

# De implementatie van Individual Placement and Support in Nederland

F. GIESEN, N. VAN ERP, J. VAN WEEGHEL, H. MICHON, H. KROON

**ACHTERGROND** Individual Placement and Support, een arbeidsintegratiemodel voor mensen met ernstige psychische stoornissen, is in de periode 2003-2005 op vier locaties in Nederland geïmplementeerd.

**DOEL** Vaststellen van de mate van modelgetrouwe toepassing van Individual Placement and Support, de factoren die de implementatie bevorderen en belemmeren, en de behaalde resultaten.

**METHODE** De modelgetrouwe toepassing is gemeten met de Individual Placement and Support-fidelitieschaal. Met interviews en monitoring zijn gegevens verzameld over de bevorderende en belemmerende factoren. Verder werden patiëntkenmerken, begeleidingsactiviteiten en gevonden banen geregistreerd.

**RESULTATEN** Geen van de locaties heeft Individual Placement and Support volledig modelgetrouw toegepast, al waren 2 locaties daar zeer dichtbij. Van de 316 patiënten is 18% aan een reguliere baan geholpen. De belangrijkste obstakels bij de implementatie waren: uitval van medewerkers, gebrek aan financiering, tijdgebrek bij projectleiders en gebrekkige samenwerking met betrokken organisaties. De belangrijkste bevorderende factoren waren: de vaardigheden van projectleiders en trajectbegeleiders, het draagvlak binnen Individual Placement and Support-teams en de integratie van trajectbegeleiders in de ggz-teams.

**CONCLUSIE** Individual Placement and Support blijkt niet eenvoudig te implementeren. Wanneer echter meer aandacht wordt besteed aan goed projectmanagement, heeft Individual Placement and Support ook in Nederland kans van slagen.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 49(2007)9, 611-621]

**TREFWOORDEN** arbeidsintegratie, implementatie, Individual Placement and Support, Supported Employment

Veel mensen met ernstige psychische stoornissen willen werken (Van Hoof e.a. 2000; Swildens 1995), maar het merendeel slaagt er niet in een betaalde baan te vinden. In Nederland heeft hoogstens 10% van deze groep een betaalde baan (Michon e.a. 2003). De Nederlandse arbeidsintegratiepraktijk voor mensen met ernstige psychische stoornissen kenmerkt zich door een voorzichtige aanpak. Doorgaans kiest men voor lange voorbereidings-trajecten en voor alternatieven voor reguliere ar-

beid, zoals vrijwilligerswerk en beschutte arbeids-plaatsen. Steun bij het behouden van een baan ontbreekt meestal (Van Weeghel e.a. 2002).

Individual Placement and Support (IPS) is een in de vs ontwikkeld arbeidsintegratiemodel voor mensen met ernstige psychische stoornissen (Becker & Drake 1993). Het IPS-model is de standaardisatie van Supported Employment (SE) voor deze doelgroep. IPS verschilt in een aantal opzichten van de gangbare arbeidsintegratie: regulier

werk staat centraal, er wordt snel naar een baan gezocht, er wordt langdurige ondersteuning geboden en arbeidsintegratie is onderdeel van de ggz-hulp.

In de VS hebben vele onderzoeken de effectiviteit van IPS aangetoond en behoort IPS tot de *evidence-based* interventies voor mensen met ernstige psychische stoornissen (Bond e.a. 2001; Cook e.a. 2005; Crowther e.a. 2001; Mueser e.a. 2004). Crowther e.a. (2001) voerden een meta-analyse uit waarbij IPS werd vergeleken met de gebruikelijke trajectbegeleiding. Uit de 5 *randomized controlled trials* (RCT's) waarin IPS werd vergeleken met de gebruikelijke trajectbegeleiding bleek dat patiënten met IPS vaker een reguliere baan vonden (34% vs. 12%), meer verdienden en meer uren werkten dan patiënten met de gebruikelijke trajectbegeleiding. Ook de op meerdere locaties uitgevoerde RCT van Cook e.a. (2005) liet zien dat IPS-patiënten vaker een baan vonden dan patiënten uit de controlegroep (55% vs. 34%), dat 51% van de IPS-patiënten in een bepaalde maand 40 of meer uren werkte (vergeleken met 39% van de controlegroep) en dat IPS-patiënten meer verdienden.

In de VS is ook onderzoek gedaan naar de implementatie van IPS. Volgens Bond e.a. (2001) ondervinden IPS-projecten in de VS barrières op vier niveaus: (1) de overheid (en dan vooral de gefragmenteerde financiering van IPS); (2) het management van ggz-instellingen (zoals problemen bij het vinden van financiering en een negatieve houding ten aanzien van *evidence-based* werken); (3) behandelaars en leidinggevenden (zoals weerstand tegen vernieuwingen); en (4) patiënten en familieleden (onvoldoende informatie over IPS, bang om de uitkering te verliezen).

De laatste jaren groeit in Nederland de interesse voor IPS. Onlangs is IPS opgenomen in de *Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie* (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ 2005). Omdat de effectiviteit in het Nederlandse arbeidsbestel nog niet is aangetoond, wordt in de richtlijn de aanbeveling gedaan om RCT's en lokale programma-evaluaties naar IPS uit te voeren.

Hiermee is inmiddels een begin gemaakt. Op vier proeflocaties heeft men IPS geïmplementeerd. Het Trimbos-instituut heeft deze implementatie ondersteund en onderzocht, op nagenoeg dezelfde manier als dat in de VS is gedaan. In dit onderzoek werd samengewerkt met het *Implementing Evidence-Based Practices for Severe Mental Illness Project*, waarin in acht staten de implementatie van *evidence-based* interventies voor mensen met ernstige psychische stoornissen wordt ondersteund en onderzocht (Torrey e.a. 2001). Het uiteindelijke doel van het Nederlandse onderzoek was te komen tot een gefundeerde aanpak om IPS in Nederland breed te implementeren. Centrale vragen in dit onderzoek waren: (1) In hoeverre wordt IPS modelgetrouw toegepast op de proeflocaties? (2) Welke factoren belemmeren of bevorderen de implementatie van IPS? (3) Welke resultaten worden met IPS behaald?

## METHODE

### *Kenmerken van de proeflocaties*

Op vier proeflocaties, verspreid over het land, werd IPS aangehaakt bij ambulante ggz-teams die zorg bieden aan mensen met ernstige psychische stoornissen (voornamelijk schizofrenie). Verder werd IPS ingevoerd bij een deels klinisch, deels ambulant werkend team voor jongeren met psychotische stoornissen (locatie D) en bij een team dat klinische, dag- en poliklinische behandeling biedt aan mensen met een eerste psychose (locatie C) (zie tabel 1).

Trajectbegeleiders werden aan de ggz-teams toegevoegd. Ongeveer de helft van de trajectbegeleiders werkte voorheen in de ggz, de andere helft had gewerkt bij commerciële re-integratiebedrijven. Het aantal trajectbegeleiders per locatie varieerde bij de start van het implementatieproject van 1 tot 4 (0,3 tot 1,3 fulltimers (FTE's)).

Op twee locaties werden twee projectleiders aangesteld, op de andere twee locaties werd één projectleider aangesteld. Vijf van de zes projectleiders kregen formeel geen uren voor hun taak. Eén

TABEL 1 Kenmerken van de proeflocaties bij de start van het IPS-project (implementatie van Individual Placement and Support) in Nederland (april 2003)

Locatie	A	B	C	D		
Team	TZ	CM	EP	ZC	TZ	JV
Aantal teams	1	4	1	5	2	1
Diagnose doelgroep*	A	A, B, C	A, D	A	A	A, D
Totaal aantal patiënten	440	600	250	500	300	53
Aantal fulltime trajectbegeleiders	1,0	1,3	1,1		0,3	
Aantal fulltime projectleiders formeel vastgelegd voor IPS-project	0	0,3	0		0	

TZ = transmurale zorg

CM = casemanagement

EP = eerste psychose

ZC = zorgcoördinatie

JV = jongvolwassenen

\* A = schizofrenie of aanverwante stoornissen; B = stemmingsstoornis; C = stoornis in het autistisch spectrum; D = eerste psychose

IPS = Individual Placement and Support

projectleider werkte voorheen als manager bij een re-integratiebedrijf dat gespecialiseerd is in mensen met een psychische handicap. De andere vijf projectleiders waren leidinggevend op een afdeling rehabilitatie/trajectbegeleiding binnen een ggz-instelling.

### De implementatieactiviteiten

De proeflocaties hebben aan het begin van het project ondersteuning gekregen van Amerikaanse IPS-deskundigen (Becker en Drake) middels een introductietraining voor projectleiders en trajectbegeleiders en telefonische consultatie aan projectleiders. Verder bracht een groep van projectleiders, trajectbegeleiders en andere betrokkenen een werkbezoek aan IPS-programma's in de VS en Canada. Later in het traject gaven Amerikaanse IPS-experts tijdens werkbezoeken praktische implementatieadviezen aan de Nederlandse proeflocaties.

Bij de implementatie is gebruikgemaakt van de in de VS ontwikkelde Supported Employment Implementation Resource Kit, kortweg toolkit genoemd (Becker e.a. 2003). Deze toolkit bevat onder meer: schriftelijke informatie voor patiënten, familieleden, trajectbegeleiders, casemanagers, projectleiders en managers; implementatietips voor managers; een werkboek voor trajectbegeleiders, pro-

jectleiders en trainers; twee demonstratievideo's; en een PowerPointpresentatie over de principes en werkwijze van IPS.

Voorts zijn tijdens het project regelmatig bijeenkomsten gehouden waarin de projectleiders kennis en ervaringen uitwisselden. De projectleiders konden ook gebruikmaken van een externe consultant met ruime ervaring in de arbeidsintegratie. Deze consultant verzorgde tevens negen trainingsbijeenkomsten voor de trajectbegeleiders, waarbij thema's als het benaderen van werkgevers, jobcoaching en het samenwerken met het ggz-team werden behandeld.

### Dataverzameling

Begin 2003 zijn de onderzoekers van het Trimbos-instituut door hun Amerikaanse collega's getraind in het uitvoeren van dit implementatieonderzoek.

**Modeltrouwmetingen** Modeltrouwmetingen geven inzicht in de mate waarin IPS-programma's de IPS-componenten toepassen. Tevens kan het verloop van de implementatie met behulp van modeltrouwmetingen worden gemonitord. Inzicht in de mate van modelgetrouwheid is van belang omdat uit onderzoek is gebleken dat patiënten in modelgetrouwe IPS-programma's vaker naar be-

taald werk worden geleid (Becker e.a. 2001). De proeflocaties werden op 3 momenten onderworpen aan een modeltrouwmeting: rond de start van het implementatieproject (de nulmeting), na 12 maanden (tussenmeting) en na 24 maanden (eindmeting). Hierbij werd de in de VS ontwikkelde IPS-fidelitieschaal gebruikt (Bond e.a. 1997). Deze schaal bestaat uit de 15 belangrijkste componenten van het IPS-model. Per component wordt een 5-puntslikertschaal ingevuld (1 is 'niet geïmplementeerd' en 5 is 'volledig geïmplementeerd'). Voorbeelden van componenten zijn: 'de trajectbegeleider (1 FTE) heeft een caseload van maximaal 25 patiënten', 'de trajectbegeleider is lid van een ggz-team', 'de trajectbegeleider begint snel na de intake met het zoeken naar een baan' en 'de begeleiding duurt zo lang als nodig is'. Een gemiddelde score vanaf 4,33 staat voor een volledige implementatie van IPS. De fidelitieschaal is uitvoerig getest en blijkt betrouwbaar en goed bruikbaar te zijn (Bond e.a. 1997).

Per meting bezochten twee onderzoekers iedere locatie. Zij interviewden trajectbegeleiders, projectleiders, teamleiders, patiënten en familieleden van patiënten, en observeerden overlegbij-

eenkomsten van de IPS- en ggz-teams. Vervolgens vulden de onderzoekers onafhankelijk van elkaar per locatie de fidelitieschaal in, waarna op basis van consensus de modeltrouwscore werd bepaald. De resultaten van de modeltrouwmetingen werden in rapportages teruggekoppeld naar de locaties.

**Patiëntmonitoring** Gegevens over de begeleiding en de gevonden banen zijn verkregen via een patiëntmonitoringformulier, dat werd ingevuld door trajectbegeleiders en/of projectleiders. Het formulier bestond uit vragen over de patiënt, het begeleidingstraject en de gevonden banen.

**Procesmonitoring** Parallel aan de modeltrouwmetingen werden gegevens over de bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie verzameld. Hiervoor werden trajectbegeleiders, projectleiders, patiënten, familieleden van patiënten, behandelaars, managers binnen de ggz-instelling en de consultant geïnterviewd aan de hand van semigestructureerde interviewschema's. Ook buiten de metingen werd het implementatieproces gevolgd door het bijwonen van landelijke en lokale implementatieonder-

TABEL 2 Kenmerken patiënten (%) binnen het Individual Placement and Support project per locatie

Locatie	A (n=12)	B (n=83)	C (n=53)	D (n=85)	Totaal (n=233)
Man	58	81	81	66	74
In Nederland geboren	83	80	89	85	84
Woonsituatie					
Zelfstandig en alleen of met partner en/of kinderen	59	56	56	59	58
Beschermende woonvorm	8	16	15	2	10
Psychiatrisch centrum	25	6	4	21	12
Inkomstenbron					
ABW/WAO/Wajong	70	67	100	90	83
Werksituatie tijdens intake					
Geen	58	26	48	62	46
Regulier werk	0	9	0	1	5
Vrijwilligerswerk	0	15	31	10	16
Diagnose psychosespectrum/schizofrenie	92	60	81	86	76
Gemiddelde leeftijd (jaren)	34	34	35	37	35
Gemiddelde duur ggz-contact (jaren)	6	7	8	8	8

ABW = Algemene Bijstandswet (tegenwoordig WWB = Wet Werk en Bijstand)

WAO = Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering

Wajong = Wet Arbeidsongeschiktheidsvoorziening Jonggehandicapten

steunende activiteiten zoals bijeenkomsten voor projectleiders, telefonische conferenties, trainingen en consultatiebezoeken.

### Analyse

De kwalitatieve gegevens over het implementatieproces zijn geanalyseerd met behulp van het coderingsprogramma Winmax (Kuckartz 1998). De coderingen waren gebaseerd op de coderingen die door de onderzoeksgroep in de VS werden gehanteerd.

### RESULTATEN

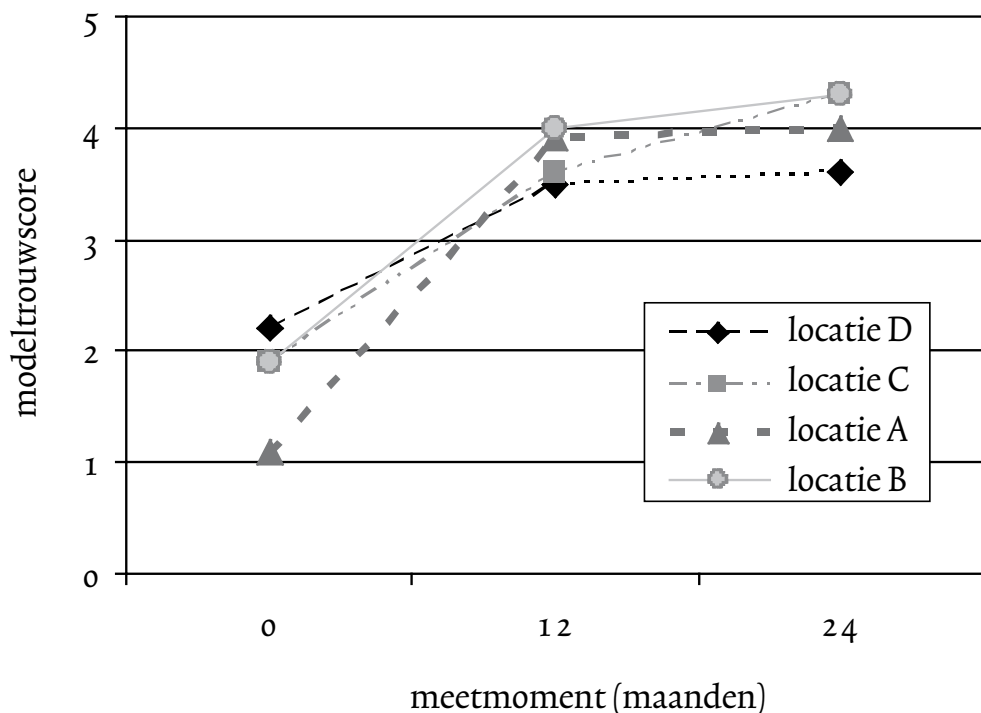
**Kenmerken van de patiënten** Tijdens het onderzoek hebben 316 patiënten deelgenomen aan een IPS-programma. Van 233 patiënten waren de achtergrondkenmerken bekend (zie tabel 2). Driekwart van de patiënten was man (74%) en 84% was geboren in Nederland. Van de patiënten woonde 58% zelfstandig. Het percentage patiënten dat in een psychiatrisch centrum woonde, verschilde

per locatie van 4% (C) tot 25% (A). Van de patiënten had 83% een uitkering. Het percentage patiënten dat vrijwilligerswerk verrichtte tijdens de intake varieerde per locatie van 0% (A) tot 31% (C). De locaties verschilden nauwelijks wat betreft de gemiddelde leeftijd van de patiënten (35 jaar) en de gemiddelde duur van het contact dat de patiënten hadden met de ggz (8 jaar).

**Modelgetrouwe toepassing** Figuur 1 laat zien dat alle proeflocaties IPS modelgetrouwer zijn gaan toepassen in de loop van het 2 jaar durende implementatieproject. Bij de nulmeting was de modelgetrouwheid laag, met een gemiddelde score van 1,8 (1,1-2,2). In deze fase waren de meeste IPS-componenten nog niet geïmplementeerd. Op 3 locaties waren al wel patiënten aangemeld, maar van IPS-trajecten was nog geen sprake.

Bij de tussenmeting was de modelgetrouwe toepassing opgelopen tot een gemiddelde score van 3,6 (3,5-4,0). Bij bijna alle componenten was vooruitgang geboekt. Op de componenten 'caseload', 'uitvoeren van alle fasen van het traject' en 'begelei-

FIGUUR 1 Modeltrouwscores van het Individual Placement and Support project op de drie meetmomenten



ding zo lang als nodig' scoorden alle locaties goed. Bij de eindmeting behaalden de locaties een gemiddelde modeltrouwscore van 4,1 (3,6-4,3). De verschillen tussen de locaties waren toegenomen. Sinds de tussenmeting waren de scores van locaties B en C verder gestegen, terwijl locaties A en D nauwelijks vooruitgang hadden geboekt. Op locatie D was de IPS-component 'snel zoeken naar regulier werk' losgelaten: de trajectbegeleiders bemiddelden nu ook in opleidingen, vrijwilligerswerk en beschut werk. Locatie A had een lage score omdat daar nog maar één trajectbegeleider werkte en er dus geen sprake meer was van een IPS-team.

Twee IPS-componenten bleven voor alle locaties moeilijk toepasbaar: 'het vinden van banen van lange duur' (de meeste contracten waren voor maximaal een halfjaar) en 'het bieden van begeleiding in maatschappelijke settings' (trajectbegeleiders besteedden de meeste tijd in de ggz-instelling). Op vijf IPS-componenten scoorden alle locaties hoog: 'caseload', 'uitvoeren van alle fasen van het traject', 'zoeken op basis van de voorkeuren van de patiënt', 'begeleiding na beëindiging van een baan' en 'begeleiding zo lang als nodig'.

**De trajectbegeleiding** IPS is een relatief intensieve vorm van arbeidsintegratie. Per kwartaal vonden gemiddeld 18 contacten met de patiënt plaats (gebaseerd op gegevens van 125 patiënten) waarvan 9 persoonlijke, 7 telefonische en 2 overige contacten. Dat is gemiddeld 1,5 contact per week. Ook met de familie, behandelaars en werkgevers onderhielden de trajectbegeleiders contact (respectievelijk gemiddeld 2, 12 en 13 contacten per kwartaal). Het lijkt de Nederlandse trajectbegeleiders te zijn gelukt om snel op zoek te gaan naar banen. De wachttijd tussen aanmelding en intake bedroeg gemiddeld 2 weken (gebaseerd op gegevens van 64 patiënten). Vanaf de intake duurde het gemiddeld 3 maanden voordat het eerste acquisitiesprek met een werkgever plaatsvond (gebaseerd op gegevens van 51 patiënten). Tussen de intake en de eerste werkdag van de patiënt zat gemiddeld een halfjaar (gebaseerd op gegevens van 29 patiënten).

**Uitval** Van de 316 deelnemers vielen er 122 (39%) voortijdig uit. De groep uitvallers bestond uit patiënten die een (langdurige) terugval hadden, geen begeleiding meer wilden of afspraken onvoldoende nakwamen. De voortijdige uitvallers waren in vergelijking met de niet-uitvallers ouder (38 vs. 34 jaar; t-test,  $p=0,005$ ), vaker vrouw (35% vs. 22%; chikwadraattoets,  $p<0,05$ ) en hadden minder vaak arbeidsmatige bezigheden in het jaar voorafgaand aan het IPS-traject (30% vs. 47%; chikwadraattoets,  $p<0,05$ ). De groepen wel en niet uitgevallen patiënten verschilden niet significant van elkaar wat betreft diagnose en gemiddelde duur van het ggz-contact.

**Gevonden banen** Van de 316 deelnemers vonden er 56 (18%) een reguliere, betaalde baan. Locatie B behaalde de beste resultaten (25%), locatie A had het laagste succespercentage (14%). Van 30 patiënten is bekend wanneer zij hun eerste werkdag hadden: 6 vonden in het eerste implementatiejaar een baan, de overige 24 patiënten in het tweede jaar.

Het merendeel van de gevonden banen betrof laaggeschoold en laagbetaald werk, zoals schoonmaker, logistiek medewerker en productiemedewerker. Van 42 patiënten is bekend wat voor arbeidscontract zij hadden: 19 (45%) kregen een contract voor korter dan een halfjaar, 16 (38%) hadden een contract voor een halfjaar of langer en bij 7 (17%) betrof het een contract voor onbepaalde tijd. Van 39 patiënten is bekend hoeveel uren zij werkten: gemiddeld 22 uur per week.

Vergeleken met de patiënten die geen baan vonden, waren patiënten die wel een baan vonden vaker man (94% vs. 69%; chikwadraattoets,  $p=0,001$ ), hadden zij vaker betaald gewerkt tijdens het jaar voorafgaand aan het IPS-traject (56% vs. 10%; chikwadraattoets,  $p<0,005$ ), hadden zij vaker een andere diagnose dan psychosespectrum/schizofrenie (40% vs. 24%; chi-kwadraattoets,  $p<0,05$ ), en waren zij gemiddeld jonger (32 vs. 36 jaar; t-test,  $p<0,05$ ).

De locaties met de laagste modeltrouwscores (A en D) hadden de laagste succespercentages. Vergeleken met de locaties B en C hadden de patiënten

van de locaties A en D vaker de diagnose psychosespectrum/schizofrenie. Ook waren op deze minder succesvolle locaties de patiënten vaker opgenomen en hadden de patiënten een minder gunstige arbeidssituatie bij de intake.

*Belemmerende factoren* Uitval van trajectbegeleiders en/of projectleiders was op alle locaties een belangrijke belemmerende factor. Er was sprake van tijdelijke uitval door ziekte, maar ook hebben zes trajectbegeleiders hun baan opgezegd. De redenen voor vertrek waren divers: ontevreden met de baan; de organisatie waarbij de trajectbegeleider in dienst was, trok zich terug uit het project; en vertrek naar het buitenland. Op twee locaties is binnen korte tijd voor vervanging gezorgd. Op de andere twee locaties is dit niet gebeurd.

Een tweede belemmerende factor was de financiering. Op één locatie konden patiënten met een bijstandsuitkering aanvankelijk geen IPS-traject krijgen omdat de gemeente geen trajecten wilde financieren. Op een andere locatie was geen erkend re-integratiebedrijf bij het project betrokken, waardoor men alleen trajecten gefinancierd kreeg via onderaannemerschap bij re-integratiebedrijven. Deze re-integratiebedrijven waren echter vooral geïnteresseerd in gemakkelijk plaatsbare patiënten. Ook werden soms niet alle delen van het traject gefinancierd. Tijdgebrek van de projectleiders was een derde belemmerende factor. Slechts één projectleider had formeel uren (twaalf) gekregen voor het IPS-project. De andere vijf projectleiders moesten het 'erbij doen'.

De laatste belangrijke belemmering betrof een slechte samenwerking tussen de bij het project betrokken organisaties. Op één locatie waren drie organisaties betrokken bij het implementatieproject: een ggz-instelling en twee re-integratiebedrijven die gespecialiseerd waren in mensen met een psychische handicap. De samenwerking verliep allerminst soepel, wat er uiteindelijk in resulteerde dat een van de organisaties zich uit het project terugtrok.

De mate waarin IPS in de zorgverlening was

geïntegreerd, verschilde per ggz-team. Binnen drie teams, verspreid over drie locaties, was sprake van slechte integratie: in deze ggz-teams was onvoldoende draagvlak voor IPS en de trajectbegeleiders waren onvoldoende aanwezig bij het teamoverleg. Er zijn verschillende acties ondernomen om de integratie te bevorderen. Op twee locaties werd een casemanager aangewezen die als aandachtsfunctionaris medeverantwoordelijk was voor IPS. Ook kregen de trajectbegeleiders werkplekken in de buurt van het ggz-team. Verder kreeg 'werk' een vaste plek in de behandelplanbesprekingen, waarmee de inbreng van de trajectbegeleiders werd verstevigd.

*Bevorderende factoren* De vaardigheden van de projectleiders en het draagvlak bij projectleiders en trajectbegeleiders zijn de factoren die het meest hebben bijgedragen aan de implementatie. Hoewel de projectleiders hun schaarse tijd vooral moesten besteden aan het regelen van randvoorwaarden, werden zij door de betrokkenen positief gewaardeerd vanwege hun vaardigheden, inzet en enthousiasme. In samenhang hiermee was het draagvlak voor IPS groot onder de projectleiders en de trajectbegeleiders.

Ook de vaardigheden van de trajectbegeleiders hebben bijgedragen aan de implementatie. Op twee locaties zijn bewust zowel trajectbegeleiders met een ggz-achtergrond als trajectbegeleiders met een achtergrond in de commerciële re-integratie aangesteld. Op één locatie is een arbeidsdeskundige ingeschakeld voor consultatie op het gebied van acquisitie van banen en wet- en regelgeving.

## DISCUSSIE EN CONCLUSIE

*Modelgetrouwheid* Het blijkt niet eenvoudig om IPS modelgetrouw te implementeren in Nederland. Weliswaar waren twee locaties na twee jaar een fractie verwijderd van succesvolle implementatie, op de andere twee locaties was de implementatie minder geslaagd. Vooral 'het vinden van banen van lange duur' en 'het bieden van

begeleiding in maatschappelijke settings' bleken moeilijk toepasbaar in de Nederlandse praktijk. Wel lukte het om patiënten langdurige begeleiding te bieden.

De 4 Nederlandse locaties bereikten na 2 jaar gemiddeld een modeltrouwscore van 4,1. In de VS, waar IPS in dezelfde periode op 8 locaties werd geïmplementeerd, behaalden 5 locaties al na 1,5 jaar een gemiddelde score van 4,6. De andere 3 locaties bereikten al na een jaar een gemiddelde score van 4,6 (National Implementing EBP Project 2004). Voor de lagere modelgetrouwheid in Nederland zijn de volgende verklaringen te noemen.

Allereerst is in Nederland onvoldoende tijd genomen voor de voorbereiding van de implementatie. Zo was bij de start van het project op alle locaties de financiering van de IPS-trajecten nog niet of nauwelijks geregeld. Verder was er onvoldoende tijd en geld vrijgemaakt voor de implementatie, in het bijzonder voor de projectleiding. Op de proeflocaties in de VS werden trajectbegeleiders intensiever getraind en begeleid. Projecten hadden doorgaans een fulltime projectleider en werden gedurende het eerste halfjaar één dag per week door een trainer/consultant ondersteund. Omdat Amerikaanse projectleiders ook zelf patiënten begeleidden, fungeerden zij als zichtbaar rolmodel voor trajectbegeleiders.

In de IPS-toolkit wordt aanbevolen om fulltime trajectbegeleiders aan te stellen en hen aan één ggz-team te koppelen (Becker e.a. 2003). Op de Nederlandse locaties zijn deze adviezen niet opgevolgd: de meeste trajectbegeleiders werkten parttime en ongeveer de helft was gekoppeld aan twee ggz-teams. Zij besteedden hierdoor relatief veel tijd aan overleg, ten koste van de tijd voor directe begeleiding.

Tot slot is het hier gebruikelijker dan in de VS dat men aan een baan begint met een tijdelijk contract. Het merendeel van de patiënten met een baan kreeg een contract van zes maanden of korter. Dit leidde tot lage scores bij de component 'langdurige banen'.

**Gevonden banen** Van de 316 IPS-patiënten heeft 18% een reguliere, betaalde baan gevonden (variërend per locatie van 14% tot 25%). Dit succespercentage was lager dan dat van de IPS-projecten in de VS, waar gemiddeld 56% van de patiënten een reguliere, betaalde baan vond (Bond 2004).

Een verklaring voor de lage percentages is dat het eerste jaar voornamelijk aan voorbereiding en projectopbouw werd besteed. Tijdens het tweede jaar hebben dan ook meer patiënten een baan gevonden dan tijdens het eerste jaar.

Een andere verklaring is gelegen in de verschillen tussen de Nederlandse en de Amerikaanse arbeidsmarkt. De VS heeft een liberale arbeidsmarkt met lage, kortdurende minimumuitkeringen die moeten voorkomen dat de doorstroming naar de reguliere arbeidsmarkt wordt belemmerd. De VS kent geen ontslagbescherming en heeft een groot aanbod van laaggeschoold werk. De arbeidsmarkt in Nederland kent een betrekkelijk hoog niveau van sociale uitkeringen. Verder kent ons land wel ontslagbescherming en is het aandeel laaggeschoold werk niet zo groot als in de VS (Muffels e.a. 2004).

