrap* methode (Efron en Tibshirani, 1993). *Bootstrapping* is een iteratieve methode die bestaat uit het willekeurig (met teruglegging) trekken van proefpersonen uit de onderzoekspopulatie, om zodoende replicatie populaties te creëren. Het is bekend dat missende gegevens een verstorende werking kunnen hebben op de resultaten van economische analyses, zeker als deze ontbrekende gegevens niet volledig willekeurig blijken te zijn (Briggs e.a., 2003). In het huidige onderzoek werd gebruik gemaakt van het *EM algoritme* in combinatie met een *bootstrap* benadering (Oostenbrink en Al, 2004) om de potentiële bias van missende gegevens te ondervangen. In een van de geplande sensitiviteitsanalyses is deze EM met *bootstrap* techniek vergeleken met een '*complete case*' benadering.

Aanvullend zijn '*cost-effectiveness acceptability curves*' (CEAC: Fenwick e.a., 2004) berekend. Met behulp van CEACs kunnen beleidsmakers geïnformeerd worden over de waarschijnlijkheid dat een interventie kosteneffectief zal zijn voor oplopende (hypothetische) bedragen die een beleidsmaker bereid zou zijn te betalen per additioneel gezondheidseffect.

7.3 Resultaten

Zorgconsumptie en kosten

In tabel 7.2 wordt een overzicht getoond van de kosten binnen en buiten de gezondheidszorg die door beide groepen werden gegenereerd tijdens de onderzoeksperiode van 30 maanden. Verder geeft tabel 7.2 inzicht in het zorggebruik gedurende deze periode; per kostensoort wordt vermeld hoeveel deelnemers hiervan gebruik hebben gemaakt (met de bijbehorende gemiddelde kosten voor deze personen). Als deelnemers geen gebruik maakten van een kostensoort (of indien gegevens ontbraken) is voor dit overzicht een bedrag van €0 toegepast bij het berekenen van groepsgemiddelden.

Tabel 7.2

Medische en niet-medische kosten (€) gedurende 30 maanden

Kostensoorten	IPS-groep (n=71)		RA-groep (n=80)	
	Gemiddelde kosten gehele groep (SD)	Gemiddelde kosten[1] (N)	Gemiddelde kosten gehele groep (SD)	Gemiddelde kosten[1] (N)
Trajecten (IPS en RA)				
Contacten cliënten, hulpverleners, werkgevers, reiskosten	1705 (1781)	1834 (66)	1176 (1361)	1542 (61)
Intra en semi-murale GGZ				
Opname	23966 (45986)	63022 (27)	9735 (33019)	35400 (22)
Beschermde woonvormen	7443 (18772)	40651 (13)	9320 (22028)	46601 (16)
Extramurale GGZ				
Psychiater	331 (791)	500 (47)	384 (863)	580 (53)
Psycholoog	301 (756)	970 (22)	396 (1455)	1377 (23)
SPV	1002 (1185)	1294 (55)	1078 (1294)	1268 (68)
Woonbegeleiding	1040 (3414)	6152 (12)	612 (1479)	2579 (19)
Maatschappelijk werk	261 (1206)	2647 (7)	2 (19)	172 (1)
Groepstherapie	153 (813)	1211 (9)	250 (1093)	2225 (9)
Crisisopvang	76 (214)	489 (11)	28 (97)	320 (7)
Psychiatrische thuiszorg	299 (866)	1516 (14)	479 (1912)	3193 (12)
CAD[2]	107 (705)	2528 (3)	87 (650)	1746 (4)
Overige ambulante zorg	406 (1711)	1802 (16)	389 (1728)	1832 (17)
Generieke hulpverlening				
Huisarts	41 (131)	162 (18)	172 (1142)	764 (18)
Alternatief genezer	9 (76)	330 (2)	15 (121)	393 (3)
Thuiszorg	651 (2228)	5135 (9)	587 (2068)	3911 (12)
Overige generieke zorg	27 (141)	486 (4)	9 (54)	236 (3)
Dagactiviteiten centra				
DAC / DBC[2]	504 (1138)	1491 (24)	433 (1070)	1118 (31)
Inloophuis	63 (233)	493 (9)	126 (560)	1265 (8)
Overige instellingen	47 (264)	1106 (3)	30 (131)	486 (5)
Medicatie				
Medicatie op recept	1493(2062)	2039 (52)	1418 (2378)	1956 (58)
Niet-medische kosten				
Informele zorg				
- huishoudelijk	313 (1738)	3705 (6)	491 (2589)	3931 (10)
- overig	10489 (15629)	13541 (55)	11013 (15118)	15733 (56)
Out-of-pocket kosten	504 (2437)	2384 (15)	785 (3892)	5231 (12)
Productiviteitsverliezen				
Vrijwilligerswerk	85 (419)	1202 (5)	94 (427)	1248 (6)
Betaald werk	817 (3605)	8288 (7)	1429 (6733)	22866 (5)
Maatschappelijke besparingen				
Betaald werk	-15031 (33067)	-35573 (30)	-8368 (23942)	33472 (20)

[1] Gemiddelde kosten van de personen die daadwerkelijk gebruik maakten van de betreffende zorgvorm (aantal personen staat tussen haakjes)

[2] CAD: Consultatie bureau voor Alcohol en Drugsverslaving; DBC: DagBestedingsCentrum

De directe kosten van arbeidsrehabilitatie bedroegen gemiddeld €1705 per cliënt in de IPS-groep, tegenover €1176 in de RA-groep. In beide groepen waren de kosten voornamelijk gerelateerd aan contacten tussen trajectbegeleiders enerzijds, en cliënten, hulpverleners en werkgevers anderzijds. Het grootste verschil tussen groepen komt naar voren in het aantal contacten met hulpverleners. In het oog springende verschillen wat betreft zorgconsumptie en bijbehorende kosten hebben betrekking op ziekenhuisopnames, beschermde woonvormen en (overige) informele zorg. Het percentage personen met ziekenhuisopnames is enigszins hoger in de IPS-groep (38% vs 28% in de RA-groep, ns), en patiënten in deze groep verbleven gemiddeld langer in ziekenhuizen (88 vs 36 dagen in de RA-groep, ns obv volledige groepen). Anderzijds blijkt de RA groep gemiddeld langer in beschermde woonvormen te verblijven en tevens meer gebruik te maken van uiteenlopende vormen van informele zorg, wat gepaard ging met hogere kosten op deze gebieden. In de IPS-groep hadden meer personen betaald werk verricht, en bovendien werkten zij gemiddeld meer uren dan de RA-groep, hetgeen resulteert in hogere (potentiële) maatschappelijke besparingen gerelateerd aan het verrichten van werk.
Een overzicht van de gemiddelde totale kosten per meetperiode wordt getoond in tabel 7.3.

Tabel 7.3
Gemiddelde totale kosten (€) per meetperiode

	IPS		RA		Gemiddeld verschil in kosten (95% BI[1])
	Nn	Gemiddelde totale kosten	N	Gemiddelde totale kosten	
Meetperiode					
T0-T6	62	10.322	71	7.772	2.551 (-2.422 , 7719)
T6-T18	57	21.297	64	21.635	-338 (-12.366 , 11.464)
T18-T30	42	24.118	49	13.794	10.323 (-3.515 , 23.815)
T0-T30 [2]	67	57.285	72	43.819	13.466 (-8.911 , 36.714)
T0-T30 [3]	67	72.619	72	52.430	20.189 (-125 , 40.908)

[1] 95% betrouwbaarheidsinterval (BI) voor de gemiddelde kostenverschillen tussen groepen tijdens de meetperioden. Onder- en bovengrenzen van het BI worden vermeld

[2] Gemiddelde totale kosten gedurende T0-T30, schattingen zijn gebaseerd op de toegepaste EM + *bootstrap* benadering (*inclusief* frictiekosten en potentiële maatschappelijk besparingen gerelateerd aan deelname aan de arbeidsmarkt)

[3] Gemiddelde totale kosten gedurende T0-T30, schattingen zijn gebaseerd op de toegepaste EM + *bootstrap* benadering (*exclusief* frictiekosten en potentiële maatschappelijk besparingen gerelateerd aan deelname aan de arbeidsmarkt)

