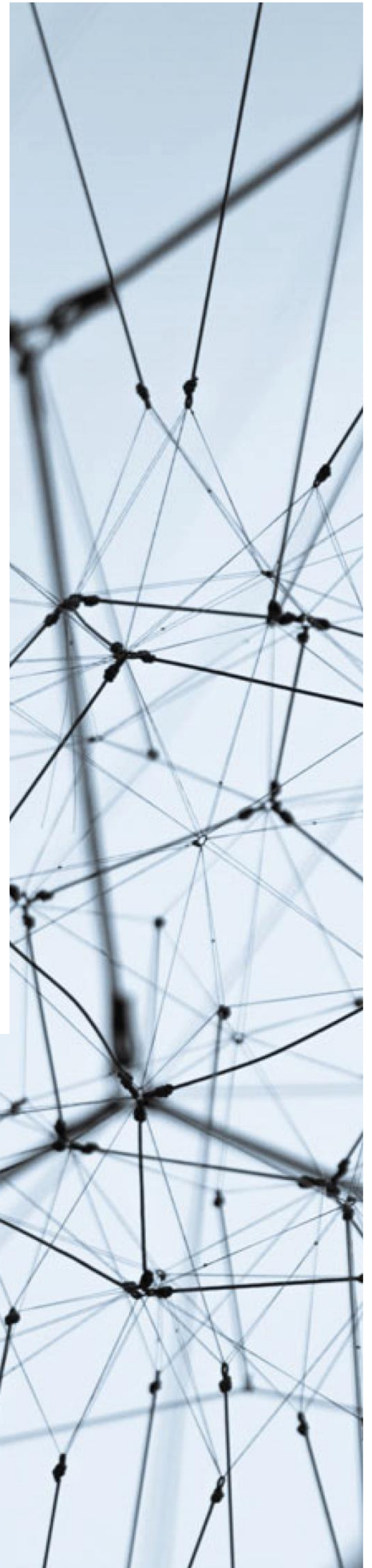




IMPLEMENTERING AF IBBU

Praksisanalyse, modeller og anbefalinger

Evaluering, april 2023



INTRO

IBBU er et udviklingsprojekt, som afprøver en ny integreret metode for psykosocialt udfordrede unge (18-30 år) i et nyt tværsektorielt samarbejde, hvor den sundhedsfaglige indsats udplaceres fysisk og integreres i kommunernes ungeindsats. IBBU er i '10-års plan for Psykiatrien' fra 2022 omtalt som et udviklingsprojekt, der viser nye veje i det tværsektorielle samarbejde.

- Psykisk mistrivsel nedsætter livskvaliteten hos unge og har konsekvenser ift. at realisere det ønskede liv. Unge med psykiske udfordringer som depression, angst og stress er i vækst, og deres tilknytning til uddannelse og arbejdsmarked er alvorligt svækket. *IBBU understøtter livsmestring hos psykisk skrøbelige unge og dermed også deres muligheder for at påbegynde og fastholde uddannelse og job!*
- Kommunerne har begrænset sundhedsfaglig indsigt både ift. den enkelte unge og det etablerede sundhedssystem. Sundhedsområdet er aldrig blevet en obligatorisk del af KUI-indsatsen, som ellers skulle være helhedsorienteret. *IBBU løfter indsigt og handlemuligheder i ungeindsatsen og for den enkelte unge gennem et tæt tværsektorielt samarbejde i de unges nærmiljø!*
- I den regionale psykiatri er der ingen forebyggende tilbud til unge med symptomer på depression, angst og stress. Uagtet at de unges psykiske og/eller sociale udfordringer oftest medfører en høj belastningsgrad, og at der er forskningsmæssigt belæg for, at belastning/sårbarhed over tid kan akkumulere til alvorlig psykisk lidelse. *IBBU fokuserer netop på forebyggelselementet i udvikling af de unges mestringsevne i eget liv!*
- Udrednings- og behandlingskapacitet ift. depression og angst hos unge er en meget efterspurgt ressource, og der er lange ventetider i både den regionale psykiatri og hos privatpraktiserende psykiatere/psykologer. *IBBU uddannes en ny faggruppe af 'care managere' til udredning og behandling af psykisk skrøbelige unge!*

Indholdet i nærværende implementeringsevaluering er følgende:

1. Opsamling på de væsentligste pointer og anbefalinger	side 3
2. IBBU - modeller og kerneelementer	side 7
3. Praksisanalyse med afsæt i Fixsens implementeringsmodel	side 12
4. Hvad er næste skridt?	side 21

Bilag A: Kort om IBBU-projektet - *kan med fordel læses inden den øvrige rapport!*

IBBU er gennemført i Region Midt i 2021-2023 i et samarbejde mellem Klinik for Rehabilitering og Socialmedicin i Region Midt (KSR) og ungeindsatsen i tre kommuner - Herning, Randers og Skive - og DISCUS. IBBU gennemføres også i Region Nord i 2022-2024 i et samarbejde mellem Socialmedicinsk Enhed i Region Nord (SME) og 4 kommuner samt DISCUS. Begge udviklingsprojekter er støttet af den A.P. Møllerske Støttefond.