Tot slot zijn de lagere modeltrouwscores van de Nederlandse projecten een mogelijke verklaring voor de mindere resultaten. Aangehouden is dat IPS-programma's met hoge modeltrouwscores effectiever zijn dan programma's met lage modeltrouwscores (Becker e.a. 2001). Ook in Nederland werden op de locaties met de hoogste modeltrouwscores de meeste patiënten aan een baan geholpen. Vooral het bieden van begeleiding in een maatschappelijke setting, het uitsluitend verrichten van IPS-taken door trajectbegeleiders, het snel na de intake beginnen met zoeken naar regulier werk en het ontbreken van uitsluitingscriteria zijn succesvolle componenten van IPS (Becker e.a. 2001; Bond 2004).

**Belemmeringen** Op de Nederlandse locaties was de moeizame financiering van IPS-trajecten een belangrijke belemmering. De huidige regelgeving op dit gebied is bepaald niet faciliterend



voor de IPS-praktijk. Het ziet er niet naar uit dat de Wet maatschappelijke ondersteuning hierin op korte termijn soelaas zal bieden. Overigens is de financiering van IPS-trajecten ook in de VS vaak een obstakel. Verder waren op de Nederlandse proeflocaties de (tijdelijke) uitval van medewerkers, tijdgebrek bij projectleiders en de moeizame samenwerking met re-integratiebedrijven belangrijke obstakels. Het lijkt mogelijk om deze belemmeringen met goed projectmanagement grotendeels op te heffen.

In de VS vormden gebrek aan draagvlak bij ggz-managers en weerstand bij ggz-hulpverleners belemmeringen (Bond e.a. 2001). Op de Nederlandse locaties was dit een minder groot probleem: slechts in drie van de veertien teams speelde dit een rol. Een ander obstakel dat in de VS werd gevonden, de onbekendheid van patiënten en familieleden met de werkwijze van IPS, kwam niet naar voren in dit onderzoek.


*Kracht en beperkingen van het onderzoek* In het hier beschreven onderzoek zijn met meerdere onderzoeksmethoden en informatiebronnen gegevens verzameld over de implementatie van IPS in Nederland. De in de VS beproefde fidelitieschaal is gebruikt om de mate van modelgetrouwe toepassing van IPS aan te tonen. Een andere kracht van dit onderzoek is dat het grotendeels dezelfde opzet heeft als het implementatieonderzoek naar evidence-based interventies in de VS. Hierdoor kunnen op den duur vergelijkingen worden gemaakt tussen beide landen.

Door succesvolle en minder succesvolle regio's met elkaar te vergelijken, konden tal van factoren die de implementatie beïnvloedden, worden geïdentificeerd. Er kan echter niets worden gezegd over de zwaarte van deze factoren. Om deze vraag te kunnen beantwoorden is een omvangrijker implementatieonderzoek nodig. Ten slotte zijn in dit implementatieonderzoek alleen de eerste resultaten van IPS beschreven. Om de effectiviteit van IPS te kunnen meten, is een controlegroep nodig. Daarom is eind 2005 een RCT van start gegaan, uit-

gevoerd door het Trimbos-instituut en het Rob Giel Onderzoekcentrum, die informatie zal opleveren over de effectiviteit van IPS in Nederland.

*Aanbevelingen* De hooggespannen verwachtingen van IPS in Nederland werden in dit project nog niet volledig waargemaakt. Toch waren projectleiders en trajectbegeleiders het er na afloop over eens dat IPS een grote meerwaarde heeft ten opzichte van de gangbare arbeidsintegratie. Als belangrijkste pluspunten werden de integratie in het ggz-team, de focus op betaalde arbeid en het snel naar banen toe leiden genoemd. De focus op betaalde arbeid is nodig, aldus Henkens (2005), omdat het specifieke kennis vraagt die een trajectbegeleider in de huidige ggz-praktijk niet vanzelf verwerft.

IPS heeft in Nederland alleen kans van slagen als aan een aantal voorwaarden wordt voldaan. Allereerst moeten ggz-instellingen die IPS willen invoeren, voldoende tijd nemen om de financiering en andere randvoorwaarden voor het project goed te regelen. Voldoende tijd en middelen moeten worden vrijgemaakt om in ieder geval tijdens het eerste halfjaar een fulltime projectleider te kunnen aanstellen. Voorts vereist goed projectmanagement dat er niet te veel vernieuwingen tegelijkertijd worden ingevoerd; men moet zich volledig kunnen concentreren op een ingrijpende vernieuwing als IPS. Verder is het zaak om ggz-teams van begin af aan bij de implementatie te betrekken: naast de trajectbegeleiders moeten ook de ggz-teamleden een basale training in het werken met IPS krijgen. Tot slot mogen IPS-trajecten niet bij voorbaat mislukken vanwege het uitblijven van financiering. De IPS-praktijk in Nederland is daarom zeer gebaat bij wetten, regelingen en uitvoerende instanties die de arbeidsintegratie van mensen met (psychische) beperkingen daadwerkelijk faciliteren.

 De auteurs bedanken ZonMw voor de financiering van dit onderzoek en Altrecht, GGZ Eindhoven, GGZ Groningen, UMCG en Parnassia voor hun financiële bijdrage en hun medewerking.

## LITERATUUR

- Becker, D.R., Bond, G.R., Mueser, K.T., e.a. (2003). *Supported employment implementation resource kit*. Washington: SAMHSA. Verkrijgbaar via: <http://mentalhealth.samhsa.gov/cmhs/communitysupport/toolkits/employment>.
- Becker, D.R., & Drake, R.E. (1993). *A working life: The individual placement and support program*. Concord, New Hampshire: New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center.
- Becker, D.R., Smith, J., Tanzman, B., e.a. (2001). Fidelity of supported employment programs and employment outcomes. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 52, 834-836.
- Bond, G.R. (2004). Supported employment: evidence for an evidence-based practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27, 345-359.
- Bond, G.R., Becker, D.R., Drake, R.E., e.a. (1997). A fidelity scale for the individual placement and support model of supported employment. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 40, 265-284.
- Bond, G.R., Becker, D.R., Drake, R.E., e.a. (2001). Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 52, 313-322.
- Cook, J.A., Leff, H.S., Blyler, C.R., e.a. (2005). Results of a multisite randomized trial of supported employment interventions for individuals with severe mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 62, 505-512.
- Crowther, R.E., Marshall, M., Bond, G.R., e.a. (2001). Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. *BMJ (Clinical research ed.)*, 322, 204-208.
- Henkens, H. (2005). *Individuele plaatsing en steun in Eindhoven. Een tussentijds verslag over principes in de praktijk*. Passage, 14, 64-72.
- Hoof, F. van, Ketelaars, D., van Weeghel, J. (2000). *Dac in, dac uit. Een longitudinaal onderzoek naar bezoekers van dagactiviteitencentra*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Kuckartz, U. (1998). *WinMAX 97 scientific text analysis for the social sciences. User's guide*. Berlijn: Büro für Softwareentwicklung und Sozialforschung.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ (2005). *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie. Richtlijn voor de diagnostiek, zorgorganisatie en behandeling van volwassen cliënten met schizofrenie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Michon, H., van Erp, N., Giesen, F., e.a. (2003). *Het monitoren van vermaatschappelijking. Deel 1 bericht over de stand van zaken*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Mueser, K.T., Clark, R.E., Haines, M., e.a. (2004). The Hartford study of supported employment for persons with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 479-490.
- Muffels, R., Ester, P., van Ours, J., e.a. (2004). *De transitionele arbeidsmarkt. Naar een nieuwe sociale en economische dynamiek*. Tilburg: OSA.
- National Implementing EBP Project: Fidelity scores by state (May 11, 2004). Unpublished data.
- Swildens, W.E. (1995). *Zorg voor werk en dagbesteding: een onderzoek naar een regionale aanpak voor mensen met een psychiatrische achtergrond*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Torrey, W.C., Drake, R.E., Dixon, L., e.a. (2001). Implementing evidence-based practices for persons with severe mental illnesses. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 52, 45-50.
- 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, 936-949.

## AUTEURS

F. GIESEN was ten tijde van het onderzoek junior wetenschappelijk medewerker bij het programma Reïntegratie van het Trimbos-instituut.

N. VAN ERP is wetenschappelijk medewerker bij het programma Reïntegratie van het Trimbos-instituut.

J. VAN WEEGHEL was ten tijde van het onderzoek voorzitter van het centrum Behandeling, Zorg en Reïntegratie van het Trimbos-instituut. Nu is hij directeur van het Kenniscentrum Rehabilitatie en stafmanager zorgontwikkeling bij GGZ Dijk en Duin.

H. MICHON is senior wetenschappelijk medewerker bij het Trimbos-instituut en coördinator wetenschappelijk onderzoek bij Altrecht.

H. KROON is hoofd van het programma Reïntegratie van het Trimbos-instituut.

Correspondentieadres: dr. J. van Weeghel, Trimbos-instituut, Postbus 725, 3500 AS Utrecht. Tel. (030) 2971100. Fax (030) 2971111.

E-mail: [jweeghel@trimbos.nl](mailto:jweeghel@trimbos.nl).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 6-2-2007.

## SUMMARY

The implementation of Individual Placement and Support in the Netherlands – F. Giesen, N. van Erp, J. van Weeghel, H. Michon, H. Kroon –

**BACKGROUND** Individual Placement and Support is a vocational rehabilitation programme for people with severe mental illness, which was implemented during the period 2003–2005 at four locations in the Netherlands.

**AIM** To investigate the degree of compliance with the Individual Placement and Support programme, the factors that hindered or facilitated its implementation, and the results.

**METHOD** The degree of compliance was assessed using the Individual Placement and Support fidelity scale. Data regarding the factors that hindered or facilitated the implementation were collected via interviews and monitoring. In addition, data were collected on patient characteristics, the support provided and the jobs found.

**RESULTS** None of the locations achieved the highest level of compliance, although two locations came close. Eighteen per cent of the 316 patients were helped to find a regular job. The most important obstacles to implementation were loss of vocational team members, project leaders' lack of time, lack of finance, and insufficient cooperation between the organisations involved. The most important facilitating factors were the skills and commitment of the vocational team member(s) and the integration of the vocational team member(s) and the mental health team.

**CONCLUSION** It is not easy to implement Individual Placement and Support. However, if more attention is given to good project management, Individual Placement and Support can succeed in the Netherlands.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 49(2007)9, 611–621]

**KEY WORDS** implementation, Individual Placement and Support, Supported Employment, vocational rehabilitation