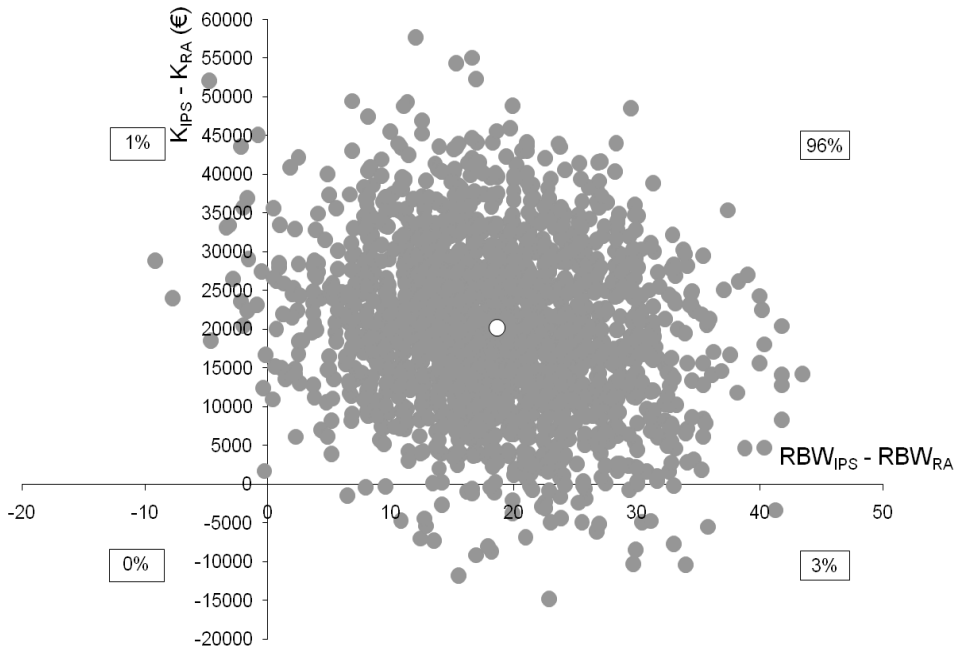
De gemiddelde totale maatschappelijke kosten gedurende de gehele onderzoeksperiode (30 maanden) bedroegen €57.285 in de IPS-groep en €43.819 in de RA-groep. Voor deze kostenbepaling is, zoals aangegeven, gebruik gemaakt van het EM algoritme met *bootstrap* benadering, bovendien zijn de potentiële maatschappelijke besparingen gerelateerd aan het (opnieuw) deelnemen aan de arbeidsmarkt hierbij volledig meegenomen. Indien deze potentiële besparingen niet worden meegenomen, zijn de gemiddelde totale maatschappelijke kosten €72.619 en €52.430 voor respectievelijk de IPS en RA groep. In de sensitiviteitsanalyses zal nader op dit aspect worden ingegaan.
Rond de gemiddelde kostenverschillen tussen de groepen zijn 95% betrouwbaarheidsintervallen geconstrueerd met behulp van de *bootstrap* methode. Hieruit blijkt dat de verschillen tussen groepen in gemiddelde totale kosten per periode en voor de gehele onderzoeksperiode niet statistisch significant zijn. Dit gegeven moet met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden, aangezien het onderzoek was opgezet om verschillen aan te kunnen tonen op het gebied van uitkomstmaten en niet verschillen in kosten (hetgeen overigens op basis van ethische overwegingen voor praktisch alle economische evaluaties geldt).

Kosteneffectiviteitsanalyses
Tijdens de opzetfase van het onderzoek werd besloten tot het uitvoeren van twee kosteneffectiviteitsanalyses. Het voornaamste verschil tussen deze analyses betreft de keuze voor de primaire uitkomstmaat en het weglaten van enkele kostenaspecten in geval van overlap met de betreffende uitkomstmaat. De resultaten van deze twee analyses zullen hieronder afzonderlijk besproken worden. Alle aanvullende economische analyses zijn gebaseerd op de gegevens van deelnemers voor wie relevante informatie over zorgconsumptie beschikbaar was voor tenminste één van de drie meetperioden T0-T6, T6-T18 of T18-T30 (n=67 voor IPS, n=72 voor RA).
In de eerste kosteneffectiviteitsanalyse is het percentage deelnemers met regulier betaald werk als primaire uitkomstmaat aangehouden (overeenkomstig de primaire uitkomstmaat van de hoofdstudie). De berekende waarde van de IKER was €1.084 per additioneel procent personen met regulier betaald werk. De positieve waarde van de IKER geeft in dit geval aan dat IPS leidde tot hogere maatschappelijke kosten en een hoger percentage personen met regulier betaald werk dan RA. De hogere kosten voor IPS hangen deels samen met het weglaten van twee kostensoorten (frictiekosten betaald werk en maatschappelijke besparingen als gevolg van deelname aan de arbeidsmarkt) die inhoudelijk overlappen met de primaire uitkomstmaat.
De puntschatting van de IKER en de resultaten van de *bootstrap* analyses worden grafisch weergegeven in figuur 7.1. Per kwadrant van de 'cost-effectiveness plane' (CEP) wordt het percentage *bootstrap* uitkomsten binnen het betreffende gebied aangegeven. Voor 3% van de *bootstrap* resultaten zijn de kosten lager en de uitkomsten gunstiger

voor de IPS groep (zuidoostelijk kwadrant CEP). Met andere woorden, IPS domineerde RA in 3% van de gevallen. Veruit de meeste *bootstrap* uitkomsten zijn gelegen in het noordoostelijk kwadrant, i.e. kosten zijn hoger en uitkomsten positiever voor IPS. De interpretatie van de *bootstrap* uitkomsten in het noordoostelijke (en zuidwestelijke kwadrant) is afhankelijk van het bedrag dat een beleidsmaker bereid is te betalen voor het gevonden additionele verschil in uitkomsten. In figuur 9.1 (zie bijlage 9.6) wordt de waarschijnlijkheid weergegeven dat IPS kosteneffectief is voor toenemende bedragen per additioneel verschil in uitkomsten. De betreffende curve ('Basisanalyse 1 (RBW)') geeft aan dat indien beleidsmakers niets zouden willen betalen voor een additioneel procent personen met betaald werk, de waarschijnlijkheid dat IPS kosteneffectief is .03 bedraagt. Deze waarschijnlijkheid neemt vervolgens sterk toe met een toenemende bereidheid tot betaling. In geval van een monetaire bereidheid van €2.000 per additioneel procent personen met regulier betaald werk is het zeer waarschijnlijk (> .80) dat IPS kosteneffectief is.

Figuur 7.1

Resultaten kosteneffectiviteitsanalyse (regulier betaald werk als primaire uitkomst)



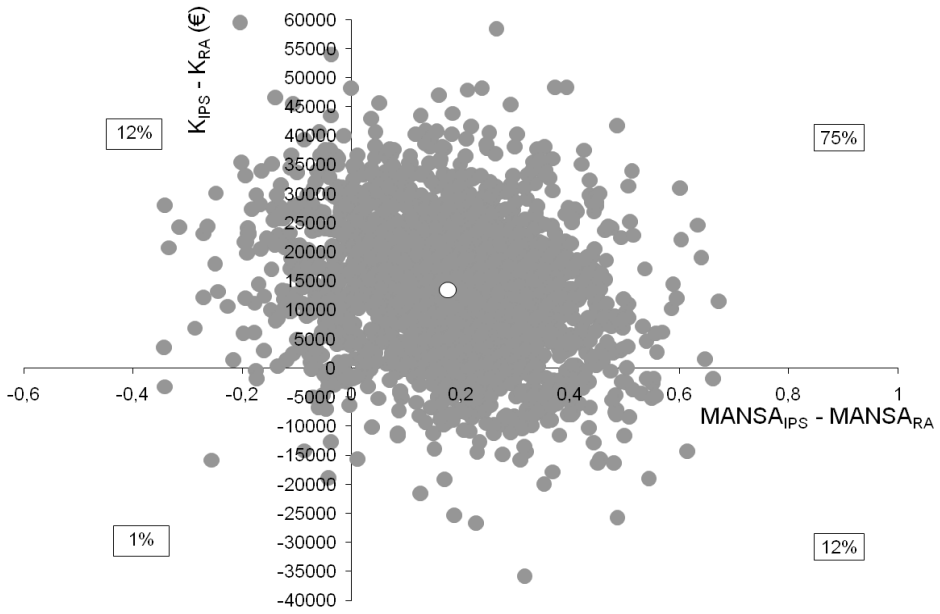
In de tweede kosteneffectiviteitsanalyse is de MANSA (gemiddelde verschilscores) als primaire uitkomstmaat aangehouden. Door het zeer kleine (en niet relevante) verschil tussen IPS en RA op deze uitkomstmaat zou voor de tweede hoofdanalyse ook een 'kostenminimalisatie' benadering aangehouden kunnen worden (NB de nadruk wordt dan gelegd op het verschil in kosten, waarbij de effectenkant buiten beschouwing wordt gelaten). Hier zal in de discussie nader op ingegaan worden. Voor de volledigheid worden

hieronder nog wel de aanvullend uitgevoerde kosteneffectiviteitsanalyses met de MANSA weergegeven.

De berekende waarde van de IKER is €76.359 per additionele punt op de MANSA. Deze positieve en hoge waarde van de IKER geeft in dit geval aan dat IPS leidde tot hogere maatschappelijke kosten en een enigszins hogere score op de MANSA. Figuur 7.2 toont dat voor 12% van de *bootstrap* resultaten de kosten lager en de uitkomsten gunstiger zijn voor de IPS groep (zuidoostelijk kwadrant CEP). Met andere woorden, IPS domineert RA in 12% van de gevallen. De overige *bootstrap* uitkomsten zijn voornamelijk gelegen in het noordoostelijk kwadrant, i.e. kosten zijn hoger en MANSA uitkomsten positiever voor IPS. In figuur 9.1 (zie bijlage 9.6) wordt de waarschijnlijkheid weergegeven dat IPS kosteneffectief is voor toenemende bedragen per additioneel verschil in uitkomsten. De betreffende curve ('Basisanalyse MANSA') geeft aan dat indien beleidsmakers niets zouden willen betalen voor een additionele punt op de MANSA, de waarschijnlijkheid dat IPS kosteneffectief is .12 bedraagt. Deze waarschijnlijkheid neemt vervolgens beperkt toe met een toenemende bereidheid tot betaling, wat te maken heeft met het kleine verschil op de MANSA tussen beide groepen. Belangrijk voor de interpretatie van deze aanvullende analyses gericht op de MANSA is dat een puntstijging op de MANSA een aanzienlijke (en klinisch relevante) vooruitgang betreft (range MANSA totaalscore 1-7) die logischerwijs gepaard zou gaan met een hogere bereidheid tot betaling per additioneel effect. Echter, in het onderzoek zien we dat een dergelijke vooruit-

Figuur 7.2

Resultaten kosteneffectiviteitsanalyse (MANSA als primaire uitkomst)



gang nauwelijks voorkomt: de gemiddelde vooruitgang op de MANSA is, ook na 30 maanden, veel geringer dan een puntstijging.

Sensitiviteitsanalyses

Uitkomsten van de uitgevoerde sensitiviteitsanalyses gericht op kostenaspecten worden getoond in tabel 9.17 in bijlage 9.6. Aanvullend worden de resultaten van de twee basisanalyses in de tabel weergegeven om de vergelijking tussen de verschillende analyses te vergemakkelijken.