Denne implementeringsevaluering er udarbejdet af DISCUS primo 2023 efter interviews i de medvirkende kommuner og region - og er målrettet beslutningstagere i kommuner, regioner og staten. Udover nærværende evaluering er der udarbejdet en Impactevaluering af de unges udbytte af indsatsen samt en Business-case, der viser de samfundsmæssige besparelser ved IBBU. Begge er udgivet oktober 2022. I september 2023 udkommer desuden en Effektevaluering af resultaterne ift. de unges symptomreduktion samt påbegyndelse/fastholdelse i uddannelse og job.

1. OPSAMLING PÅ POINTER OG ANBEFALINGER

Afsnittet rummer en profil af de unge, som er blevet inkluderet i den integrerede IBBU-indsats (udddybes i Impactevalueringen¹), et sammendrag af de væsentligste pointer fra praksisanalysen (se afsnit 3, hvor også Fixsens evalueringsmodel introduceres) samt fremadrettede anbefalinger til et nyt IBBU+ projekt (udddybes i Afsnit 4).

DE UNGE I IBBU

I IBBU-Midt er 513 psykisk skrøbelige unge blevet screenet af specialister fra KSR i dialog med de unges rådgivere. Heraf er 287 unge blevet udredt af en care manager og har fået et udredningsnotat, som er tilsendt egen læge. Af de udredte unge har ½ matchet IBBU's målgruppe og fået tilbudt et behandlingsforløb som en integreret del af IBBU-indsatsen, mens den anden ½ har vist symptomer på alvorligere psykiske udfordringer (fx ADHD, udviklingsforstyrrelser, personlighedsforstyrrelser) eller misbrug og er afsluttet med et udredningsnotat og anbefaling til videre udredning.

Der er ved projektets afslutning inkluderet 144 unge i den integrerede IBBU-indsats, hvilket er en difference på 16 ift. det opstillede mål på 160 inkluderede unge (jf. ny forandringsteori fra marts 2022). Begrundelsen er at der undervejs i projektet har været store visitationsudfordringer (udddybes senere).

Målgruppen er unge 18-30 år med symptomer på depression, angst eller stress, som ikke umiddelbart kan profitere af jobcenterindsatsen pga. deres psykiske/socialt udfordringer. Der er ikke udrednings- og behandlingstilbud til dem i Regionspsykiatrien. Behandlingstilbud i den private sektor er begrænsede med lange ventelister. Ungeprofilen i IBBU er kendetegnet ved, at 56 % er kvinder og 81 % er under 25 år. 54 % har symptomer på depression og 43 % på angst - en del af de unge har tegn på begge lidelser. 85 % af de unge er overvejende uddannelsesparate på visitationstidspunktet. 15 % er frafaldstruede fra ungdomsuddannelserne.

De unge mistrives og er sårbare grundet forskellige psykiske og sociale udfordringer, og de har typisk oplevet, at de ikke var som andre unge, men har ikke selv formået at søge hjælp eller handle på det.

85 % af de 136 unge, som har påbegyndt et behandlingsforløb, har afsluttet forløbet ordinært inden projektets afslutning. Gennemsnitstiden for et behandlingsforløb har været 4,4 mdr.

Ved afslutning af IBBU-Midt pr. 28. februar 2023 er 36 % af de unge påbegyndt eller fastholdt i uddannelse eller job. 48 % er i uddannelses-/jobrettede aktiviteter. 16 % er udgået eller ikke i aktivitet².

IMPLEMENTERING AF IBBU

Projektets kontekst

Helt fra start af IBBU's implementering har der været politisk opbakning fra beskæftigelsesudvalg og øverste ledelse i de 3 kommuner. Denne opbakning er fortsat i hele implementeringsprocessen på trods af de udfordringer og dilemmaer, som projektet har mødt undervejs. En projektejer udtaler:

¹ Jf. Impactevaluering af IBBU – de unges udbytte af indsatsen, DISCUS okt. 2022

² Kommunernes kvartalsvise monitoreringer er brugt som projektstyringsredskab. Analysen af, om de opstillede mål for de unges fastholdelse i uddannelse og job er indfriet, sker i effektevalueringen, hvor ekstern evaluator COWI vil trække på valide tal fra diverse centrale registre og holde indsatsgruppen op mod en sammenlignelig gruppe af unge uden IBBU-indsats.

Implementering af IBBU-Midt

- *”Motivet for at indgå i IBBU var at finde nye veje på den udfordring, at for mange unge er i psykisk mistrivsel, der spænder ben for en uddannelses- eller jobplan. IBBU-projektet er ikke kun mere af det samme, fx en ny mentorordning, men en nytænkende og epokegørende metodeudvikling. Responsen fra vores beskæftigelsesudvalg har været meget positiv, især ift. den sundhedspsykiatriske vinkel, som har manglet i KUI (Den Kommunale Ungeindsats)”*

Uforudsigelige udfordringer har haft indflydelse på inflow af unge til IBBU. Dels et generelt faldende antal unge over tid i jobcentrets målgrupper (pga. øget arbejdskraftefterspørgsel), dels en fortsat Corona epidemi med deraf følgende nedlukning af beskæftigelsesindsatsen og øget sygdom og isolation blandt projektets medarbejdere og deltagere. Desuden har mange screeninger og udredninger identificeret unge med langt alvorligere psykiske lidelser end hos målgruppen for IBBU. Unge med 'lettere' symptomer på stress, angst eller depression har således været vanskelige at identificere i tilfredsstillende omfang i jobcentrets ungemålgrupper, og erfaringer fra IBBU-Nord tyder på, at IBBU-målgruppen i højere grad er på ungdomsuddannelserne. IBBU-Midt har til gengæld i jobcentrenes ungemålgruppe fundet en del unge med symptomer på alvorligere psykiske lidelser, som har behov for en integreret indsats:

- Et formaliseret samarbejde med uddannelsesområdet bør i højere grad indtænkes med sigte på at identificere unge med 'lettere' symptomer på depression, angst og stress. Desuden bør unge med alvorligere lidelser, som identificeres via udredninger, også tilbydes et integreret forløb i IBBU+.

Det har ved projektets afslutning vist sig lovgivningsmæssige hindringer ift. finansiering af IBBU-indsatsens videre forankring og udbredelse. Desuden er IBBU-målgruppen af unge med 'lettere' depressions- og angstsymptomer ikke belastet nok til, at de kan matche målgruppen for den regionale psykiatri. Der kan derfor være risiko for, at de unge over tid vil udvikle alvorligere psykiske lidelser samtidig med, at deres livschancer forringes:

- Unge i psykisk mistrivsel vil fortsat have behov for en tværsektoriel indsats. Derfor har styregruppen besluttet at søge fondsmidler til at videreføre og videreudvikle IBBU med en IBBU+ indsats. Et levende projekt i fortsat udvikling er således et bedre afsæt for at ændre på de aktuelt gældende rammebetingelser.

Organisering af indsatsen

I IBBU har udflytning af sundhedsfaglig udredning og behandling til jobcentrets ungeindsats været banebrydende for et relationelt koordineret samarbejde. IBBU er kommet til de unge, og det tværfaglige samarbejde om og med de unge har fungeret optimalt, da de professionelle medarbejderne har siddet dør om dør og haft umiddelbar adgang til hinanden. I det organisatoriske setup har screening og udredning bidraget til målrettet visitation, skærpet ungerådgivernes blik for de unge, betydet kortere vej til rette tilbud og givet de unge større forståelse for egne udfordringer, hvilket har betydet et generelt løft i ungeindsatsen:

- Fremover bør både screening og udredning i højere grad metodebeskrives som selvstændige værdifulde elementer i den integrerede IBBU-indsats – herunder også i IBBU+ projektet.

Erfaringerne viser, at et mindre IBBU-team med care manager og psykolog samt 5-6 ungerådgivere og en teamleder (alle fra ungeindsatsen), som kan mødes regelmæssigt og koordinere samarbejdet, bør vægtes fremadrettet. Et loft over antal ungerådgivere kan blive udfordret af kommunernes ønske om at undgå sagsbehandlerskift ift. den enkelte unge. IBBU-teamets funktion er imidlertid essentielt for et godt tværsektorielt samarbejde:

Implementering af IBBU-Midt

- Et IBBU-team, hvor alle nøgleaktører regelmæssigt mødes og udveksler erfaringer, evaluerer samarbejdet og tager vanskelige sager op, er et vigtigt implementeringsgreb. Det bør overvejes at sætte et loft for antal ungerådgivere i teamet.

IBBU's samspil med den øvrige ungeindsats om jobcentrets målgrupper har på mange måder været forbilledlig, og inddragelse af mentorer/bostøtter har været særligt perspektivrigt. IBBU+ vil omfatte unge med alvorligere psykiske lidelser, hvorfor det er ekstra vigtigt, at det fagprofessionelle team omfatter mentorressourcer:

- I samarbejdet med den øvrige ungeindsats bør inddragelse af kommunale mestringsmentorer/bostøtter om muligt vægtes højere. Alternativt kan det overvejes at udvide care managerens rolle. De unge har brug for støtte på deres videre vej – uanset sværhedsgraden af deres psykiske lidelser.

Facilitering af samarbejdet mellem medarbejderne fra de 2 sektorer har, hvad angår IT, været begrænset til adgang til en fælles kalender. Det sundhedsfaglige personale har således ikke haft adgang til kommunernes fagsystemer og har anvendt mange kræfter på bl.a. at registrere og journalføre alle de unge i eget system. De har desuden udsendt indkaldelsesbreve til treparts møder og udredning, formuleret udredningsnotatet samt udsendt og indhentet spørgeskemaer til surveys:

- Udvikling af fælles IT-løsninger er en vanskelig størrelse, men burde have fornyet opmærksomhed ifm. et IBBU+ projekt. Fx kunne der nedsættes et IT kyndigt udvalg, som undersøger aktuelle muligheder. Desuden kunne tilknytning af fast administrativ support afhjælpe ift. de mange administrative opgaver hos først og fremmest care managerne.

Psykologer og care manager har ved screening og udredning ofte savnet overblik over de unges tidligere kontakt til sundhedssystemet. De unge kan have svært ved at huske det, og det kan være vanskeligt for ungerådgivere at finde sådanne oplysninger i den unges journal:

- Sundhedsmedarbejdernes adgang til eksterne sundhedsdata vil kunne målrette visitation og vidensniveauet ift. den enkelte unge betragteligt. Brug af eksterne sundhedsdata vil betyde, at den unge skal give samtykke hertil i en samtykkeerklæring.

Kompetencer i IBBU-staben

IBBU-medarbejdere fra begge sektorer har haft relevante kompetencer og erfaringer fra samarbejde på tværs af faggrænser ift. at indgå i IBBU-projektet. Ungerådgiverne har desuden haft indgående kendskab til de unge, mens både psykologer og care manager har haft erfaring fra tidligere arbejde med unge i mistrivsel. Ifm. barsel og jobskifte blandt KSR's medarbejdere har KSR kunnet trække på andre erfarne medarbejdere, mens udskiftning blandt ungerådgivere har været begrænset - bl.a. fordi jobcentrene helst undgår sagsbehandlerskift.

Care managerne kompetenceudvikles gennem manualiseret undervisning og gennem sidemandsoplæring ved specialistpsykologer fra KSR i dagligdagen. Alle har med rigtigt stort udbytte kunnet trække på KSR's psykiater til konferencer og ifm. tvivlsspørgsmål. Der har været en høj grad af selvstyre hos sundhedsmedarbejderne, og det har oftest fungeret godt, men medarbejdere har til tider savnet en tættere faglig ledelsesopbakning fra KSR, og ville gerne have haft større mulighed for at mødes som sundhedsfagligt team:

- En øget faglig understøttelse og koordinering kunne etableres ved udpegning af en specialistpsykolog som projektleder på den sundhedsfaglige del. Ligesom fælles møder blandt det sundhedsfaglige personale kunne opprioriteres. Det ville også sikre større ensartethed i implementeringen på tværs af kommuner.

Implementering af IBBU-Midt

Det tværfaglige kompetenceløft er sket i den gensidige sagssparring mellem sundhedsmedarbejdere og ungerådgivere. For de sundhedsfaglige medarbejdere har det bidraget til at synliggøre den unges udviklingszone og specifikke muligheder. For ungerådgiverne har det givet vigtig ny indsigt og viden om den unge.

Erfaringerne har vist, at ungerådgiverne mangler viden om sundhedsområdet. Ligesom organisering af IBBU-teamet og et markant arbejdspress i den sidste del af projektet har betydet mindre mulighed for fælles supervision med evaluering af det tværsektorielle samarbejde:

- Fælles supervision i IBBU-teamet skal opprioriteres, så metodeskarphed løbende holdes intakt hos begge faggrupper. Supervision er også et vigtigt element i det sundhedsfaglige personales netværksopbygning lokalt. Fremadrettet kan kompetenceudvikling hos jobcentrets medarbejdere med fordel omfatte en introduktion til sundhedssystemet – såvel den primære som den sekundære del.

Medarbejderne har følt sig godt klædt på til at anvende IBBU-metoder og -redskaber. Treparts møder er afholdt efter behov og ikke indenfor den fastsatte tidsfrist. Der har kun været anvendt efterværn i begrænset omfang:

- Treparts møder bør anvendes, når der er behov, da der foregår megen supplerende dialog om og med den unge løbende. Efterværn bør beskrives mere målrettet i IBBU-metoden og overvejes ift. alle unge – og særligt, hvor der ikke er tilknyttet mentor ressourcer.

Ledelse på flere niveauer

Den kommunale teamleder er central i implementering af IBBU. