

PUBLICATIE

Eerder aan het Werk

Onderzoek naar de toepasbaarheid en uitkomsten van Individuele Plaatsing en Steun (IPS) voor mensen met Common Mental Disorders

Lars de Winter, Harry Michon, Chrisje Couwenbergh, Jaap van Weeghel

Kenniscentrum Phrenos

Correspondentie over dit artikel via Lars de Winter: Lwinter@kcphrenos.nl

31 juli 2022



kenniscentrum
phrenos

Inhoudsopgave

| | |
|--|----|
| 0. Samenvatting | 4 |
| 1. Achtergrond IPS-CMD onderzoek | 7 |
| 1.1. Inleiding | 7 |
| 1.2. De ministeriële regeling IPS-CMD | 9 |
| 1.3. De onderzoeksvragen | 10 |
| 1.4. Methoden | 11 |
| 2. Wetenschappelijke evidentie IPS bij CMD op basis van literatuuronderzoek | 17 |
| 3. Beschrijving, aanmelding en selectie van de deelnemers | 21 |
| 3.1. Ervaringen in het werkveld | 21 |
| 3.1.1. Proces van aanvragen en opstarten van de IPS-CMD-trajecten | 21 |
| 3.1.2. Afbakening doelgroep | 23 |
| 3.2. Kenmerken van de deelnemers | 24 |
| 3.2.1. Beschrijving van de deelnemers | 24 |
| 3.2.2. Verschillen tussen deelnemers vanuit de gemeenten en deelnemers vanuit het UWV. ... | 25 |
| 3.2.3. Verschillen tussen deelnemers aan het IPS-CMD onderzoek en deelnemers aan het IPS-EPA onderzoek | 25 |
| 3.3. Indrukken IPS-trajectbegeleiders en andere stakeholders over de deelnemers | 26 |
| 3.4. Beschrijving deelnemers vanuit de case studies: ambitie, motivatie en achtergrond | 27 |
| 4. Resultaten rondom het vinden en behouden van betaald werk | 29 |
| 4.1. Uitkomsten op het gebied van betaald werk | 29 |
| 4.1.1. Werkuitkomsten bij de deelnemers | 29 |
| 4.1.2. Werkuitkomsten voor verschillende subgroepen binnen het onderzoek | 31 |
| 4.1.3. Verschillen in werkuitkomsten tussen deelnemers IPS-CMD en IPS-EPA onderzoek | 32 |
| 4.1.4. Invloed coronacrisis op werkuitkomsten | 34 |
| 4.1.5. Tijdsbesteding IPS-trajecten | 35 |
| 4.2. Aanvullende resultaten: ervaringen van de deelnemers | 35 |
| 5. Evaluatie modeltrouw IPS-CMD | 38 |
| 5.1. Analyse modeltrouwscores IPS-CMD | 38 |
| 5.2. Kwalitatieve evaluatie modeltrouwscores | 41 |
| 6. Evaluatie uitvoering IPS-CMD-trajecten | 45 |
| 6.1. Integratie met zorg | 45 |
| 6.2. Verschillen CMD en EPA in uitvoering | 46 |
| 6.3. Knelpunten tijdens beperkende maatregelen coronacrisis | 47 |

| | |
|--|-----------|
| 6.4. Bevorderende en belemmerende factoren in de uitvoering | 48 |
| 6.5. Ervaringen met IPS ten opzichte van andere vormen van re-integratie | 50 |
| 6.6. Ervaringen met gemeente en UWV begeleiding | 50 |
| 7. Conclusies en aanbevelingen IPS bij CMD | 52 |
| 7.1. Belangrijkste bevindingen op basis van de onderzoeksvragen | 52 |
| 7.2. Algehele conclusies | 58 |
| 7.3. Aanbevelingen | 58 |
| Colofon | 62 |
| Literatuur | 64 |
| Bijlage 1. Implementatie IPS-trajecten in Nederland | 71 |
| Bijlage 2. Aanvullende tabellen en figuren | 72 |
| Bijlage 3. Uitleg berekening invloed coronacrisis | 77 |
| Bijlage 4. Integraal verslag focusgroepen | 79 |
| Bijlage 5. Integrale uitwerking casestudies | 90 |

0. Samenvatting

Betaald werk is een belangrijk thema in het herstelproces van mensen met psychische aandoeningen. Een betaalde baan heeft doorgaans een positief effect op hun zelfvertrouwen, sociaal functioneren, omgang met ziekte en kwaliteit van leven. Daarom wordt er steeds meer ingezet op methodieken die mensen met psychische aandoeningen ondersteunen in het vinden en behouden van betaald werk.

Individuele Plaatsing en Steun (IPS) is een bewezen effectieve methode om mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA) te ondersteunen in het vinden en behouden van betaald werk. Het is echter wenselijk om te onderzoeken of ook andere doelgroepen profijt kunnen hebben van IPS. Daarom hebben we in Nederland onderzocht, uitgaande van een ministeriële regeling terzake, in hoeverre IPS toepasbaar is en goede resultaten oplevert bij 200 cliënten met veelvoorkomende, kortdurende, psychische aandoeningen, in dit onderzoek 'common mental disorders' (CMD) genoemd. Trajecten werden gefinancierd voor een periode van twee jaar vanuit het UWV of gemeenten (co-financiering). Alle 200 deelnemers ontvingen twee jaar IPS en werden over deze periode voor het onderzoek gevolgd. De resultaten werden niet vergeleken met een controlegroep.

Landelijke uitkomsten IPS

In totaal zijn 168 deelnemers gestart met een IPS-CMD-traject. De resultaten toonden aan dat na twee jaar 45% van de deelnemers met CMD een betaalde baan had gevonden. Deelnemers met een baan waren gemiddeld bijna een jaar aan het werk tijdens de studieperiode en 75% van de werkende deelnemers was aan het einde van hun IPS-traject nog steeds aan het werk. Deelnemers met meer werkervaring en deelnemers met een traject dat vanuit het UWV werd gefinancierd vonden significant vaker een baan dan deelnemers met weinig werkervaring en een traject dat vanuit de gemeente werd gefinancierd. We hebben de resultaten van deelnemers uit het IPS-CMD onderzoek vergeleken met de resultaten van deelnemers uit het IPS-EPA onderzoek dat tussen 2016 en 2021 door het UWV werd uitgevoerd. Hieruit kwam naar voren dat deelnemers uit het IPS-CMD onderzoek na twee jaar even vaak aan het werk kwamen als deelnemers uit het IPS-EPA onderzoek, maar dat deelnemers uit het IPS-CMD onderzoek meer uren werkten en een hoger salaris hadden dan deelnemers uit het IPS-EPA onderzoek.

Een belangrijke kanttekening bij de resultaten is dat het IPS-CMD onderzoek heeft plaatsgevonden ten tijde van de beperkende maatregelen op de arbeidsmarkt ten gevolge van de coronacrisis: bijna vier keer zo veel cliënten waren tijdens deze periode gestopt met een baan dan je onder andere omstandigheden tijdens het stadium van het IPS-traject waar de deelnemer in zat zou verwachten.

Modeltrouw IPS-CMD

Uit het verdiepende onderzoek bleek dat IPS goed toepasbaar is bij mensen met CMD en dat het mogelijk is om IPS modelgetrouw aan te bieden bij deze doelgroep. Bij vier geselecteerde IPS-programma's werden modeltrouwmetingen uitgevoerd aan het begin en aan het einde van het onderzoek. Hieruit kwam naar voren dat de IPS-programma's van een 'redelijke' naar een 'goede' modeltrouwscore gingen gedurende het onderzoek. Ondanks deze stijgende lijn was er ruimte voor verbetering en waren de scores van de IPS-CMD-trajecten binnen de geselecteerde IPS-programma's lager dan de scores van de reguliere modeltrouwmetingen binnen deze IPS-programma's.

De grootste ontwikkelingsmogelijkheden voor de modelgetrouwe uitvoering van IPS bij de CMD doelgroep zijn de integratie met zorg, het snel zoeken naar werk en het betrekken van naasten.

Bevorderende en belemmerende factoren

Deelnemers aan het IPS-CMD onderzoek gaven allereerst aan dat ze weinig zelfvertrouwen hadden en dat dit hen belemmerde in het zoeken en behouden van werk. Daarnaast gaven sommige deelnemers aan dat ze moeite hadden om hulp te vragen en daardoor bepaalde uitdagingen en knelpunten te laat doorgaven aan de IPS-trajectbegeleider. Tot slot gaven een aantal deelnemers aan dat de onzekerheid en onduidelijkheid rondom de financiële consequenties van het hebben van werk op hun uitkering een belemmering was. Over het geheel genomen waren de deelnemers echter wel tevreden met hun IPS-traject en de goede begeleiding die zij daarin ontvingen.

Professionals benoemden als bevorderende factoren dat het IPS-CMD onderzoek een goede impuls gaf voor de verdere samenwerking tussen de ggz, gemeenten en UWV. Dit werd ondersteund door de bevinding dat de 75 beschikbare gemeentelijke IPS-CMD-trajecten bij 37 verschillende gemeenten zijn aangevraagd, en dat 33 van deze 37 gemeenten voor het eerst een IPS-traject hebben gefinancierd. Daarnaast werd aangegeven dat door de uitbreiding van

IPS naar mensen met CMD er meer aandacht kwam voor werk en IPS in zorgprogramma's waar dit eerder niet onder de aandacht was. Als belemmerende factoren noemden professionals in de ggz dat slechts een beperkt aantal trajecten beschikbaar waren, de afbakening van de doelgroep niet altijd even helder was, en dat stigma bij zowel werkgevers als bij UWV en in de gemeente een belangrijke belemmering was. Voor gemeenten was de regeling moeilijk in de werkprocessen te passen.

Conclusies en aanbevelingen

Uit de onderzoeksbevindingen kunnen we concluderen dat IPS in Nederland goed toepasbaar is bij de CMD doelgroep en dat de toepassing bij deze nieuwe doelgroep veelbelovende eerste resultaten heeft opgeleverd. We kunnen op basis van de bevindingen een aantal aanbevelingen doen. Op het gebied van **onderzoek** bevelen we aan om als vervolgstap een gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek uit te voeren naar de (kosten-)effectiviteit van IPS bij de CMD doelgroep. Daarbinnen is het goed om de aandacht te richten op de afstemming tussen ggz, gemeente en UWV en op specifieke knelpunten bij deelnemers met specifieke diagnoses. Voor **de praktijk** stellen we voor een werkgroep te formeren met stakeholders vanuit verschillende aandachtsgebieden die alle verbeterpunten in de uitvoering van IPS bij deze nieuwe doelgroep op een rij zetten, en vervolgens concrete verbetervoorstellen formuleren. Belangrijke aandachtspunten zijn doorlopende afstemming met de zorg, ook wanneer de deelnemer klaar is met een kortdurend behandeltraject, en het tegengaan van stigma bij verschillende professionals en zelfstigma bij de cliënt. Op het gebied van **beleid en regelgeving** bevelen we aan te onderzoeken hoe we het onderscheid tussen CMD en EPA beter kunnen laten aansluiten bij de ggz praktijk, hoe we publiek en structureel stigma bij UWV en gemeente kunnen tegengaan en hoe er bij toekomstige regelingen meer flexibiliteit kan worden aangebracht in de duur en intensiteit van IPS-CMD-trajecten.

1. Achtergrond IPS-CMD onderzoek

1.1. Inleiding

Werk is een belangrijk onderdeel van het herstel van mensen met psychische problemen. Niet alleen zorgt het hebben van betaald werk voor een verbeterde financiële situatie bij de cliënt, maar het verbetert ook de maatschappelijke positie van mensen met psychische aandoeningen en draagt bij aan het herstel. Zo heeft onderzoek uitgewezen dat het hebben van werk een positief effect heeft op het zelfvertrouwen, sociaal functioneren, omgang met ziekte en kwaliteit van leven voor mensen met psychische aandoeningen [1,2,4]. Daarnaast blijkt uit een Nederlandse studie dat mensen zonder werk een 3 tot 4 keer zo grote kans hebben op het hebben van een psychische aandoening [36].

Helaas komen de meeste mensen met psychische aandoeningen niet gemakkelijk aan het werk. Onderzoek laat zien dat in Nederland slechts 22% van de mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) een betaalde baan heeft [5]. Voor mensen met kortdurende en vaker voorkomende psychische aandoeningen, zoals angststoornissen en depressie, zijn geen consistente cijfers beschikbaar. Aan de ene kant heeft deze verminderde arbeidsparticipatie te maken met het feit dat er steeds hogere eisen wat betreft competenties, kwalificaties en zelfredzaamheid worden gevraagd van werknemers. Mensen met psychische aandoeningen kunnen daar niet altijd in mee en hebben een grotere kans om buiten de boot te vallen. Aan de andere kant is de arbeidsmarkt in veel gevallen waarschijnlijk nog niet inclusief genoeg, en sluiten mensen met psychische aandoeningen in sommige gevallen uit, vanwege onbekendheid en vooroordelen vanuit de werkgever [53]. Bestaande vooroordelen zijn bijvoorbeeld dat mensen met psychische aandoeningen minder productief zijn, een grotere kans hebben op terugval, een gevaar vormen voor de veiligheid van klanten, collega's of zichzelf, minder betrouwbaar zijn en zich onvoorspelbaar kunnen gedragen [44].

Mensen met (ernstige) psychische aandoeningen doen vaak vrijwilligerswerk of een vorm van dagbesteding [6]. Dat geeft indirect aan dat zij een wens hebben om actief deel te nemen aan de samenleving. Bovendien willen de meeste mensen met een psychische aandoening een betaalde baan. Zo heeft naar schatting ongeveer 70% van de mensen met EPA onder de 45 jaar de wens om regulier betaald werk te hebben [8]. Uit onderzoek blijkt

dat mensen met een psychische aandoening die betaald krijgen voor werk langduriger aan het werk blijven dan mensen die onbetaald werk doen [3].

Individuele Plaatsing en Steun (IPS) is een bewezen effectieve methode om mensen met psychische aandoeningen op een goede manier te begeleiden naar het vinden en behouden van betaald werk. IPS is ontwikkeld in de Verenigde Staten maar wordt tegenwoordig door vele andere landen wereldwijd geïmplementeerd en op brede schaal op effectiviteit onderzocht. Aan het IPS model liggen acht principes ten grondslag: 1) regulier betaald werk of een reguliere opleiding is het doel; 2) niemand wordt uitgesloten; 3) Integratie tussen de IPS-trajectbegeleider en de zorg of behandeling van de cliënt; 4) voorkeur van de werkzoekende staat voorop; 5) ondersteuning rondom de gevolgen van betaald werk op het inkomen, uitkering of toeslagen van de deelnemer; 6) Snel vinden van betaald werk, en dan direct starten met werk (first place, then train); 7) IPS-trajectbegeleiders onderhouden systematisch een netwerk van werkgevers en opleidingsinstellingen; 8) Individuele begeleiding blijft beschikbaar zo lang als nodig en gewenst. IPS onderscheidt zich voornamelijk op de integratie met zorg en het 'first place, then train' principe van andere vormen van arbeidsre-integratie methodieken. Over de hele wereld is IPS bewezen effectief gebleken [11,12] en ook in Nederland is IPS bewezen effectief voor mensen met ernstige psychische aandoeningen [18]. IPS is in eerste instantie ontwikkeld voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA). Dat zijn mensen die: 1) een psychische aandoening hebben, die zorg en behandeling noodzakelijk maakt; 2) die met ernstige beperkingen in sociaal en/of maatschappelijk functioneren gepaard gaat, als gevolg van de psychische aandoening; 3) waarvan de klachten structureel en langdurig voor ten minste twee jaar niet van voorbijgaande aard zijn, en 4) waarbij gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken geïndiceerd is [45]. Internationaal bekeken wordt IPS laatste jaren ook steeds vaker toegepast bij andere doelgroepen, met meestal gunstige resultaten [13]. Ook in Nederland werd IPS aanvankelijk uitsluitend uitgevoerd bij mensen met EPA. In 2021 waren er 31 ggz-instellingen in Nederland die IPS aanboden aan in totaal 6.216 cliënten volgens de laatste tellingen van Phrenos. Meer informatie over de implementatie van IPS in Nederland is terug te vinden in [Bijlage 1](#).

Mede dankzij de succesvolle implementatie van IPS bij cliënten met EPA, kwam de vraag op of IPS ook voor een bredere doelgroep beschikbaar kan worden gesteld. Daarvoor is het noodzakelijk te onderzoeken of IPS ook toepasbaar is en tot goede resultaten leidt bij

andere doelgroepen dan mensen met EPA. Dergelijk onderzoek is nodig om de kwaliteit van de interventie te waarborgen. Daarom bespreken we in dit eindrapport de toepasbaarheid en eerste resultaten voor IPS bij een nieuwe doelgroep: mensen met vaker voorkomende en veelal kortdurende psychische aandoeningen, ook wel *common mental disorders* genoemd. In onderstaande paragrafen lichten we dit onderzoek nader toe.

1.2. De ministeriële regeling IPS-CMD

Om aan de vraag voor uitbreiding van IPS bij nieuwe doelgroepen te voldoen, heeft het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid een subsidieregeling opgesteld die ruimte bood aan 200 mensen met ‘common mental disorders’ (CMD)¹ om een IPS-traject te volgen.

De definitie van common mental disorders die opgesteld is in het kader van de ministeriële regeling luidt als volgt:

“Tot de common mental disorders behoort een gediagnosticeerde hoogprevalente psychische stoornis die in beginsel gedurende beperkte tijd (maximaal 2 jaar direct voorafgaand aan de subsidieaanvraag), evidence-based wordt behandeld in diagnose specifieke ambulante of poliklinische zorgprogramma’s.”

Subsidieaanvragen konden door de ggz-instellingen die IPS aanboden (vanaf nu *IPS-programma’s* genoemd) worden aangevraagd. Een IPS-programma kon tussen 1 mei en 29 november 2019 een aanvraag doen. Er kon in totaal subsidie aangevraagd worden voor maximaal 125 deelnemers met een uitkering vanuit het UWV en voor 75 deelnemers met een uitkering vanuit de gemeente² (max. 5 personen per gemeente). De duur van een IPS-traject was twee jaar met de mogelijkheid van verlenging met één jaar.

De ministeriële regeling IPS-CMD is gericht op mensen die uitkering hebben

- op grond van de Participatiewet
- dan wel in het kader van die wet als niet-uitkeringsgerechtigde werkzoekende geregistreerd staan
- óf een arbeidsongeschiktheidsuitkering van UWV ontvangen.

¹ Vanaf nu typeren we deze doelgroep van mensen met common mental disorders als ‘deelnemers’.

² Vanaf nu wordt dit getypeerd als ‘UWV trajecten’ of ‘gemeentelijke trajecten’.

Daarbij moesten deelnemers aan de volgende criteria voldoen om voor de ministeriële regeling in aanmerking te komen:

- Een common mental disorder hebben;
- In behandeling zijn bij een ggz-instelling in de specialistische ggz (S-GGZ), waarbij de regiebehandelaar de contactpersoon is om de integratie met zorg te realiseren;
- Een wens kenbaar maken om naar betaald werk te worden begeleid;
- Op het moment dat deze wens geuit wordt geen dienstverband hebben of al wel een dienstverband met een geringe omvang hebben maar de wens hebben om te werken in een andere sector/functie dan waarvoor het dienstverband is gesloten.

Uitgangspunt is dat de subsidie aanvraag voor het uitvoeren van de IPS-trajecten door de regie-behandelaar van de deelnemer wordt gedaan om de integratie met zorg te waarborgen.

Voor meer informatie over de regeling zie: <https://www.werkenmetips.nl/financien-en-ips/ministeriele-regeling-ips-cmd/>

1.3. De onderzoeksvragen

Aan deze regeling, verder ook wel de CMD-regeling genoemd, werd een onderzoek gekoppeld dat is uitgevoerd door Kenniscentrum Phrenos. De hoofdvraag van het onderzoek luidt: *Is het haalbaar om IPS-trajecten in te zetten voor mensen met CMD en wat zijn de eerste resultaten bij deze doelgroep?* Om deze hoofdvraag te beantwoorden hebben we de volgende **deelvragen** geformuleerd:

- 1) Welke landelijke uitkomsten worden behaald met IPS bij 200 deelnemers met CMD:
 - 1a) Verschillen die uitkomsten voor groepen met specifieke kenmerken?
 - 1b) Hoe verhouden die zich tot de uitkomsten van IPS voor de EPA-groep?
- 2) In hoeverre wordt IPS modelgetrouw toegepast?
- 3) Welke factoren belemmeren of bevorderen de implementatie van IPS?

Op basis van de beantwoorde deelvragen binnen dit onderzoek konden de onderzoekers (vanaf nu in dit rapport geduid als 'we') aanbevelingen formuleren voor de verdere ontwikkeling en implementatie van IPS bij deelnemers met CMD. In dit onderzoek krijgen alle 200 deelnemers IPS aangeboden, en wordt er dus **geen** vergelijking gemaakt met een

controlegroep. Hierdoor kunnen we in dit onderzoek niet aantonen of IPS daadwerkelijk effectief is in het vinden van betaald werk bij deze doelgroep ten opzichte van mensen met CMD die andersoortige re-integratie trajecten volgen. Wel kunnen we inzicht geven in hoeverre IPS vergelijkbare resultaten oplevert bij deelnemers met CMD ten opzichte van de resultaten van IPS bij mensen met andersoortige psychische problemen in andere zorgprogramma's.

1.4. Methodes

Om bovenstaande onderzoeksvragen te beantwoorden hebben we een *mixed methods* longitudinaal cohortonderzoek uitgevoerd bij de deelnemers van het onderzoek. Alle deelnemers hebben over een periode van twee jaar IPS ontvangen. Bij deze deelnemers hebben we zowel kwantitatieve als kwalitatieve informatie verzameld via verschillende bronnen: gegevens uit een landelijke monitor van alle IPS-CMD-trajecten (I), informatie uit een verdiepend onderzoek bij een selectie van IPS-programma's (II) en een literatuuronderzoek met eerder gepubliceerde informatie over IPS bij de CMD doelgroep (III). Resultaten uit de landelijke monitor en het verdiepende onderzoek zijn niet vergeleken met een controlegroep. Hieronder is per onderdeel beschreven welke gegevens op welke manier zijn verzameld, en wat dit bijdroeg aan het beantwoorden van de onderzoeksvragen.

I. Landelijke monitor. In de landelijke monitor van het IPS-CMD onderzoek werden kwantitatieve gegevens verzameld van de deelnemers met als doel een helder beeld van de doelgroep te krijgen, ter ondersteuning van de beantwoording van onderzoeksvraag 1.

Via de landelijke monitor werden geanonimiseerde gegevens verzameld vanuit de IPS-programma's. Deze gegevens betreffen de volgende persoonlijke kenmerken van de deelnemers: sekse, burgerlijke staat, hoogst afgeronde opleiding, geboortedatum, hoofdgroep diagnose en aantal jaren werkervaring. Ook werd via het IPS-programma uitgevraagd hoeveel tijd de IPS-trajectbegeleiders besteedden aan verschillende onderdelen in de begeleiding van de deelnemers. Daarnaast werd via de polis administratie van het UWV informatie over het type uitkering en maandelijkse gegevens met betrekking tot betaald werk van de deelnemers verzameld.

Parallel aan de landelijke monitor van het IPS-CMD onderzoek, werd door het UWV ook een monitor bijgehouden in het kader van het IPS-EPA onderzoek. Vanuit dit IPS-EPA

onderzoek werden kenmerken van de doelgroep en werkuitkomsten op geaggregeerd niveau en aan de onderzoekers aangeleverd op een dusdanige manier dat deze gegevens aansluiten op de verzamelde gegevens uit het IPS-CMD onderzoek. Op deze manier konden de kenmerken van de deelnemers en de werkuitkomsten worden vergeleken tussen beide onderzoekspopulaties.

De kwantitatieve gegevens werden op verschillende manieren geanalyseerd. Zo werden de kenmerken van de deelnemers aan het IPS-CMD onderzoek vergeleken met de kenmerken van deelnemers van het door het UWV uitgevoerde IPS-EPA onderzoek, en werd door middel van chi-squared analyses en variantie analyses (ANOVA's) gekeken naar verschillen in persoonskenmerken tussen gemeentelijke en UWV trajecten binnen het IPS-CMD onderzoek. Daarnaast werd het beloop van de werkuitkomsten voor de deelnemers van het IPS-CMD onderzoek over tijd beschrijvend in beeld gebracht en vergeleken met het beloop van de werkuitkomsten bij deelnemers van het IPS-EPA onderzoek. Vanwege de relatief kleine aantallen in het IPS-CMD onderzoek hebben we ervan afgezien om de mogelijke verschillen statistisch te toetsen. Wel werd binnen het IPS-CMD onderzoek via een logistische regressie analyse statistisch getoetst in hoeverre specifieke kenmerken van deelnemers invloed hebben gehad op de werkuitkomsten.

II. Verdiepend onderzoek. In het verdiepende onderzoek is informatie verzameld over de uitvoerbaarheid en toepasbaarheid van IPS bij de deelnemers. Dit werd uitgevoerd op basis van kwalitatieve gegevens, en geeft voornamelijk antwoord op onderzoeksvragen 2 en 3. Het verdiepende onderzoek bestaat uit drie onderdelen: a) focusgroepen; b) modeltrouwmetingen; c) case studies.

Ila. Focusgroepen. Om een beeld te krijgen van hoe IPS bij de CMD doelgroep is georganiseerd en toegepast hebben we focusgroepen gehouden met verschillende betrokkenen bij een IPS-traject: IPS-trajectbegeleiders, managers in de ggz, beleidsmedewerkers van het UWV en de gemeenten en werkgevers. Alle deelnemers werden geworven via 'convenience sampling'. Dit wil zeggen dat er breed werd geworven bij de IPS-programma's met deelnemers aan het IPS-CMD onderzoek, en dat iedereen die geïnteresseerd was en voldeed aan één van bovengenoemde functies kon deelnemen. Voor iedere focusgroep hebben de onderzoekers een selectie aan vragen samengesteld, die ter controle aan de projectgroep (zie colofon voor de projectgroep leden) is voorgelegd.

Vervolgens zijn de verschillende betrokkenen via de deelnemende IPS-programma's geworven en zijn de focusgroepen door twee onderzoekers uitgevoerd. Daarna hebben beide onderzoekers via een inductieve deductiemethode relevante thema's uit de focusgroepen gehaald, die in de betreffende hoofdstukken van dit rapport zijn verwerkt.

Iib. Modeltrouwmetingen. Voor dit onderdeel hebben we vier IPS-programma's geselecteerd op basis van de grootte van het aantal IPS-CMD-trajecten en de landelijke spreiding. Bij deze vier IPS-programma's hebben we twee modeltrouwmetingen uitgevoerd: één modeltrouwmeting aan het begin (november 2019) en één aan het einde (januari 2022) van het IPS-CMD onderzoek. Alle modeltrouwmetingen werden door twee onafhankelijke auditoren van Kenniscentrum Phrenos uitgevoerd, die verder niet bij het onderzoek waren betrokken. Daarnaast woonde één van de onderzoekers de modeltrouwmetingen bij.

De modelgetrouwheid van IPS is gemeten met de IPS-25 modeltrouwschaal [37]. Deze schaal bestaat uit 26 items die inhoudelijk ingedeeld kunnen worden in drie rubrieken: 1) Bezetting, 2) Organisatie en 3) Begeleiding. Bij 1 (Bezetting) wordt met 3 items in kaart gebracht in hoeverre IPS goed en met deskundige trajectbegeleiders bemenst is, met een passende caseload van deelnemers. Bij 2 (Organisatie) wordt via 8 items in kaart gebracht in hoeverre IPS goed georganiseerd en ingebed is in de organisatie waarin het wordt uitgevoerd en in hoeverre er sprake is van een goed functionerend IPS team dat zowel intern, als met externe deskundigen goed samenwerkt. De derde rubriek (Begeleiding) gaat aan de hand van 15 items na in hoeverre de begeleiding conform het IPS-model geboden wordt, zoals snel zoeken naar regulier betaald werk, een gevarieerd netwerk van werkgevers aanspreken, het betrekken van het netwerk van de deelnemer en continue, op de persoonlijke behoefte afgestemde ondersteuning bieden.

Zoals gebruikelijk bij IPS modeltrouwmetingen werden deze uitgevoerd door middel van een werkbezoek van een dag aan een IPS-programma waarbij verschillende betrokkenen (ggz professionals, IPS-trajectbegeleiders en coördinatoren, arbeidsdeskundigen en klantmanagers van UWV en gemeente, cliënten en familieleden) werden geïnterviewd, en er multidisciplinaire team overleggen werden bijgewoond. De modeltrouwmetingen gingen enkel over de deelnemers van het IPS-CMD onderzoek. Doordat niet alle deelnemers doorlopend in zorg zijn geweest gedurende het IPS-traject, en in sommige gevallen deelnemers niet onderdeel zijn van multidisciplinaire teams, konden in sommige gevallen niet alle betrokkenen gesproken worden of alle team overleggen worden bijgewoond. Verder was

het fysiek bijwonen van een modeltrouwmetering tijdens het IPS-CMD onderzoek niet altijd mogelijk vanwege de beperkende maatregelen van de coronacrisis en moesten we in sommige gevallen het online uitvoeren. Om die reden is de modeltrouwmetering zelf pragmatisch ingestoken en minder strak georganiseerd dan een reguliere modeltrouwmetering.

Op basis van de verzamelde informatie konden de twee auditoren onafhankelijk van elkaar een modeltrouwscore geven op basis van de IPS-25 modeltrouwschaal [37]. In deze schaal wordt de modeltrouw gescoord op basis van 26 items, met een scoremogelijkheid van 1 tot 5 per item. Hiermee kreeg ieder IPS-programma iedere meting een score per item en een totaalscore, die varieert tussen 25 en 130. IPS-programma's met een score onder de 75 kregen de beoordeling 'Geen IPS', een score tussen 75 en 100 staat voor 'redelijke modeltrouw', een score tussen de 100 en 115 staat gelijk aan 'goede modeltrouw' en een score tussen de 115 en 130 staat voor 'uitstekende modeltrouw'. Beide reviewers scoren eerst onafhankelijk van elkaar en leggen vervolgens de scores en argumentatie van de scores aan elkaar voor. Als scores van beide reviewers van elkaar verschillen, gaan zij daarover met elkaar in overleg om uiteindelijk consensus over een gemeenschappelijke score te bereiken.

Verder analyseerden de onderzoekers de kwalitatieve bevindingen van de modeltrouwmeteringen inductief voor verwerking in dit rapport. De modeltrouwmeteringen bij de vier IPS-programma's waren enkel gericht op de IPS-CMD-trajecten, en waren dus aanvullend op (en niet vervangend voor) de reguliere modeltrouwmeteringen die de IPS-programma's iedere twee jaar moeten laten uitvoeren.

Ilc. Case studies. Tot slot werden in de vorm van case studies tien deelnemers over een periode van twee jaar tien keer geïnterviewd. De eerste drie interviews vonden één keer per maand plaats, de overige zeven interviews werden iedere drie maanden uitgevoerd. Hiermee vonden de interviews in verschillende fasen van het IPS-traject plaats, konden verschillende thema's besproken worden en kon worden ingegaan op individuele uitdagingen waar de deelnemers tijdens het IPS-traject voor kwamen te staan. Deelnemers werden geworven in de deelnemende IPS-programma's via 'convenience sampling': iedereen die geïnteresseerd was en een IPS-CMD-traject volgt kon deelnemen. Deelnemers ontvangen in totaal 200 euro uitgereikt voor hun deelname aan de tien interviews.

In de case studies kwamen verschillende onderwerpen aan de orde, waaronder:

- Hoe ging het aan de beginfase van het IPS-traject?
- Hoe is het proces naar en het proces tijdens werk gegaan?

- Hoe was de relatie en afstemming met de trajectbegeleider?
- In hoeverre werden naasten betrokken?
- Wat was de rol van de gemeente en het UWV bij het IPS-traject?
- Wat waren de effecten van de coronacrisis op het IPS-traject?
- In hoeverre was er sprake van integratie met de ggz professionals?

Bij elkaar genomen leverde de inhoud van de interviews een overkoepelend beeld van de case studies op, op geleide van de volgende onderwerpen: 1. Integratie met zorg; 2. Verschillen tussen CMD en EPA in uitvoering; 3. Knelpunten tijdens de COVID-19 periode; 4. Bevorderende en belemmerende factoren in de uitvoering gedurende verschillende fasen van het IPS-traject; 5. Ervaringen IPS ten opzichte van andere vormen van re-integratie; 6. Ervaringen met gemeente en UWV begeleiding.

III. Literatuuronderzoek. In het literatuuronderzoek hebben we alle wetenschappelijke evidentie over de effectiviteit van IPS voor cliënten met verschillende psychische aandoeningen, waaronder common mental disorders, verzameld. Hiermee kunnen we een verhelderen in hoeverre IPS effectief is bij verschillende doelgroepen met psychische aandoeningen, en wat de wetenschappelijke evidentie over de effectiviteit van IPS bij mensen met een common mental disorder is in de internationale literatuur. Daarmee kunnen we de resultaten van dit onderzoek in perspectief plaatsen met de literatuur. Het literatuuronderzoek zal voornamelijk antwoord geven op onderzoeksvraag 1 en 3.

Samenvattend wordt in **Figuur 1** wordt aangegeven hoe de hiervoor besproken onderdelen van het IPS-CMD onderzoek worden gebruikt in de verschillende onderzoeksvragen te beantwoorden.

| 1. Welke landelijke uitkomsten worden behaald met IPS? | 2. In hoeverre wordt IPS modelgetrouw toegepast? | 3. Welke factoren belemmeren of bevorderen de implementatie van IPS? | 4. Welke aanbevelingen kunnen we geven voor de verdere ontwikkeling en implementatie van IPS bij CMD? |
|--|--|--|--|
| <p>LM Analyses van werk-uitkomsten; inzichten kenmerken deelnemers</p> <p>VO Kwalitatieve bevinding-en niet werkgerelateerde uitkomsten uit focus-groepen en case studies</p> <p>LO Overzicht internationale evidentie en aanvullende verdieping resultaten</p> | <p>VO Modeltrouwcores en overige kwalitatieve bevindingen uit case studies en focusgroepen</p> <p>LO Ervaringen uit internationale literatuur rondom modeltrouw bij CMD cliënten</p> | <p>LM Analyses invloed cliëntkenmerken op werkuitskomsten</p> <p>VO Kwalitatieve evaluatie bevorderende en belemmerende factoren uit modeltrouw, focus-groepen en case studies</p> <p>LO Aanvullende duiding knelpunten uit internationale literatuur</p> | <p>LM Overkoepelend overzicht werkuitskomsten</p> <p>VO Algehele evaluatie uitvoering van de IPS-CMD-trajecten uit modeltrouwmetingen, focusgroepen en case studies</p> <p>LO Overzicht internationale evidentie en aanvullende verdieping resultaten</p> |

Figuur 1. Overzicht onderdelen IPS en fase IPS-CMD onderzoek

* **LM** staat voor landelijke monitor; **LO** staat voor literatuuronderzoek; **VO** staat voor Verdiepend Onderzoek

2. Wetenschappelijke evidentie IPS bij CMD op basis van literatuuronderzoek

De afgelopen jaren is er internationaal veel onderzoek gedaan naar IPS. Hierbij is de effectiviteit van IPS bij meerdere doelgroepen, waaronder mensen met CMD, onderzocht. Daarom hebben we in het kader van dit onderzoek een literatuurstudie uitgevoerd en de resultaten van deze studies verder onderzocht met behulp van een recent gepubliceerde meta-analyse [38]. Hieronder lichten we de resultaten van IPS bij mensen met CMD toe. Allereerst geven we inzicht in hoe CMD wordt gedefinieerd in de internationale literatuur.

2.1. Definitie en prevalentie Common Mental Disorders (CMD)

In de CMD-regeling is een common mental disorder gedefinieerd als 'een gediagnosticeerde hoogprevalente psychische stoornis die in beginsel gedurende beperkte tijd (maximaal 2 jaar direct voorafgaand aan de subsidieaanvraag), evidence-based wordt behandeld in diagnose specifieke ambulante of poliklinische zorgprogramma's.

Er is echter geen eensluidende definitie van CMD gegeven in de internationale literatuur. In de meeste gevallen wordt CMD gedefinieerd als een cluster van verschillende hoogprevalente diagnoses zonder rekening te houden met zorgduur of zorgprogramma's. Sommige studies richten zich exclusief op stemmingsstoornissen en angststoornissen [22] terwijl andere studies ook stoornissen in het middelengebruik includeren [23]. Ook in Nederland wordt CMD op verschillende manieren gedefinieerd. In de ene studie is CMD gedefinieerd als angststoornissen, stemmingsstoornissen en aanpassingsstoornissen [24] terwijl in een andere studie enkel angst- en stemmingsstoornissen zijn meegenomen [25]. Ondanks deze verschillen in de definiëring van CMD, is een duidelijke trend terug te zien in zowel de Nederlandse als de internationale literatuur die consistent gebruikt worden: CMD's zijn hoogprevalente stoornissen met een specifieke focus op angst- en stemmingsstoornissen.

In twee studies is de levensprevalentie (hoeveel mensen krijgen op enig moment in hun leven last van CMD) en jaarprevalentie (hoeveel mensen hebben er in het afgelopen jaar CMD) van CMD onderzocht. Wereldwijd is de levensprevalentie van CMD 29,2% en de jaarprevalentie 17,6%. Wanneer we ons beperken tot welvarende landen in Europa (waar Nederland onder valt) komen we uit op een levensprevalentie van 35,2% en een jaarprevalentie van 17,1% [23]. Een grote Nederlandse bevolkingsstudie (NEMESIS) gaf een

vergelijkbare jaarprevalentie van CMD van 17,0% [25]. Een grote groep mensen krijgt dus op enig moment in hun leven last van CMD.

Mensen met CMD hebben vaak moeite met het behouden van werk. Onderzoek wijst uit dat ongeveer de helft van de CMD cliënten geregeld uitvallen op het werk of werkloos zijn. Dit is een hoog aantal vergeleken met minder dan 20% van de mensen zonder psychische aandoeningen die uitvallen op het werk [22]. Ander onderzoek toonde aan dat bijna de helft van de CMD cliënten minder dan 6 maanden hebben gewerkt in het afgelopen jaar [26]. Verder blijkt dat mensen met angst- en depressieklachten een meer dan twee keer zo grote kans hebben om langdurig afhankelijk te zijn van een uitkering dan mensen zonder psychische aandoeningen [27,29]. Onderzoek naar mensen met CMD die zijn uitgevallen uit werk wijst uit dat mensen met CMD moeite hebben met het uiten van hun klachten en zich vaak schamen voor het feit dat ze zijn uitgevallen uit werk [28]. Hun ervaringen in de ondersteuning naar werk zijn vaak positief en ze geven aan dat individuele ondersteuning hen het beste helpt in het vinden en behouden van werk [28].

Common Mental Disorders komen dus vaak voor en gaan gepaard met beperkingen in het functioneren op, en uitval uit het werk. Dit terwijl de ondersteuningsbehoefte bij mensen met CMD wel aanwezig is. Een en ander onderbouwt en legitimeert de centrale vraag in dit onderzoek, namelijk of IPS een geschikte aanpak is om ook mensen uit deze doelgroep te begeleiden bij het vinden en behouden van betaald werk.

2.2. Effectiviteit IPS bij CMD

Zoals hierboven benoemd hebben we een meta-analyse uitgevoerd en recent gepubliceerd naar de effectiviteit van IPS bij verschillende doelgroepen met een gediagnosticeerde psychische aandoening [38]. We hebben hierbij alle gerandomiseerde en gecontroleerde onderzoeken (RCT's) bekeken waar de effectiviteit van IPS is onderzocht bij mensen met een psychische aandoening. In totaal zijn hierover 32 unieke RCT's gepubliceerd.

In vijf van deze RCT's werd exclusief de effectiviteit van IPS bij de CMD-groep onderzocht [39-43]. Een studie werd daarbij als 'CMD studie' geselecteerd wanneer deze aan één van de volgende drie criteria voldeed: 1) Minstens 75% van de studiepopulatie had een angst- of stemmingsstoornis; 2) Niemand van de studiepopulatie had een schizofrenie spectrum stoornis of bipolaire stoornis en de gemiddelde ziekteduur van de studiepopulatie

was minder dan 2 jaar; 3) common mental disorder was een strikt inclusie criterium in de studie.

Deze vijf RCT's naar de effectiviteit van IPS voor mensen uit de CMD-groep samen toonden aan dat na een periode van meer dan een jaar significant meer mensen aan het werk kwamen in de IPS groep (54,6%) ten opzichte van de controlegroep (38,3%) die andere vormen van op arbeid gerichte ondersteuning hebben gehad. Ook bleek uit deze studies dat deelnemers die IPS kregen significant langer aan het werk bleven en een hoger salaris verdienden dan de controlegroep tijdens de studieperiode. Uit de literatuur blijkt dus dat IPS significant effectief is voor mensen met CMD in vergelijking met andere aanpakken, maar uit de meta-analyse bleek ook dat deze effecten minder sterk waren dan bij studies die hebben gekeken naar de effectiviteit van IPS bij mensen met EPA. Dit heeft waarschijnlijk twee verklaringen. De allereerste verklaring is dat bij de studies die hebben gekeken naar mensen met EPA beduidend minder mensen in de controlegroep (23,9%) aan het werk kwamen dan bij de mensen in de controlegroepen bij de CMD studies (38,3%). Ook was de modelgetrouwe uitvoering, en in het bijzonder de integratie met zorg, bij studies met de CMD doelgroep iets minder goed op orde dan bij studies die hebben gekeken naar de EPA doelgroep. Ondanks deze kanttekeningen bleek uit de vijf gepubliceerde effect studies dat IPS wel degelijk een substantiële bijdrage levert in de begeleiding naar en bij werk bij mensen met CMD.

Er zijn ook twee kwalitatieve studies gepubliceerd over de ervaringen van IPS bij mensen met CMD. In een eerste kwalitatieve evaluatie van mensen met een IPS-CMD-traject kwam naar voren welke aspecten van IPS specifiek bevielen [34]: 1. De individuele benadering en slechts één trajectbegeleider als aanspreekpunt; 2. De afstemming op de individuele situatie en behoeften van de cliënt; 3. Het geven van perspectief op een betere toekomst; 4. Het verbeteren van het zelfvertrouwen door nieuwe ervaringen op te doen en nieuwe dingen te leren. In een andere kwalitatieve evaluatie [35] kwamen drie vergelijkbare thema's naar voren: 1. Verbetering van hoop en gevoel van kracht; 2. De positieve houding en het optimisme van de professional; 3. De integratie van zorg en IPS. Uit de kwalitatieve evaluaties bleek dus dat mensen met CMD over het algemeen tevreden waren over IPS en dat zij specifiek het verkrijgen van perspectief op een betere toekomst en de grondige en individuele begeleiding van de IPS-trajectbegeleider als behulpzaam ervaren.

Samenvattend blijkt uit de literatuur dat er eerste indicaties zijn voor de effectiviteit van IPS bij mensen met CMD. Ook blijkt dat mensen met CMD tevreden waren over de

ondersteuning die IPS hen biedt. Een belangrijke kanttekening hierbij blijft dat de internationale definities van CMD uiteen lopen en niet altijd vergelijkbaar zijn met de definitie die in dit onderzoek is gehanteerd.

3. Beschrijving, aanmelding en selectie van de deelnemers

In dit hoofdstuk bespreken we het proces van aanvragen, aanmelden en selecteren van IPS-CMD-trajecten. Ook beschrijven we de doelgroep die aan dit onderzoek heeft deelgenomen. De inhoud en de doelgroep van de ministeriële regeling IPS-CMD staat al in paragraaf 1.2 beschreven.

3.1. Ervaringen in het werkveld

3.1.1. Proces van aanvragen en opstarten van de IPS-CMD-trajecten

Het proces van aanvragen en opstarten van de IPS-CMD-trajecten bracht een aantal uitdagingen met zich mee voor de IPS-programma's. Zo moesten IPS-programma's en het management van de betreffende ggz-instellingen, nieuwe verbindingen leggen binnen hun eigen organisaties om geschikte deelnemers te bereiken. Specialistische teams binnen zorgpaden of poliklinieken die waren gericht op specifieke diagnoses werden betrokken bij de aanmeldingen van IPS-CMD-trajecten. Deze specialistische teams waren organisatorisch niet altijd ingericht op het IPS model. Zo werd in deze teams minder vaak multidisciplinair gewerkt: de werkwijze bestond hoofdzakelijk uit één op één contacten tussen cliënt en één hoofdbehandelaar. Hierdoor was vooral de integratie met zorg lastiger te organiseren. Wel zagen managers in de ggz het ook 'als een goede kans om IPS en het belang van werk breder onder de aandacht te brengen binnen de organisatie' en hebben zij veel aan promotie en voorlichting gedaan. De IPS-CMD regeling is daardoor binnen de ggz organisaties een belangrijke impuls geweest om het belang van werk en IPS extra te onderstrepen. Dit heeft erin geresulteerd dat uiteindelijk 15 verschillende IPS-programma's in het land gebruik hebben gemaakt van de IPS-CMD regeling en minimaal één IPS-CMD-traject zijn gestart.

Ook bood de IPS-CMD regeling een goede kans voor de ggz om de contacten met de gemeenten te verbeteren. Veel trajecten zijn via de gemeente aangevraagd: *'Er was al veel contact met gemeenten en ze hebben allemaal mee gedaan. Het was wel jammer dat de aanvraagperiode zo kort was'*. Managers in de ggz gaven aan dat het bij de opstart lastig was om de co-financiering administratief rond te krijgen, met name bij kleine gemeenten. Daardoor moesten cliënten vaak lang wachten en dreigden ze soms af te haken. De gemeenten moesten dit nog in hun werkprocessen verwerken en zich er beter op inrichten; *'er is nog geen IPS-loket'*. Daarnaast gaven de IPS-programma's aan dat klantmanagers

aanvankelijk minder kennis hadden van IPS en de doelgroep: *‘De klantmanagers hadden een andere portefeuille en hadden minder kennis over IPS en de context van de cliënt, dat ging later beter’*. Mede om bovengenoemde redenen waren er enige opstartproblemen bij de aanvragen van gemeentelijke trajecten. Toen die knelpunten opgelost waren verliepen de aanvraag en de opstart van de gemeentelijke IPS-CMD-trajecten vlotter. Ook werd vanuit de IPS-programma’s aangegeven dat de IPS-CMD regeling *‘een belangrijke impuls is geweest om de samenwerking met de gemeente beter op orde te maken’*. De IPS-CMD regeling bood ruimte aan 75 gemeentelijke IPS-trajecten. Dit bleek voor een aantal IPS-programma’s te weinig: meerdere organisaties gaven aan dat zij een aantal IPS-CMD-trajecten binnen de aanvraagperiode niet meer konden aanmelden omdat de aanvraaglimiet al bereikt was. Uiteindelijk zijn dan ook alle via de regeling beschikbaar gestelde IPS-CMD-trajecten die via de gemeente konden worden aangevraagd ook daadwerkelijk opgestart. Bij een beknopte veldraadpleging bij de IPS-programma’s bleek dat deze 75 IPS-CMD-trajecten bij 37 verschillende gemeenten zijn aangevraagd. Van deze 37 gemeenten hadden 33 gemeenten voor het eerst een IPS-traject aangevraagd. Dit laat zien dat de IPS-CMD regeling een belangrijke impuls gaf aan de samenwerking met gemeenten.

Voor het UWV was de co-financiering in samenwerking met gemeenten organisatorisch een hele uitdaging. Bij de IPS-CMD regeling moesten de gemeenten de helft van de trajecten betalen, maar dit werd in eerste instantie door het UWV aan de ggz-instellingen voorgesloten. Het proces van declareren bij de gemeente liep moeizaam (van de 75 via gemeenten aangevraagde IPS-trajecten zijn er 43 in eerste instantie niet terugbetaald), en kostte veel tijd.

De deelnemers aan het onderzoek gaven aan dat zij via verschillende kanalen op het spoor kwamen van een IPS-traject. Eén cliënt werd op IPS geattendeerd door diens arbeidsdeskundige van het UWV: *‘Mijn arbeidsdeskundige wees me op de mogelijkheid om een traject aan te vragen via de ggz-instelling waar ik bij was betrokken’*. De meeste cliënten gaven echter aan via hun ggz-instelling in aanraking te zijn gekomen met IPS. Sommigen werden er aan het einde van hun therapie op gewezen: *‘Ik kreeg een flyer over IPS en heb toen zelf contact met ze gezocht’*, anderen werden tijdens hun behandeltraject op IPS gewezen: *‘Ik ben doorverwezen door mijn behandelaar, die heeft ook het eerste contact gelegd met de IPS-trajectbegeleider’*. Verder is een aantal cliënten via hun casemanager in

aanraking gekomen met IPS: *‘toen mijn case manager mij op IPS attendeerde heb ik die kans met beide handen aangepakt’.*

Meerdere deelnemers hadden al langer de wens om een IPS-traject te starten, maar voldeden telkens niet aan de criteria om de financiering voor een IPS-CMD-traject rond te krijgen. Voor hen was dit soms frustrerend. Een deelnemer aan de case studies verwoordde dit als volgt: *‘Het heeft heel lang moeten duren voordat ik IPS kreeg. Heb zes jaar gezocht naar IPS, maar ze vonden me te goed voor IPS. Daarom kwam ik er niet voor in aanmerking en wilde UWV het niet betalen’.*

3.1.2. Afbakening doelgroep

Over de afbakening van de CMD doelgroep (zie [paragraaf 1.2](#) voor de criteria) gaven zowel de ggz medewerkers als medewerkers in de gemeente aan dat ze de criteria voor afbakening van de CMD doelgroep niet altijd duidelijk vonden. Men vond mensen met EPA juist wel een duidelijker herkenbare groep. Meerdere professionals vroegen zich af of de gehanteerde afbakening überhaupt wel relevant is. Er werd geopperd om de afbakening te maken op basis van het type behandeltraject, de intensiteit van de zorg en de klachten of de werkwens van de cliënten. Zo koos een aantal instellingen uit pragmatische overwegingen ervoor om alle cliënten die niet bij een FACT team in zorg waren onder de CMD regeling in te schrijven: *‘CMD is niet diagnose specifiek, maar zit wat ons betreft meer in een bepaald zorgsysteem’.* Ook gaf men aan dat er weinig controle is geweest of de IPS-CMD-trajecten daadwerkelijk aan de gestelde criteria voor CMD voldeden.

Vanuit de gemeenten werd aangegeven dat men de regie over de aanvragen bij de ggz heeft gehouden. Wel had men binnen de gemeente de ervaring dat er af en toe wat ‘gesmokkeld’ werd met de aanvraagcriteria, waardoor mensen met psychische problemen en een bijstandsuitkering, waarbij getwijfeld werd of ze aan de CMD criteria voldeden, toch IPS konden krijgen: *‘Bij twijfel hebben we gemeentelijke cliënten wel in de IPS-CMD regeling aangevraagd’.* Voor gemeenten is het niet zo relevant of iemand onder de CMD of de EPA groep valt: *‘Je ziet überhaupt geen grote lijn. Het is een grote mengmoes aan mensen die wel graag willen werken, maar waar nog veel klachten zitten. Het zijn echt maatwerk trajecten. ... Het is een waslijst aan criteria en de gemeente is daar vaak niet van op de hoogte, bv. is er wel/geen diagnose en zijn mensen wel/niet in behandeling’.*

Zowel trajectbegeleiders als coördinatoren en managers in de zorg gaven aan vaak weinig verschil in zwaarte van de klachten te merken tussen CMD en EPA: *'in beide gevallen is er vaak sprake van multiproblematiek. De aard van de klachten en het type zorg dat ze krijgen is voornamelijk verschillend'*. Ook bij de tien cliënten die zijn gevolgd vanuit de case studies is terug te zien dat er overlap in de EPA- en de CMD-doelgroep zit. Zo bleek uit de beschrijving van de geïnterviewde cliënten dat op basis van zorgduur, zorgzwaarte en diagnose 6 van de 10 cliënten aan de EPA definitie zouden kunnen voldoen.

Beleidsmedewerkers vanuit de gemeente pleiten voor een mogelijkheid om vanuit de gemeente sneller door te verwijzen naar de ggz om een IPS-traject op te starten: *'In de ideale situatie zouden we via de gemeente ook mensen waar nog geen duidelijke diagnose is, maar wel duidelijk psychische problematiek kunnen aanbevelen bij en doorsturen naar de ggz zodat we sneller iedereen een juist traject en goede zorg kunnen geven'*.

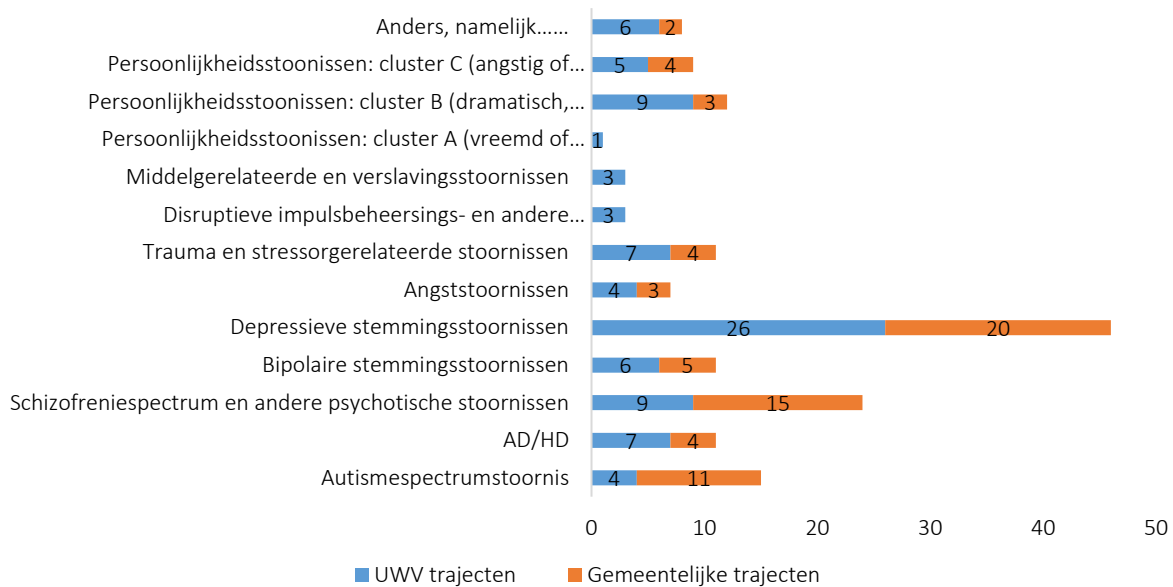
3.2. Kenmerken van de deelnemers

3.2.1. Beschrijving van de deelnemers

In totaal zijn er 168 deelnemers gestart met een IPS-CMD-traject. Van deze 168 IPS-CMD-trajecten waren er 75 vanuit de gemeente en 93 vanuit het UWV aangevraagd. Ongeveer de helft (52%) van alle deelnemers was vrouw, de gemiddelde leeftijd was 37,4 jaar en 13% is getrouwd. De verdeling van leeftijd is relatief gelijk over de jaren, met de meeste mensen tussen 26 en 35 jaar en tussen 36 en 45 jaar oud en 16% tussen de 18 en de 25 jaar. Een overzicht van kenmerken van de deelnemers is terug te vinden in **Figuur 2 en Tabel B1 in de bijlage**.

De meeste deelnemers (40%) hadden een afgeronde MBO opleiding. In totaal had 17% van de deelnemers een HBO of WO opleiding afgerond en had 14% enkel basisonderwijs gevolgd. De deelnemers hadden gemiddeld 11,3 jaar werkervaring aan de start van hun IPS-traject. Een groot deel van de deelnemers (43%) had op dat moment meer dan 10 jaar werkervaring en meer dan de helft (55%) had in de afgelopen 3 jaar voorafgaand aan IPS ook al gewerkt. Bij de deelnemers kwam een P-wet uitkering het vaakst voor (45%), gevolgd door een ziektewet uitkering (23%). Een relatief groot aantal (17%) was voor 80-100% afgekeurd

en 5% van de deelnemers had een WAJONG uitkering. De meest voorkomende diagnose bij de IPS-CMD deelnemers was een depressieve stemmingsstoornis (29%).



Figuur 2. Deelnemers aan het onderzoek verdeeld naar hoofdgroep diagnose.

3.2.2. Verschillen tussen deelnemers vanuit de gemeenten en deelnemers vanuit het UWV.

We hebben geanalyseerd op welke punten deelnemers wiens traject was aangevraagd via het UWV verschillen dan wel overeenkomen met deelnemers wiens traject was aangevraagd via gemeenten. Hieruit kwam naar voren dat deelnemers wiens traject via het UWV aangevraagd was (naast verschillen in type uitkering) significant vaker gehuwd waren ($\chi^2 = 10.0$; $p < 0.01$), een hogere leeftijd hadden ($F = 8.5$; $p < 0.01$), minder vaak jongvolwassen (tussen de 18 en 25 jaar) waren ($\chi^2 = 7.2$; $p < 0.01$), en significant meer werkervaring hadden ($F = 20.5$; $p < 0.01$; $\chi^2 = 15.1$; $p < 0.05$) dan deelnemers met een traject dat via de gemeente was aangevraagd.

3.2.3. Verschillen tussen deelnemers aan het IPS-CMD onderzoek en deelnemers aan het IPS-EPA onderzoek

In dit onderzoek hebben we verkend in hoeverre de bereikte deelnemers via de IPS-CMD regeling een andere groep vormden dan de deelnemers die met de al langer bestaande IPS-EPA regeling zijn bereikt. Daarvoor zijn de deelnemers van het IPS-CMD onderzoek vergeleken met de deelnemers die in het IPS-EPA onderzoek waren gevolgd.

Hieruit kwam naar voren dat deelnemers aan het IPS-EPA onderzoek vaker vrouw waren ($\chi^2 = 9.9$; $p < 0.01$), vaker een onbekende diagnose hadden ($\chi^2 = 29.2$; $p < 0.01$), en vaker een WAJONG uitkering hadden ($\chi^2 = 94.9$; $p < 0.01$) dan deelnemers aan het IPS-CMD onderzoek. Deelnemers aan het IPS-CMD onderzoek daarentegen hadden vaker een P-wet uitkering ($\chi^2 = 759.0$; $p < 0.01$), waren relatief vaker jongvolwassen (18-25 jaar) ($\chi^2 = 5.2$; $p < 0.05$) en hadden vaker recente werkervaring (gewerkt in de afgelopen 3 jaar voorafgaand aan IPS) ($\chi^2 = 49.6$; $p < 0.01$) in vergelijking met deelnemers aan het IPS-EPA onderzoek.