In de eerste sensitiviteitsanalyse is gekeken naar de gevolgen van het toepassen van een simplistische benadering voor het omgaan met missing data. In deze geplande *complete case* analyse werden enkel de gegevens meegenomen van deelnemers waarvoor de uitkomsten van alle kostenmetingen beschikbaar waren. Deze analyse leidde tot enigszins lagere kosten in de IPS groep en een afname in het kostenverschil tussen beide groepen. De bijbehorende CEAC in figuur 9.1 (zie bijlage 9.6) start enigszins hoger dan basisanalyse 1 en neigt uiteindelijk naar een lagere waarschijnlijkheid van kosteneffectiviteit (rond de .40).

Tijdens het huidige onderzoek is geprobeerd om zo volledig mogelijk de zorgconsumptie van deelnemers te registreren. Indien de zorgconsumptielijst op een of meerdere meetmomenten niet werd ingevuld en er sprake zou kunnen zijn geweest van een ziekenhuisopname, is er via hulpverleners aanvullend geïnformeerd naar gegevens over een eventuele ziekenhuisopname. In de tweede sensitiviteitsanalyse is deze aanvullend verkregen informatie over ziekenhuisopnames en bijkomende kosten buiten beschouwing gelaten. Dit leidt tot een lichte daling van de gemiddelde totale kosten in de IPS groep en een lichte stijging in de RA groep in vergelijking met basisanalyse 2. De bijbehorende CEAC in figuur 9.1 (zie bijlage 9.6) ligt enigszins hoger dan de curve van de basisanalyse.

De derde sensitiviteitsanalyse is gericht op het beperken van de maximale arbeidsduur per regulier betaalde baan waar potentiële maatschappelijke besparingen op werden gebaseerd. De achterliggende reden hiervoor is het aansluiten bij de frictiemethode en de maximale duur die wordt toegepast bij het bepalen van productiviteitsverliezen volgens deze methode (Koopmanschap e.a., 1995). Het beperken van de maximale duur naar 150 dagen leidt tot een stijging in de totale maatschappelijke kosten voor beide groepen in vergelijking met basisanalyse 2, deze stijging is het meest evident voor de IPS-groep. Het verschil in gemiddelde totale kosten tussen beide groepen neemt hierdoor in beperkte mate toe. De bijbehorende CEAC in figuur 9.1 (zie bijlage 9.6) verschilt echter slechts gering van deze basisanalyse.

In de vierde sensitiviteitsanalyse is het aantal dagen dat mensen hebben gewerkt als primaire uitkomstmaat in een aanvullende KEA aangehouden. Resultaten worden getoond in figuur 9.1 en 9.2 (zie bijlage 9.6). De berekende waarde van de IKER is €479 per extra gewerkte dag. In geval van een toenemende bereidheid tot betaling per extra dag gewerkt neemt de waarschijnlijkheid dat IPS kosteneffectief is relatief snel toe tot .80. Voor deze derde sensitiviteitsanalyse zijn, net als in basisanalyse 1 met RBW als primaire uitkomst, de potentiële maatschappelijke besparingen gerelateerd aan deelname aan de arbeidsmarkt niet meegenomen als gevolg van de inhoudelijke overlap met de primaire uitkomst.

8 Conclusie & Discussie

In dit hoofdstuk worden de conclusies geformuleerd. Daarna volgen enige discussiepunten.

8.1 Conclusies

De conclusies met betrekking tot de hoofdvragen van het onderzoek zijn als volgt:

1. In de SCION studie is de doelgroep cliënten van de GGZ met ernstige en langdurige psychische stoornissen die een wens hebben om betaald werk te vinden goed bereikt.
2. IPS leidt tot een beduidend groter percentage cliënten dat regulier betaald werk vindt, in vergelijking met reguliere arbeidsbegeleiding. Ook werden meer uren gewerkt in een reguliere baan in de IPS groep ten opzichte van de vergelijkingsgroep.
3. Het effect van IPS in voorgaande conclusie is niet vertekend door verschillen in de twee onderzoeksgroepen bijvoorbeeld wat betreft werkervaring of psychische gezondheid.
4. Het effect van IPS werd vastgesteld ondanks het gegeven dat in één van vier locaties sprake was van zowel lage modeltrouw als een laag contrast tussen de twee in praktijk gebrachte interventies.
5. IPS leidt noch tot een grotere toename, noch tot een verslechtering in psychische gezondheid, zelfwaardering of kwaliteit van leven.
6. IPS leidt tot hogere maatschappelijke kosten in combinatie met betere uitkomsten.
7. De directe kosten van arbeidsrehabilitatie bedroegen gemiddeld €1705 per cliënt in de IPS-groep, tegenover €1176 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).

De interpretatie van de kosteneffectiviteit van IPS is afhankelijk van wat beleidsmakers (en indirect de maatschappij) bereid zijn te betalen voor de gevonden positieve effecten. Dergelijke afwegingen op basis van betere uitkomsten en hogere maatschappelijke kosten zijn zeer gebruikelijk voor economische evaluaties gericht op nieuwe interventies.

8.2 Kracht van de studiebevindingen

De hoofdconclusie is dat IPS tot een hoger percentage mensen met betaald werk leidt (20% meer dan met gebruikelijke arbeidsbegeleiding). Deze bevinding werd gedaan in

het eerste deel van de studie, namelijk over een periode van achttien maanden (Michon e.a. 2011) en werd bevestigd in het tweede deel van de studie, waarin de follow-up-periode met een jaar verlengd werd. Ook over een periode van dertig maanden bleek het percentage cliënten dat een reguliere betaalde baan vond in de IPS-groep significant hoger dan in de vergelijkingsgroep.

Deze conclusie heeft extra waarde omdat de studie in een aantal opzichten goed geslaagd is. Ten eerste is met de geslaagde randomisatie de kans geminimaliseerd dat de gevonden effecten in werkelijkheid het gevolg zijn van andere factoren dan de geboden interventie. Bovendien is om te bepalen of de randomisatie geslaagd is, in vergelijking tot andere studies, naar veel en ook naar nieuwe factoren gekeken. Een voorbeeld is de arbeidsmotivatie. In voorgaande internationale *trials* is dit aspect onbelicht gebleven, terwijl de wens om betaald werk te vinden het belangrijkste inclusiecriterium van de interventie is. In de SCION-studie is dit aspect wel onderzocht en de beide groepen verschilden bij de start van het onderzoek niet significant op deze factor, waardoor aannemelijk is dat de bevindingen niet toe te schrijven zijn aan eventuele onderlinge verschillen in arbeidsmotivatie.

Een volgend sterk punt is dat de hoofduitkomst, te weten het vinden van regulier betaald werk, gemeten is met behulp van drie bronnen (interview cliënten, arbeidsmonitor bij arbeidsbegeleiders en telefonisch interview met hulpverleners indienen beide voorgaande bronnen niet beschikbaar waren). Hierdoor is, ondanks ongeveer 40% '*loss to follow-up*' (oftewel het aantal cliënten dat voortijdig stopt met het onderzoek) van bijna alle cliënten die deelnamen aan het onderzoek bekend of zij wel of niet gewerkt hebben in een regulier betaalde baan. Bij slechts één van de 151 onderzoeksdeelnemers was dit gegeven uiteindelijk niet bekend over de gehele periode van dertig maanden.

Een ander sterk punt is de eenvoudige uitkomstmaat die conform de eerdere internationale gerandomiseerde effectstudies gehanteerd werd: één dag of meer gewerkt in een reguliere betaalde baan. Ook in de definitie van regulier werk is deze studie op één lijn gebleven met de internationale studies en met name met de definitie die de grondleggers van het model hanteren (Drake e.a., 1999; Mueser e.a., 2004).
Een in de onderzoekspraktijk beluisterd kritiekpunt op deze uitkomstmaat is dat één dag of meer gewerkt niet veel voorstelt en als zodanig geen succes genoemd kan worden. Uit de SCION-studie blijkt echter dat in veruit de meeste gevallen een positieve uitkomst uit substantieel meer en omvangrijker werk bestaat dan een baan die na een eerste werkdag direct weer stopt. Zo hebben degenen die in de IPS groep regulier betaald werk vonden, gemiddeld 287 dagen gewerkt, dat is ongeveer driekwart jaar.

8.3 Waardering van de uitkomsten

In de IPS-groep heeft 44% van de deelnemers in een reguliere baan gewerkt, 20% meer dan in de vergelijkingsgroep. Is het mogelijk om die percentages te waarderen in het licht van de Nederlandse en internationale context?
Dit is de eerste compleet Nederlandse *trial* naar IPS. Voor een vergelijking met andere Nederlandse modellen is alleen '*circumstantial evidence*' voorhanden. Om te beginnen blijkt uit landelijk onderzoek onder cliënten van ambulante langdurige zorg en beschermende woonvormen dat het percentage mensen dat regulier betaald werk heeft beduidend lager ligt: onder de 10% (Michon e.a., 2003; 2011). Dat percentage laat zich lastig vergelijken met de hier gevonden uitkomsten. Michon e.a. (2003) betrokken namelijk alle cliënten van de ambulante GGZ in de studie, terwijl IPS gericht is op de groep die een duidelijke wens uit om betaald werk te vinden.

Voor Nederland kan in onderzoeksmatige zin alleen een vergelijking gemaakt worden met de uitkomsten van evaluatieonderzoek zonder vergelijkingsgroep en andere controlemaatregelen, zoals een gecontroleerde inclusieprocedure. Maar dat wordt niet zinvol geacht, bijvoorbeeld omdat voor zulk onderzoek niet te achterhalen valt of deelnemers aan arbeidstrajecten geselecteerd zijn op grond van competenties en werkervaring, terwijl in IPS ieder die wil mee mag doen. Bovendien is in de jaren waarin SCION plaatsvond, geen longitudinaal evaluatieonderzoek naar arbeidsrehabilitatieprogramma's uitgevoerd in Nederland.

Vergeleken met de uitkomsten van de internationale *trials* komen de resultaten van SCION overeen met de gevonden verschilpercentages tussen IPS en de vergelijkingsgroep in andere studies. De verschilpercentages in die *trials* variëren merendeels van 20% tot 30% (Bond e.a. 2008; Burns e.a., 2007). Bond e.a. (2008) vonden elf *trials* waarin het effect van modelgetrouw toegepaste IPS vergeleken was met andere arbeidsbegeleiding. In die *trials* had IPS een succespercentage van ongeveer 60%. Het succespercentage voor IPS in Nederland zoals in de SCION-studie gevonden is (44%), is dus wel lager dan in de VS. Het komt echter overeen met de resultaten gevonden voor de Nederlandse deelnemers in de Eqolise studie (35%; Burns e.a., 2007). Bij deze studie in zes Europese landen was het totale succespercentage voor IPS 55%, maar er bleken grote verschillen per land die in een meta-analyse verklaard werden uit verschillen in lokale werkeloosheid en de zogenaamde 'armoedeval', de mate waarin het stelsel van uitkeringen toetreding tot de arbeidsmarkt belemmert omdat dit leidt tot inkomensonzekerheid en het wegvallen van extra voorzieningen.

Bij de berekening van de kosteneffectiviteit van IPS is uitgegaan van een zogenaamd maatschappelijk perspectief waarbij naast de medische kosten de niet-medische kosten in kaart worden gebracht. Een uitzondering hierop vormen de kosten (c.q. besparingen) in de sfeer van uitkeringen: deze zijn in de analyses niet meegenomen. Binnen het theoretisch kader van economische evaluaties is het irrelevant om veranderingen in dergelijke 'overdrachtsuitgaven' in de analyses mee te nemen. In onze studie is deze lijn ook gevolgd en dit leidt er toe dat de (gevolgen van de) uitkomsten voor uitkeringsverstrekkers deels ongewis zijn.
Daarbij moet bedacht worden dat in de economische evaluatie de nadruk lag op de kosteneffectiviteit van IPS vanuit een maatschappelijk perspectief en niet op potentiële bezuinigingsmogelijkheden van de overheden. Bij de kosteneffectiviteitanalyse gericht op deze gezondheidswinst, uitgedrukt in een verhoging van de kwaliteit van leven, zijn alle andere maatschappelijke kosten en baten wel meegenomen. Voor de berekening van de kosten per additioneel percentage regulier werkende deelnemers moesten de maatschappelijke baten, van het werken zelf, wel weer buiten beschouwing worden gelaten omdat deze direct overlappen met die uitkomst.

Al met al luidt de conclusie dat IPS effectiever is maar tevens gepaard gaat met hogere maatschappelijke kosten. De interpretatie van de kosteneffectiviteit van IPS is daarmee afhankelijk van wat beleidsmakers, waarmee alle relevante beleidsbepalende actoren bedoeld worden, en indirect de maatschappij bereid zijn te betalen voor de gevonden positieve effecten.
Bij die afweging kunnen beleidmakers meenemen dat het bij doelmatigheidsonderzoek vaak voorkomt dat (nieuwe) interventies met hogere kosten en betere effecten gepaard gaan (Stant, 2007). Bovendien kunnen beleidmakers in hun overweging meenemen dat sommige mogelijke gunstige maatschappelijke effecten hier niet zijn meegenomen. Zo kon, zoals hiervoor uitgelegd, een eventuele vermindering in uitgaven aan uitkeringen niet meegewogen worden, terwijl de aanname billijk lijkt dat op termijn een dergelijke vermindering bereikt kan worden met IPS. Ook kan vermoed worden dat de hoeveelheid benodigde arbeidsbegeleidingstijd als belangrijke kostenpost op termijn zal verminderen. Toekomstig onderzoek is echter nodig om dergelijke aannames te staven.

In hoofdstuk 5 kwam verder naar voren dat in de gehele IPS groep gemiddeld genomen significant meer uren gewerkt werd in een reguliere betaalde baan (422 tegen 237 uur) dan in de vergelijkingsgroep. Ook duurden de periodes waarin gewerkt was, gerekend in dagen, in de IPS-groep bijna twee keer zo lang als in in de vergelijkingsgroep (gemiddeld 123 vs 74 dagen). Dit tweede op het oog beduidende verschil is echter niet statistisch significant.

In hetzelfde hoofdstuk is de subgroep van degenen in de IPS groep die regulier betaald werk gevonden hebben vergeleken met de subgroep van degenen die regulier betaald werk gevonden hebben in de controlegroep. Daarbij bleek onder andere dat degenen die werk gevonden hadden in de controlegroep gemiddeld niet significant sneller aan het werk waren gegaan en noch significant meer uren gewerkt hadden. Omdat het daarbij om kleine subgroepen gaat, en er bovendien duidelijk meer IPS-deelnemers zijn die regulier betaald werk gevonden hebben, gaat het om lastig te interpreteren bevindingen. In de IPS-groep is bijvoorbeeld de kans groter dat er deelnemers bij zijn die er langer over gedaan hebben om werk te vinden, inherent aan het gegeven dat de IPS-subgroep die werk gevonden had groter was.

8.4 Implementatie van IPS

Het is in deze studie niet gelukt om in alle vier de locaties een interventiepraktijk te realiseren met een hoge modeltrouw. De resultaten waren wellicht anders geweest als dit wel gelukt was. Niettemin lijkt het aannemelijk dat in dat geval de effecten nog duidelijker in een voor IPS gunstige richting uitgevallen waren. Het is verder niet aannemelijk dat bij een hogere modeltrouw op de locaties, IPS minder effectief zou zijn geweest. Internationaal onderzoek leert namelijk dat een hogere modeltrouw gepaard gaat met betere uitkomsten in termen van proporties deelnemers die regulier betaald werk vinden (Becker e.a., 2006).

De contactgegevens die in hoofdstuk 4 gepresenteerd zijn, zijn primair verzameld om te exploreren hoe het proces van de arbeidsbegeleiding verlopen is, en een deel van die gegevens is gebruikt voor de kostenevaluatie (hoofdstuk 7). Vergelijking van deze contactgegevens voor de IPS-trajecten met die van de reguliere arbeidsbegeleiding geeft daarnaast enig inzicht in de mate waarin IPS verschilt van de reguliere praktijk. Zo valt op dat de IPS begeleiders significant vaker contact hadden met de bij de cliënt betrokken GGZ hulpverleners dan de arbeidsbegeleiders in de vergelijkingsgroep. Dat geeft een extra aanwijzing dat het IPS model toegepast is zoals het bedoeld is. Die bevinding bevestigt ook dat het IPS model zich heel duidelijk onderscheidt van gebruikelijke arbeidsbegeleiding, door IPS-begeleiders *onderdeel te laten uitmaken van het GGZ-team.* Anderzijds valt op dat de contactgegevens van de IPS begeleiding in diverse opzichten niet verschilden van de reguliere arbeidsbegeleiding. Zo hadden de twee groepen begeleiders even vaak en snel contact met een werkgever, en gemiddeld even vaak contact met de cliënt zelf. Met name de vergelijkbare hoeveelheid contacten met werkgevers is wellicht een onverwacht gegeven, aangezien IPS het snel zoeken naar werk en contact leggen met werkgevers propageert. Mogelijk is ook dit gegeven een teken dat het lastig is om IPS volledig volgens de modelvoorschriften te implementeren.

Overigens is in dit onderzoek geen onderscheid gemaakt naar de aard van de baan waarover men in contact met werkgevers ging, noch is onderzocht hoe de contacten verliepen. Mogelijk hebben de IPS begeleiders vaker contact gehad met werkgevers gericht op reguliere, betaalde banen waar andere arbeidsbegeleiders wel contact hadden met werkgevers, maar dan vanuit het oogpunt van het creëren van vrijwilligerswerk. Nader onderzoek is nodig om hierin meer inzicht te krijgen.

IPS is een methodiek die bedoeld is voor cliënten van de langdurige GGZ die de expliciete wens hebben om betaald werk te vinden. Niet voor niets was het motief om betaald werk te willen vinden een inclusiecriterium in deze studie. Nu is bekend dat ruim de helft van de cliënten van de langdurige GGZ wensen heeft op dit gebied, en in veel gevallen hebben deze mensen behoefte aan meer gerichte begeleiding daarbij (Smits e.a. 2009). Internationaal onderzoek wijst in dezelfde richting (McQuilken e.a., 2003). Arbeidsmotivatie is bovendien geen statisch gegeven. Cliënten die aarzelen over wat zij willen op het gebied van werk, zouden ook enthousiast en gemotiveerd kunnen *raken* als eenmaal een dergelijk aanbod van laagdrempelige en effectieve arbeidsbegeleiding voorhanden zou zijn.

Kortom, IPS is een lastig te implementeren, maar effectief aanbod dat zou voldoen aan een vraag bij een groot deel van de betrokken cliënten zelf.

Referenties

Becker, D.R., & Drake, R.E. (1993). *A working life: the individual placement and support (IPS) program.* Concord NH: New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center.

Becker D.R., Xie H., McHugo G.J., Halliday J., Martinez R.A. (2006). What Predicts Supported Employment Program Outcomes? *Community Mental Health Journal*; 42(3):303-313

Bond, G.R., Evans, L.J., Gervey R., et al. (2002). A scale to measure the quality of supported employment for persons with severe mental illness. *Journal of Vocational Rehabilitation, 17,* 1–12.

Bond, G.R., Drake, R.E., & Becker, D.R. (2008). An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 31*, 280-290.

Briggs, A., Clark, T., Wolstenholme, J., & Clarke, P. (2003). Missing…. presumed at random: cost-analysis of incomplete data. *Health Econ, 12,* 377-392.

Burns, T., Catty, J., Becker, T., Drake, R.E., Fioritti, A., Knapp, M., Rössler, W., Tomov, T., White, S., Wiersma, D., & the EQOLISE Group (2007). The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial in six European countries. *Lancet, 370*, 1146-1152.

Crowther, R., Marshall, M., Bond, G.R., Huxley, P. (2004). *Vocational rehabilitation for people with severe mental illness* (Cochrane Review). The Cochrane Library (1). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

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.

Drummond, M.F., Sculpher, M.J., Torrance, G.W., O'Brien, B.J., & Stoddart, G.L. (2005). *Methods for the economic evaluation of health care programmes; third edition.* Oxford: Oxford University Press.

Efron, B., & Tibshirani, R.J. (1993). *An introduction to the bootstrap.* New York: Chapman & Hall.

Endicott, J., Spitzer, R.L., Fleiss, J.L, & Cohen, J. (1976). The global assessment scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry, 33,* 766-771.

Erp, N. van, Giesen, F., Leeuwen, L. van, & Weeghel, J. van (2005). *Implementatie van individual placement and support 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., McHugo, G.J., & Drake, R.E. (2007). A multisite study of implementing supported employment in the Netherlands. *Psychiatric Services 58, 11*, 1421-1426.

Fenwick, E., O'Brien, B.J., & Briggs, A.H. (2004). Cost-effectiveness acceptability curves - facts, fallacies and frequently asked questions. *Health Economics, 13,* 405-415.

Hakkaart - Van Roijen, L., Straten, A. van, Donker, M., & Tiemens, B. (2002). *Manual Trimbos/iMTA questionnaire for costs associated with psychiatric illness (TiC-P).* Rotterdam: Erasmus University (in Dutch).

Hollis, S., & Campbell, F. (1999). What is meant by intention to treat analysis? Survey of published randomized controlled trials. *British Medical Journal, 319,* 670-674.

Hoof, F. van, Ketelaars, D., & Weeghel, J. van (2000). *Dac in, Dac uit; een longitudinaal onderzoek bij bezoekers van dagactiviteitencentra in de GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Knispel, A., & Schoemaker, C.G. (2001). *Pilot motivatie rapportage.* Utrecht: Trimbos-instituut.

Koopmanschap, M.A., Rutten, F.F.H., Ineveld, B.M. van, & Roijen, L. van (1995). The friction cost method for measuring indirect costs of disease. *Journal of Health Economics, 14,* 171-189.

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.

McHugo, G.J., Drake, R.E., Whitley, R., Bond, G.R., Campbell, K., Rapp, C.A., Goldman, H.H., Lutz, W.J., & Finnerty, M.T. (2007). Fidelity outcomes in the national implementing evidence-based practices project. *Psychiatric Services, 58,* 1279-1284.

McQuilken, M., Zahniser, J.H., Novak, J., Starks, R.D., Olmos, A., Bond, G.R. (2003). The work project survey: Consumer perspectives on work. Journal of Vocational Rehabilitation, 18: 59-68.

Michon, H., & Weeghel, J. van. (1999). *Het werkdocument: een verkenning van arbeidsmogelijkheden van mensen met ernstige psychische of verslavingsproblemen.* Utrecht: Trimbos-instituut.

Michon, H., Erp, N. van, Giesen, F., & Kroon, H. (2003). Het monitoren van vermaatschappelijking. deel i: bericht over de stand van zaken. Utrecht: Trimbos-instituut.

Michon, H., J.T. van Busschbach, M. van Vugt & A.D. Stant (2011). *Effectiviteit van Individuele Plaatsing en Steun in Nederland. Basisrapport SCION-I: bevindingen na 18 maanden follow-up*. Groningen, Utrecht: Trimbosinstituut, RGOc.

Mueser, K.T., Becker, D.R., Wolfe, R. (2001). Supported employment, job preferences, job tenure and satisfaction. *Journal of Mental Health, 10,* 411 - 417.

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.

Oostenbrink, J.B., Bouwmans, C.A.M., Koopmanschap, M.A., & Rutten, F.F.H. (2004). *Handleiding voor kostenonderzoek. methoden en standaard kostprijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg.* Geactualiseerde versie 2004. Amstelveen: College voor zorgverzekeringen.

Oostenbrink, J.B., & Al, M.J. (2005). The analysis of incomplete cost data due to dropout. *Health Economics,* 14, 763-776

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

Priebe, S., Gruyters T. (1993). The role of the helping alliance in psychiatric community care: A prospective study. *Journal of Nervous and Mental Disease,*181,552-557.

Priebe, S. (1999). Application and results of the Manchester short assessment of quality of life. *International Journal of Social Psychiatry, 45,* 7-12.

Resnick, S. G., & Bond, G. R. (2001). The Indiana Job Satisfaction Scale: Job satisfaction in vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 25,* 12-19.

Rosenberg, M. (1969). *Society and the adolescent self-image.* Princeton University Press.

Salyers, M.P., Becker, D.R., Drake, R.E., Torrey, W.C., & Wyzik, P.F. (2004). A ten-year follow-up of a supported employment program. *Psychiatric services, 55,* 302-308.

Schultz, K., Altman, D.G., Moher, D., the CONSORT Group (2010). CONSORT 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *Trials*, 11: 32.

Smits C., Kroon H., Hoof, F.v., Blom, A., Cahn, W. e.a. (2009). Zorg en leefsituatie van mensen met ernstige psychische stoornissen: Informatie uit regionale zorgmonitors. Utrecht: Trimbos-instituut.

Stant A.D., TenVergert E.M., Groen H., Jenner J.A., Nienhuis F.J., Van de Willige G., Wiersma D. (2003). Cost-effectiveness of the HIT programme in patients with schizophrenia and persistent auditory hallucinations. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 107*, 361-368.

Stant A.D. (2007) Economic evaluation in mental health care; assessing the cost-effectiveness of interventions for patients with major depressive disorder or schizophrenia in the context of the Dutch health care system (academisch proefschrift). Groningen, RGOc-reeks 15.

Stant A.D., TenVergert E.M., Wunderink A., Nienhuis F.J., Wiersma D. (2007). Economic consequences of alternative medication strategies in first episode non-affective psychosis. *European Psychiatry, 22*, 347-353.

Swildens, W.E. (1995). *Zorg voor werk en dagbesteding. een onderzoek naar een regionale aanpak voor mensen met een psychiatrische achtergrond. Dissertatie.* Groningen: Wolters-Noordhoff.

Veit, C., & Ware, J. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51,* 730-742.

Weeghel, J. van, Michon, H., & Kroon, H. (2002). Arbeidsrehabilitatie vanuit een GGZ-team: de betekenis van het individual placement and support-model uit de Verenigde Staten. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 57*, 936-49.

Wood, A.M., White, I.R., & Thompson, S.G. (2004). Are missing outcome data adequately handled? A review of published randomized controlled trials in major medical journals. *Clinical Trials*, 1, 368-176

9 Bijlagen

9.1 Bijlage bij hoofdstuk 1 - Gebruikte meetinstrumenten

Tabel 9.1

Overzicht van inhoud van vragenlijsten in SCION

Interview cliënten		**T0**	**T6**	**T18**	**T30**
-	Socio-demografische gegevens	+			
-	Arbeidssituatie & inventarisatie werk en dagbesteding	+	+	+	+
-	Arbeidsvoorkeuren	+			
-	Ervaren belemmeringen*		+	+	
-	Arbeidsmotivatie (gebaseerd op lijst Knispel-Schoemaker)	+	+	+	
-	Mening over arbeidsbegeleiding				
-	Psychische gezondheid - MHI-5	+	+	+	+
-	Kwaliteit van leven – MANSA	+	+	+	+
-	Zelfwaardering - Rosenberg Self Esteem Scale	+	+	+	+
-	Kosten zorg (vragenlijst UCMG / TicP)	+	+	+	+
-	Inhoud begeleiding		+	+	+
-	Relatie met begeleider		+	+	
-	Zoeken naar werk		+	+	+
-	Arbeidstevredenheid – Indiana Job Satisfaction**		+	+	+
Hulpverleners – vragenlijst					
-	Diagnose – opgevraagd is DSM-IV code	+			
-	Ernst Symptomen en Beperkingen – GAF S en GAF D	+		+	
-	Arbeidsgegevens m.b.t. betr. periode indien interview-gegevens + monitor incompleet		+	+	+
Arbeidsbegeleiders					
-	Arbeidsmonitor	iedere 2 maanden			
Formulieren					
-	Toestemmingsformulier (informed consent)	+			
-	Formulier contactpersoon 3e int		+		
-	Toestemmingsformulier mogelijke deelname SCION II			+	

* onderdeel van de semigestructureerde vragenlijst gebruikt in de Eqolise studie (Burns e.a., 2007)

** de arbeidssatisfactielijst werd ingevuld indien betrokkene in de betreffende meetperiode werk had (gehad)

Arbeidsmotivatie

Dit onderdeel is gebaseerd op een door Knispel en Schoemaker (2001) ontwikkelde vragenlijst, die nagaat welke ideeën de onderzoeksdeelnemer heeft over werk en weer aan het werk gaan. De oorspronkelijke lijst bestaat uit 101 vragen die in 13 domeinen zijn ingedeeld met als antwoordmogelijkheden: mee eens / niet mee eens.

Voor SCION is een selectie gemaakt van 27 vragen uit de categorieën arbeidsoriëntatie, actiebereidheid, concreetheid van plannen, sociale druk om te gaan werken en mogelijkheden om te werken. Aan de hand van een vierpunts Likertschaal worden de vragen beantwoord. Daarbij staat '1' voor 'helemaal mee eens' en '4' voor 'helemaal mee oneens'. Een voorbeeld item is: 'Ik ben bereid om mijn leven anders in te delen als dat nodig is om een baan te krijgen'.

Factoranalyse op de SCION data resulteerde in vier dimensies die in de analyses voor onderhavig rapport gebruikt zijn (tabel 9.2).

Tabel 9.2

*Dimensies van de vragenlijst 'Redenen om te gaan werken'**

label dimensie	*Cr. alpha*	*# items*	*items*	*Voorbeelditem*
'zelfbewustzijn arbeid'	.82	4	12, 13, 15, 17	ik weet wat voor soort werk ik wil gaan doen
'drive'	.70	5	1, 2, 3, 6, 22	Het is voor mij belangrijk om weer te gaan werken
'actiebereidheid'	.57	7	4, 7, 8, 9, 10, 11, 14,	Ik ben bereid om een korte cursus (..) te volgen om mijn kansen (..) te vergroten
'mogelijkheden zien'	.58	5	23, 24, 25, 26, 27	Ik denk dat ik goede kansen heb om weer aan het werk te gaan

* voor bovenstaande analyses zijn items eruit gelaten die over sociale druk gingen, zoals 'Partner vindt het belangrijk dat ik aan het werk ga'. Velen vulden hiervoor 'niet van toepassing' in, waardoor voor factoranalyse / betrouwbaarheidsanalyse *met* deze items de N substantieel lager werd.

9.2 Bijlage bij hoofdstuk 2 – Tabel Modelgetrouwheidsmeting

Tabel 9.3

Resultaten drie modelgetrouwheidsmetingen bij de IPS-teams

Eindscores QSEIS	GGzE			Lentis/UMCG			Pameijer / Bavo Europoort			Dimence		
	1e	2e	3e	1e	2e	3e	1e	2e	3e	1e	2e	3e
Arbeidsmedewerkers		4.5	3.8		4.2	4.2	4.3	4.2	4.2	4.0	3.3	2.8
Organisatie		4.5	4.5		4.5	4.6	3.7	3.5	2.3	4.2	4.0	3.9
Begeleiding		3.9	4.0		4.2	4.2	3.7	4.0	4.0	3.2	3.1	3.3
QSEIS totaal	(4.3)*	4.2	4.1	(4.3)*	4.3	4.3	3.8	3.9	3.5	3.7	3.5	3.3

* Meting tijdens Implementatie-onderzoek met IPS-fidelityschaal (Van Erp e.a., 2005)

9.3 Bijlage bij hoofdstuk 3 – Tabellen met kerngegevens steekproef

Op de tabellen op de volgende bladzijdes zijn de volgende opmerkingen van toepassing:

- De volgende afkortingen worden gebruikt: M=Mean, SD=Standard Deviation, IPS=Individuele Plaatsing & Steun en RA=Reguliere Arbeidsrehabilitatie.
- In de tabellen betreft de kolom 'Allen' de hele steekproef van onderzoeksdeelnemers, N=151. De kolom IPS betreft alleen de onderzoeksdeelnemers in de IPS-conditie, N=71. De kolom waar RA boven staat betreft de onderzoeksdeelnemers in de RA-conditie, N=80.
- Kolom 'Toets: vermeld zijn toetsingsgrootheid en bijbehorende waarde (df) en p-waarde. Significante verschillen zijn vetgedrukt. Een hoge p-waarde in deze kolom duidt erop dat de twee groepen niet van elkaar verschillen. Een p-waarde <.05 duidt erop dat de twee groepen van elkaar verschillen wat dat kenmerk betreft.
- De toetsingsgrootheid wordt uitgedrukt in een letter, deze is afhankelijk van de gebruikte toets. De meest voorkomende zijn: t (bij t-toets), en $\chi 2$ (chi-kwadraat toets).
- CI= Confidence Interval (in alle gevallen gaat het om 95% betrouwbaarheidsinterval).
- Percentages zijn valide percentages.

Tabel 9.4

Socio-demografische kenmerken

Kenmerk	*Allen*	*IPS*	*RA*	
	N (%)	*N (%)*	*N (%)*	*Toets*
Man	112 (74)	52 (73)	60 (75)	χ^2=0.06 (1) p=.81
Vrouw	39 (26)	19 (27)	20 (25)	
Leeftijd: M (SD)	34.9 (10.5)	34.1 (9.9)	35.6 (11)	t=-.88 (149) p=.38
Nationaliteit				
- Nederlands	145 (96)	69 (97)	76 (95)	χ^2=0.47 (1) p=.49
- Overig	6 (4)	2 (3)	4 (5)	
Woonsituatie				
- Zelfst. Alleen	63 (42)	28 (39)	35 (44)	χ^2=9.65 (9) p=.38
- Zelfst. P +/- k	28 (19)	11 (16)	17 (21)	
- Zelfst. + anderen	5 (3)	2 (6)	1 (1)	
- Bij ouders/fam.	25 (17)	12 (17)	13 (16)	
- RIBW	16 (11)	7 (10)	9 (11)	
- Pension	2 (1)	0 (0)	2 (3)	
- APZ	9 (6)	6 (9)	3 (4)	
- MO	1 (1)	1 (1)	0 (0)	
- Zwervend	1 (1)	1 (1)	0 (0)	
- Anders	1 (1)	1 (1)	0 (0)	
Burgerlijke staat				
- Ongehuwd	124 (82)	60 (85)	64 (80)	χ^2=2.25 (2) p=.33
- Gehuwd	13 (9)	7 (10)	6 (8)	
- Gescheiden	14 (9)	4 (6)	10 (13)	
Opleiding				
- Geen	2 (1)	1 (1)	1 (1)	χ^2=6.90 (9) p=.65
- Speciaal	3 (2)	1 (1)	2 (3)	
- Basis	31 (21)	15 (21)	16 (20)	
- LBO	30 (20)	17 (24)	13 (16)	
- VMBO	20 (13)	9 (13)	11 (14)	
- HAVO	6 (4)	2 (3)	4 (5)	
- VWO	10 (7)	7 (10)	3 (4)	
- MBO	28 (19)	12 (17)	16 (20)	
- HBO	11 (7)	4 (6)	7 (9)	
- WO	9 (6)	2 (3)	7 (9)	

Tabel 9.5

Werkervaring en actuele werksituatie

Kenmerk	*Alle*	*IPS*	*RA*	
	N (%)	*N (%)*	*N (%)*	*Toets*
Gewerkt in afgelopen 5 jaar?				
- Ja	92 (61)	43 (61)	49 (61)	χ^2=0.01 (1) p=0.93
- Nee	59 (39)	28 (39)	31 (39)	
Soort werk in afgelopen 5 jaar				
- betaald regulier	79 (52)	36 (51)	43 (54)	χ^2=5.54 (5) p=0.35
- WSW reg.setting	1 (1)	1 (1)	0 (0)	
- WSW setting	7 (5)	2 (3)	5 (6)	
- gesubsidieerd	2 (1)	1 (1)	1 (1)	
- anders	3 (2)	3 (4)	0 (0)	
Op dit moment in ziektewet?				
- Ja	10 (7)	5 (7)	5 (6)	χ^2=0.04 (1) p=.85
- Nee	141 (93)	66 (93)	75 (94)	
Uitkeringsgerechtigd?				
- Ja	138 (91)	64 (90)	74 (93)	χ^2=0.27 (1) p=.61
- Nee	13 (9)	7 (10)	6 (8)	
Soort Uitkering (n=138)				
- WW	7 (5)	4 (6)	3 (4)	χ^2=4.27 (5) p=.51
- Bijstand*	45 (33)	24 (38)	21 (28)	
- WAO/Wajong	71 (51)	29 (45)	42 (57)	
- AOW	1 (1)	0 (0)	1 (1)	
- Ziektewet	10 (7)	5 (8)	5 (7)	
- Anders**	4 (3)	3 (5)	1 (1)	
Deelname re-integratietraject in afgelopen 5 jaar?				
- Ja	51 (34)	20 (28)	31 (39)	χ^2=1.88 (1) p=.17
- Nee	100 (66)	51 (72)	49 (61)	

* De vijf cliënten die aangeven een *aanvullende* bijstandsuitkering te hebben, zijn hier niet meegerekend. Het totaal van cliënten met een (aanvullende) bijstandsuitkering, komt daarmee op 50.

** Drie cliënten geven aan dat de uitkering in aanvraag is (twee daarvan betreft een bijstandsuitkering, één betreft een Wajong-uitkering). Eén cliënt gaf aan een uitkering te ontvangen, maar wist op het moment van interviewen niet om welke uitkering het ging.

Tabel 9.6

*Aantal maanden gewerkt tijdens afgelopen **vijf** jaar*

	IPS	*RA*	*Toets*
N	41	47	t=-.131 (86) p=.90
Gemiddelde	19,61	19,14	
Standaardafwijking	18,51	15,19	

Tabel 9.7

Positieve aspecten van werk

Is het genoemde aspect een reden voor respondent om werk te zoeken?		Allen	%	IPS	%	RA	%
Sociale contacten	1 ja	55	(36.4)	26	(36.6)	29	(36.3)
	2 nee	96	(63.6)	45	(63.4)	51	(63.8)
Status (meetellen in de maatschappij)	1 ja	9	(6.0)	4	(5.6)	5	(6.3)
	2 nee	142	(94.0)	67	(94.4)	75	(93.8)
Inkomen	1 ja	65	(43.0)	33	(46.5)	32	(40.0)
	2 nee	86	(57.0)	38	(53.5)	48	(60.0)
Financiële zekerheid op langere termijn	1 ja	32	(21.2)	13	(18.3)	19	(23.8)
	2 nee	119	(78.8)	58	(81.7)	61	(76.3)
Persoonlijke ontwikkeling	1 ja	30	(19.9)	12	(16.9)	18	(22.5)
	2 nee	121	(80.1)	59	(83.1)	62	(77.5)
Ritme en regelmaat in het dagelijks leven	1 ja	48	(31.8)	27	(38.0)	21	(26.3)
	2 nee	103	(68.2)	44	(62.0)	59	(73.8)
Eigen bijdrage leveren aan de maatschappij	1 ja	20	(13.2)	8	(11.3)	12	(15.0)
	2 nee	131	(86.8)	63	(88.7)	68	(85.0)
Zinvol bezig zijn	1 ja	34	(22.5)	17	(23.9)	17	(21.3)
	2 nee	117	(77.5)	54	(76.1)	63	(78.8)
Andere reden om te gaan werken	1 ja	6	(4.0)	2	(2.8)	4	(5.0)
	2 nee	145	(96.0)	69	(97.2)	76	(95.0)

χ^2-toetsen laten zien dat er geen verschillen bestaan op deze variabelen tussen beide condities; p-waarden lopen uiteen van .12 tot .96.

Tabel 9.8

GGZ gegevens

Kenmerk	*Alle (%)*	*IPS (%)*	*RA (%)*	*Toets*
Eerste contact GGZ psychose?				
- Ja	101 (67)	46 (65)	55 (69)	χ^2=0.27 (1) p=.61
- Nee	50 (33)	25 (35)	25 (31)	
Ooit opgenomen?				
- Ja	112 (74)	51 (72)	61 (76)	χ^2=0.38 (1) p=.54
- Nee	39 (26)	20 (28)	19 (24)	
Zo ja, laatste half jaar opgenomen?				
- Ja	38 (34)	19 (27)	19 (24)	χ^2=0.34 (1) p=.56
- Nee	113 (66)	52 (73)	61 (76)	
Medicatie afgelopen half jaar?				
- Ja	120 (80)	56 (79)	64 (80)	χ^2=0.03 (1) p=.86
- Nee	31 (21)	15 (21)	16 (20)	
Leeftijd 1e GGZ contact M (SD) (n=150, resp. 70, 80)	25.7 (10.6)	25.0 (9.8)	26.4 (11.2)	t=-0.80 (148) p=.42
Duur contact GGZ in jaren M (SD) (n=150, resp. 70, 80)	9.1 (7.5)	9.0 (7.6)	9.2 (7.5)	t=-0.19 (148) p=.85
Freq. opnames M (SD (n=111, resp. 50, 61)	2.9 (2.7)	3.2 (2.4)	2.7 (2.9)	t=0.98 (109) p=.33
Totaal opnameduur in weken M (SD) (n=111, resp. 50, 61)	68 (100)	63 (84)	73 (112)	t=-0.48 (109) p=.63
Diagnose (DSM-IV) (n=146, resp. 69, 77)				
- Schizofrenie / psychosen	87 (58)	38 (55)	49 (64)	χ^2=.615 (1) p=.43
- Stemmingsstoornissen*	20 (13)	12 (17)	8 (10)	χ^2=.940 (1) p=.33
- Persoonlijkheidsst.	33 (22)	15 (22)	18 (23)	χ^2=.098 (1) p=.75
- Druggebruik en -misbruik	17 (11)	8 (12)	9 (12)	χ^2=.023 (1) p=.88
- Angststoornissen	6 (4)	3 (4)	3 (4)	
- Ontwikkelingsstoornissen	25 (17)	14 (20)	11 (14)	χ^2=.508 (1) p=.48
- Overige diagnosen	12 (8)	6 (9)	6 (8)	*
- Diagnose uitgesteld/niet gesteld	11 (7)	4 (6)	7 (9)	
GAF score T0 (Symptomen): M(SD)	56.5 (13)	57.5	55.6	t=.89 (142) p=.37
GAF score T0 (beperkingen): M(SD)	53.5 (11.5)	54.1	52.9	t=.66 (143) p=.51

Noot: Bij kenmerken met cellen <=5 geen toets uitgevoerd.

* Onder wie 8 cliënten met een bipolaire stoornis.

Tabel 9.9

*Overige kenmerken**

Kenmerk	*Alle*	*IPS (N=71)*	*RA (N=80)*	*Toets*
	M (SD)	*M (SD)*	*M (SD)*	
Kwaliteit van leven (MANSA)	4.21 (.86)	4.08 (.86)	4.33 (.86)	t=-1.85 (149) p=.07
Zelfwaardering (Rosenberg) (n=150, resp. 70, 80)	1.38 (.49)	1.79 (.51)	1.86 (.47)	t=-0.85 (148) p=.40
Psychische gezondheid (MHI-5)	59.9 (18.7)	56 (18.5)	63.4 (18.3)	t=-2.47 (149) **p<.05**
Arbiedsmotivatie **	2.86 (.29)	2.86 (.31)	2.87 (.28)	t=-0.09 (149) p=.93
- zelfbewustzijn arbeid	2.80 (.61)	2.71 (.62)	2.87 (.6)	t=-1.57 (149) p=.12
- drive (n=150, 70, 80)	3.09 (.41)	3.13 (.41)	3.06 (.41)	t=1.14 (148) p=.26
- actiebereidheid	2.78 (.38)	2.79 (.42)	2.76 (.34)	t=0.47 (149) p=.64
- mogelijkheden zien (n=149, 71, 78)	2.82 (.4)	2.82 (.44)	2.82 (.37)	t=0.03 (147) p=.98
- veel kans (n=146, 69, 77)***	2.26 (.67)	2.25 (.74)	2.27 (.6)	t=-0.24 (144) p=.81
Inschatting kwaliteit interview (n=150, 70, 80)****				
- Concentratie deelnemer	3.33 (.67)	3.3 (.77)	3.34 (.57)	t=-0.2 (148) p=.83
- Betrouwbaarheid	1.68 (.7)	1.74 (.66)	1.65 (.73)	t=0.56 (148) p=.58

* In deze tabel zijn de waarden gemiddelde scores (SD) op de betreffende schalen / items.

** excl. sociale items

*** item 23 "Ik denk dat ik goede kansen heb om weer aan het werk te gaan"(n=146).

**** concentratie en betrouwbaarheid zijn ingeschat door de interviewer (na afloop interview).

- Kwaliteit van leven (MANSA): min=0 en max=6, een hogere score meer tevreden.
- Zelfwaardering (Rosenberg): min=0 en max=3, een hogere score is meer zelfwaardering
- Psychische gezondheid (MHI-5), min=0 en max=100, een hogere score is betere psychische gezondheid.
- Arbeidsmotivatie (excl sociale items): hoge score is meer motivatie.
- Concentratie tijdens interview: 1=slecht en 4=goed.
- Betrouwbaarheid/kwaliteit van de antwoorden, 1=betrouwbaar en 4=onbetrouwbaar.

Tabel 9.10

Kwaliteit van leven gemeten (MANSA); scores op de 4 'objectieve' items

		Allen		IPS		RA	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)
Afgelopen 6 mnd slachtoffer geweest van lichamelijk geweld?	ja	21	13.9	9	12.7	12	15.0
	nee	130	86.1	62	87.3	68	85.0
Afgelopen 6 mnd beschuldigd van een misdrijf?	ja	13	8.6	7	9.9	6	7.5
	nee	138	91.4	64	90.1	74	92.5
Heeft u een goede vriend of vriendin?	ja	116	76.8	55	77.5	61	76.3
	nee	35	23.2	16	22.5	19	23.8
Heeft u afgelopen week een vriend of vriendin gesproken?	ja	112	74.2	56	78.9	56	70.0
	nee	39	25.8	15	21.1	24	30.0

χ^2-toetsen laten zien dat er geen verschillen bestaan op deze variabelen tussen beide condities; p-waarden lopen uiteen van .21 tot .86.

9.4 Bijlage bij hoofdstuk 4 – Tabellen contactgegevens arbeidsbegeleiding

Tabel 9.11

Aantal face to face contacten binnen trajecten: per locatie *

	Allen (M, SD)	IPS (M, SD)	RA (M, SD)
Met deelnemer			
GGzE	15 (11)	19 (11)	10 (8)
UMCG/Lentis	29 (23)	35 (29)	24 (16)
Pameijer / Bavo Europoort	26 (14)	27 (15)	26 (12)
Dimence	36 (30)	37 (33)	36 (28)
	F=5.4; p<.05	F=2.13 n.s	F=4.85; p<.05
Met hulpverlener(s)			
GGzE	16(18)	24 (18)	4 (5)
UMCG/Lentis	10 (12)	16 (15)	4 (3)
Pameijer / Bavo Europoort	8 (6)	11 (5)	4 (4)
Dimence	26 (23)	31 (26)	21 (18)
	F=7.9; p<.05	F=4.5; p<.05	F=12.5; p<.05
Met werkgever(s)			
GGzE	4 (5)	5 (5)	3 (5)
UMCG/Lentis	8 (14)	12 (19)	4 (6)
Pameijer / Bavo Europoort	7 (8)	7(9)	6 (7)
Dimence	16 (18)	8 (9)	23 (22)
	F=4.4; p<.05	F=1.1; n.s.	F=9.1; p<.05

* N=121, IPS=62, RA=59.