In **Tabel B1** zijn alle verschillen en overeenkomsten tussen deelnemers aan het IPS-CMD onderzoek en deelnemers aan het IPS-EPA onderzoek weergegeven.

3.3. Indrukken IPS-trajectbegeleiders en andere stakeholders over de deelnemers

De deelnemers aan het IPS-CMD onderzoek werden tijdens de focusgroepen en modeltrouwmetingen beschreven door de IPS-trajectbegeleiders en andere stakeholders, zoals managers van de ggz, IPS coördinatoren en medewerkers van het UWV en de gemeente. De verschillende stakeholders gaven aan dat de deelnemers aan het IPS-CMD onderzoek een ander type problematiek heeft en andere zorg krijgt dan wat men gewend was bij de EPA doelgroep. Zij vonden echter ook dat de complexiteit en de intensiteit van de problematiek vergelijkbaar was met die van de EPA-doelgroep.

Wat betreft type psychische klachten zagen meerdere professionals dat deelnemers aan het IPS-CMD onderzoek vaker te kampen hadden met angstklachten, depressie klachten en persoonlijkheidsproblematiek. Volgens een aantal professionals waren de klachten echter net zo intensief en complex als bij de EPA doelgroep: *'Ik merk 0 verschil in intensiteit, de problematiek is niet lichter'*. Wel gaven sommige professionals aan dat er bij de IPS-CMD doelgroep minder vaak sprake was van multiproblematiek dan bij de EPA doelgroep die ze gewend waren: *'De klachten zijn vaak meer recht toe recht aan'*. Andere professionals merkten hier echter weinig verschil in. Wel viel hen op dat de deelnemers aan het IPS-CMD onderzoek over het algemeen meer werkervaring hadden, zelfstandiger waren en daardoor in het IPS-traject ook zelfredzamer waren en meer zelf oppakten dan de EPA doelgroep. De professionals die deelnamen aan het verdiepende onderzoek beschreven de CMD-doelgroep als volgt: *'De mensen hebben vaak helderder wat ze willen en ze zijn een stuk zelfstandiger en*

pakken het meer zelf op. Ze hebben over het algemeen een minder grote afstand tot de arbeidsmarkt. Verder gaven de professionals aan dat, mede doordat ze zelfredzamer waren, de IPS-CMD cliënten minder geneigd waren om open te zijn over hun psychische kwetsbaarheden en minder ‘bemoeienis’ verlangden van de IPS-trajectbegeleider in de vorm van contact met de werkgever en contact met naasten. De professionals vermoedden dat er bij hen meer schaamte was over hun psychische aandoeningen.

Hoewel de meeste deelnemers aan het IPS-CMD onderzoek uit zeer diverse zorgprogramma’s afkomstig waren, ontvingen de meeste deelnemers zorg vanuit kortdurende gespecialiseerde en poliklinische behandelprogramma’s. Dit betekent dat bij een groot deel van de deelnemers de behandeling kortdurend was en niet in geïntegreerde teams werd aangeboden. Vaak was er sprake van wisselingen in de behandeling van de deelnemers, en in veel gevallen waren deelnemers zelfs voor het grootste deel van hun IPS-traject zelfs niet in zorg bij de ggz.

3.4. Beschrijving deelnemers vanuit de case studies: ambitie, motivatie en achtergrond

In het IPS-CMD onderzoek zijn tien deelnemers over de gehele periode van hun tweejarige IPS-CMD-traject gevolgd. Dit leverde aanvullende inzichten op vanuit het perspectief van de deelnemers zelf.

Alle geïnterviewde deelnemers gaven aan al eerder te hebben gewerkt en veel verschillende banen te hebben gehad. Over het algemeen hebben deze deelnemers dus relatief veel werkervaring. Maar zij waren ook vaak van baan veranderd en hadden veel moeite gehad met het behouden van een baan. De vaakst genoemde reden voor het niet behouden van een baan in het verleden was *‘terugval in mijn psychische problemen’*. Een andere reden die werd genoemd was een gebrek aan motivatie en discipline om te gaan werken.

De meeste deelnemers waren aan het einde van hun behandeltraject toen ze startten met IPS. Deelnemers gaven in dat stadium aan klaar te zijn om de volgende stap richting werk te zetten. Op één deelnemer na vertelden alle deelnemers aan het begin van het onderzoek dat zij op korte termijn een betaalde baan wilden. Eén deelnemer gaf aan IPS te willen aangrijpen om zich te oriënteren op werk, en wat voor type werk er bij de deelnemer paste.

De motivatie om betaald aan het werk te gaan was uiteenlopend. Een groot aantal deelnemers wilde bovenal *'financiële stabiliteit'* bereiken. Ook werden sociaal contact en zinvolle dagbesteding genoemd als motivatie om aan het werk te gaan en een IPS-traject te starten.

4. Resultaten rondom het vinden en behouden van betaald werk

In dit hoofdstuk bespreken we de werkuitkomsten van het IPS-CMD onderzoek. We rapporteren de mate waarin deelnemers betaald werk hebben gevonden, de invloed van de coronacrisis, en de ervaringen van de cliënten in hun IPS-trajecten.

4.1. Uitkomsten op het gebied van betaald werk

In deze paragraaf beschrijven we in hoeverre de deelnemers aan het werk zijn gekomen en hoeveel tijd er besteed is aan de IPS-CMD-trajecten. We presenteren eerst de uitkomsten op het gebied van betaald werk (vanaf nu ‘werkuitkomsten’ genoemd) van de deelnemers. Daarbinnen evalueren we welke specifieke kenmerken van de IPS-CMD doelgroep van invloed zijn geweest op de werkuitkomsten. Vervolgens vergelijken we de resultaten uit het IPS-CMD onderzoek met de resultaten uit het IPS-EPA onderzoek dat door het UWV is uitgevoerd. Ook staan we kort stil bij de invloed van de coronacrisis op het functioneren van de deelnemers. Tot slot bieden we een overzicht van de tijd die de IPS-trajectbegeleiders besteedden aan IPS-trajectbegeleiding bij de deelnemers. Alle informatie is gebaseerd op de polis-administratie van het UWV of de registratiedata van de IPS-programma’s in de landelijke monitor. Hoe deze gegevens zijn verzameld en geanalyseerd staat beschreven in [paragraaf 1.3.](#)

4.1.1. Werkuitkomsten bij de deelnemers

De resultaten laten zien dat, aan het einde van het onderzoek, 76 van de 168 deelnemers (45,2%) op enig moment tijdens hun IPS-traject een reguliere betaalde baan hadden gevonden. Aan het einde van het onderzoek was 75% van de deelnemers die op enig moment betaald werk had gevonden nog steeds aan het werk: 50% van deze deelnemers was nog steeds werkzaam in de baan waarmee ze gestart waren, en 25% was aan het einde van het IPS-traject gestart met een nieuwe baan. De overige 25% was gestopt met werk en had geen nieuwe baan gevonden aan het einde van het IPS-traject.

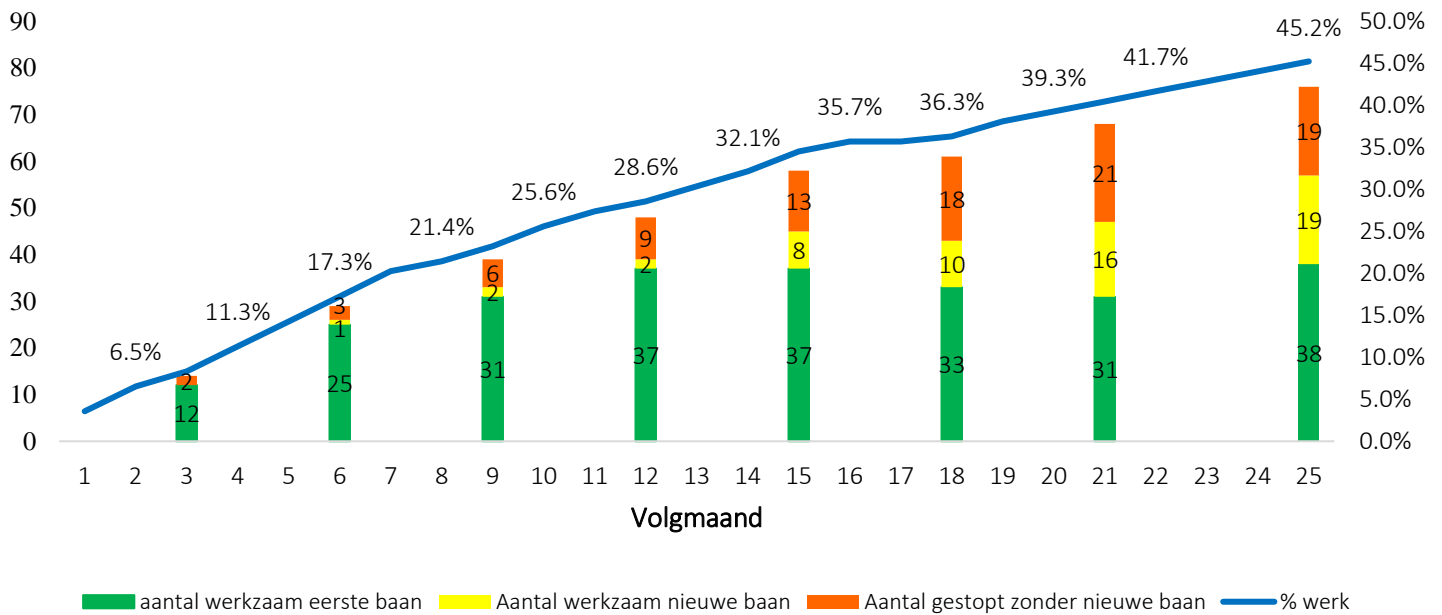
De meeste deelnemers (64%) vonden hun eerste reguliere betaalde baan in het eerste jaar van hun IPS-traject. In de eerste zes maanden van het IPS-traject vonden gemiddeld vijf

deelnemers per maand hun eerste betaalde baan. Ongeveer 39% van alle deelnemers die tijdens hun IPS-traject werk vonden, begon in de eerste zes maanden van het IPS-traject met de eerste baan. Ter vergelijking: gemiddeld kwamen in de laatste zes maanden van het tweejarige IPS-traject twee deelnemers per maand voor het eerst aan het werk, wat neerkomt op 19% van het totaal aantal werkende deelnemers.

Tijdens de studieperiode van 25 maanden waren de deelnemers die een baan vonden gemiddeld 11,5 maanden (SD = 7,4) aan het werk. De 76 deelnemers die betaald aan het werk zijn geweest tijdens de studieperiode hebben in totaal 102 verschillende banen gehad. Bij deze deelnemers duurde de langst durende baan gemiddeld 10,3 maanden (SD = 7,0). Driekwart van deze banen betrof werk in loondienst (74%), ongeveer een kwart van de betaalde banen was uitzendwerk (22%). Een klein percentage van de banen (7%) was voor onbepaalde tijd. Gemiddeld waren de werkende deelnemers 88,5 uur (SD = 44,9) per maand aan het werk, voor een gemiddeld, nettomaandsalaris van €1260,50 (SD = 926,50) per maand. Meer dan de helft van alle banen die de deelnemers hadden, betrof drie sectoren³: 1. Verhuur van roerende goederen en overige zakelijke dienstverlening (N=26; 25,5%): hier vallen ondersteunende beroepen in bedrijven onder, zoals HR medewerkers, beveiliging of facilitair medewerkers; 2. Gezondheids- en welzijnszorg (N = 23; 22,5%); 3. Groot- en detailhandel; reparatie van auto's (N = 13; 12,7%): hieronder vallen banen zoals medewerkers in winkels en bij autodealers.

Figuur 3 (en tabel B2 in bijlage 2) biedt een overzicht van de hiervoor besproken bevindingen. Daarin is ook de periodieke (d.w.z.. voor iedere drie maanden) werkstatus van de deelnemers weergegeven.

³ Gebaseerd op de standaard bedrijfsindeling (SBI) van het CBS (2008: <https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/classificaties/activiteiten/sbi-2008-standaard-bedrijfsindeling-2008>)



Figuur 3. Percentage mensen dat betaald werk heeft gehad tijdens de studieperiode (blauwe lijn in de figuur) en de werkstatus van de werkende deelnemers per drie maanden op specifieke volgmaand tijdens het IPS-traject.

4.1.2. Werkuitkomsten voor verschillende subgroepen binnen het onderzoek

Zoals in [paragraaf 3.2](#) al is beschreven, verschillen de deelnemers onderling in een aantal persoonlijke kenmerken. We hebben verkend in welke mate bepaalde kenmerken samenhangen met de uitkomsten met betrekking tot betaald werk. Daartoe hebben we een logistische regressie uitgevoerd, waarin de invloed van de volgende acht kenmerken van deelnemers is onderzocht: 1. Leeftijd; 2. Type traject (UWV of gemeente); 3. Opleidingsniveau; 4. Jaren werkervaring; 5. Diagnose; 6. Sekse; 7. Burgerlijke staat; 8. Type uitkering.

Uit deze logistische regressie kwam naar voren dat deelnemers met een door het UWV aangevraagd traject significant vaker een betaalde baan vonden dan deelnemers met een door de gemeente aangevraagd traject ($B = -0.26; p < 0.01$). Verder zagen we dat deelnemers met meer werkervaring significant vaker een betaalde baan vonden dan deelnemers met weinig werkervaring ($B = 0.15; p < 0.01$). Alle andere kenmerken van de deelnemers hadden geen invloed op de werkuitskomsten.

De verschillen in werkuitkomsten tussen verschillende typen trajecten en verschillende duur van werkervaring zijn gedetailleerd terug te vinden in ***Figuur B1*** en ***Figuur B2***.

Deze bevindingen verklaren gedeeltelijk waarom sommige deelnemers niet aan het werk zijn gekomen tijdens hun IPS-traject. De bevinding dat deelnemers met minder werkervaring ook minder vaak een betaalde baan vonden is ook in lijn met bevindingen uit eerder onderzoek [50-52]. Ook zagen we terug dat deelnemers wiens traject is gefinancierd door het UWV vaker aan het werk kwamen dan deelnemers wiens traject via de gemeente is gefinancierd. Dit verschil is waarschijnlijk te verklaren doordat beide doelgroepen verschillend waren. Deelnemers wiens traject via het UWV was gefinancierd hadden meer werkervaring en waren gemiddeld ouder dan deelnemers wiens traject via de gemeente was gefinancierd. Dit geeft een indicatie dat de deelnemers wiens traject via het UWV was gefinancierd een minder grote afstand tot de arbeidsmarkt hadden en daardoor vaker aan het werk waren gekomen dan deelnemers wiens traject via de gemeente was gefinancierd.

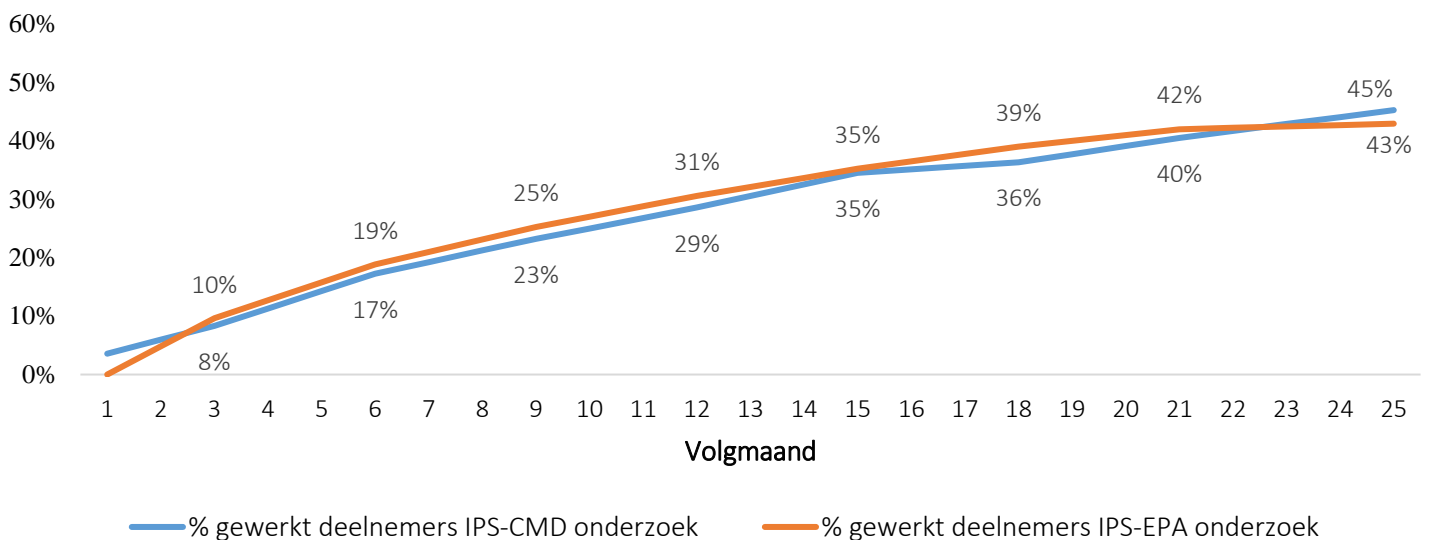
4.1.3. Verschillen in werkuitkomsten tussen deelnemers IPS-CMD en IPS-EPA onderzoek

De hiervoor beschreven werkuitkomsten voor de deelnemers aan het IPS-CMD onderzoek hebben we vergeleken met de werkuitkomsten van deelnemers aan het IPS-EPA onderzoek dat door het UWV is uitgevoerd. Daaruit blijkt dat het percentage deelnemers dat betaald werk had gevonden aan het eind van de tweejarige onderzoeksperiode voor beide doelgroepen nagenoeg gelijk was (IPS-CMD deelnemers 45,2%, IPS-EPA deelnemers 44,4%). Ook waren de typen contracten en het aandeel banen met een contract voor onbepaalde tijd gelijk tussen beide doelgroepen.

Wat betreft andere werkuitkomsten zien we wel verschillen tussen deelnemers aan het IPS-CMD onderzoek en deelnemers aan het IPS-EPA onderzoek. Zo hebben de deelnemers aan het IPS-EPA onderzoek relatief vaker een proefplaatsing gehad dan deelnemers aan het IPS-CMD onderzoek (14,0% IPS-EPA, tegenover 4,8% bij IPS-CMD). Verder vond een relatief groter percentage van de deelnemers aan het IPS-CMD onderzoek (18,5%) binnen twee maanden na de start van het IPS-traject een betaalde baan dan de deelnemers aan het IPS-EPA onderzoek (7,7%). Daarnaast bleek dat de deelnemers aan het IPS-CMD onderzoek gemiddeld meer uren per maand werkten dan deelnemers aan het IPS-EPA onderzoek (88,5

uur bij CMD tegenover 64,1 uur bij EPA). Tot slot zagen we terug dat de deelnemers aan het IPS-CMD onderzoek gemiddeld een bijna twee keer zo hoog maandsalaris had als deelnemers aan het IPS-EPA onderzoek (1260,50 euro bij CMD tegenover 672,20 euro bij EPA). De verschillen in werkuitkomsten zijn terug te vinden in **Tabel B2** en **Figuur 4**.

Samenvattend zijn er na 2 jaar evenveel deelnemers van het IPS-CMD onderzoek aan het werk gekomen als deelnemers van het IPS-EPA onderzoek. Wel vonden deelnemers aan het IPS-CMD onderzoek relatief gezien iets sneller werk, werkten ze meer uren en verdienden ze een hoger salaris dan deelnemers aan het IPS-EPA onderzoek. Een belangrijke kanttekening hierbij is dat deze verschillen enkel descriptief van aard zijn. De reden hiervoor is dat de onderzoeker alleen bij het IPS-CMD onderzoek toegang hadden tot data op het niveau van de individuele deelnemer; wat betreft het IPS-EPA onderzoek hadden we alleen toegang tot de geaggregeerde data op groepsniveau. Hierdoor konden de verschillen niet statistisch worden getoetst.



Figuur 4. Percentage deelnemers dat betaald werk heeft gehad tijdens de studieperiode: vergelijking tussen deelnemers aan het IPS-CMD onderzoek en deelnemers aan het IPS-EPA onderzoek.

4.1.4. Invloed coronacrisis op werkuitkomsten

In het eerste jaar nadat alle IPS-CMD-trajecten, die tussen mei 2019 en november 2019 startten, waren opgestart hebben de IPS-CMD deelnemers te maken gehad met verschillende beperkende maatregelen in het kader van de coronacrisis. Deze maatregelen hadden onder meer een beperkende invloed op de arbeidsmarkt. In CBS data⁴ is terug te zien dat het aantal vacatures tijdens het tweede kwartaal van 2020 sterk was gedaald en dat dit op een laag niveau bleef tot het einde van het vierde kwartaal van 2020. Daarna trok de arbeidsmarkt langzaam weer aan en groeide het aantal vacatures. We hebben inzicht proberen te krijgen in de hoeveelheid deelnemers die maandelijks zijn gestart en gestopt met werk voorafgaand aan de coronacrisis (november 2019 t/m februari 2020), tijdens de beperkingen op de arbeidsmarkt ten tijde van de coronacrisis (maart t/m december 2020) en in de periode na afloop van de beperkende maatregelen in het kader van de coronacrisis (januari t/m mei 2021). Een nadere uitleg over de berekening van de invloed van de coronacrisis op de arbeidsparticipatie van de deelnemers is te vinden in [bijlage 3](#).

De resultaten tonen aan dat er in de periode vlak voor de beperkende corona maatregelen minder deelnemers waren gestart met werk dan wat normaal gesproken te verwachten is in het stadium van het IPS-traject waarin de deelnemer verkeerde. We zagen daarnaast echter ook terug dat minder deelnemers dan verwacht waren gestopt met werk. Deze aantallen zijn redelijk in balans en er zijn dus niet duidelijk meer of minder deelnemers aan het werk gekomen in deze periode. In de periode tijdens de beperkende corona maatregelen zien we dat er iets meer deelnemers waren gestart met een baan, maar ook dat er bijna vier keer zo veel deelnemers waren gestopt met een baan dan wat je normaal gesproken zou verwachten in het stadium van het IPS-traject waarin de deelnemer verkeerde. Dat er ook iets meer deelnemers waren gestart met een baan dan verwacht had waarschijnlijk te maken met de relatief grote hoeveelheid deelnemers dat een baan kwijtraakte tijdens de coronaperiode, en vervolgens op zoek ging naar een nieuwe baan. Ook in de periode na de beperkende maatregelen door de coronacrisis zagen we dat er iets minder mensen waren gestart met werk, en iets minder mensen gestopt waren met werk dan wat je normaal gesproken zou verwachten in het stadium van het IPS-traject waarin de deelnemers verkeerden. De resultaten zijn terug te vinden in **Tabel B3**.

⁴ Te vinden via: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83599NED/table?ts=1648644824522>

Op basis van deze bevindingen kunnen we concluderen dat de coronacrisis hoogstwaarschijnlijk een negatieve invloed heeft gehad op de werkuitkomsten van de deelnemers aan het IPS-CMD onderzoek. De coronacrisis lijkt de grootste negatieve invloed te hebben gehad op het behoud van een betaalde baan. Hoe groot die impact precies is geweest, is echter niet volledig te zeggen, aangezien we in onvoldoende mate een vergelijking kunnen maken met een situatie waarin de coronacrisis afwezig was.

4.1.5. Tijdsbesteding IPS-trajecten

IPS-trajectbegeleiders besteedden gemiddeld 2,4 uur per maand aan IPS-trajectbegeleiding per deelnemer. In de eerste zes maanden van een IPS-traject werd relatief meer tijd (3,2 uur) besteed per deelnemer. Deze trend zien we vooral terug bij de cliëntgebonden activiteiten (één op één contact met de deelnemer) en bij het opbouwen van een werkgeversnetwerk. Na deze eerste zes maanden werd er minder dan gemiddeld, maar nog steeds rond de twee uur per deelnemer per maand, besteed aan de begeleiding van de deelnemers. Bijna twee-derde (64%) van de totale tijdsbesteding tijdens een IPS-traject werd besteed aan één op één activiteiten. De rest van de tijd werd besteed aan niet cliëntgebonden activiteiten (te weten: integratie met zorg, betrekken werkgeversnetwerk, IPS teamoverleg en contact met externe deskundigen).

De tijdsbesteding met betrekking tot de IPS-CMD-trajecten is terug te vinden in **Tabel B4**.

4.2. Aanvullende resultaten: ervaringen van de deelnemers

Zoals hiervoor is beschreven, is het niet iedere deelnemer gelukt om een betaalde baan te vinden en te behouden. Ook bij de deelnemers die twee jaar gevolgd zijn in het kader van de case studies is niet iedereen aan het werk gekomen. Desalniettemin was iedereen wel tevreden over zijn of haar IPS-traject. Dit geeft aan dat IPS meer is dan enkel een methode die mensen begeleidt naar en in betaald werk. Ook andere ervaringen en resultaten kunnen de deelnemers als waardevol beschouwd worden in een IPS-traject. Hieronder geven we een aantal voorbeelden van andere waardevolle uitkomsten van een IPS-traject vanuit het

perspectief van de deelnemer door alle deelnemers die we hebben geïnterviewd in de case studies.

Het eerste belangrijke punt dat door een aantal deelnemers werd genoemd was ruimte voor **persoonlijke ontwikkeling**. Zo hebben meerdere deelnemers tijdens hun IPS-traject veel over zichzelf geleerd: *'IPS gaat een stuk dieper, ook over je gevoel. Andere vormen van re-integratie zijn een stuk zakelijker'*; *'Mijn trajectbegeleider ziet bepaalde dingen in me die ik zelf niet zie, dat is erg leerzaam voor me'*. De relatie met de IPS-trajectbegeleider heeft daar ook een belangrijke rol in gespeeld: *'Voor mij is de trajectbegeleider een betere therapeut dan mijn eigen therapeut. De band is gelijkwaardig en ze is oprecht geïnteresseerd'*.

Verder gaf een aantal deelnemers aan **minder afstand te ervaren tot de arbeidsmarkt**, mede doordat zij meer aandurven en **meer zelfvertrouwen hebben gekregen**. Dit kwam mede door het grote netwerk van de IPS-trajectbegeleider: *'Ze hebben meer contacten en meer groeimogelijkheden. Er wordt ook meer gekeken naar wat je kan'*. Hierdoor gaf een andere deelnemer aan zelf ook zijn netwerk te hebben vergroot: *'Ik heb echt wel een netwerk gekregen tijdens mijn IPS-traject'*. Een aantal deelnemers gaf aan ook mentaal minder afstand te ervaren tot het hebben van werk: *'Werk was voor mij ook wel een dingetje, ik keek er echt tegenop om te solliciteren, als je goed begeleid wordt met IPS dan is de afstand tot de arbeidsmarkt kleiner, we deden het ook echt samen'*. Meerdere deelnemers vertelden dat zij door het verkleinen van de afstand tot de arbeidsmarkt meer zelfvertrouwen hadden gekregen: *'Ik had al best lang niet meer gewerkt daarvoor. Ik onderschatte mijzelf. Nu heb ik wat meer zelfvertrouwen en pak ik meer zelf op. Dit komt echter vooral omdat ik lang niet gewerkt heb, daardoor was ik er niet zo zelfverzekerd over'*.

Ook kregen deelnemers dankzij IPS meer inzicht in **wat er bij hen past en wat ze leuk vinden**. Eén van de deelnemers zei hierover: *'Bij IPS kreeg ik een baan waar ik me echt in kan vinden en waardoor ik trots op mijzelf kon zijn'*; *'We hebben ook echt uitgezocht wat ik allemaal leuk vond'*.

Een klein aantal deelnemers gaf ook aan dat ze goede hulp hebben gekregen bij het krijgen van **ritme en daginvulling**. Ze gaven aan dat het IPS-traject een mooie stok achter de deur is geweest van de deelnemer. Door te solliciteren en een dagschema te maken werden deelnemers niet enkel klaargestoomd voor werk, maar kregen ze ook een betere daginvulling en meer energie.

Tot slot gaven deelnemers aan dat ze **een groter gevoel van burgerschap** hebben gekregen. Dat was voor veel deelnemers een grote winst, en ook iets wat ze regelmatig in de zorg hebben gemist: *'Ik werd echt voor vol aangezien en serieus genomen, dat heb ik altijd heel erg gemist. Ik ben dus heel blij dat dit soort IPS-programma's bestaan'*. Daarnaast gaven deelnemers aan zich erkend en gezien te voelen: *'Er was erkenning en mensen konden goed inschatten wie je was en wat je aankon'*. Er werd aan de deelnemer gevraagd wat diens wensen en ambities zijn, in plaats van wat diens klachten en beperkingen zijn. Dat werkte erg bevorderend en stimulerend voor de deelnemer.

Bovengenoemde uitkomsten zijn enkel gebaseerd op ervaringen van de tien deelnemers die we hebben geïnterviewd voor de case studies van het IPS-CMD onderzoek, hierdoor kunnen we niet vaststellen in hoeverre deze ervaringen representatief zijn voor alle deelnemers. Desalniettemin werd ook in eerdere literatuur vastgesteld dat IPS ook leidt tot verbetering op andere uitkomsten dan werk. Zo toonden meerdere studies aan dat IPS leidt tot verbetering in de kwaliteit van leven, het zelfvertrouwen van cliënten, empowerment, en motivatie om weer aan het werk te gaan [47,48]. Er waren echter ook studies die geen significante verbetering op deze uitkomsten vonden [49]. De literatuur biedt hierover dus geen consistent beeld. Desalniettemin kunnen we toch met enige voorzichtigheid stellen dat IPS voor sommige deelnemers meer kan opleveren dan enkel betaald werk en dat IPS ook gezien kan worden als een bredere herstelgerichte interventie.

5. Evaluatie modeltrouw IPS-CMD

Bij vier betrokken IPS-programma's hebben we twee modeltrouwmetingen uitgevoerd: de eerste tijdens de start van het onderzoek (november 2019) en de tweede aan het einde van het onderzoek (december 2021). In [paragraaf 1.3](#) staat meer informatie over hoe de modeltrouwmetingen zijn georganiseerd en gescoord. In dit hoofdstuk beschrijven we de modeltrouwscores van de vier IPS-programma's met betrekking tot de begeleiding van de deelnemers met CMD (vanaf nu IPS-CMD modeltrouwmeting genoemd). Daarnaast vergelijken we deze scores met de modeltrouwscores van de reguliere modeltrouwmetingen bij deze vier IPS-programma's die rond dezelfde periode plaatsvonden. Hierbij geven we ook inzicht in welke elementen van de modeltrouw relatief beter en slechter zijn gescoord bij de IPS-CMD modeltrouwmeting. Bij de reguliere modeltrouwmetingen wordt de modelgetrouwe toepassing van IPS voor alle deelnemers binnen het IPS-programma getoetst.

5.1. Analyse modeltrouwscores IPS-CMD

De modeltrouwmetingen worden gescoord met behulp van de IPS-25 modeltrouwschaal. Deze schaal bestaat uit 26 items, ingedeeld in drie rubrieken, waarbij per item op een 5-puntsschaal wordt gescoord in hoeverre IPS conform de voorgeschreven norm wordt uitgevoerd: hoe hoger de itemscore, hoe beter aan de voorgeschreven norm is voldaan. Zo is met de 26 items van de schaal een totaalscore haalbaar van 130 punten. Gebruikelijk is om de totaalscores als volgt te normeren:

- Totaalscore 74 of lager: Geen IPS
- Totaalscore 75-100: Redelijke modeltrouw
- Totaalscore 100-115: Goede modeltrouw
- Totaalscore 115-130: Uitstekende modeltrouw

Meer informatie over hoe de modeltrouwscores tot stand komen is te vinden in [paragraaf 1.3](#). De vier geselecteerde IPS-programma's haalden een gemiddelde een 'redelijke' modeltrouwscore van 98,17 tijdens de eerste IPS-CMD modeltrouwmeting. Bij de vervolgmeting aan het einde van het onderzoek was gemiddeld een 'goede' modeltrouwscore van 105,17 bereikt. Hieruit kunnen we concluderen dat de vier geselecteerde IPS-

programma's tijdens de studieperiode zijn verbeterd in de modelgetrouwe toepassing van IPS bij deelnemers met CMD.

Uit de modeltrouwscores van beide IPS-CMD modeltrouwmetingen kwam naar voren dat relatief de hoogste modeltrouwscores werden bereikt op de items: 1) begeleiding door de IPS-trajectbegeleider: de trajectbegeleiders besteden hun werktijd bijna exclusief aan werkgerichte ondersteuning; 2) algemene deskundigheid: IPS-trajectbegeleiders voeren zelfstandig alle fasen van ondersteuning uit; 3) openheid: IPS-trajectbegeleiders geven de deelnemers nauwkeurige informatie en hulp in het maken van keuzes rondom openheid rondom psychische aandoeningen bij de werkgever; 4) het zoeken naar werk of opleiding afstemmen op de cliënt: contacten met werkgevers zijn gebaseerd op de voorkeuren van de deelnemers.

Daarentegen zagen we dat relatief de laagste scores in de IPS-CMD modeltrouwmetingen werden bereikt op: 1) rol van de teamcoördinator: Het team wordt beperkt geleid door een teamleider of coördinator, die zich ook richt op het ontwikkelen en scholen van de IPS-trajectbegeleiders; 2) snel zoeken naar regulier, betaald werk: de tijdsperiode tussen het eerste contact met de deelnemer en het eerste concrete contact met een werkgever was relatief lang; 3) reguliere, betaalde banen: IPS-trajectbegeleiders voorzien in een regulier betaalde banen voor een relatief laag percentage deelnemers; 4) inzet van externe resources: het netwerk van de deelnemers werden relatief weinig betrokken, en de IPS-trajectbegeleider had weinig contact met het netwerk.

Wanneer we de IPS-CMD modeltrouwmetingen vergelijken met de reguliere modeltrouwmetingen zien we dat de IPS-CMD modeltrouwscores lager waren dan de reguliere modeltrouwscores. Gemiddeld over alle IPS-CMD modeltrouwmetingen (zowel de eerste als de vervolgmeting) werd een 'goede' modeltrouwscore van 101,78 bereikt bij de IPS-CMD modeltrouwmetingen. Rond dezelfde periode werd bij de vier geselecteerde IPS-programma's echter ook een 'uitstekende' modeltrouwscore van 115,87 bereikt bij de reguliere modeltrouwmeting. Er zit dus nog wel een substantieel verschil in de modelgetrouwe uitvoering bij de CMD trajecten ten opzichte van alle trajecten bij elkaar in de vier geselecteerde IPS-programma's.

Op het niveau van de itemscores van de modeltrouwmetingen zien we terug dat op 19 van de 26 items een lagere score werd bereikt bij de IPS-CMD modeltrouwmetingen ten opzichte van de reguliere modeltrouwmetingen. Er werd echter bij de IPS-CMD

modeltrouwmetingen ook op drie items hoger gescoord dan bij de reguliere modeltrouwmeting. We lichten de drie items met een hogere score toe, evenals de vijf items waarvoor relatief de laagste scores bij de IPS-CMD modeltrouwmetingen lagere scores werden bereikt ten opzichte van de reguliere modeltrouwmetingen. Over het algemeen werd er bij de IPS-CMD modeltrouwmetingen hoger gescoord op de volgende items: 1) Een op arbeid en opleiding gerichte eenheid: Het team heeft minimaal 2 IPS-trajectbegeleiders en een coördinator, en er vindt wekelijks supervisie plaats waarin strategieën worden besproken en potentiële werkplekken worden geïdentificeerd; 2) continue inschatting van arbeidsmogelijkheden: Inschatting van arbeidsmogelijkheden vindt vroeg in het traject plaats en er wordt een arbeidsprofiel samengesteld; 3) het zoeken naar werk of opleiding afstemmen op de cliënt: contacten met werkgevers zijn gebaseerd op de voorkeuren van de deelnemers. We zagen dat er relatief minder goede scores waren bij de IPS-CMD modeltrouwmetingen op de volgende items: 1) integratie met het GGZ-behandelteam: IPS-trajectbegeleiders maken relatief weinig deel uit van één ggz team en de deelnemers komen uit verschillende teams; 2) integratie met GGZ-behandeling door regelmatig contact tussen teamleden: IPS-traject begeleiders nemen minder actief deel aan wekelijkse behandelbesprekingen van ggz teams, en ze werken niet altijd in nabijheid of in dezelfde systemen als deze teams; 3) snel zoeken naar regulier, betaald werk: de tijdsperiode tussen het eerste contact met de deelnemer en het eerste concrete contact met een werkgever was relatief lang; 4) inzet van externe resources: er wordt niet altijd voldoende gebruik gemaakt van het persoonlijke netwerk van de deelnemer bij de IPS-trajectbegeleiding; 5) assertieve omgang en outreach: deelnemers zijn relatief moeilijker te bereiken en het blijkt lastiger bij de deelnemers om goede outreach pogingen (zoals huisbezoek of betrekken familie) te ondernemen.

Samenvattend kunnen we vaststellen dat totaalscores van de IPS-CMD modeltrouwmetingen zijn verbeterd tot 'goede modeltrouw' aan het einde van de studieperiode, maar dat deze scores nog wel achterlopen ten opzichte van de reguliere modeltrouwmetingen. Over het algemeen vond er goede persoonlijke begeleiding plaats bij de IPS-CMD-trajecten, waarbij de wens van de deelnemer centraal staat. Daarnaast is er gericht naar de juiste banen begeleid en is er ook veel steun geboden in de keuzes rondom openheid op de werkvloer. Wat in de uitvoering bij deelnemers met CMD moeizamer ging is de integratie met zorg: afstemming met het behandelteam en/of de regiebehandelaar.

Daarnaast was het lastig om het netwerk te betrekken, mede doordat de deelnemer hier zelf vaak niet van gediend waren. Ook werd er niet goed gescoord op het item 'snel zoeken naar werk'. Het duurde betrekkelijk lang om een geschikte baan te vinden.

De exacte modeltrouwscores per item zijn verder weergegeven in **Tabel 1**.

5.2. Kwalitatieve evaluatie modeltrouwscores

Uit de modeltrouwmetingen kwam naar voren dat het bij de IPS-CMD-trajecten moeilijker bleek te zijn om een goede integratie met zorg te realiseren, het netwerk te betrekken en snel een baan te vinden. Uit de kwalitatieve verslagen van de modeltrouwmetingen kwam een aantal mogelijke oorzaken van deze knelpunten naar voren.

Over het algemeen bleek uit de modeltrouwmetingen dat de vier geselecteerde IPS-programma's de IPS-CMD-trajecten binnen hun organisatie op verschillende manieren hebben georganiseerd. Een aantal IPS-programma's gebruikte de IPS-CMD regeling om IPS beter op de kaart te zetten door breed uit verschillende poliklinische teams te werven. Hierdoor waren de IPS-CMD deelnemers in zorg bij veel verschillende teams en was het voor de IPS-trajectbegeleider niet altijd haalbaar om aan te sluiten bij de verschillende teambesprekingen. Dit verklaart de relatief lagere scores rondom het thema 'integratie met zorg'. Aan de andere kant zagen we ook een IPS-programma dat de weloverwogen keuze had gemaakt om in één specifiek zorgpad te werven zodat de deelnemers allemaal uit dezelfde type teams kwamen. Ook zagen we verschillen in hoe de deelnemers werden verdeeld binnenin het IPS team. In de meeste IPS-programma's werden de CMD deelnemers verdeeld over verschillende trajectbegeleiders, afhankelijk van de ruimte en beschikbaarheid van iedere IPS-trajectbegeleider. Er werd in sommige gevallen echter ook de keuze gemaakt om één IPS-trajectbegeleider beschikbaar te stellen voor alle IPS-CMD deelnemers. Tot slot was het van belang om in ogenschouw te nemen dat er slechts subsidie voor 200 CMD trajecten beschikbaar was gesteld in de IPS-CMD regeling en dat deze 200 IPS-CMD-trajecten uiteindelijk zijn verdeeld over 15 IPS-programma's. Dit betekent dat de caseload voor de IPS-CMD modeltrouwmeting relatief klein was. Dit heeft bij sommige items geleid tot lagere scores dan bij de reguliere modeltrouwmeting, die gebaseerd is op een veel grotere caseload.

Verder bleek uit het gehele verdiepende onderzoek dat deelnemers met CMD veel zelfstandiger waren dan deelnemers met EPA. Vooral trajectbegeleiders viel het op dat ze

'meer coachend en volgend en minder directief en sturend' moesten werken bij deze doelgroep. Uiteraard is dit gunstig, aangezien trajectbegeleiders hun deelnemers coachen in het zo zelfstandig mogelijk zoeken en behouden van werk. Het heeft echter wel als gevolg dat de IPS-trajectbegeleiders minder zicht en grip hebben op het proces van werk zoeken en solliciteren. De volgende houding van de IPS-trajectbegeleider en het achterwege blijven van ondersteuning zouden de zoektocht naar werk kunnen hebben vertraagd.

Wat daarnaast een rol heeft gespeeld is dat het onderzoek tijdens de coronacrisis werd uitgevoerd. Uit het verdiepende onderzoek en uit de landelijke monitor is gebleken dat dit een grote impact heeft gehad op de zoektocht naar en het behoud van werk. Dit verklaart dus waarschijnlijk ook gedeeltelijk dat er minder snel een baan werd gevonden.

Het minder betrekken van het netwerk van naasten van de deelnemers was een terugkerend thema en kenmerkend voor deze doelgroep. In alle modeltrouwmetingen kwam terug dat deelnemers hun netwerk bij voorkeur niet betrokken willen hebben bij hun IPS-traject. Mogelijk speelde het zelfstigma op psychische kwetsbaarheid hierbij een grote rol. Volgens trajectbegeleiders ging het in sommige gevallen zo ver dat zelfs de partner of directe familieleden niet wisten dat de deelnemer ggz-behandeling kreeg. Hierdoor ontbrak een vangnet in de directe omgeving van de deelnemer. Dit heeft geleid tot de relatief lagere scores op een aantal items (inzet van externe resource en assertieve omgang en outreach) bij de IPS-CMD modeltrouwmetingen ten opzichte van de reguliere modeltrouwmeting.

Daarnaast ontbrak er vaak een vangnet in de ggz. De samenwerking tussen de IPS-trajectbegeleider en de behandelaar liet bij deze doelgroep immers vaak te wensen over: deelnemers kregen hun behandeling niet vanuit multidisciplinaire teams en bovendien duurde hun behandeltraject meestal kort. Het kwam regelmatig voor dat deelnemers waren uitbehandeld bij de gespecialiseerde ggz, en daarna geen zorg meer ontvingen of overgingen naar andere vormen van zorg zoals de basis ggz. Hierdoor was het voor trajectbegeleiders een uitdaging om te blijven afstemmen met de betrokken zorgprofessionals. Verder zagen veel deelnemers zelf vaak geen toegevoegde waarde in de afstemming tussen IPS-trajectbegeleider en ggz behandeling. Hierdoor ontmoedigden ze de trajectbegeleider om contact op te nemen met hun zorgaanbieder. Dit bracht de trajectbegeleider soms in een moeilijke situatie, aangezien ze de rol van behandelaar soms gedeeltelijk overnamen wanneer de deelnemer tegen problemen aanliep.

Tabel 1. IPS-CMD modeltrouw itemscores van de vier geselecteerde IPS-programma's: vergelijking tussen baseline en vervolgmeting en vergelijking tussen IPS-CMD en reguliere modeltrouwscores van de vier geselecteerde IPS-programma's

| | | IPS-CMD modeltrouw metingen* | | | Verschil modeltrouwscores IPS-CMD en regulier* | | |
|--------------------|--|------------------------------|----------------|--|--|----------------------------|--|
| | | Baseline meting | Vervolg meting | Verschil tussen baseline en vervolg meting | Modeltrouwscore IPS-CMD** | Modeltrouwscore regulier** | Verschil modeltrouwscore IPS-CMD en regulier |
| Bezetting | | | | | | | |
| 1. | Aantal cliënten | 3.25 | 3.67 | 0.42 | 3.43 | 4.50 | -1.07 |
| 2. | Begeleiding door IPS-trajectbegeleiders | 5.00 | 5.00 | 0.00 | 5.00 | 5.00 | 0.00 |
| 3. | Algemene deskundigheid | 5.00 | 5.00 | 0.00 | 5.00 | 5.00 | 0.00 |
| Organisatie | | | | | | | |
| 1. | Integratie met het GGZ-behandelteam | 3.25 | 4.00 | 0.75 | 3.63 | 5.00 | -1.38 |
| 2. | Integratie met GGZ-behandeling door regelmatig contact tussen teamleden | 3.00 | 3.75 | 0.75 | 3.38 | 4.67 | -1.29 |
| 3. | Samenwerking tussen IPS-trajectbegeleiders en externe arbeids- en/of opleidingsdeskundigen | 4.50 | 3.75 | -0.75 | 4.13 | 4.33 | -0.21 |
| 4. | Een op arbeid en opleiding gerichte eenheid | 4.00 | 3.75 | -0.25 | 3.88 | 3.83 | 0.04 |
| 5. | Rol van de team coördinator | 3.25 | 2.75 | -0.50 | 3.00 | 3.17 | -0.17 |
| 6. | Geen exclusiecriteria | 4.50 | 4.50 | 0.00 | 4.50 | 4.50 | 0.00 |
| 7. | Focus op regulier, betaald werk en/of deelname aan opleidingen | 4.00 | 3.75 | -0.25 | 3.88 | 4.17 | -0.29 |
| 8. | IPS-ondersteuning vanuit de organisatieleiding | 3.75 | 3.25 | -0.50 | 3.50 | 4.50 | -1.00 |
| Begeleiding | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--------------------|--|-------|--------|-------|--------|--------|-------|
| 1. | Steun bij inkomsten bij IPS-Arbeid | 4.00 | 5.00 | 1.00 | 4.50 | 5.00 | -0.50 |
| 2. | Steun in het maken van keuzes rondom openheid bij de werkgever | 5.00 | 5.00 | 0.00 | 5.00 | 5.00 | 0.00 |
| 3. | Continue inschatting van arbeidsmogelijkheden | 4.50 | 4.75 | 0.25 | 4.63 | 4.50 | 0.13 |
| 4. | Snel zoeken naar regulier, betaald werk | 2.75 | 3.75 | 1.00 | 3.25 | 4.33 | -1.08 |
| 5. | Het zoeken naar werk of opleiding afstemmen op de cliënt | 5.00 | 5.00 | 0.00 | 5.00 | 4.83 | 0.17 |
| 6. | Ontwikkelen van banen – Regelmatig contact met werkgevers | 3.75 | 3.25 | -0.50 | 3.50 | 3.67 | -0.17 |
| 7. | Ontwikkelen van banen – Kwaliteit van het contact met werkgevers | 4.25 | 4.25 | 0.00 | 4.25 | 4.33 | -0.08 |
| 8. | Diversiteit bij IPS-A | 3.00 | 5.00 | 2.00 | 4.00 | 5.00 | -1.00 |
| 9. | Verscheidenheid aan werkgevers | 3.67 | 5.00 | 1.33 | 4.43 | 5.00 | -0.57 |
| 10. | Reguliere, betaalde banen | 1.75 | 2.25 | 0.50 | 2.00 | 2.83 | -0.83 |
| 11. | Gepersonaliseerde volg-ondersteuning | 4.00 | 4.75 | 0.75 | 4.38 | 5.00 | -0.63 |
| 12. | Inzet van externe resources | 2.50 | 1.75 | -0.75 | 2.13 | 3.67 | -1.54 |
| 13. | Onbepaalde (in de tijd) volg-ondersteuning voor de cliënten | 3.25 | 5.00 | 1.75 | 4.13 | 5.00 | -0.88 |
| 14. | Hulpverlening in de maatschappij | 3.50 | 3.50 | 0.00 | 3.50 | 4.17 | -0.67 |
| 15. | Assertieve omgang en outreach | 3.75 | 3.75 | 0.00 | 3.75 | 4.83 | -1.08 |
| Totaalscore | | 98,17 | 105,17 | | 101,78 | 115,87 | |

* itemscores in het **groen** geven aan dat de items bij de hoogst scorende items horen, itemscores in het **rood** horen daarentegen bij de laagst scorende items t.o.v. het totaal

** De IPS-CMD en reguliere modeltrouw itemscores zijn de gemiddelde itemscores van de modeltrouwmeting die ten tijden van de IPS-CMD onderzoeksperiode hebben plaatsgevonden

6. Evaluatie uitvoering IPS-CMD-trajecten

In dit hoofdstuk bespreken we de ervaringen met de uitvoering van de IPS-CMD-trajecten. We baseren ons hierbij op de resultaten van de drie onderdelen van het verdiepende onderzoek: de modeltrouwmetingen, de focusgroepen en de casestudies (zie ook [paragraaf 1.3](#)). We gaan in op zes hoofdthema's: 1) integratie met zorg; 2) verschillen tussen de CMD en de EPA doelgroep; 3) Knelpunten tijdens de corona periode; 4) Bevorderende en belemmerende factoren in de uitvoering zoals gesignaleerd door deelnemers en verschillende professionals; 5) Ervaringen rondom IPS ten opzichte van andere vormen van re-integratie; 6) Ervaringen met de gemeente en het UWV. Een belangrijke kanttekening bij deze bevindingen is dat deze evaluatie gebaseerd is op een selectieve groep deelnemers en professionals. Dit betekent dat de bevindingen in dit hoofdstuk een illustratie van de uitvoeringspraktijk geven, maar niet per definitie van toepassing zijn op alle individuele deelnemers en professionals die deelnamen aan het IPS-CMD onderzoek. Een gedetailleerde beschrijving van de bevindingen uit de focusgroepen en case studies is terug te vinden in [Bijlage 4](#) en [Bijlage 5](#).

6.1. Integratie met zorg

In dit onderzoek hebben we te maken met een nieuwe doelgroep, die behandeling krijgt vanuit andere zorgprogramma's dan het geval is bij mensen met EPA. Daarom is de vraag van belang wat voor invloed de uitvoering in een andere zorgsetting had op de afstemming en samenwerking tussen de IPS-trajectbegeleiders en de ggz behandeling. Uit de case studies kwam naar voren dat de integratie met zorg over niet overal conform de standaarden uit de modeltrouw tot stand kwam. De meeste deelnemers gaven aan dat er wel afstemming was tussen de IPS-trajectbegeleider en behandelaar of SPV'er, maar dat dit contact niet op regelmatige basis plaatsvond. Toch waren deelnemers over het algemeen tevreden over de afstemming van de trajectbegeleider met hun zorgaanbieder: *'Ik had wel het idee dat iedereen in contact stond met elkaar en heb nooit het gevoel gehad dat ik alles opnieuw moest vertellen aan iedereen'*. Een aantal deelnemers vond echter dat zij integratie met zorg niet nodig hadden. Zij hielden de boot af bij de trajectbegeleider. Redenen die ze hiervoor gaven waren dat ze graag zelf de regie houden over wat er over hen gezegd wordt (*'Ik geef zelf wel aan wat ik nodig heb'*; *'Ik wil graag zelf alle zorgmedewerkers uit elkaar trekken. Ik zie het als twee verschillende segmenten. Als alles te veel met elkaar verweven is, dan raak ik onrustig'*)

of dat het niet nodig was omdat het op dat moment goed ging met de deelnemer (*'Als het goed gaat lijkt het me minder nodig'*). Deelnemers die er wel voordeel in zagen, vonden voornamelijk de 'spin in het web functie' van een trajectbegeleider relevant: *'De drempel is dan lager om iets aan te gaan als iemand al achtergrondinformatie heeft. Dan heb je al een plan en dat is zeker een voordeel. Je hoeft niet alles te vertellen'*.

Uit de focusgroepen bleek dat de integratie met zorg bij de deelnemers vooral voor verbetering vatbaar was wanneer de IPS-trajectbegeleider afstemming zocht met andere zorgeenheden dan de multidisciplinaire teams: *'Bij PsyQ en programma's als verslavingszorg en autisme is het ontdekken hoe we dit het beste kunnen integreren'*. Dit kwam mede omdat CMD deelnemers vaker in korter durende behandeltrajecten zaten waarbinnen vaak niet met multidisciplinaire teams werd gewerkt: *'De behandeling is wel minder lang en de mensen zijn minder opgenomen in een team. De mensen die ze begeleiden werken minder als team. Daardoor is het moeilijker om modelgetrouw te werken'*. Wanneer de behandeling bij de deelnemer stopte, bleek het lastig om voldoende afstemming met de zorg te behouden: *'Als de zorg stopt wordt het IPS-traject meer een re-integratietraject met wat jobcoaching. Dat vangnet van zorg ontbreekt'*. Dit werd binnen de ggz soms opgelost door de afstemming te zoeken met de POH ggz (huisartsenzorg) en de basis ggz en het dossier niet af te sluiten. Dit was echter niet overal te realiseren.

6.2. Verschillen CMD en EPA in uitvoering

Bij de tien deelnemers uit de case studies hebben we gekeken hoeveel van deze deelnemers goed passen binnen de in dit onderzoek gegeven definitie van CMD of binnen de gangbare definitie van EPA van de consensusgroep EPA [45], op basis van de door de deelnemer aangegeven zorgduur, zorgzwaarte en diagnose. Op basis van wat de deelnemers in de case studies aangaven, voldeden vier deelnemers het beste aan de criteria voor CMD (vanaf nu 'CMD deelnemers' genoemd) en zes deelnemers het beste aan de criteria voor EPA (vanaf nu 'EPA deelnemers' genoemd). We hebben gekeken naar verschillen tussen de EPA en CMD deelnemers binnen deze case studies.

Wat allereerst opviel was het verschil in leeftijd. De vier jongste deelnemers aan de case studies voldeden allemaal het meest aan de CMD criteria. De CMD deelnemers hadden logischerwijs ook een kortere zorggeschiedenis. Qua werkervaring, opleidingsniveau en

relatiestatus zagen we geen verschil. Wat verder opviel was dat alle vier de CMD deelnemers een betaalde baan hadden gevonden terwijl dit bij 3 van de 6 EPA deelnemers het geval was. De overige drie EPA deelnemers hadden onbetaald of vrijwilligerswerk en behielden dit gedurende het IPS-traject. Dit verschil was gedeeltelijk te verklaren door de werkwens die bij de CMD deelnemers duidelijker, concreter en stabiel was gedurende het traject. Bij de EPA deelnemers wisselde de werkwens relatief vaker of men stelde de doelstelling bij gedurende het traject, wat de zoektocht naar werk niet bevorderde.

Qua ondersteuning was er geen verschil te zien tussen CMD en EPA deelnemers. Zo was voor beide subgroepen de ondersteuning even intensief. Wel viel op dat CMD deelnemers minder geneigd waren tot openheid over hun psychische klachten dan de EPA deelnemers. Dat was echter ook te wijten aan een mogelijke praktische keuze, aangezien CMD deelnemers relatief vaker aan het werk waren, en daar vanuit hun ervaring vaak nadelige gevolgen ervaarden rondom openheid over hun klachten. Hierdoor maakten ze vaker een andere praktische keuze. Bij alle deelnemers waren verder de naasten niet betrokken, daar zat geen verschil tussen de CMD en EPA deelnemers.

Zorgprofessionals, beleidsmedewerkers en werkgevers gaven aan weinig verschil te zien tussen CMD en EPA deelnemers in de uitvoering van IPS. De aanvraagperiode is vergelijkbaar en ook de klachten van de deelnemers waren *'even pittig'*. Ook was de begeleiding vergelijkbaar in intensiteit gedurende het IPS-traject. De aard van de psychische klachten van CMD deelnemers was wel anders dan van EPA deelnemers. CMD deelnemers hadden relatief vaker last van persoonlijkheidsproblematiek, angst en depressie klachten. De CMD deelnemers werden over het algemeen ook als zelfstandiger gezien in de zoektocht naar werk: zij [akten meer zelf op en konden beter gebruik maken van hun eigen netwerk dan EPA deelnemers.

6.3. Knelpunten tijdens beperkende maatregelen coronacrisis

Zowel deelnemers als trajectbegeleiders gaven aan dat de voor de arbeidsmarkt beperkende maatregelen als gevolg van de coronacrisis een grote impact hadden op het zoeken en behouden van werk en op de IPS-trajectbegeleiding. Een aantal deelnemers gaf aan hun baan te hebben verloren, anderen vertelden dat ze minder naar het werk konden: *'Het frustreert me wel dat ik nu weinig erheen kan gaan en weinig te doen heb vanwege corona'*. Ook waren

er tijdelijk weinig vacatures en ging het solliciteren daardoor moeizamer. Dit merkten trajectbegeleiders ook: *'Het had ook een effect op de doelgroep, die al niet zo lekker in hun vel zat en werkgevers hadden vaak veel andere zorgen aan hun hoofd.'* Wel was dit volgens de trajectbegeleiders vooral het geval in de eerste lockdown. In de lockdowns erna gingen werkgevers makkelijker om met de beperkende maatregelen. Verder hing het er volgens de trajectbegeleiders van af in welke sectoren men op zoek was naar werk. In sectoren als de zorg, detailhandel en transport waren bijvoorbeeld genoeg vacatures te vinden. Overigens konden trajectbegeleiders niet aansluiten bij de sollicitatiegesprekken, wat voor sommige deelnemers belemmerend was.

Bovendien was het contact tussen deelnemer en trajectbegeleider op een lager pitje komen te staan: *'Door de coronacrisis is de intensiteit heel laag geworden. In het begin was het vol gas. Door de corona is het een stuk minder geworden'*. In deze periode werden de gesprekken vooral telefonisch en digitaal gevoerd. Trajectbegeleiders bevestigden dit beeld: *'tijdens de eerste lockdown was de impact heel groot omdat alle plekken dicht waren gegaan. Er was toen heel erg strikt en krampachtig omgegaan de regels. Alle begeleiding werd telefonisch gedaan en het vertraagde alles enorm'*.

Op persoonlijk niveau had corona ook grote impact. Zo zeiden sommige deelnemers dat ze minder *'zelfdiscipline'* hadden door al het thuiszitten. Aan de andere kant vonden sommige deelnemers het ook fijn dat ze meer rust hadden om aan zichzelf te werken.

6.4. Bevorderende en belemmerende factoren in de uitvoering

Deelnemers aan de case studies noemden verschillende bevorderende factoren, zoals bijvoorbeeld het krijgen van waardering op het werk, wat voor de deelnemers motiverend werkte, en het feit dat ze zich door werk fitter voelden. Dit waren echter individuele uitspraken en de benoemde bevorderende factoren verschilden per individu. Hierdoor konden we geen overkoepelende lijn in bevorderende elementen vanuit het cliënten perspectief presenteren in dit rapport. De bevorderende elementen die zijn benoemd zijn echter terug te vinden in [Bijlage 5](#). Wel brachten de deelnemers consistent vijf belemmerende factoren naar voren: 1) een laag zelfvertrouwen; 2) een omgeving die hen remt in het zoeken naar werk, vanwege twijfels of ze het aankunnen, of omdat de omgeving ook hulpbehoevend is; 3) moeite om hulp te vragen door de deelnemers; 4) psychische

klachten, waaronder duizeligheid, manische klachten en gebrek aan energie; 5) de financiële onzekerheid en onduidelijkheid in de regelgeving rondom hun uitkering. Voor de deelnemers loont werk niet altijd en kunnen inkomsten uit werk gevolgen hebben voor de uitkering. Daarnaast waren sommige deelnemers 80-100% afgekeurd en werd hen afgeraden om te werken. Dit werkt voor deelnemers belemmerend en demotiverend om werk te zoeken.

De geïnterviewde professionals (trajectbegeleiders, managers zorg en beleidsmedewerkers vanuit WV en gemeente) noemden ook een aantal bevorderende en belemmerende factoren in de uitvoering van de IPS-CMD-trajecten. Wat bevorderend werkte in de uitvoering is: 1) dat het een impuls is geweest voor verdere samenwerking tussen ggz en gemeenten. Zoals in [hoofdstuk 3](#) al is benoemd is er voor zover bekend bij 37 verschillende gemeenten een IPS-traject ingekocht, waarbij dit in 33 gemeenten voor het eerst het geval was. Dit versterkt het beeld van de ervaringen van de professionals dat de samenwerking met gemeenten is versterkt en uitgebreid; 2) dat er nu ook in andere zorgprogramma's voldoende aandacht is gekomen voor werk en IPS. Belemmerende factoren die de professionals noemden waren: 1) er waren slechts een beperkt aantal trajecten beschikbaar in deze regeling en de aanvraagperiode was relatief kort. 2) de afbakening van de doelgroep was in de praktijk toch onduidelijk: *'De definieerbaarheid van de doelgroep is een lastig punt. In de praktijk werkt deze definitie niet. Het is voor mensen ook stigmatiserend om zo op diagnose te focussen. Het zou fijn zijn sneller en flexibeler IPS in te kunnen zetten'*. 3) Stigma bij zowel werkgevers als in de gemeente werd ook benoemd als een knelpunt: *'onbekend is onbemind, er heerst veel stigma over de deelnemers. De gemeenten geloven er niet in dat deze mensen kunnen werken'*. 4) Voor gemeenten, en in het bijzonder kleinere gemeenten, was het moeilijk de werkprocessen zodanig in te richten dat er ruimte was voor de administratie en de uitvoering van de trajecten. Verder gaf het UWV aan dat het proces van administratieve toetsing en registratie van de aanvragen lastig bleek te zijn, ook in de samenwerking met gemeenten.

Werkgevers gaven over het algemeen aan dat een goede afstemming met de IPS-trajectbegeleider cruciaal is, zodat ze weten wat de deelnemer nodig heeft in de begeleiding op het werk: *'Wat we wel willen weten als werkgever is hoe we rekening moeten houden met dingen die relevant zijn voor het uitvoeren van het werk en de belastbaarheid, wanneer moeten we ingrijpen, wat zijn signalen waar we op moeten letten? Daarnaast is het belangrijk om te kijken wat een risico kan zijn in verband met de werkzaamheden.'* Alle werkgevers

gaven aan dat een knelpunt bij de IPS-CMD-trajecten is dat het *'extra tijd kost voor werkgevers om de werknemers met een arbeidsbeperking goed te ondersteunen'*.

6.5. Ervaringen met IPS ten opzichte van andere vormen van re-integratie

Deelnemers waren erg te spreken over IPS en gaven aan dat het voor hen veel toegevoegde waarde heeft ten opzichte van andere vormen van re-integratie. Het eerste argument wat ze daarvoor gaven was de persoonlijke begeleiding en de flexibiliteit die aan de deelnemers werd geboden in het traject: *'je krijgt 'hulp on demand', dat vind ik wel prettig'*; *'Er was erkenning en mensen konden goed inschatten wie je was en wat je aankon. Werk was voor mij ook wel een dingetje, ik keek er echt tegenop, als je goed begeleid wordt met IPS dan is het kleiner, we deden het ook echt samen'*. Daarnaast was de bejegening tegenover de deelnemers iets wat eruit stak bij IPS: *'Ik werd voor vol wordt aangezien en serieus genomen, dat heb ik altijd heel erg gemist'*. Ook was de concrete en directe aanpak van IPS een duidelijk pluspunt: *'IPS was echt concreet. Je ging naar het bedrijf en naar het UWV en ze konden echt iets voor me betekenen'*. Ook ervoeren de deelnemers niet veel druk om aan het werk te gaan en werd rekening gehouden met de psychische klachten: *'Bij IPS houden ze rekening met mijn klachten en is de druk niet zo hoog'*. Tot slot vonden deelnemers de focus op betaald werk erg fijn: *'Met IPS word je begeleid naar een 'echte baan' heeft. Het werk wat ik deed via andere re-integratie was uitzitten, daar had ik niets aan. Ik leerde niks en veel mensen zagen het als dat je uit je uitkering wordt gepest, dat zag ik zelf ook zo'*.

6.6. Ervaringen met gemeente en UWV begeleiding

Bij de case studies werden zes deelnemers bekostigd via het UWV en werden vier deelnemers bekostigd via gemeenten. De meeste deelnemers hadden weinig zicht op wat de rol van het UWV of de gemeente was in hun IPS-traject. Contact vond over het algemeen slechts sporadisch plaats bij zowel UWV als gemeente. De deelnemers die veel van doen hadden met het UWV gaven aan daar enige negatievere ervaringen mee te hebben vanwege *'slechte bejegening'* of vanwege *'veel verloren tijd door papierwerk'*. Bij de gemeenten vertelden alle deelnemers weinig tot geen contact met een medewerker vanuit de gemeente te hebben. Medewerkers van de gemeenten merkten weinig van een CMD regeling of een verschil tussen

CMD en EPA. Voor hen was het niet relevant of iemand onder de CMD of EPA groep valt: *‘Je ziet überhaupt geen grote lijn. Het is een grote mengelmoes aan mensen die wel graag willen werken, maar waar nog veel klachten zitten. Het zijn echt maatwerk trajecten. ... Het is een waslijst aan criteria en de gemeente is daar vaak niet van op de hoogte, bv. is er wel/geen diagnose en zijn mensen wel/niet in behandeling’.*

7. Conclusies en aanbevelingen IPS bij CMD

In dit onderzoek hebben we een mixed method longitudinaal cohort onderzoek uitgevoerd naar de toepasbaarheid en eerste resultaten van IPS bij mensen met common mental disorders. Dit onderzoek is gebaseerd op de volgende vragen: 1. Welke landelijke uitkomsten worden behaald met IPS bij deelnemers met CMD? 2. In hoeverre wordt IPS modelgetrouw toegepast? 3. Welke factoren belemmeren of bevorderen de implementatie van IPS? In dit slothoofdstuk geven we antwoord op deze drie onderzoeksvragen en geven we aanbevelingen voor verdere ontwikkelingen in de toekomst.

7.1. Belangrijkste bevindingen op basis van de onderzoeksvragen

Allereerst geven we antwoord op de drie onderzoeksvragen van het onderzoek en reflecteren we op deze bevindingen. Deze reflectie wordt hieronder per onderzoeksvraag behandeld.

1) Welke landelijke uitkomsten worden behaald met IPS bij deelnemers met CMD?

In totaal waren 168 deelnemers gestart met een IPS-CMD-traject. Hiervan waren er 75 gefinancierd vanuit de gemeente en 93 vanuit het UWV. De resultaten laten zien dat 45,2% van de deelnemers aan het IPS-CMD onderzoek op enig moment gedurende hun tweejarige IPS-CMD-traject een betaalde baan had gevonden. Van deze deelnemers was 75% aan het einde van het IPS-CMD-traject nog aan het werk: 50% in zijn eerste baan en 25% in een volgende baan. In totaal hadden de deelnemers bijna een jaar (11,5 maanden) gewerkt tijdens de studie periode, en ze werkten gemiddeld 22 uur per week in hun betaalde baan.

De coronacrisis had waarschijnlijk een negatieve invloed op de zoektocht naar betaald werk bij de deelnemers. Tijdens de periode met de meest beperkende maatregelen voor de arbeidsmarkt verloren er vier keer zo veel deelnemers hun baan, dan wat normaliter in het stadium van het IPS-traject waarin de deelnemers verkeerden zou verwachten. Op grond van onze data vermoeden we dat de huidige uitkomsten rondom betaald werk bij de CMD doelgroep een onderschatting zijn van de werkelijke potentie van IPS bij deze doelgroep. Hoe groot de impact van de coronacrisis is geweest op de werkuitkomsten, is echter niet exact vast te stellen.

We zagen dat een tweetal kenmerken binnen de groep van 168 deelnemers invloed had op de werkuitkomsten. Allereerst kwamen deelnemers wiens traject vanuit het UWV

werd gefinancierd significant vaker aan het werk dan deelnemers wiens traject vanuit de gemeente werden gefinancierd. Een verklaring hiervoor is niet met zekerheid te geven. Wel is het zo dat binnen dit onderzoek deelnemers wiens traject vanuit het UWV werd gefinancierd vaker gehuwd en gemiddeld genomen wat ouder waren, en meer werkervaring hadden dan deelnemers wiens traject vanuit de gemeente werden gefinancierd. Het kan dus zijn dat de verschillen in arbeidsuitkomsten deels verklaard zouden kunnen worden vanuit de verschillen in genoemde kenmerken. Zeker werkervaring is een bekende voorspeller van een succesvol arbeidsrehabilitatietraject: meer werkervaring vergroot de kans op gunstige uitkomsten. Een specifieke verklaring voor de verschillen tussen via het UWV en de via de gemeente gefinancierde trajecten viel echter buiten de reikwijdte van dit onderzoek, en is daardoor niet voorhanden. Ten tweede vonden deelnemers met meer werkervaring significant vaker een betaalde baan tijdens hun IPS-traject. Ook uit eerder gepubliceerd onderzoek bleek dat werkervaring een belangrijke voorspeller is voor gunstige werkuitskomsten bij IPS [50-52]. Overigens is het een sterk punt van het IPS-model dat het zoveel mogelijk deelnemers de gelegenheid biedt om die zo belangrijke werkervaring daadwerkelijk op te doen, waardoor hun kansen op duurzame betaalde arbeid ook op de langere termijn zullen toenemen. Deze resultaten sluiten daar goed bij aan.

Als we het IPS-EPA onderzoek in de beschouwing betrekken, dan zien we dat eenzelfde percentage deelnemers van het IPS-EPA onderzoek (44%) na twee jaar aan het werk kwam als de deelnemers aan het IPS-CMD onderzoek. Ook waren deelnemers van het IPS-EPA onderzoek even lang aan het werk tijdens de studieperiode als de deelnemers aan het IPS-CMD onderzoek. Wel is gebleken dat deelnemers aan het IPS-CMD onderzoek significant meer uren werkten en significant meer salaris verdienden dan deelnemers aan het IPS-EPA onderzoek.

Dit onderzoek is het eerste Nederlandse onderzoek naar IPS bij deelnemers met CMD. De resultaten zijn voornamelijk beschrijvend van aard. De deelnemers aan dit onderzoek werden niet vergeleken met een controlegroep. Hierdoor kunnen we geen uitspraken kunnen doen over of IPS bij deelnemers met CMD betere resultaten oplevert dan een controlegroep met andere arbeidsre-integratie methoden.

In buitenlands onderzoek zagen we dat het percentage mensen met CMD dat betaald werk had weliswaar sterk varieerde tussen de studies, maar dat gemiddeld 54% van deelnemers met CMD met behulp van IPS aan het werk kwamen. Dit is een hoger percentage

dan wat wij hier in Nederland hebben gevonden. Een belangrijk kanttekening daarbij is echter dat de definities van een common mental disorder in de buitenlandse studies vaak losser gedefinieerd waren. Mogelijk hadden deze deelnemers gemiddeld genomen mildere problematiek dan de doelgroep die aan ons onderzoek hebben deelgenomen. Daarnaast hadden men in de buitenlandse onderzoeken geen last van de beperkende maatregelen tijdens de coronacrisis. Hierdoor zijn onze resultaten moeilijk in perspectief te plaatsen met de resultaten van relevante studies uit het buitenland.

De vraag blijft dus nog open hoe we deze resultaten goed in perspectief kunnen plaatsen. We hebben vooraf geen criteria of normering opgesteld, en afgezien daarvan moeten we vanwege het karakter van de studie voorzichtig zijn in de waardering van de cijfers. We hebben immers geen controlegroep gebruikt, en onze onderzoeksgroep was relatief klein. We kunnen in elk geval stellen dat de uitkomsten 'vertrouwd' aanvoelen, want ze zijn in dezelfde orde van grootte ten opzichte van wat IPS doorgaans oplevert, zowel in Nederlands (uit het door UWV uitgevoerde IPS EPA onderzoek) als in internationaal onderzoek. We zouden de cijfers ook 'veelbelovend' willen noemen, om een aantal redenen.

Ten eerste is in dit onderzoek een eerste implementatiestap gezet in de toepassing van IPS voor een nieuwe doelgroep. Het implementeren van een aanpak bij een nieuwe doelgroep vergt doorgaans start- en ontwikkeltijd. In de eerste periode van een implementatie worden niet direct de best haalbare resultaten gehaald. Bij de start van implementatie van IPS in Nederland was dit ook nog niet het geval [17]. Desalniettemin is nu al een vergelijkbare proportie deelnemers uit deze nieuwe doelgroep aan het werk gekomen in vergelijking met mensen met EPA, voor wie IPS in de beginjaren was ontwikkeld en ingezet. Het feit dat deze resultaten bij deelnemers met CMD door ervaren IPS-programma's zijn bereikt, is overigens een belangrijke verklaring voor deze veelbelovende eerste resultaten.

Ten tweede hebben we aanwijzingen dat binnen dit onderzoek voor deelnemers met CMD, niet alle deelnemers optimaal gebruik hebben kunnen maken van IPS. Weliswaar hadden de deelnemers, volgens verwachting, gemiddeld meer werkervaring dan de gebruikelijke groep deelnemers met EPA, maar een andere bevinding was dat deelnemers minder dan bij de gewoonlijke doelgroep, de aangeboden begeleiding 'omarmden'. Deelnemers waren geneigd meer zelf te willen oplossen en zochten minder de hulp van de IPS-trajectbegeleider en de afstemming met de zorg of het persoonlijke netwerk. Hierdoor kon niet altijd tijdig worden ingegrepen wanneer deelnemers tegen bepaalde problemen op

het werk of in de persoonlijke sfeer aanliepen. Daarnaast was er de inschatting van sommige professionals dat de daadwerkelijk bereikte groep meer gemeen had met de gebruikelijke doelgroep met EPA dan van te voren was verwacht. Professionals merkten op dat de psychische klachten bij de deelnemers aan het CMD onderzoek vergelijkbaar waren in ernst en complexiteit als bij mensen met EPA. Aan de andere kant zag je wel terug dat de deelnemers jonger waren, meer recente werkervaring hadden en vaak een kortere zorggeschiedenis hadden. De complexiteit en ernst van de klachten was dus vergelijkbaar, maar de afstand tot de arbeidsmarkt bij deze doelgroep lijkt wel kleiner vergeleken met de EPA doelgroep. Dergelijke bevindingen kwamen overigens uit het kleinschaliger kwalitatieve verdiepende onderzoek, waarbij voorzichtigheid geboden blijft. Tot slot was er nog de coronaperiode, en we schatten in dat deze alles afwegend de kansen van de deelnemers ook geen goed gedaan heeft.

Ten derde lag het *aandeel* mensen dat werk vond weliswaar rond een ‘vertrouwd’ percentage, maar de resultaten die iets zeggen over *duurzaamheid* van de banen waren bij de onderzoeksgroep beter dan bij deelnemers uit het IPS-EPA onderzoek. De deelnemers uit het IPS-CMD onderzoek hadden langer werk (12 maanden) en werkten gemiddeld meer uren dan de deelnemers uit het IPS-EPA onderzoek.

2) In hoeverre wordt IPS modelgetrouw toegepast?

Over het algemeen is gebleken dat IPS modelgetrouw uitgevoerd kan worden bij deelnemer met CMD. Alle items konden worden gescoord door de auditoren bij de vier IPS-programma’s die we hebben geselecteerd, en op hoofdlijnen kon IPS bij deelnemers aan het IPS-CMD onderzoek op een vergelijkbare manier uitgevoerd worden als bij andersoortige IPS-trajecten.

Bij de eerste modeltrouwmeting behaalden de vier IPS-programma’s waarbij de modeltrouwmeting is uitgevoerd een ‘redelijke’ modeltrouwscore (98,17) en aan het einde van het IPS-CMD onderzoek behaalden deze IPS-programma’s een ‘goede’ modeltrouwscore (105,17). Dit geeft aan dat de IPS-programma’s gedurende het IPS-CMD onderzoek de modelgetrouwe uitvoering van IPS bij de deelnemers substantieel hebben verbeterd. Desalniettemin was de gemiddelde modeltrouwscore van deze vier IPS-programma’s aanzienlijk hoger (115,87) bij de reguliere modeltrouwmeting die in dezelfde periode heeft plaatsgevonden bij de volledige caseload van zowel CMD als EPA trajecten. Dit heeft voornamelijk te maken met het feit dat de modeltrouwmeting voor het IPS-CMD onderzoek

enkel gebaseerd was op de deelnemers aan dit onderzoek, hetgeen slechts een klein deel van de totale caseload, die met IPS werd begeleid, was in de deelnemende instellingen. Dit leidde tot een relatief lage score op een aantal items, met name op items die gebaseerd zijn op de omvang van een caseload. Daarnaast was het opzetten en implementeren van IPS bij mensen met CMD voor de geselecteerde IPS-programma's vrij nieuw. Onderzoek van Kenniscentrum Phrenos toonde aan dat bij de Nederlandse IPS-programma's goede modelgetrouwe implementatie van IPS meerdere jaren in beslag kan nemen [46].

Items die lager werden gescoord hadden vooral betrekking op integratie met zorg, het betrekken van het netwerk en het snel zoeken naar werk. De mindere integratie met zorg had voornamelijk te maken met het feit dat deelnemers vaak kortdurend behandeld werden, en meestal niet vanuit een multidisciplinair team. Ook werd er door deelnemers tijdens het IPS-traject redelijk vaak gewisseld tussen vormen van zorg (in het bijzonder van de gespecialiseerde ggz naar de basis ggz) of waren deelnemers niet meer in beeld bij de ggz. Hierdoor was het voor de trajectbegeleider moeilijk om met behandelaren af te stemmen. Verder kwam naar voren dat de deelnemers zelf veel oppakten in hun zoektocht naar werk. Ondanks dat dit een gunstige voorwaarde is om de zoektocht naar werk te doen slagen, had dit als keerzijde dat niet altijd steun of afstemming met de IPS-trajectbegeleider werd gezocht. Hierdoor had de IPS-trajectbegeleider minder zicht en grip op het zoeken naar werk, wat zou kunnen verklaren dat die zoektocht in sommige gevallen wat langer duurde. Tot slot was het kenmerkend voor de deelnemers aan het IPS-CMD onderzoek dat velen van hen weinig bemoeienis wensten vanuit hun eigen netwerk. Een aantal deelnemers hield graag het IPS-traject gescheiden van de privé situatie. Bovendien leek zelfstigma vaak voor te komen bij deze doelgroep. Hierdoor kregen trajectbegeleiders niet altijd de mogelijkheid om personen uit het persoonlijke netwerk te betrekken, en was het voor deelnemers lastig om open te zijn over hun psychische klachten.

3) Welke factoren belemmeren of bevorderen de implementatie van IPS?

Deelnemers noemden zelf de volgende belemmerende factoren:

1) Verminderd zelfvertrouwen: de deelnemers hadden weliswaar relatief veel werkervaring, maar ervoeren desalniettemin aan de start van hun IPS-traject wel een relatief grote afstand tot de arbeidsmarkt. Hierdoor was het voor veel deelnemers aan het begin van het IPS-traject

een uitdaging om voldoende zelfvertrouwen op te bouwen die nodig is in de zoektocht naar en het behoud van een betaalde baan.

2) Moeite om hulp te vragen: Deelnemers van het IPS-CMD onderzoek pakten relatief veel zelfstandig op in het IPS-traject. De keerzijde hiervan was dat er regelmatig te laat werd gesignaleerd wanneer deelnemers tegen problemen aanliepen. Dat ook het persoonlijke netwerk en andere behandelaars minder goed betrokken waren, maakte dit extra moeilijk om de uitdagingen op tijd te signaleren.

3) Financiële onzekerheid en onduidelijkheid in de regelgeving rondom hun uitkering: Werken loont niet altijd voor de deelnemers met een uitkering. Dit bleek ook weer bij de IPS-CMD-trajecten. Bij de doorberekeningen kwamen deelnemers niet altijd positief uit in financieel opzicht wanneer ze een betaalde baan startten. Daarnaast hadden sommige deelnemers eerdere negatieve ervaringen wat betreft de consequenties die het verrichten van betaald werk op hun uitkering had. Dit leidde tot veel onzekerheid en belemmerde deelnemers bij de start van of terugkeer naar betaald werk.

Professionals noemden twee bevorderende elementen van IPS bij CMD:

- 1) Het was een **impuls voor verdere samenwerking** tussen ggz, gemeenten en UWV;
- 2) Behalve in de behandelprogramma's voor mensen met EPA, kwam ook in andere behandelprogramma's **meer aandacht voor werk** en IPS.

Professionals benoemden echter ook vier belemmerende factoren:

- 1) Er waren slechts **een beperkt aantal trajecten beschikbaar** in deze regeling en de aanvraagperiode was relatief kort.
- 2) De **afbakening van de doelgroep** is in de praktijk toch onduidelijk en moeilijk te definiëren.
- 3) **Stigma bij zowel werkgevers als in de gemeente en UWV** zorgde ervoor dat er minder geloof was dat deze doelgroep aan het werk komt waardoor het moeizamer was om een geschikte baan voor de deelnemers te vinden.
- 4) Voor gemeenten, en in het bijzonder kleinere gemeenten, was het **moeilijk de werkprocessen zodanig in te richten** dat er ruimte was voor de administratie en de uitvoering van de IPS- trajecten.

7.2. Algehele conclusies

Alles overziend lijkt IPS goed toepasbaar voor deelnemers met CMD, en zijn de eerste resultaten veelbelovend. Hieronder zetten we de belangrijkste bevindingen op een rij.

- 45% van CMD deelnemers heeft op enig moment tijdens IPS-CMD-traject betaald gewerkt en ze waren gemiddeld 12 maanden tijdens hun traject aan het werk.
- 75% van alle deelnemers die tijdens het IPS-CMD-traject betaald aan het werk waren gekomen, waren aan het einde van hun traject nog steeds aan het werk.
- Corona had waarschijnlijk invloed op de werkuitkomsten, voornamelijk op het behoud van werk.
- IPS kon modelgetrouw uitgevoerd worden bij deelnemers met CMD en de modeltrouwscores waren redelijk tot goed.
- Het IPS-CMD onderzoek gaf een goede impuls aan samenwerking met de gemeente en het UWV en zette werk beter op de kaart binnen de ggz-instelling. De impuls in de samenwerking met de gemeenten werd onderstreept door het feit dat de meeste gemeentelijke IPS-CMD-trajecten werden aangevraagd door gemeenten die nog nooit eerder een IPS-traject hadden gefinancierd.
- Thema's die specifieke aandacht vragen bij de toepasbaarheid van IPS bij de CMD doelgroep zijn: het aanpakken van (zelf)stigma bij de deelnemer en de professionals die met de deelnemer werken; het stimuleren van deelnemers om op tijd hulp te vragen wanneer ze vastlopen in hun traject; de afstemming met de behandelprogramma's van de deelnemer; en het beter betrekken van naasten van de deelnemer.

7.3. Aanbevelingen

Onze onderzoekbevindingen geven aanleiding om enige aanbevelingen te formuleren voor de verdere ontwikkeling van IPS voor mensen met CMD.

- We beginnen met de meest algemene aanbeveling, namelijk om in Nederland door te gaan met het geschikt en beschikbaar maken van IPS voor cliënten met CMD.

Vervolgens is het de vraag *op welke manier* we hiermee door moeten gaan. Dat proberen we aan te geven in een aantal specifiekere aanbevelingen. Deze aanbevelingen hebben betrekking op achtereenvolgens a. onderzoek, b. praktijk en c. beleid en regelgeving inzake IPS voor cliënten met CMD.

Aanbevelingen rondom onderzoek

Ons onderzoek heeft aangetoond dat IPS goed te implementeren is bij cliënten met CMD en dat de eerste resultaten in termen van toegenomen arbeidsdeelname bemoedigend zijn. Maar het onderzoek geeft geen uitsluitsel over de vraag of IPS (kosten-)effectiever is dan de gebruikelijke arbeidsre-integratiepraktijk voor deze doelgroep. Ook internationaal is de evidentie hiervoor nog beperkt (De Winter et al., 2022).

- Daarom is het zaak om gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek van voldoende omvang uit te voeren naar de effectiviteit en kosteneffectiviteit van IPS bij deelnemers met CMD.
- Dergelijke studies kunnen gericht zijn op de volle omvang en diversiteit van de CMD-groep. Dit sluit goed aan bij de gangbare re-integratiepraktijk van UWV en gemeenten. We moeten daarbij voldoende aandacht blijven houden voor een optimale afstemming tussen UWV en gemeenten met de behandelpraktijk.
- Het is daarnaast zinvol om binnen de bredere doelgroep met CMD te onderzoeken of er in de IPS praktijk mogelijk specifieke knelpunten te detecteren zijn, en daarop voortvloeiend handvatten te bieden zijn, bij deelnemers met bepaalde diagnoses. In dit geval deelnemers met stemmingsstoornissen, angststoornissen, persoonlijkheidsstoornis, ADHD, autisme of stoornissen in het alcohol- of middelengebruik.

Praktijk

IPS is weliswaar goed uitvoerbaar bij cliënten met CMD, maar deze doelgroep stelt IPS-trajectbegeleiders en andere betrokken ggz-professionals ook voor nieuwe uitdagingen.

- Ons voorstel is om een landelijke werkgroep te formeren en te faciliteren, die de opdracht krijgt om op geleide van voornoemde vragen en andere voorkomende knelpunten de IPS-aanpak bij cliënten met CMD nader in kaart te brengen. In deze werkgroep dienen IPS-professionals, ggz-behandelaars, IPS-onderzoekers, vertegenwoordigers van werkgevers en ervaringsdeskundigen zitting te nemen.
- Deze werkgroep dient tevens oplossingen aan te reiken voor de knelpunten die in dit onderzoek aan het licht zijn gekomen. In het bijzonder dient daarbij aandacht te zijn voor doorlopende afstemming met de ggz behandelpraktijk, in het bijzonder voor de cliënten wiens behandeling is afgerond gedurende het IPS-traject. Ook is het hierbij van belang om te blijven anticiperen op veranderingen in de focus en inrichting van de ggz. Een belangrijke vervolgstap zou bijvoorbeeld kunnen zijn om hiervoor een gezamenlijke handreiking te ontwikkelen met concrete adviezen en oplossingsrichtingen hoe we integratie met zorg kunnen garanderen en waarborgen bij cliënten in kortdurende behandeltrajecten.
- Ook bleken publiek en geïnternaliseerd stigma en daarmee samenhangende vragen inzake openheid over psychische aandoening in de arbeidswereld, zwaarwegende kwesties te zijn in de IPS-praktijk voor deelnemers met CMD. Het is aan te bevelen om de interventie CORAL (toename van stigma-bewustzijn en beslisthulp inzake openheid in werksituaties) standaard toe te voegen aan de IPS-praktijk voor de deelnemers. Voor professionals kan in de opleiding van IPS-trajectbegeleiders onderwerpen als publiek stigma, geïnternaliseerd stigma en openheid over psychische aandoeningen passende aandacht krijgen. Het inzetten van ervaringsdeskundigen kan juist ook bij deze thema's meerwaarde hebben.
- We stellen tevens voor dat gemeenten en UWV hechter gaan samenwerken om IPS voor de bredere doelgroep te implementeren en samen te onderzoeken wat maakt dat de cijfers voor mensen met een gemeentelijke uitkering wat minder goed uitpakken dan degenen die vanuit UWV komen. Deze samenwerking moet leiden tot gezamenlijke verbeterstrategieën bedenken om de arbeidsuitkomsten verder te verbeteren. Het ligt daarbij voor de hand om de werkgeversservicepunten te betrekken, waarin gemeenten en UWV toch al nauw samenwerken. Extra winst daarbij is dat via deze al bestaande samenwerkingsverbanden ook de werkgevers beter

betrokken kunnen worden, wat ook een belangrijke randvoorwaarde is om de arbeidsparticipatie van de doelgroep te verbeteren.

Beleid en regelgeving

Uit ons onderzoek komt naar voren dat het onderscheid tussen (cliënten met) ernstige psychische aandoeningen en (mensen met) veel voorkomende psychische aandoeningen in de dagelijkse praktijk vaak moeilijk te maken is. Bovendien wordt dit onderscheid vooral in de gemeentelijke re-integratiepraktijk als niet erg relevant ervaren. Allereerst merken we op dat dit onderscheid minder lading krijgt zodra wetenschappelijk onderzoek overtuigend heeft aangetoond dat IPS ook (kosten-)effectief is bij mensen met CMD.

- Zolang dat echter niet het geval is verdient het de voorkeur om bij het onderscheid ‘CMD of EPA’ vooral te kijken naar de behandel- of zorgsetting van cliënten (deelnemers met EPA zijn vooral in zorg bij FACT-teams en instellingen voor beschermd en begeleid wonen, deelnemers met CMD vooral bij specialistische behandelprogramma’s in poliklinieken). Deze afscheiding sluit beter aan bij de praktijk en maakt het voor IPS-programma’s haalbaarder om deelnemers onder de juiste regeling te plaatsen.
- Daarnaast stellen we vast dat publiek stigma en structureel stigma ook voorkomen (bij professionals van) het UWV en gemeenten. Daarom verdient het aanbeveling om aan alle betrokken professionals van UWV en gemeenten een stigma-awareness training aan te bieden.
- Tot slot bevelen we aan om bij toekomstige regelingen meer aandacht te hebben voor flexibiliteit in de duur en intensiteit van de IPS-CMD-trajecten, rekening houdend met de wens van de cliënt en het inzicht van de behandelaar. Bij de ene deelnemer sluit een kortdurend intensief traject beter aan, terwijl andere deelnemers meer behoefte hebben aan langdurige ondersteuning met minder intensieve begeleiding.

Colofon

Dit onderzoek is uitgevoerd door Kenniscentrum Phrenos in opdracht van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW).

Contactpersoon:

Lars de Winter, stafmedewerker onderzoek Kenniscentrum Phrenos

E-mail: Lwinter@kcphrenos.nl

Telefoon: 030 – 2931626

Adres: Da Costakade 45, 3521 VS Utrecht

Auteurs

Lars de Winter (Kenniscentrum Phrenos)

Harry Michon (Movisie)

Chrisje Couwenbergh (Kenniscentrum Phrenos)

Jaap van Weeghel (Kenniscentrum Phrenos)

Projectgroep

Lars de Winter (Kenniscentrum Phrenos), Harry Michon (Movisie), Chrisje Couwenbergh (Kenniscentrum Phrenos), Jaap van Weeghel (Kenniscentrum Phrenos), Marcel Spijkerman (UWV), Marcel Einerhand (Ministerie SZW) & Henk Jan Grotenhuis (Ministerie SZW)

Begeleidingscommissie

Fer Nieuweboer & Henk Jan Grotenhuis (Ministerie SZW), Isabella de Kroon (UWV), Marloes de Graaf (UWV), Liesbeth van Gent (de Nederlandse ggz), Karen Bogers (REAKT), Diederik de Klerk & Cris Bergmans (Divosa), Steven Hubeek (AWVN / De Normaalste Zaak), Margriet Paalvast (MIND), Hans Kroon (Trimbos Instituut), Pearl Hartgers (Programmaraad), Jeroen Poot (Ministerie VWS)

Met medewerking van

Een speciale dank gaat uit naar alle IPS-programma's, betrokken professionals uit de ggz, gemeenten en UWV, werkgevers en betrokken cliënten die hun bijdrage hebben geleverd aan

het IPS-CMD onderzoek. In het bijzonder een speciale dank en vermelding van de vier IPS-programma's die hun praktijk beschikbaar hebben gesteld voor de modeltrouwmetingen van het IPS-CMD onderzoek: GGZ Rivierduinen, Mondriaan, Roads & Twomorrow.

Literatuur

1. Dunn, E.C., Wewiorski, N.J., & Rogers E.S. (2008) The meaning and importance of employment to people in recovery from serious mental illness: results of a qualitative study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(1), 59–62.
2. Michon, H., van Busschbach, J.T., Stant, A.D., van Vugt, M.D., van Weeghel, J., & Kroon, H. (2014) Effectiveness of individual placement and support for people with severe mental illness in the Netherlands: a 30-month randomized controlled trial. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(2), 129–136.
3. Bell, M.D., Milstein, R.M., & Lysaker, P.H. (1993). Pay as an incentive in work participation by patients with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 44(7), 684-686.
4. Becker, D., Whitley, R., Bailey, E.L., & Drake, R.E. (2007). Long-term employment trajectories among participants with severe mental illness in supported employment. *Psychiatric services*, 58(7), 922-928.
5. Hulsbosch, L., de Lange, A., Knispel, A., & Kroon, H. (2021). Leefsituatie en ervaringen met zorg van mensen met ernstige psychische aandoeningen. *Deelonderzoek 3 - Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2020*. Utrecht: Trimbos-instituut.
6. Suijkerbuijk, Y.B., Schaafsma, F.G., van Mechelen, J.C., Ojajärvi, A., Corbière, M., & Anema, J.R. (2017) Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 9, CD011867. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011867.pub2>
7. Karpov, B., Joffe, G., Aaltonen, K., Suvisaari, J., Baryshnikov, I., Näätänen, P., & Heikkinen, M. (2017). Level of functioning, perceived work ability, and work status among psychiatric patients with major mental disorders. *European Psychiatry* 44,83–89
8. Van Hoof, F., Knispel, A., Hulsbosch, L., de Lange, A., Michon, H., & Kroon, H. (2017) *Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2017 (National monitor Deinstitutionalization and reform of long term mental health care 2017)*. Utrecht: Trimbos-instituut. <https://asset.s.trimbos.nl/docs/3c0ea839-ee7c-4427-b393-8e7819afa323.pdf>.

9. Marwaha, S., & Johnson, S. (2005). Views and experiences of employment among people with psychosis: a qualitative descriptive study. *International journal of social psychiatry*, 51(4), 302-316.
10. Becker, D.R., & Drake, R.E. (2003). *A working life for people with severe mental illness*. Oxford University Press, New York
11. Modini, M., Tan, L., Brinchmann, B., Wang, M.J., Killackey, E., Glozier, N., ... & Harvey, S.B. (2016). Supported employment for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis of the international evidence. *The British Journal of Psychiatry*, 209(1), 14-22.
12. Metcalfe, J.D., Drake, R.E., & Bond, G.R. (2018). Economic, labor, and regulatory moderators of the effect of individual placement and support among people with severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 44(1), 22-31.
13. Bond, G.R., Drake, R.E., & Pogue, J.A. (2019). Expanding individual placement and support to populations with conditions and disorders other than serious mental illness. *Psychiatric services*, 70(6), 488-498.
14. LePage, J.P., Lewis, A.A., Crawford, A.M., Parish, J.A., Ottomanelli, L., Washington, E.L., & CIPHER, D.J. (2016). Incorporating individualized placement and support principles into vocational rehabilitation for formerly incarcerated veterans. *Psychiatric Services*, 67(7), 735-742.
15. Sveinsdottir, V., Lie, S.A., Bond, G.R., Eriksen, H.R., Tveito, T.H., Grasdahl, A., & Reme, S.E. (2019). Individual placement and support for young adults at risk of early work disability (the SEED trial). A randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 45(1), 33-41. Doi: 10.5271/sjweh.3837
16. Van Weeghel, J., 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 (10), 936-950.
17. Van Erp, N.H., Giesen, F.B., van Weeghel, J., Kroon, H., Michon, H.W., Becker, D., ... & Drake, R.E. (2007). A multisite study of implementing supported employment in the Netherlands. *Psychiatric Services*, 58 (11), 1421-1426.

18. Michon, H., van Busschbach, J.T., Stant, A.D., van Vugt, M.D., van Weeghel, J. & Kroon, H. (2014). Effectiveness of individual placement and support for people with severe mental illness in the Netherlands: a 30-month randomized controlled trial. *Psychiatry Rehabilitation Journal*, 37(2), 129–136.
19. Van Alphen, A., Ammeraal, M., Blanke, C., Boonstra, N., Boumans, H., Bruggeman, R., ... & Van der Gaag, M. (2012). *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie*. Utrecht: De Tijdstroom
20. Van Weeghel, J., Bruinvels, D.J. & Huson, A. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn werk en ernstige psychische aandoeningen*. Utrecht: De Tijdstroom
21. Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz (2017). *Zorgstandaard Psychose*. Utrecht: NKO.
22. Helgesson, M., Tinghög, P., Wang, M., Rahman, S., Saboonchi, F., & Mittendorfer-Rutz, E. (2018). Trajectories of work disability and unemployment among young adults with common mental disorders. *BMC public health*, 18(1), 1-12.
23. Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., & Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International journal of epidemiology*, 43(2), 476-493.
24. Arends, I., van der Klink, J. J., Van Rhenen, W., de Boer, M. R., & Bültmann, U. (2014). Predictors of recurrent sickness absence among workers having returned to work after sickness absence due to common mental disorders. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 40(2), 195-202. doi:10.5271/sjweh.3384.
25. De Vries, S., Ten Have, M., van Dorsselaer, S., van Wezep, M., Hermans, T., & de Graaf, R. (2016). Local availability of green and blue space and prevalence of common mental disorders in the Netherlands. *BJPsych Open*, 2(6), 366-372.
26. Blank, L., Peters, J., Pickvance, S., MacDonald, E., & Wilford, J. (2008). Systematic review of the factors which predict return to work for people suffering episodes of poor mental health. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18, 27–34.

27. Knudsen, A.K., Øverland, S., Aakvaag, H.F., Harvey, S.B., Hotopf, M., & Mykletun, A. (2010). Common mental disorders and disability pension award: seven year follow-up of the HUSK study. *Journal of psychosomatic research*, 69(1), 59-67.
28. Andersen, M.F., Nielsen, K., & Brinkmann, S. (2014). How do workers with common mental disorders experience a multidisciplinary return-to-work intervention? A qualitative study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(4), 709-724.
29. Flach, P.A., Groothoff, J.W., Krol, B., & Bültmann, U. (2012). Factors associated with first return to work and sick leave durations in workers with common mental disorders. *The European Journal of Public Health*, 22(3), 440-445.
30. Davis, L.L., Leon, A.C., Toscano, R., Drebing, C.E., Ward, L.C., Parker, P.E., ... & Drake, R.E. (2012). A randomized controlled trial of supported employment among veterans with posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Services*, 63(5), 464-470.
31. Hellström, L., Bech, P., Hjorthøj, C., Nordentoft, M., Lindschou, J., & Eplöv, L.F. (2017). Effect on return to work or education of Individual Placement and Support modified for people with mood and anxiety disorders: results of a randomised clinical trial. *Occupational and environmental medicine*, 74(10), 717-725.
32. Reme, S.E., Monstad, K., Fyhn, T., Sveinsdottir, V., Løvvik, C., Lie, S.A., & Øverland, S.N. (2019). A randomized controlled multicenter trial of individual placement and support for patients with moderate-to-severe mental illness. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 45 (1), 33-41.
33. Hellström, L., Pedersen, P., Christensen, T.N., Wallstroem, I.G., Bojesen, A.B., Stenager, E., ... & Eplöv, L.F. (2021). Vocational Outcomes of the Individual Placement and Support Model in Subgroups of Diagnoses, Substance Abuse, and Forensic Conditions: A Systematic Review and Analysis of Pooled Original Data. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 31(4), 699-710.
34. Gammelgaard, I., Christensen, T.N., Eplöv, L.F., Jensen, S.B., Stenager, E., & Petersen, K.S. (2017). 'I have potential': Experiences of recovery in the individual placement and support intervention. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(5), 400-406.

35. Porter, S., Lexén, A., Johanson, S., & Bejerholm, U. (2018). Critical factors for the return-to-work process among people with affective disorders: Voices from two vocational approaches. *Work, 60*(2), 221-234.
36. De Graaf, R., Ten Have, M., Van Gool, C. & Van Dorsselaer, S. (2012). Prevalentie van psychische aandoeningen en trends van 1996 tot 2009; resultaten van nemesis-2. *Tijdschrift voor psychiatrie, 54* (1), 27-38.
37. Bond, G.R., Peterson, A.E., Becker, D.R., & Drake, R.E. (2012). Validation of the revised individual placement and support fidelity scale (IPS-25). *Psychiatric services, 63*(8), 758-763.
38. de Winter, L., Couwenbergh, C., van Weeghel, J., Sanches, S., Michon, H. & Bond, G.R. (2022). Who benefits from individual placement and support? A meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 31*. e50. doi: 10.1017/S2045796022000300. PMID: 35815640.
39. Davis, L.L., Leon, A.C., Toscano, R., Drebing, C.E., Ward, L.C., Parker, P.E., ... & Drake, R.E. (2012). A randomized controlled trial of supported employment among veterans with posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Services, 63*(5), 464-470.
40. Davis, L.L., Kyriakides, T.C., Suris, A.M., Ottomanelli, L.A., Mueller, L., Parker, P.E., ... & Drake, R.E. (2018). Effect of evidence-based supported employment vs transitional work on achieving steady work among veterans with posttraumatic stress disorder: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry, 75*(4), 316-324.
41. Reme, S.E., Monstad, K., Fyhn, T., Sveinsdottir, V., Løvvik, C., Lie, S.A., & Øverland, S. (2019). A randomized controlled multicenter trial of individual placement and support for patients with moderate-to-severe mental illness. *Scandinavian journal of work, environment & health, 45*(1), 33-41.
42. Poremski, D., Rabouin, D., & Latimer, E. (2017). A randomised controlled trial of evidence based supported employment for people who have recently been homeless and have a mental illness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 44*(2), 217-224.
43. Hellström, L., Bech, P., Hjorthøj, C., Nordentoft, M., Lindschou, J., & Eplov, L.F. (2017). Effect on return to work or education of Individual Placement and Support modified for

people with mood and anxiety disorders: results of a randomised clinical trial. *Occupational and environmental medicine*, 74(10), 717-725.

44. Brouwers, E. (2016). Stigma op psychische problemen is een barrière voor arbeidsparticipatie. *TBV–Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 24(4), 155-157.

45. Delespaul, P.H. (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland [Consensus on the definition of people with severe mental illness (EPA) and their number in the Netherlands]. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55(6), 427–438.

46. de Winter, L., Couwenbergh, C., van Weeghel, J., Bergmans, C., & Bond, G.R. (2020). Fidelity and IPS: does quality of implementation predict vocational outcomes over time for organizations treating persons with severe mental illness in the Netherlands?. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(12), 1607-1617.

47. Areberg, C., & Bejerholm, U. (2013). The effect of IPS on participants' engagement, quality of life, empowerment, and motivation: a randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(6), 420-428.

48. Ferguson, K.M. (2018). Nonvocational outcomes from a randomized controlled trial of two employment interventions for homeless youth. *Research on Social Work Practice*, 28(5), 603-618.

49. Kukla, M., & Bond, G. R. (2013). A randomized controlled trial of evidence-based supported employment: Nonvocational outcomes. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 38(2), 91-98.

50. Catty, J., Lissouba, P., White, S., Becker, T., Drake, R. E., Fioritti, A., ... & EQOLISE Group. (2008). Predictors of employment for people with severe mental illness: results of an international six-centre randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 192(3), 224-231.

51. Campbell, K., Bond, G. R., Drake, R. E., McHugo, G. J., & Xie, H. (2010). Client predictors of employment outcomes in high-fidelity supported employment: a regression analysis. *The Journal of nervous and mental disease*, 198(8), 556-563.

52. Christensen, T. N., Wallstrøm, I. G., Bojesen, A. B., Nordentoft, M., & Epløv, L. F. (2021). Predictors of work and education among people with severe mental illness who participated in the Danish individual placement and support study: findings from a randomized clinical trial. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(9), 1669-1677.

53. Klink, J. J. L. (2015). *Value at Work: Sustainable Employability as Capability; a Multidisciplinary Perspective*. Tilburg University.

Bijlage 1. Implementatie IPS-trajecten in Nederland

IPS is in 2002 geïntroduceerd in Nederland [16] en de implementatie startte vanaf 2003 bij vier ggz-instellingen via een implementatieonderzoek [17]. Dit implementatie onderzoek toonde aan dat IPS haalbaar en uitvoerbaar was in Nederland. In een later stadium werd in Nederland de effectiviteit van IPS onderzocht via een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek die IPS vergeleek met andere methodieken die mensen begeleiden naar werk [18]. Hieruit bleek IPS effectief te zijn ten opzichte van andere arbeidsre-integratie methodieken en is IPS aanbevolen door verschillende multidisciplinaire richtlijnen en zorgstandaarden [19-21].

In de afgelopen jaren is IPS flink gegroeid in Nederland en in 2020 waren er 34 ggz-instellingen en instellingen voor beschermd en begeleid wonen die IPS aanbieden (ook wel IPS-programma's genoemd) voor hun cliënten. Kenniscentrum Phrenos controleert de kwaliteit van uitvoering volgens het IPS model bij ieder IPS-programma door middel van een cyclus van kwaliteitsverbetering. Deze cyclus bestaat uit het uitvoeren van een modeltrouwmeting bij de IPS-programma's iedere twee jaar en het opvragen van kwartaalcijfers over de caseload, de capaciteit van het programma, de plaatsingscijfers en de uitstroom. Twee keer per jaar krijgt ieder IPS-programma een terugkoppeling met de meest recente kwartaalcijfers en modeltrouwcores. Ook wordt twee keer per jaar een IPS platform georganiseerd waarbij de nieuwste ontwikkelingen rondom IPS met de IPS-programma's wordt gedeeld. Tot slot zijn we in Nederland aangesloten bij de internationale IPS learning community. Voor meer informatie zie: www.werkenmetips.nl

Bijlage 2. Aanvullende tabellen en figuren

Tabel B1. Descriptieve kenmerken deelnemers tijdens maand start IPS: vergelijking deelnemers IPS-CMD en IPS-EPA onderzoek

| Categoriële uitkomsten (aantallen en percentages) | | | | | | |
|---|------------------------------|------------|--------|------------------------------|------------|--------|
| | Deelnemers IPS-CMD onderzoek | | | Deelnemers IPS-EPA onderzoek | | |
| | Aantal | Percentage | Totaal | Aantal | Percentage | Totaal |
| Sekse: aantal (%) vrouw ^S | 87 | 52% | 168 | 1030 | 64% | 1607 |
| Burgerlijke staat: aantal (%) gehuwd | 22 | 13% | 167 | 176 | 11% | 1607 |
| <u>Hoogst afgeronde opleidingsniveau</u> | | | | | | |
| - Basisonderwijs | 24 | 14% | 168 | 225 | 14% | 1607 |
| - VMBO totaal* | 40 | 24% | 168 | 289 | 18% | 1607 |
| - VMBO-B/K ^C | 18 | 11% | 168 | X | X | X |
| - VMBO-G/T ^C | 22 | 13% | 168 | X | X | X |
| - HAVO/VWO | 8 | 5% | 168 | 145 | 9% | 1607 |
| - MBO totaal* | 68 | 40% | 168 | 546 | 34% | 1607 |
| - MBO niveau 1 ^C | 8 | 5% | 168 | X | X | X |
| - MBO niveau 2 ^C | 17 | 10% | 168 | X | X | X |
| - MBO niveau 3 ^C | 10 | 6% | 168 | X | X | X |
| - MBO niveau 4 ^C | 33 | 20% | 168 | X | X | X |
| - HBO/WO totaal* | 28 | 17% | 168 | 193 | 12% | 1607 |
| - HBO bachelor ^C | 20 | 12% | 168 | X | X | X |
| - WO-bachelor ^C | 2 | 1% | 168 | X | X | X |
| - WO master ^C | 6 | 4% | 168 | X | X | X |
| - Onbekend ^S | 0 | 0% | 168 | 241 | 15% | 1607 |
| <u>Uitkering</u> | | | | | | |
| - IVA ^E | 0 | 0% | 168 | 24 | 2% | 1606 |
| - nWAJONG ^C | 5 | 3% | 168 | 0 | 0% | 1606 |
| - Wajong oude wet ^S | 3 | 2% | 168 | 638 | 40% | 1606 |
| - WAO dienstverlening | 9 | 5% | 168 | 124 | 8% | 1606 |
| - WGA 35-80 | 9 | 5% | 168 | 137 | 9% | 1606 |
| - WGA 80-100 | 28 | 17% | 168 | 371 | 23% | 1606 |
| - WWB / P-Wet uitkering ^{CS} | 76 | 45% | 168 | 0 | 0% | 1606 |
| - Ziektewet | 38 | 23% | 168 | 312 | 19% | 1606 |
| <u>Verdeling leeftijdscategorieën</u> | | | | | | |
| - 18-25 jaar ^S | 26 | 16% | 168 | 158 | 10% | 1607 |
| - 26-35 jaar | 55 | 33% | 168 | 630 | 39% | 1607 |
| - 36-45 jaar | 47 | 28% | 168 | 474 | 30% | 1607 |
| - 46-55 jaar | 29 | 17% | 168 | 293 | 18% | 1607 |
| - 56-pensioen | 11 | 7% | 168 | 52 | 3% | 1607 |
| <u>Verdeling werkervaring^C</u> | | | | | | |
| 0-2 jaar | 24 | 14% | 161 | X | X | X |
| 3-5 jaar | 30 | 18% | 161 | X | X | X |
| 6-10 jaar | 35 | 21% | 161 | X | X | X |
| >10 jaar | 72 | 43% | 161 | X | X | X |
| <u>Werkhistorie: % maanden gewerkt afgelopen drie jaar:</u> | | | | | | |
| 0% ^S | 76 | 45% | 168 | 1151 | 72% | 1607 |
| 0-25% | 31 | 18% | 168 | 124 | 8% | 1607 |

| 25-50% | 21 | 13% | 168 | 111 | 7% | 1607 |
|---|-----------------------------|------|--------|-----------------------------|-----|--------|
| 50-75% | 19 | 11% | 168 | 119 | 7% | 1607 |
| 75-100% | 21 | 13% | 168 | 104 | 6% | 1607 |
| Continue uitkomsten (gemiddelden en standaarddeviaties) | | | | | | |
| | Deelnemers IPS-CMD regeling | | | Deelnemers IPS-EPA regeling | | |
| | Gemiddelde | SD | Totaal | Gemiddelde | SD | Totaal |
| Leeftijd | 37.4 | 10.6 | 168 | 37.1 | 9.5 | 1607 |
| Jaren werkervaring ^c | 11.3 | 9.2 | 161 | X | X | X |

^E : Enkel uitgevraagd bij de IPS-EPA regeling; ^c : Enkel uitgevraagd bij de IPS-CMD regeling

‡ : significant verschil tussen beide groepen

* Opleidingsniveaus met een sterretje staan voor algemene brede opleidingsniveaus die zowel bij het IPS-CMD onderzoek als het IPS-EPA onderzoek zijn onderzocht. Bij het IPS-CMD onderzoek zijn specifiekere opleidingsniveaus uitgevraagd die onder een algemeen opleidingsniveau vallen. Deze zijn schuingedrukt toegevoegd in de tabel.

Tabel B2. Overige werkuitkomsten bij deelnemers aan het IPS-CMD en het IPS-EPA onderzoek

| | Deelnemers IPS-CMD onderzoek | | | Deelnemers IPS-EPA onderzoek | | | | |
|---|------------------------------|------------|--------|------------------------------|------------------------------|--------|-------|--------|
| | Aantal | Percentage | Totaal | Aantal | Percentage | Totaal | | |
| Aantal (%) proefplaatsingen op enig moment gedurende het IPS-traject | 8 | 4,8% | 168 | 132 | 14,0% | 946 | | |
| Aantal (%) deelnemers dat op enig moment betaald heeft gewerkt | 76 | 45,2% | 168 | 420 | 44,4% | 946 | | |
| <u>Type contract ten opzichte van beschikbare banen*</u> | | | | | | | | |
| - Arbeidsovereenkomst | 75 | 73,5% | 102 | 354 | 73,1% | 484 | | |
| - Uitzendkracht | 22 | 21,6% | 102 | 114 | 23,6% | 484 | | |
| - Overig (bv. stagiair of payrollling) | 5 | 4,9% | 102 | 16 | 3,3% | 484 | | |
| Proportie banen met contract voor onbepaalde tijd* | 7 | 6,9% | 102 | 36 | 7,4% | 420 | | |
| <u>Periode tussen start IPS en start betaald werk</u> | | | | | | | | |
| - Binnen 30 dagen (<1 maand) | 10 | 13,2% | 76 | 7 | 1,7% | 420 | | |
| - Tussen 31 en 60 dagen (1-2 maanden) | 4 | 5,3% | 76 | 25 | 6,0% | 420 | | |
| - Tussen 61 en 150 dagen (2-5 maanden) | 16 | 21,1% | 76 | 110 | 26,2% | 420 | | |
| - Tussen 151 en 270 dagen (6-9 maanden) | 12 | 15,8% | 76 | 74 | 17,6% | 420 | | |
| - 271 dagen of meer (>9 maanden) | 34 | 44,8% | 76 | 204 | 48,6% | 420 | | |
| | Deelnemers IPS-CMD onderzoek | | | | Deelnemers IPS-EPA onderzoek | | | |
| | M | SD | Range | Totaal | M | SD | Range | Totaal |
| Aantal maanden aan het werk tijdens studie periode | 11,5 | 7,4 | 1-25 | 76 | 12,9 | 7,1 | 1-24 | 420 |
| De maximale tijd dat mensen werkzaam zijn geweest aan één en dezelfde baan in maanden tijdens de studie periode | 10,3 | 7,0 | 1-25 | 76 | 11,4 | 6,4 | 1-24 | 420 |

| | | | | | | | | |
|---|--------|-------|----------|----|-------|-------|----------|-----|
| Gemiddeld aantal uur dat deelnemer aan het werk is per maand | 88,5 | 44,9 | 0-199 | 76 | 64,1 | 44,4 | 0-280 | 420 |
| Gemiddeld % dat deelnemer daadwerkelijk werkt t.o.v. diens contracturen | 116,9 | 72,0 | 0-7150 | 76 | 80,0 | 40,0 | 0-275 | 234 |
| Salaris | 1260,5 | 926,5 | 5 – 5163 | 76 | 672,2 | 556,1 | 4 – 3283 | 420 |

*Omdat sommige cliënten tijdens hun IPS-traject meerdere banen hebben gehad is het totaal aantal banen een hoger getal dan het totaal aantal mensen dat gewerkt heeft tijdens het IPS-traject.

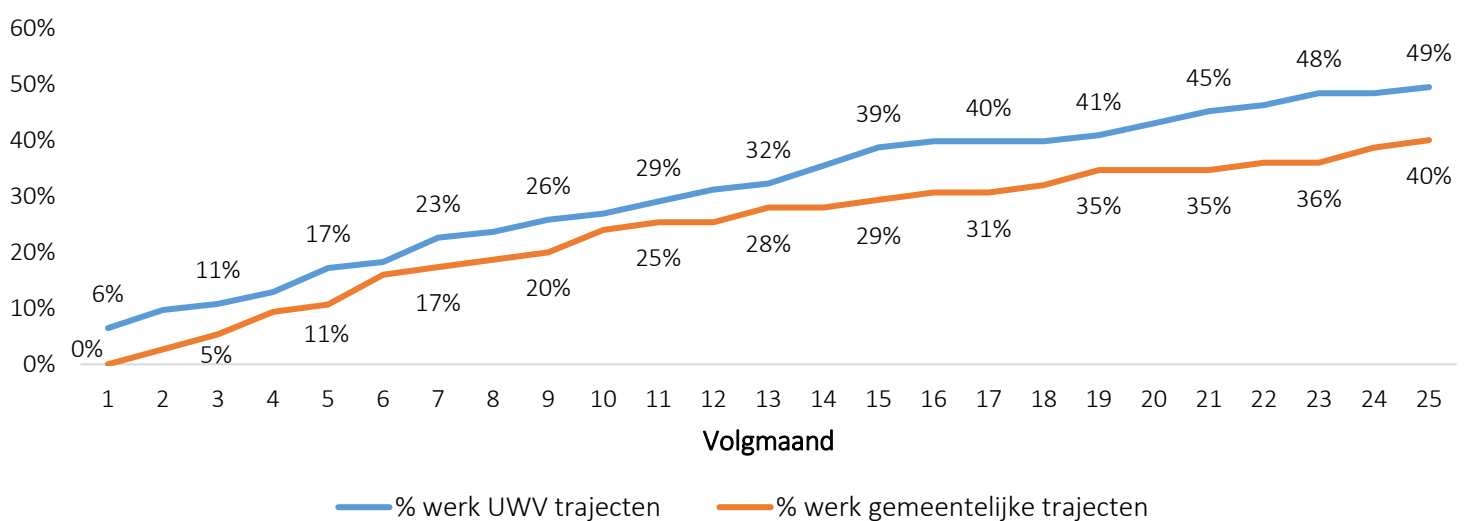
Tabel B3. Balans tussen daadwerkelijke en verwachte aantallen deelnemers die gestart of gestopt zijn met werk voor, tijdens en na de corona beperkende maatregelen.

| | Periode voor beperkende maatregelen corona (nov 2019 t/m feb 2020) | Periode tijdens beperkende maatregelen corona (mrt 2020 t/m dec 2020) | Periode na beperkende maatregelen corona (jan 2021 t/m mei 2021) |
|--------------------------------|--|---|--|
| <u>Aantal gestart met werk</u> | | | |
| - Daadwerkelijk aantal | 19 | 38 | 17 |
| - Verwacht aantal | 23,6 | 34,0 | 19,9 |
| - % gestart t.o.v. verwacht | -19,5% | 11,8% | -14,6% |
| <u>Aantal gestopt met werk</u> | | | |
| - Daadwerkelijk aantal | 4 | 21 | 10 |
| - Verwacht aantal | 4,9 | 5,8 | 8,5 |
| - % gestopt t.o.v. verwacht | -18,4% | 262,1% | 17,6% |

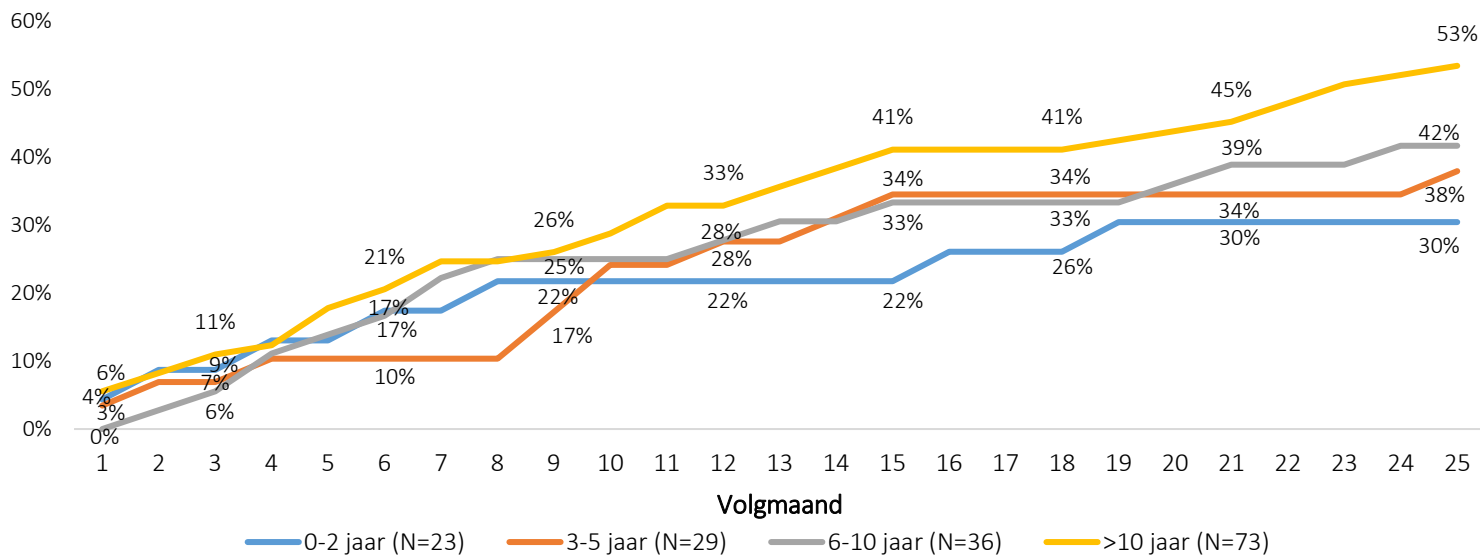
Tabel B4. Gemiddelde tijdsbesteding dat een IPS-trajectbegeleider besteedt aan een IPS-CMD-traject in minuten per maand.

| Activiteit | Periode | Gemiddelde | SD | Range | Aantal deelnemers |
|------------------------------------|---------------|-------------|-------------|--------------------|-------------------|
| <i>Clïentgebonden activiteiten</i> | | | | | |
| Eén op één activiteiten | Totaal | 91,4 | 68,0 | 8,3 – 450,0 | 163 |
| | 0-6 mnd | 129,1 | 117,3 | 0,0 – 1500,0 | 116 |
| | 7-12 mnd | 87,6 | 107,9 | 0,0 – 1210,0 | 141 |

| | | | | | |
|---|---------------|--------------|--------------|---------------------|------------|
| | 13-18 mnd | 75,1 | 99,8 | 0,0 – 610,0 | 130 |
| | 19-25 mnd | 70,1 | 115,7 | 0,0 – 985,0 | 152 |
| <i>Niet cliëntgebonden activiteiten</i> | | | | | |
| Integratie met zorg | Totaal | 12,9 | 15,4 | 0,0 – 73,4 | 163 |
| | 0-6 mnd | 12,1 | 21,2 | 0,0 – 210,0 | 116 |
| | 7-12 mnd | 12,4 | 21,4 | 0,0 – 225,0 | 141 |
| | 13-18 mnd | 13,7 | 25,9 | 0,0 – 345,0 | 130 |
| | 19-25 mnd | 11,8 | 23,7 | 0,0 – 245,0 | 152 |
| Werkgeversnetwerk | Totaal | 20,3 | 27,0 | 0,0 – 188,3 | 163 |
| | 0-6 mnd | 28,1 | 48,9 | 0,0 – 214,2 | 116 |
| | 7-12 mnd | 19,9 | 41,3 | 0,0 – 240,0 | 141 |
| | 13-18 mnd | 19,9 | 48,5 | 0,0 – 480,0 | 130 |
| | 19-25 mnd | 17,2 | 35,1 | 0,0 – 255,0 | 152 |
| IPS teamoverleg | Totaal | 10,1 | 14,2 | 0,0 – 70,9 | 163 |
| | 0-6 mnd | 12,3 | 22,4 | 0,0 – 135,0 | 116 |
| | 7-12 mnd | 10,4 | 21,9 | 0,0 – 244,0 | 141 |
| | 13-18 mnd | 9,2 | 17,7 | 0,0 – 180,0 | 130 |
| | 19-25 mnd | 9,3 | 18,5 | 0,0 – 120,0 | 152 |
| Contact externe deskundigen | Totaal | 8,0 | 8,4 | 0,0 – 40,8 | 163 |
| | 0-6 mnd | 8,8 | 19,5 | 0,0 – 250,0 | 116 |
| | 7-12 mnd | 8,5 | 17,6 | 0,0 – 150,0 | 141 |
| | 13-18 mnd | 7,5 | 17,4 | 0,0 – 210,0 | 130 |
| | 19-25 mnd | 8,4 | 20,0 | 0,0 – 270,0 | 152 |
| Totale tijdsbesteding | Totaal | 142,3 | 107,9 | 19,3 – 665,3 | 163 |
| | 0-6 mnd | 190,4 | 172,3 | 0,0 – 1872,0 | 116 |
| | 7-12 mnd | 138,9 | 150,3 | 0,0 – 1555,0 | 141 |
| | 13-18 mnd | 125,5 | 148,5 | 0,0 – 1015,0 | 130 |
| | 19-25 mnd | 116,6 | 161,0 | 0,0 – 1167,0 | 152 |



Figuur B1. Percentage deelnemers dat betaald werk heeft gehad tijdens de studieperiode: verschil tussen door het UWV en door de gemeente gefinancierde trajecten.



Figuur B2. Percentage deelnemers dat betaald werk heeft gehad tijdens de studieperiode: verschil tussen groepen deelnemers met op basis van werkervaring.

Bijlage 3. Uitleg berekening invloed coronacrisis

De invloed van de coronacrisis hebben we als volgt berekend. Eerst bepaalden we de aantallen deelnemers die gedurende de maanden voorafgaand (november 2019 t/m februari 2020), tijdens (maart 2020 t/m december 2020) en na (januari t/m mei 2021) de beperkende maatregelen van de coronacrisis waren gestart of gestopt met een betaalde baan. Vervolgens vergelijken we deze aantallen met de aantallen deelnemers die tijdens deze periode logischerwijze te verwachten waren dat ze gestart en gestopt waren met werk, gezien de fase van het IPS-traject waarin deze deelnemers ondersteuning kregen. In de berekening van de invloed van de coronacrisis hebben we enkel de periode november 2019 tot en met mei 2021 meegenomen in onze analyse omdat in die periode alle deelnemers in een IPS-traject zaten. Door de aanvraagperiode en de tweejarige duur van de trajecten zijn voorafgaand en na afloop van deze kalendermaanden geen complete cijfers van de cliënten beschikbaar omdat sommige deelnemers nog niet gestart waren met IPS of hun IPS-traject al hebben afgerond.

We hebben de invloed van de coronacrisis als volgt berekend:

Stap 1: We hebben berekend hoeveel deelnemers er gestart en gestopt zijn met een betaalde baan tijdens een specifieke periode waarin de deelnemers in hun IPS-traject zaten: 1) het aantal deelnemers dat gestart en gestopt is met werk in de eerste zes maanden van hun IPS-traject; 2) het aantal deelnemers dat gestart en gestopt is met werk in de tussen maand 7 en 12 van hun IPS-traject; 3) het aantal deelnemers dat gestart en gestopt is met werk in de tussen maand 13 en 18 van hun IPS-traject; 4) het aantal deelnemers dat gestart en gestopt is met werk in de laatste zes maanden van hun IPS-traject.

Stap 2: We hebben berekend hoeveel deelnemers er gestart en gestopt zijn met een betaalde baan tijdens een specifieke periode in de coronacrisis: 1) voorafgaand aan de beperkende maatregelen van de coronacrisis: november 2019 t/m februari 2020; 2) tijdens de beperkende maatregelen van de coronacrisis: maart 2020 t/m december 2020; 3) na afloop van de beperkende maatregelen van de coronacrisis: januari t/m mei 2021.

Stap 3: We hebben berekend hoeveel procent van de deelnemers tijdens een specifieke periode in de coronacrisis in een specifieke fase (maand 1-6; maand 7-12; maand 13-18 of maand 19-25) van hun IPS-traject zaten.

Stap 4: We hebben vervolgens berekend wat de verwachte aantallen deelnemers waren die gestart of gestopt zijn met werk. Dit hebben we gedaan door het aantal mensen dat start of stopt met werk per volgend categorie (beschreven in stap 1) te vermenigvuldigen met de proportie deelnemers tijdens een specifieke periode in de coronacrisis die in een specifieke fase zit van hun IPS-traject (stap 3).

Stap 5: Tot slot hebben we het verschil berekend tussen enerzijds de deelnemers die in een specifieke periode van de coronacrisis waren gestart of gestopt met werk (stap 2) en anderzijds de aantallen die in die specifieke periode te verwachten waren (stap 4).

Bijlage 4. Integraal verslag focusgroepen

Kenniscentrum Phrenos heeft in het kader van het IPS-CMD onderzoek vier focusgroepen uitgevoerd met verschillende betrokkenen uit het veld: beleidsmedewerkers vanuit 1) gemeenten en 2) UWV Bureau Bijzondere Geldstromen (BBG), 3) IPS-trajectbegeleiders en 4) managers uit de ggz.

Het doel van de focusgroepen was om meer informatie te verzamelen over hoe de IPS-CMD-trajecten lopen en waar men in de uitvoering van en organisatie rondom de IPS-CMD-trajecten tegenaan loopt. De uitwerking van de focusgroepen, ingedeeld in verschillende inhoudelijke categorieën, is hieronder te vinden.

Ervaringen in de uitvoering van IPS-CMD-trajecten

De uitvoering van de IPS-CMD-trajecten liep over het algemeen goed. Zowel trajectbegeleiders als managers in de ggz gaven aan dat de begeleiding van de cliënten met CMD vergelijkbaar was met wat ze bij cliënten met ernstige psychische aandoeningen (EPA) gewend waren: *‘Beide type trajecten waren even intensief. De problematiek was net zo pittig, Deelnemers worden in de eerste fase van een psychische aandoening nog intensief behandeld en zijn nog niet gewend om met de symptomen en alle andere consequenties die het met zich mee brengt om te gaan, bijvoorbeeld rondom wat je wel en niet aan de omgeving en de werkgever vertelt.*

Ook vanuit de gemeente wordt positief naar IPS-trajecten gekeken. Ze zijn tevreden over de samenwerking met de IPS-trajectbegeleiders. Wel was het voor de gemeenten even wennen om de re-integratie uit handen te geven aan IPS-trajectbegeleiders: *‘Het was nieuw voor ons om de begeleiding uit handen te geven, maar we zien toegevoegde waarde in IPS bij de doelgroep met psychische problemen en de samenwerking liep prettig. Er is veel vertrouwen in de professionaliteit van de IPS-trajectbegeleiders’.* In sommige gemeenten hadden IPS-trajectbegeleiders en gemeentelijke casemanagers samen intervisie en konden ze van elkaar leren, of gaven IPS-trajectbegeleiders voorlichting over stigma en psycho-educatie. Ook de registratie van de aanmeldingen van de IPS-CMD-trajecten liep volgens het UWV goed. Die procedure was niet nieuw, maar was hetzelfde als bij de IPS-EPA regeling.

Ervaringen met het organiseren van de IPS-CMD-trajecten.

Het aanvragen en opstarten van de IPS-CMD-trajecten bracht wel een aantal uitdagingen met zich mee. Zo moesten de managers van de ggz geschikte cliënten voor de IPS-CMD regeling zoeken, en wel in andere teams en zorgpaden binnen een ander circuit, zoals bijvoorbeeld PsyQ. Deze teams en zorgpaden waren organisatorisch niet altijd ingericht voor IPS. Vooral de integratie met zorg was lastiger te realiseren (hierover later meer onder integratie met zorg). Wel zagen managers vanuit de ggz het ook 'als een goede kans om IPS breder onder de aandacht te brengen binnen de organisatie'.

Ook was de IPS-CMD regeling een goede kans om de contacten met de gemeenten te verbeteren. Veel trajecten zijn via de gemeente aangevraagd: *'Er was al veel contact met gemeenten en ze hebben allemaal mee gedaan. Het was wel jammer dat de aanvraagperiode zo kort was'*. Wel gaven de ggz managers aan dat het lastig was om de cofinanciering administratief rond te krijgen zeker bij kleine gemeenten. Daardoor moesten cliënten vaak lang wachten en dreigden ze soms af te haken. De gemeenten moeten dit nog in hun werkprocessen verwerken en zich er beter op inrichten; *'er is nog geen IPS-loket'*. Was dat eenmaal ingeregeld, dan kostte het minder tijd.

Vanuit de gemeente werd aangegeven dat zij de regie bij de aanvragen bij de ggz hebben gehouden. Wel hadden ze binnen de gemeente de ervaring dat er af en toe wat 'gesmokkeld' is met de aanvraagcriteria, zodat mensen met een bijstandsuitkering waarbij geschiktheid van deelname twijfelachtig was toch voor IPS in aanmerking konden komen: *'Bij twijfel hebben we gemeentelijke cliënten wel in de IPS-CMD regeling aangevraagd'*. In dat verband pleitten beleidsmedewerkers van gemeenten voor een mogelijkheid om vanuit de gemeente trajecten sneller door te verwijzen naar de ggz: *'In de ideale situatie zouden we via de gemeente ook mensen waar nog geen duidelijke diagnose is, maar wel duidelijk psychische problematiek kunnen aanbevelen bij en doorsturen naar de GGZ zodat we sneller iedereen een juist traject en goede zorg kunnen geven'*.

Verder gaven medewerkers van de gemeente aan dat het voor hun niet relevant is of iemand onder de CMD of EPA groep valt: *'Je ziet überhaupt geen grote lijn. Het is een grote mengelmoes aan mensen die wel graag willen werken, maar waar nog veel klachten zitten.'*

Het zijn echt maatwerk trajecten. ... Het is een waslijst aan criteria en de gemeente is daar vaak niet van op de hoogte, bv. is er wel/geen diagnose en zijn mensen wel/niet in behandeling'.

Vanuit het UWV werd nog wel een knelpunt genoemd in de organisatie van de aanvragen. Bij de IPS-CMD regeling moesten de gemeenten de helft van de trajecten terug betalen, maar dit werd in eerste instantie voorgeschoten door het UWV aan de ggz-instellingen. Het proces van declareren bij de gemeente liep moeizaam (van de 75 via de gemeente aangevraagde IPS-trajecten zijn er 43 in eerste instantie niet terugbetaald), wat veel tijd kostte. Het zou helpen om hier in het vervolg duidelijkere afspraken over te maken en helderder in te communiceren.

Afbakening doelgroep

Over de criteria waaraan cliënten moeten voldoen om in aanmerking te komen voor een IPS-CMD-traject gaven zowel de medewerkers van de ggz als van de gemeenten aan dat ze deze criteria niet altijd even duidelijk vonden. Men vond EPA wel een duidelijk herkenbare groep. Men vroeg zich ook vaak af of de huidige afbakening überhaupt wel relevant is. Er werd geopperd om de afbakening te maken op basis van het behandeltraject, de intensiteit van de zorg en de klachten of de werkwens van de cliënten. Ook gaf men aan dat er weinig controle is geweest of het bij de IPS-CMD-trajecten wel echt om mensen met CMD ging.

Ervaringen met werkgevers

Het contact met werkgevers bleek op een goede manier te verlopen en het plaatsen in werk lijkt niet veel makkelijker of moeilijker te gaan dan wat men gewend is in de ogen van de managers uit de ggz en de trajectbegeleiders: *'Het contact met werkgevers is meer afhankelijk van een individuele cliënt dan van een EPA of CMD doelgroep. Het interesseert de werkgever niet wat voor labels cliënten hebben.. Er wordt gefocust op wat iemand wel kan, zijn kwaliteiten voor het werk, waar er evt. rekening mee gehouden moet worden, hoeveel uur, etc.'* Het maakt vaak wel uit voor welke subsidieregelingen ('instrumenten') de cliënt in aanmerking komt, bv. loondispensatie. Voor de ene situatie is voor de werkgever meer subsidie beschikbaar dan voor de andere.

Vanuit de gemeenten gaf men aan dat het over het algemeen makkelijker lijkt om cliënten te plaatsen in kleinere bedrijven: *‘Vooral de grote bedrijven vinden dat de werknemers binnen het systeem moeten functioneren en passen dit onvoldoende aan op de persoon. Dat is wel een uitdaging en gaat vaak beter met kleinere bedrijven. ... vooral bij de bedrijven van 1 tot 10 medewerkers. Het is persoonlijker, de lijnen zijn korter, ze zijn berokken’*. Het helpt ook als werkgevers ervaring of affiniteit hebben met het begeleiden van mensen met psychische problemen. Het delen van succesverhalen hierin is een goed voorbeeld om werkgevers te motiveren om mensen uit de doelgroep aan te nemen. Een knelpunt is wel dat veel bedrijven de voorwaarde stellen aan dat deelnemers een doelgroep indicatie hebben. Dit is echter niet altijd van toepassing bij CMD trajecten.

Verschillen in uitvoering en organisatie tussen IPS-CMD en IPS-EPA trajecten.

De meerderheid van de professionals en managers vanuit de ggz, gemeenten en UWV gaven aan dat ze weinig verschil merkten in de uitvoering en organisatie tussen IPS-CMD en IPS-EPA trajecten. De aanvraagprocedure is hetzelfde, de uitvoering van beide trajecten was even intensief en de problematiek was *‘net zo pittig’*. Ook zegt de definitie in de praktijk niet zo veel over individuele deelnemers. De problematiek verschilt wel in de zin dat trajectbegeleiders aangaven dat de CMD doelgroep relatief meer last heeft van persoonlijkheidsproblematiek, angst en depressie klachten. Men vroeg zich verder af of de voorwaarde dat deze trajecten vanuit de specialistische ggz moesten worden aangevraagd te beperkend was. *‘De vraag is of de CMD doelgroep echt bij de Specialistische GGZ aanbieder zit. Bij de CMD doelgroep is dit niet altijd van toepassing’*.

Wel waren de deelnemers aan het IPS-CMD onderzoek vaak sneller uit zorg. Dit komt niet per se omdat de problematiek lichter is, maar vooral doordat de behandeltrajecten korter duren en wat beperkter zijn. Hierdoor wisselen cliënten met CMD vaker van behandelaar en is de behandeling minder geïntegreerd in een team. Mede hierdoor ziet men bij de gemeenten meer kansen om zelf directere ondersteuning te bieden bij de CMD doelgroep.

Verder waren deelnemers volgens IPS-trajectbegeleiders en beleidsmedewerker van de gemeenten *‘zelfstandiger in het gehele proces van werk zoeken’*. CMD cliënten pakten relatief meer zelf op en hadden vaker ook een eigen netwerk waar ze uit konden putten in de

zoektocht naar werk. Hierdoor hadden ze ook vaak een minder grote afstand tot de arbeidsmarkt. Ook gaf één trajectbegeleider aan dat het opleidingsniveau hoger was bij CMD cliënten ten opzichte van EPA cliënten. Overigens werd ook opgemerkt dat CMD cliënten relatief meer schaamte en stigma ervaarden rondom hun psychische problemen. Hierdoor wilden ze ook liever niet hun netwerk (naasten en familie) mede betrekken bij hun IPS-traject.

Bevorderende factoren in de uitvoering van de IPS-CMD-trajecten

Bij de uitvraag van de bevorderende factoren in de uitvoering van de IPS-CMD-trajecten gaven de trajectbegeleiders en de ggz managers de volgende twee bevorderende factoren aan.

1. Impuls voor samenwerking tussen ggz en gemeenten: Doordat een deel van de aangevraagde trajecten via de gemeente is gegaan is de IPS-CMD regeling een goede impuls voor de samenwerking bij de gemeente geweest. Managers gaven aan dat de IPS-CMD regeling *'een impuls heeft gegeven'* aan de samenwerking met de gemeente *'en dat heeft soms ook geleid tot structurele financiering bij de gemeente'*. Ook trajectbegeleiders merkten bredere samenwerking met klantmanagers vanuit de gemeente: *'we hebben leuke contacten met de klantmanagers van de gemeenten en we kunnen elkaar beter vinden'*.

2. Aandacht voor werk en IPS ook in andere onderdelen van de ggz: Door de verbreding van de doelgroep naar mensen met CMD is IPS ook bekender geworden bij andere teams en afdelingen binnen de ggz organisatie: *'Dankzij IPS-CMD werd vooral ons netwerk binnen de GGZ organisatie groter en werd het bekender bij meerdere teams omdat IPS-CMD breder is dan alleen voor mensen in behandeling van F-ACT teams. IPS was erg welkom daar en binnen die teams, bv. Team persoonlijkheidsstoornissen, waren er verschillende goede ervaringen met IPS'*.

Belemmerende factoren in de uitvoering van de IPS-CMD-trajecten

Naast de bevorderende factoren werden ook een aantal belemmerende factoren genoemd.

1. Beperkt aantal beschikbare trajecten en korte aanvraagperiode: Vanuit zowel gemeenten als door managers en trajectbegeleiders werd aangegeven dat ze het aantal aanvragen en de

aanvraagperiode wat beperkt vonden. Het kostte soms wat tijd om de infrastructuur op orde te krijgen en daardoor hadden managers het gevoel dat ze te weinig ruimte hadden om genoeg trajecten aan te vragen: *'We hebben hier te laat op geanticipeerd. We hebben daardoor een beperkt aantal trajecten aangevraagd'*. Daarnaast was er te weinig continuïteit in de gemeentelijke trajecten als de financiering wordt stopgezet: *'de voortgang van deze samenwerking staat onder druk omdat de gemeente geen financiering meer heeft nu de regeling vol zit en stopt. Het is dus lastig om de continuïteit te behouden. Als zo'n regeling stopt dan komt er geen geld meer uit de gemeenten'*.

2. Afbakening van de doelgroep: Van verschillende kanten gaf men aan dat de definiëring van CMD lastig was, waardoor het soms onduidelijk was welke personen in aanmerking kwamen voor een IPS-CMD-traject: *'De definieerbaarheid van de doelgroep is een lastig punt. In de praktijk werkt deze definitie niet. Het is voor mensen ook stigmatiserend om zo op diagnose te focussen. Het zou fijn zijn sneller en flexibeler IPS in te kunnen zetten'*.

3. Stigma: Ervaringen van stigma omtrent psychische aandoeningen waren ook een knelpunt tijdens de IPS-CMD-trajecten. Binnen de gemeenten is er weinig kennis over psychische aandoeningen, waardoor de aanvragen niet goed liepen: *'onbekend is onbemind, er heerst veel stigma over de cliënten. De gemeenten geloven er niet in dat deze mensen kunnen werken'*. Ook bij werkgevers was stigma een grote belemmering in het vinden van werk. Tot slot werkte de vaste duur van een traject ook stigmatiserend: *'Het kan ook heel heftig zijn en stigmatiserend zijn voor mensen om te horen dat een traject zeker 3 jaar moet duren. Alsof hun problemen zo ernstig zijn, dat het zeker zo lang gaat duren'*. Veel partijen pleiten ervoor om de duur flexibel te maken.

4. Inrichten werkproces van aanvragen bij gemeenten: Hoe het aanvragen van IPS-CMD-trajecten bij gemeenten liepen was ook afhankelijk van de gemeente. Allereerst valt of staat dit met enthousiaste medewerkers: *'Het valt of staat met een paar enthousiastelingen, dat is ook wel instabiel qua basis, want als diegene wegvalt kan je opnieuw beginnen'*. Daarnaast is het voor kleinere gemeenten moeilijker om de aanvragen administratief te regelen. Daarnaast gaven ze aan zich af en toe een *'boeman'* te voelen door hun controlerende taak tijdens de uitvoering van het IPS-traject. Ook moeten gemeenten een afweging maken voor welke cliënten IPS een meerwaarde heeft ten opzichte van hun eigen reguliere dienstverlening.

Soms concurreerde IPS met het eigen aanbod en dan moet er een heel duidelijke afweging zijn om toch voor IPS te kiezen.

5. Proces van administratieve toets en registratie van aanvragen: UWV gaf aan dat het proces van verwerking van de aanvragen handmatig en tijdrovend was, zeker wat betreft het terugvorderen van cofinanciering. Dit is foutgevoelig, dus een digitaliseringsslag en een uitvoeringstoets zou wenselijk zijn om het aantal mogelijke menselijke fouten te voorkomen in de aanvraag procedure.

6. Privacyregels: Soms werden privacy regels als belemmerend ervaren. Hier liep UWV tegenaan: *'We mogen niet zo maar persoonsgegevens verwerken van mensen die niet onder de re-integratie verantwoordelijkheid vallen van UWV, zoals het geval is met deelnemers met een IPS-traject via de gemeenten'*. En in de samenwerking tussen gemeenten en de ggz: *'Ook is het überhaupt lastig om als gemeenten mensen voor te dragen aan de ggz, want zij mogen niet met elkaar uitwisselen wie in zorg is en wie een uitkering heeft.'*

Op gebied van uitwisseling op casusniveau kan dat heel gemakkelijk worden opgelost door altijd in 3-gesprekken te overleggen, dus met de cliënt erbij. Als het contact met de gemeente door de cliënt werd verbroken dan was het wel direct moeilijk om nog met de ggz af te stemmen en dan dreigde de cliënt bij de gemeente uit beeld te raken, want de ggz is ook gebonden aan privacy. *'In een geval dat dat gebeurde hebben we toen vertrouwd op de ggz, maar dat is lastig want de gemeente blijft verantwoordelijkheid voor zijn wettelijke taak.'*

Afstemming tussen verschillende partijen

De afstemming tussen de gemeenten en de ggz werd als heel prettig ervaren. Er is een duidelijke rolverdeling tussen de gemeenten en de ggz, die meer op hulpverlening is gericht. Dat was erg fijn omdat de gemeente soms *'een dubbele pet op heeft omdat we ook moeten controleren op rechtmatigheid'*. Het privacy aspect is soms een knelpunt in de afstemming.

In sommige gevallen vonden er casuïstiekoverleggen plaats tussen de gemeente en de ggz partijen, werd er goed afgestemd in de acquisitie naar nieuwe banen, en vond er deskundigheidsbevordering plaats.

Integratie met zorg

Er waren wisselende ervaringen met de integratie met zorg bij de IPS-CMD cliënten. In sommige organisaties was dit goed op orde, maar voornamelijk wanneer cliënten uit andere zorgonderdelen of organisaties kwamen was dit nog voor verbetering vatbaar. *‘Bij PsyQ en programma’s als verslavingszorg en autisme is het ontdekken hoe we dit het beste kunnen integreren’* en *‘De behandeling is wel minder lang en de mensen zijn minder opgenomen in een team. De mensen die ze begeleiden werken minder als team. Daardoor is het moeilijker om modelgetrouw te werken’*. De ggz aanbieders gaven ook aan dat het wat tijd kost om dit goed op te zetten als er met nieuwe teams of afdelingen gewerkt gaat worden: *‘we hadden minder tijd om te investeren in het contact met de behandelaren, omdat de trajecten snel vol waren. Het kost tijd om het contact op te bouwen’*.

Een ander knelpunt dat werd aangegeven is dat CMD cliënten vaak korter in zorg zijn en dat de behandeling vaak al is afgerond middenin het IPS-traject. Vanaf dat moment kan er geen integratie met zorg meer plaatsvinden: *‘Als de zorg stopt wordt het IPS-traject meer een re-integratietraject met wat jobcoaching. Dat vangnet van zorg ontbreekt’*. De vraag en uitdaging is hoe je dan goede zorg kan leveren en wat je nog van de ggz kunt vragen.

Dit werd binnen de ggz soms opgelost door de afstemming te zoeken met de POH ggz (huisartsenzorg) en de basis ggz door het dossier niet af te sluiten. Maar soms moest een ggz aanbieder het dossier bij uitstroom toch afsluiten, daarom werd geopperd dat het mooi zou zijn *‘als cliënten onder een 0 uren contract zorg zou kunnen krijgen, zodat de ggz bereikbaar is en er weer snel opgeschaald kan worden als dat nodig is’*.