Tabel 9.12

Face to face contacten trajectbegeleiders en deelnemers binnen trajecten: contactduur per centrum in minuten

	N	Allen (M, SD)	IPS (M, SD)	RA (M, SD)
Gemiddelde per contact	124	50 (16)	48 (13)	52 (19)
GGzE	32	48 (7)	51 (7)	45 (6)
UMCG/Lentis	35	50 (14)	56 (14)	44 (11)
Pameijer / Bavo Europoort	31	58 (23)	43 (14)	73 (20)
Dimence	22	43 (22)	41 (9)	45 (15)
		F=4.1; p<.05	F=5.9; p<.05	F=15.4; p<.05
Totale duur alle contacten	117	1284 (1068)	1374 (1180)	1189 (938)
GGzE	32	720 (524)	918 (526)	466 (394)
UMCG/Lentis	34	1439 (1279)	1926 (1614)	956 (689)
Pameijer / Bavo Europoort	29	1517 (945)	1050 (796)	1752 (1078)
Dimence	22	1557 (1211)	1569 (1450)	1545 (988)
		F=4.5; p<.05	F=2.75; p<.05	F=7.1; p<.05

9.5 Bijlage bij hoofdstuk 5 – Tabellen hoofduitkomst

Tabel 9.13

Arbeidsuitkomsten tussen T0 en T30; vergelijking tussen IPS en RA (N=150)

Werk gevonden?	IPS		RA		Totaal	
	N=70	%	N=80	%	N=150*	%
1. Regulier betaald werk**	31	44%	20	25%	51	34%
2. Betaald werk	54	76%	54	68%	108	72%
3. Werk	58	82%	63	79%	121	80%

* missende waarde uit analyses gelaten

** Significant verschil tussen IPS en RA op regulier betaald werk: $\chi 2$ (1)=5.61, p<.05

Tabel 9.14

Effect van IPS versus RA gecontroleerd voor andere invloeden (N=150)

Logistische regressieanalyse* met onafhankelijke variabele service (RA/IPS) en gecorrigeerd voor psychische gezondheid op baseline en locatie		
1. Regulier betaald werk gevonden tussen T0-T30	β=.90**	OR=2.5
	z=2.48	CI 1.21-4.98
	p<.05	
2. Betaald werk gevonden tussen T0-T30	β=.44	OR=1.56
	z=1.17	CI .74-3.29
	n.s.	
3. Werk gevonden tussen T0-T30	β=.16	OR=1.18
	z=0.38	CI .51-2.72
	n.s.	

* Missende waarde uit de analyse gelaten

** β=regressie coëfficiënt, z=toetsingsgrootheid, OR=Odds Ratio met CI=95% betrouwbaarheidsinterval

Tabel 9.15

Logistische regressie zonder de locatie Dimence (N=128)

Logistische regressieanalyse* met onafhankelijke variabele service (RA/IPS) en gecorrigeerd voor psychische gezondheid op baseline en locatie		
1. Regulier betaald werk gevonden tussen T0 – T30	β=.97** z=2.47 **p<.05**	OR=2.63 CI 1.22 – 5.66
2. Betaald werk gevonden tussen T0-T30	β=.67 z=1.66 n.s.	OR= 1.95 CI .88 – 4.32
3. Werk gevonden tussen T0-T30	β=0.32 z=0.70 n.s.	OR=1.37 CI 0.57 – 3.32

* Missende waarde op 0

** β=regressie coëfficiënt, z=toetsingsgrootheid, OR=Odds Ratio met CI=95% betrouwbaarheidsinterval

Tabel 9.16

*Kenmerken van de arbeidstevredenheidslijst, subschaal algemene arbeidstevredenheid**

Subschaal	
Range (observed)	1.6 – 4.0
Alpha	.83
Gemiddelde schaalscore op alle bovenstaande items (SD)*	3.42 (.70)
Items	3.64
Gemiddelde item 1 Ik voel(de) me goed over deze baan**	
Gemiddelde item 2 Deze baan is/was de moeite waard**	3.33
Gemiddelde item 3 De werkomstandigheden is/waren goed**	3.58
Gemiddelde item 4 Ik wil(de) stoppen met deze baan	3.42
Gemiddelde item 5 Deze baan is/was saai	3.15

* N= 33 (19 keer tijdens baan; 14 keer retrospectief); scorebereik 1 – 4, hogere scores hogere tevredenheid.

** na omzetten van de positief gelabelde antwoorden, zodanig dat een hogere waarde op meer tevredenheid duidt.

*** geen significant verschil tussen IPS en RA (M-SD resp. 3.32-.71 en 3.55-.70).

9.6 Bijlage bij hoofdstuk 7 – Tabellen + figuren economische evaluatie

Tabel 9.17

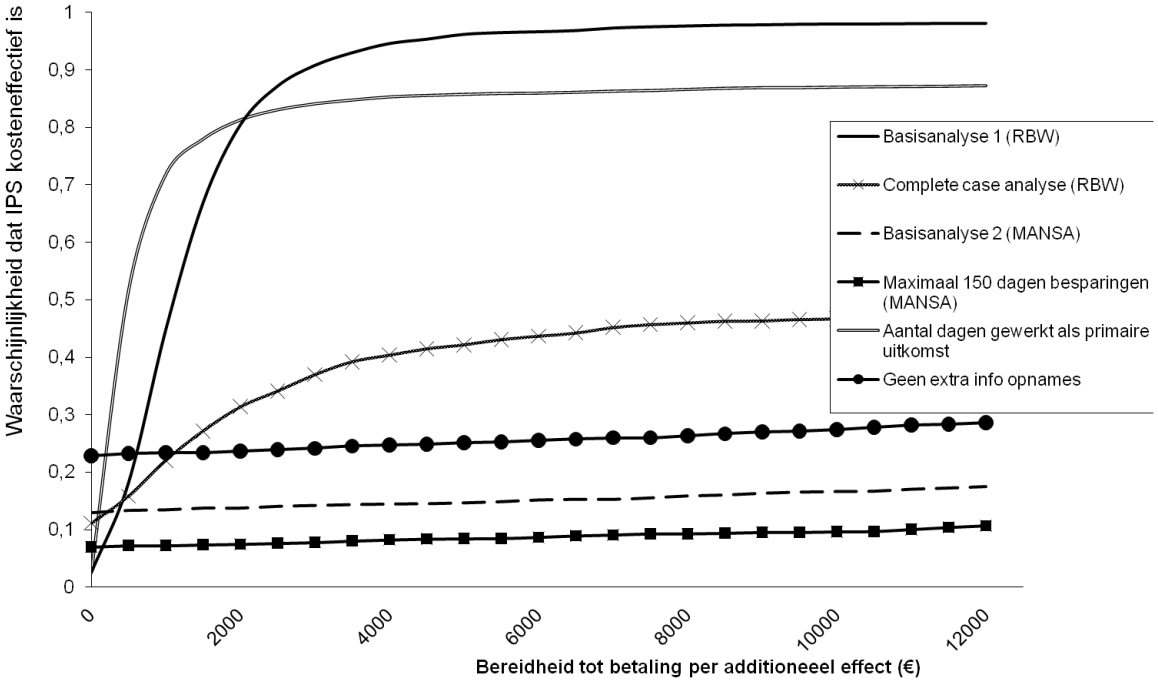
Resultaten sensitiviteitsanalyses gericht op kosten (€)

Analysevorm	IPS Gemiddelde totale kosten	RA Gemiddelde totale kosten	Verschil in gemiddelde totale kosten (95% BI)
Basisanalyse 1 (exclusief potentiële besparingen en frictiekosten)	72.619	52.430	20.189 (-125 , 40.908)
- Complete case analyse [1]	67.964	53.068	14.896 (-9.750 , 38.376)
Basisanalyse 2 (inclusief potentiële besparingen en frictiekosten	57.285	43.819	13.466 (-8.911 , 36.714)
- Exclusief kosten gerelateerd aan aanvullend verzamelde informatie over ziekenhuisopnames	55.052	45.349	9.704 (-15.606 , 35.776)
- Besparingen gerelateerd aan deelname arbeidsmarkt gedurende maximaal 150 dagen	65.389	49.748	15.641 (-5.687 , 36.370)

[1] Gemiddelde kosten zijn gebaseerd op de gegevens van 38 patiënten in de IPS groep en 46 in de RA-groep, regulier betaald werk als primaire uitkomstmaat, exclusief besparingen en frictiekosten

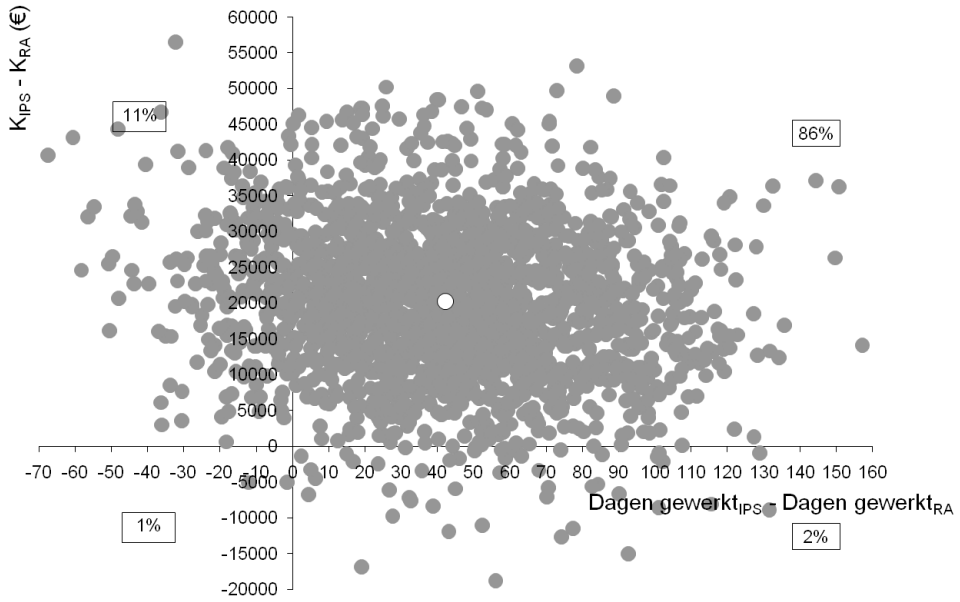
Figuur 9.1

Cost-effectiveness acceptability curves



Figuur 9.2

Sensitiviteitsanalyse KEA (aantal dagen gewerkt als primaire uitkomst)



9.7 Afkortingen

GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
ID-banen	Instroom - en Doorstoom banen
IPS	Individuele Plaatsing & Steun (*Individual Placement & Support*)
RA	Reguliere Arbeidsrehabilitatie (afkorting specifiek gebruikt voor dit rapport)
RCT	*Randomised Controlled Trial*
UWV	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
WAO	Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering, inmiddels vervangen door WIA
WIA	Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen
Wajong	Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten
WIW	Wet Inschakeling Werkzoekenden
WSW	Wet Sociale Werkvoorziening
WW	Werkloosheidswet