Invloed COVID-19 op de uitvoering van de trajecten

Gedurende het IPS-CMD onderzoek kregen we te maken met de grote impact van de corona pandemie. Daarom vroegen we aan de betrokkenen wat de invloed van de COVID-19 pandemie was op de IPS-CMD-trajecten.

Allereerst gaf men aan dat het contact met de cliënten tijdens de coronacrisis minder intensief was: *‘tijdens de eerste lockdown was de impact heel groot omdat alle plekken dicht waren gegaan. Er was toen heel erg strikt en krampachtig omgegaan de regels. Alle*

begeleiding werd telefonisch gedaan en het vertraagde alles enorm'. Het contact ging daarom ook vaak via beeldbellen. Dat contact verliep echter wel moeizamer en ook de intensiteit verschilde per persoon: 'Het beeldbellen werkt minder goed om een vertrouwensband op te bouwen en echt contact te krijgen'. Overigens merkte men dat de beperkingen vooral aanwezig waren tijdens de eerste lockdown: 'In de tweede lockdown was de afstemming al een stuk flexibeler en beter'.

Daarnaast had de coronapandemie een negatieve invloed op de cliënten zelf en op de zoektocht naar werk: *'Het had ook een effect op de doelgroep, die al niet zo lekker in hun vel zat en werkgevers hadden vaak veel andere zorgen aan hun hoofd.'* En *'Door corona was er wel wat terugval omdat de structuur wegviel'*. Zowel het acquireren naar nieuwe banen als het proces van solliciteren ging moeizamer: *'Ook solliciteren gaat moeilijker omdat sollicitaties wel eens worden uitgesteld vanwege positieve tests op corona'*. De effecten op de arbeidsmarkt zijn er nu nog steeds: *'Een contract na een proefplaatsing werd on hold gezet en daarna gingen ze bezuinigen en mocht mijn cliënt daar niet meer werken'*. Deze ervaringen verschilden echter wel tussen de sectoren: *'Het heeft ook wel weer kansen opgeleverd, bv in transport. Het ligt aan de sector'*.

Aanbevelingen voor de toekomst en eventuele uitbreiding

In de focusgroepen werden een aantal aanbevelingen voor de toekomst geformuleerd:

1. Administratieve verwerking aanvragen: Bij de verwerking van de aanvragen kan de afstemming met de gemeente duidelijker (zeker met betrekking tot cofinanciering) en zou een automatisering en digitaliseringsslag wenselijk zijn.

2. Flexibele duur trajecten: De trajecten zouden op meerdere niveaus flexibeler kunnen worden ingericht. Allereerst gaf men aan meer flexibiliteit te wensen in de duur en intensiteit van de trajecten en dit met cliënten zelf af te stemmen: *'het zou fijn zijn als er wat meer flexibiliteit in de lengte van de trajecten zou kunnen komen. Sommigen hebben genoeg aan een traject voor een jaar en anderen hebben behoefte aan meer en langere ondersteuning'*.

Ook gemeenten gaven aan graag kortere trajecten te willen. Er moest nu in één keer vooraf betaald worden voor het hele traject van twee of drie jaar en dat is niet het geval bij andere re-integratie trajecten. Het lijkt daardoor of IPS duurder is.

3. Brede doelgroep, meer naar de voordeur: De betrokkenen pleitten ervoor om het verschil tussen CMD en EPA zoveel mogelijk te laten vervallen: *'Er zou een bredere algemene doelgroep op basis van zorgzwaarte en begeleidingswensen moeten komen om beter aan te sluiten met de staande praktijk.'*

Ook pleitte men voor meer flexibiliteit wat betreft de inzet van IPS buiten de gespecialiseerde ggz *'Flexibiliteit van IPS buiten de GGZ is een aandachtspunt. Een grote groep zit in de eerste lijn, bij de POH GGZ en de Basis-GGZ en daar is op dit moment geen ruimte voor IPS. Het valt daar vaak buiten en dat is zonde, want deze groep heeft ook ondersteuning nodig'*.

Werk moet vanaf het begin een thema worden, zodat mensen niet onnodig uitvallen door ggz problemen. Daar moeten we mensen beter toe uitrusten: *'Ik pleit voor arbeidsdiagnostiek bij de intake, zodat je bij de voordeur in kaart brengt wat nodig is en je een gerichte interventie gaat inzetten'*.

4. Meer betrokkenheid gemeenten: Alle betrokkenen pleitten ook voor meer structurele samenwerking en betrokkenheid van de gemeenten bij IPS-trajecten voor hun uitkeringsgerechtigden. Er is nog veel te doen in de bewustwording bij gemeenten over de mogelijkheden van werk voor mensen met psychische problemen: *'We zouden de gemeenten meer mee moeten krijgen bij dit verhaal en ze voorlichten. Gemeenten zijn nog niet altijd gericht op betaald werk, maar vooral WSW'*.

Voor gemeenten zou het aantrekkelijk kunnen zijn om eigen mensen op te leiden om trajecten uit te kunnen voeren. Hierbij is het ook het belang om goede modelgetrouwe uitvoering van het IPS model te agenderen: *'We moeten belang van modeltrouw goed uitleggen. Gemeenten hebben daar ook baat bij, want het is feitelijk een kwaliteitscontrole op hun uitvoerders'*.

5. Meer betrokkenheid werkgevers: Ook pleitten een aantal trajectbegeleiders ervoor om werkgevers beter te betrekken en voor te lichten over wat ze kunnen doen om cliënten te helpen om goed aan het werk te blijven.

6. Ook financiering voor begeleiding naar opleiding (IPS-O): Managers van de ggz en IPS-trajectbegeleiders gaven aan dat ze ruimte en vergoeding voor begeleiding naar een opleiding *'erg hebben gemist'*. Veel cliënten hebben een opleidingswens omdat zij dit als startkwalificatie nodig hebben om aan een baan te kunnen beginnen, maar daar is nu geen ruimte voor. Daar zou in het vervolg meer ruimte voor moeten komen.

7. Doorontwikkeling vak IPS-trajectbegeleider: Momenteel is het vak IPS-trajectbegeleider niet zo aantrekkelijk omdat ze *'onderaan de ladder staan binnen de ggz'*. Daarnaast is er weinig ruimte voor doorontwikkeling in het vak. Daarom pleit men in de ggz voor meer *'doorgroei en ontwikkelingsmogelijkheden voor IPS-trajectbegeleiders (bv verschillende niveaus van IPS-trajectbegeleiders van junior en senior posities) ... om meer verdieping en ontwikkeling in het vak te krijgen. Daar zouden we kunnen kijken of daar aparte training voor nodig is. Je zou ook kunnen denken aan extra training in contacten met gemeenten en kwartiermakersrol'*.

Bijlage 5. Integrale uitwerking casestudies

Achtergrond

Als onderdeel van het verdiepend onderzoek hebben we voor het IPS-CMD onderzoek tien case studies opgezet. Deze case studies zijn interviews met individuele cliënten die een IPS-CMD-traject volgen. We hebben iedere cliënt over een periode van 2 jaar gevolgd met in totaal 7 of 8 interviews per cliënt. In dit document is een uitwerking van de case studies te vinden, te beginnen met een individuele uitwerking van alle cliënten, gevolgd door een samenvatting met een aantal overkoepelende tendensen die uit de individuele uitwerkingen komen. Tot slot eindigen we met een geïntegreerde uitwerking op basis van een aantal centrale thema's: 1. Integratie met zorg; 2. Verschillen tussen doelgroep EPA en CMD; 3. Knelpunten tijdens de COVID-19 periode; 4. Bevorderende en belemmerende factoren; 5. Ervaringen van IPS ten opzichte van andere vormen van re-integratie; 6. Ervaringen met gemeente en UWV begeleiding.

Uitwerking overkoepelende thema's

Hieronder staat een uitwerking van de overkoepelende thema's die uit het overleg naar voren komen gepresenteerd.

Integratie met zorg

Alle cliënten hebben inzicht gegeven over hoe de integratie met zorg is georganiseerd. Bij één cliënt was er tijdens diens traject sprake van relatief veel integratie met zorg. Bij de overige cliënten is het contact tussen IPS-trajectbegeleider en behandelaar of begeleider van de cliënt beperkt of afwezig geweest.

Van de cliënten waarbij geen afstemming en contact tussen trajectbegeleider en behandelaar of begeleider is, gaven deelnemers aan dat dit niet aanwezig was omdat ze zelf het contact met alle partijen onderhielden. De reden die de cliënten hiervoor hebben gegeven was dat het goed met de cliënt ging en het daarom zelf konden onderhouden: *'Dit [integratie met zorg] was bij mijzelf niet per se van toepassing, omdat het goed met me ging, en daardoor ook niet gebeurd'*. Of de integratie met zorg echt nodig is volgens de cliënten waarbij dit naar eigen zeggen niet heeft plaatsgevonden zijn de meningen verdeeld. Sommige

cliënten gaven aan dat ze de voordelen er wel van inzien, maar dat het bij henzelf niet nodig was: *'De drempel is dan lager om iets aan te gaan als iemand al achtergrondinformatie heeft. Dan heb je al een plan en dat is zeker een voordeel. Je hoeft niet alles te vertellen'.* ... *'Als het goed gaat lijkt het echter wat minder nodig'.* Andere cliënten zien de voordelen van integratie met zorg echter niet: *'Ik geef zelf wel aan wat ik nodig heb'.*

Bij de meeste cliënten was er wel afstemming tussen de IPS-trajectbegeleiding en de behandeling en begeleiding, maar vond dit contact slechts sporadisch plaats. De vorm en aanleiding van de integratie met zorg verschilde per cliënt. Bij een paar cliënten was de trajectbegeleider werkzaam in een andere organisatie of zorgsetting dan waar de cliënt op dat moment nog zorg ontving. In dat geval heeft de trajectbegeleider bij de cliënt gevraagd naar het telefoonnummer van de desbetreffende psycholoog of SPV'er en vond er af en toe afstemming plaats en wisten ze elkaar te vinden wanneer dit nodig was. Andere cliënten gaven aan dat contact plaatsvond via een SPV'er of *'thuiscoach'* die cliënten nog hadden. Deze cliënten waren over het algemeen al klaar met hun reguliere behandeling en hadden zo'n SPV'er of thuiscoach als *'spin in het web'* om haar allround te ondersteunen. Deze behandelaren of begeleiders stonden over het algemeen in goed contact met de IPS-trajectbegeleider. Eén cliënt gaf aan al uitbehandeld te zijn, en geen zicht te hebben op de integratie met zorg. Deze cliënt gaf echter aan dat diegene wel vermoedt dat er integratie met zorg heeft plaatsgevonden: *'Ik had wel het idee dat iedereen in contact stond met elkaar en heb nooit het gevoel gehad dat ik alles opnieuw moest vertellen aan iedereen'.*

De meeste cliënten waarbij er sporadisch integratie met zorg plaatsvond gaven aan dit als prettig te hebben ervaren. De meest voorkomende reden hierachter die door cliënten werd aangegeven is dat *'de drempel lager was'.* De cliënten die aangaven dit niet prettig te hebben gevonden gaven twee redenen hiervoor aan. Aan de ene kant gaven ze aan dat er wel integratie met zorg plaatsvond, maar dat er, toen dit nodig was, *'niet veel mee gedaan is'.* Daarnaast gaf een cliënt aan dit helemaal niet als prettig te hebben ervaren omdat diegene zelf geen controle meer had op wie wat wist: *'Ik wil graag zelf alle zorgmedewerkers uit elkaar trekken. Ik zie het als twee verschillende segmenten. Als alles te veel met elkaar verweven is, dan raak ik onrustig'.*

Bij één cliënt vond er veel integratie met zorg plaats. Toen de cliënt last kreeg van psychische klachten die de cliënt in diens dagelijks leven en werk belemmerde, werd een re-integratieplan opgesteld met de trajectbegeleider, de psycholoog, de cliënt zelf en een

bedrijfsarts om de cliënt optimaal te begeleiden bij het werk en het dagelijks leven. Aan de andere kant was de cliënt niet tevreden met de integratie met zorg. De trajectbegeleider zat bij de teamoverleggen, maar de cliënt vond dat diens trajectbegeleider daar niet veel mee heeft gedaan: *'Ik moest vooral zelf aan de bel trekken als ik iets nodig had'*.

Samenvattend was de integratie met zorg dus verschillend tussen cliënten. Over het algemeen was de integratie met zorg beperkt, maar waren cliënten wel tevreden met hoe dit verliep. De meeste cliënten gaven aan wel toegevoegde waarde te zien in een goede afstemming tussen de trajectbegeleiding en de zorg. Een aantal cliënten gaven aan dit niet nodig te hebben gehad, en sommige cliënten gaven aan dit niet als prettig te hebben ervaren.

Verschillen tussen doelgroep EPA en CMD

Alle 10 cliënten vanuit de case studies van het IPS-CMD onderzoek hebben we geclassificeerd als een doelgroep die beter past bij de EPA of bij de CMD definitie. Uitgaande van het feit dat iedere cliënt verminderd functioneren op maatschappelijk gebied heeft (anders start een cliënt immers geen IPS), hebben we de classificatie ingestoken op de volgende aspecten: 1) zorgduur (hoe lang zit cliënt al in de ggz en hoe lang zit de cliënt aaneengesloten in zorg voorafgaand aan de start van het IPS-traject); 2) zorgzwaarte (setting waarin de cliënt zorg krijgt en hoe intensief de zorg is); 3) diagnose (psychose/bipolair of een andere hoofddiagnose). Op basis hiervan voldeden 4 cliënten aan de CMD definitie en 6 cliënten aan de EPA definitie. Uiteraard is dit gebaseerd op kwalitatieve data en gesprekken vanuit de cliënt. Het zal daardoor altijd gebaseerd zijn op een interpretatie vanuit de onderzoeker en niet gebaseerd zijn op een harde kwantitatieve analyse. In de individuele uitwerkingen hieronder is te zien welke cliënten onder de EPA en onder de CMD definitie vallen.

Bij de verschillen tussen de cliënten met EPA en CMD is naar de volgende aspecten gekeken: De werkwens, het functioneren op het werk, de ondersteuning van de trajectbegeleider, openheid over klachten, het betrekken van naasten, de integratie met zorg, het contact met UWV of gemeenten, bevorderende en belemmerende factoren, impact van COVID-19 periode en tevredenheid over het IPS-traject.

Wat direct opviel tussen de EPA en de CMD cliënten is de leeftijd. De vier jongste deelnemers aan de case studies zijn ook de vier cliënten die voldoen aan de CMD indicatie, logischerwijs heeft de EPA doelgroep gemiddeld genomen een langere zorggeschiedenis.

Verder zien we geen verschillen op het gebied van werkervaring, opleidingsniveau en relatiestatus tussen de CMD cliënten de EPA cliënten.

Er was ook een verschil te zien in de werkwens en het daadwerkelijk vinden van een betaalde baan tussen de EPA en CMD doelgroep. In totaal hebben 7 van de 10 cliënten tijdens hun IPS-traject een betaalde baan gevonden. Van deze zeven cliënten hadden alle vier de CMD cliënten betaald werk gevonden en hebben drie van de zes cliënten met EPA een betaalde baan gevonden. Drie van de vier CMD cliënten hadden ook vrij snel een betaalde baan gevonden en stabiel werk behouden over tijd. Bij de drie EPA cliënten is er over het algemeen een langere doorloop geweest met in het begin onbetaald werk voor langere tijd en pas aan het einde van het traject een betaalde baan. De overige 3 cliënten hebben over het algemeen wel onbetaald of beschermt werk gevonden, maar zijn hierin blijven hangen of mee gestopt zonder het vinden van een nieuwe baan. Als we kijken naar de werkwens in het begin zien we bij de CMD doelgroep dat ze een duidelijke wens voor betaald werk hadden, die gericht was en stabiel bleef gedurende het IPS-traject. De cliënten die aan de EPA indicatie voldeden hadden relatief vaker een wens naar betaald werk onder een aantal voorwaarden, zoals afstemming qua werktijden op het ritme van de cliënt of in een beschutte setting. Er was ook een deel van de EPA groep die in het begin een wens hadden voor betaald werk, maar gedurende het IPS-traject hun doelstelling meer hebben aangepast naar onbetaalde werkzaamheden en dagbesteding. Dit alles was niet het geval bij de CMD cliënten.

Qua ondersteuning van de trajectbegeleider zagen we geen duidelijke verschillen tussen EPA en CMD cliënten. Bij de meeste cliënten was er vooral aan het begin van het traject intensieve ondersteuning bij het formuleren van de werkwens, het zoeken naar werk en ook het solliciteren. Wanneer de cliënt (betaald of onbetaald) aan de slag is, werd het contact echter een stuk minder en vond er sporadisch contact plaats om een vinger aan de pols te houden. Er was bij geen van de cliënten sprake van actieve jobcoaching. Met alle cliënten is gesproken over openheid rondom psychische aandoeningen op het werk en zijn de voor- en nadelen (in sommige gevallen met hulp van CORAL) goed afgewogen. Wat daarbij wel opviel is dat de meeste cliënten met CMD hebben gekozen niet open te zijn over hun psychische aandoeningen, terwijl er een redelijk aantal cliënten met EPA wel ervoor hebben gekozen open te zijn over hun klachten. Dit valt echter hoogstwaarschijnlijk meer te wijten aan de omstandigheden dan aan de doelgroep: De meeste cliënten met een reguliere

betaalde baan hebben namelijk gekozen om niet open te zijn over hun klachten, terwijl alle cliënten die lang in vrijwilligerswerk of in een beschutte setting hebben gewerkt, of hun baan via de trajectbegeleider hebben gekregen, hebben besloten open te zijn over hun klachten. Het lijkt dus meer een praktische keuze te zijn om open te zijn over klachten dan dat dit afhangt van de type klachten of het zelfstigma daar omheen bij de cliënten in de case studies.

We zien geen verschillen tussen EPA en CMD cliënten rondom de betrokkenheid van naasten in het IPS-traject: die waren namelijk niet betrokken bij geen enkele cliënt. Wel viel op dat bij de CMD cliënten over het algemeen minder sprake was van integratie met zorg dan bij de EPA cliënten. Dit hangt waarschijnlijk echter wel samen met het feit dat het traject bij de CMD cliënten relatief stabiel goed en zonder hobbels is verlopen vergeleken met het traject bij de EPA cliënten. Dit zie je ook terug in de uiteindelijke tevredenheid over het IPS-traject in de evaluatie. De CMD cliënten zijn over het algemeen tevredener over het verloop van hun IPS-traject dan de EPA doelgroep, en geven hun IPS-traject een hoger cijfer. Desalniettemin moet wel vermeld worden dat alle cliënten die deelnamen aan de case studies over het algemeen aangaven tevreden te zijn over hun IPS-traject, er veel aan te hebben gehad en het traject minimaal een ruim voldoende gaven in de evaluatie.

Er waren verder geen duidelijke verschillen te zien tussen EPA en CMD trajecten in de bevorderende en belemmerende factoren en in het contact met UWV of gemeente.

Knelpunten tijdens de COVID-19 periode

De COVID-19 periode heeft bij veel cliënten invloed op meerdere niveaus. Allereerst gaven alle cliënten met werk aan dat het invloed had op hun werk. Een paar cliënten gaven aan dat ze hun baan waren verloren door corona: *'Door corona zijn alle klanten weggevallen en dat heeft ervoor gezorgd dat ik niet meer aan het werk ben'*. Anderen gaven aan dat ze minder naar werk konden en dat ze dat lastig vonden: *'Het frustrert me wel dat ik nu weinig erheen kan gaan en weinig te doen heb vanwege corona'*. Eén cliënt heeft zelf corona gehad en werkte op de verpleegafdeling. Deze cliënt heeft voornamelijk last van de zichtbare gevolgen van COVID-19 op andere cliënten: *'Het was gewoon heel raar en heel eng om te starten. Er zijn veel bewoners overleden. Het is eng dat je het weer kan krijgen. Dat belemmert ook gedeeltelijk, want cliënten komen af en toe te dichtbij en dat is lastig.'*

Ook het solliciteren ging volgens de helft van de cliënten lastiger: *'Ik heb veel gesolliciteerd maar er waren weinig vacatures. Veel stonden al online maar waren al vergeven.'*

Ik heb bij twee maar een gesprek gehad en ze gaven aan dat er veel concurrentie was bij het solliciteren. Nu is de markt tijdelijk dicht en kan ik niets'. Een andere cliënt gaf ook aan dat het hinderlijk was dat de trajectbegeleider niet mag aansluiten bij de sollicitaties: 'We konden niet samen op gesprek gaan, door corona, dus dat was vervelend'. In een later stadium leek de markt echter weer aan te trekken en daar hebben een aantal cliënten van geprofiteerd. Gebaseerd op de verhalen van de cliënten kunnen we echter de voorzichtige aanname maken dat de tijdelijke krapte op de arbeidsmarkt het proces van werk vinden bij een aantal cliënten heeft vertraagd.

COVID-19 had ook invloed op de trajectbegeleiding. Een paar gaven aan dat de begeleiding is veranderd tijdens de coronacrisis. Eén cliënt gaf aan dat het contact op een lager pitje was en dat dit hinderlijk was: *'Door de corona is de intensiteit heel laag geworden. In het begin was het 'vol gas'. Door de corona is het een stuk minder geworden.'* Anderen gaven aan voornamelijk een andere vorm van contact te hebben, maar dit was geen belemmering in de begeleiding: *'We hebben nu telefonisch contact en vroeger was het face-to-face, het maakt mij niet zo veel uit hoe we contact hebben'*. Eén cliënt gaf aan frequenter contact te hebben met de trajectbegeleider dan de periode ervoor: *'Voor de corona had ik face-to-face afspraken, dat was wat minder frequent omdat ik in het begin dacht dat ik het niet nodig had. Tijdens corona had ik dat besef wat meer en vanaf april hebben we vaker contact, ook met een appje'*.

Tot slot gaven cliënten ook aan dat COVID-19 invloed had op het persoonlijk leven. Een cliënt gaf aan dat hij minder *'zelfdiscipline'* had door het thuis zitten. Een andere cliënt vond het moeilijk omdat de kinderen de hele dag thuis waren. Een andere cliënt gaf echter aan ook profijt te hebben gehad van de COVID-19 crisis: *'Door de problemen die ik heb gehad heb ik van de periode gebruik gemaakt om tot rust te komen en aan mijzelf te werken'*.

Bevorderende en belemmerende factoren

Bij iedere cliënt is gevraagd naar bevorderende en belemmerende factoren die invloed hadden op het werk en de trajectbegeleiding. Wat over het algemeen opviel is dat cliënten redelijk gemakkelijk belemmerende factoren konden opnoemen, maar dat het lastiger was om bevorderende factoren aan te kaarten.

Uit de uitvraag van belemmerende factoren kwamen vijf thema's naar voren die door een groot aantal cliënten als belemmerend werden benoemd. Het thema dat door bijna alle

cliënten werd genoemd was een gebrek aan zelfvertrouwen. De cliënten hebben vaak lang niet gewerkt of een redelijk lange ziektegeschiedenis achter de rug. Daardoor waren zij onzeker over hun capaciteiten op de arbeidsmarkt: *'Ik durf niet zo goed nieuwe dingen te doen en heb ook negatieve verwachtingspatronen wat betreft mijn werk: het gaat toch mislukken'*. Daarnaast werd ook de directe omgeving als een belemmerende factor genoemd. Een aantal gaf aan dat *'huishouden en zorg met kinderen moeilijk te combineren is met werk'*. Anderen vonden dat de omgeving hen remt: *'mijn directe naasten hebben twijfels of ik dit wel aankan, daardoor ga ik ook aan mijzelf twijfelen'*. Ook gaven een aantal cliënten aan dat ze het moeilijk vinden om hulp te vragen: *'Ik moet sneller schakelen met mijn trajectbegeleider als ik het moeilijk heb'*; *'ik wil me graag groot houden op het werk omdat ik anders bang ben dat ik word afgekeurd'*. Ook vertelden een aantal cliënten dat hun psychische klachten belemmerend werken op het werk: *'Vaak ben ik te moe om te werken'*; *'als het me te veel wordt op het werk krijg ik last van duizeligheid'*; *'Als ik een nacht niet geslapen heb en dan ga werken, dan kom ik in 'de gevarezone' en krijg ik manische klachten'*. Tot slot werd de financiële onzekerheid en de regelgeving rondom de uitkering genoemd als een belemmering in het functioneren op het werk: *'Ik zit in een schuld hulpverleningstraject met de gemeente en dat levert veel stress en druk op'*; *'Ik ben 80-100% afgekeurd. Dat was nodig, maar heeft me niet bepaald gemotiveerd en werkt belemmerend in de zoektocht naar werk'*.

Uit de uitvraag van bevorderende factoren kwamen voornamelijk elementen naar voren rondom het functioneren op het werk. Thema's die hierin werden genoemd waren bijvoorbeeld *'waardering op het werk'* en *'passie voor het werk'*, maar ook meer persoonlijke aspecten, zoals *'het aangeven van grenzen'*, *'snel dingen oppakken'* *'het nemen van initiatief'* en *'leidinggevende kwaliteiten'*. Ook werden de gezondheid bevorderende elementen van het werk genoemd: *'Ik was ook weinig ziek doordat ik een stuk fitter ben dankzij mijn werk'*.

Ervaringen van IPS ten opzichte van andere vormen van re-integratie

Bijna alle cliënten hadden eerdere ervaringen met andere vormen van re-integratie. Over het algemeen gaven alle cliënten aan wat in hun ogen de toegevoegde waarde was van IPS. Daarin werden vijf thema's door meerdere cliënten genoemd.

De meeste cliënten gaven aan dat IPS er voornamelijk uitspringt vanwege de persoonlijke begeleiding en de flexibiliteit die in het traject is ingebouwd. Daarin doelden cliënten op het feit dat er goed naar hen geluisterd werd en dat de ondersteuning op maat

gemaakt is en wordt afgestemd op het tempo dat voor de cliënt fijn is: *'Je krijgt 'hulp on demand', dat vind ik wel prettig. Dat er iemand klaar staat als ik contact nodig heb, dat is wel een fijn idee'; 'Er was erkenning en mensen konden goed inschatten wie je was en wat je aankon. Werk was voor mij ook wel een dingetje, ik keek er echt tegenop, als je goed begeleid wordt met IPS dan is het kleiner, we deden het ook echt samen'*. Wat daarnaast door meerdere cliënten werd vermeld is dat de bejegening jegens hen bij het IPS-traject heel goed beviel: *'ik werd voor vol wordt aangezien en serieus wordt genomen, dat heb ik altijd heel erg gemist'*.

Een ander thema dat door meerdere cliënten wordt genoemd is dat IPS zich richt op mogelijkheden en dat de aanpak om dit te bereiken zeer concreet is. Er werd hierbij gekeken wat de cliënt aankon en wat er beschikbaar is, en vervolgens werden er direct stappen gezet: *'IPS was echt concreet. Je ging naar het bedrijf en naar het UWV en ze konden echt iets voor me betekenen'*. Daarnaast gaven cliënten dat ze minder druk ervaarden met IPS en dat er meer rekening werd gehouden met hun klachten: *'Bij IPS houden ze rekening met mijn klachten en is de druk niet zo hoog'; 'Ik kon ook beginnen met een proefplaatsing of werkervaringsplek. Daardoor durfde ik wat meer aan, omdat ik direct aan de slag kon. Dat heeft geholpen. Ik kon er weer een beetje in komen'*.

Tot slot vonden cliënten dat de focus op betaald werk erg prettig was aan de methodiek: *'Met IPS word je begeleid naar een 'echte baan' heeft. Het werk wat ik deed via andere re-integratie was uitzitten, daar had ik geen flikker aan. Ik leerde niks en veel mensen zagen het als dat je uit je uitkering wordt gepest, dat zag ik zelf ook zo'*.

Ervaringen met gemeente en UWV begeleiding

Zes cliënten kregen IPS via het UWV en vier cliënten kregen IPS via de gemeente. Veel cliënten vonden het moeilijk om in te schatten wat de rol van het UWV of de gemeente was in hun IPS-traject. Twee cliënten gaven aan bewust liever geen contact meer te hebben met het UWV, omdat ze hier slechte ervaringen mee hebben: *'ik ben daar schandalig behandeld. De bejegening was niet goed en ik ervaarde veel druk vanuit het UWV om te gaan werken'*. Een cliënt gaf verder aan dat het UWV diens IPS-traject erg heeft belemmerd: *'Ik moest papieren op orde maken voor mijn proefplaatsing. Dat heeft toen erg lang geduurd en heeft voor veel onrust bij mijn werkgever gezorgd, hierdoor ben ik bijna mijn baan verloren'*. Anderen gaven aan goed contact te hebben gehad met het UWV, maar dat dit contact zeer sporadisch was

en voornamelijk gericht op keuringen voor de uitkering en hulp bij de afhandeling rondom werk.

Bij de cliënten met een gemeente uitkering gaven cliënten aan dat er heel weinig betrokkenheid en contact was bij de gemeente. Drie van de vier gaven aan geen contact te hebben gehad met de gemeente tijdens hun IPS-traject. Eén cliënt had wel contact met de gemeente en gaven aan dat ze hebben geholpen met het zoeken naar geschikte vacatures.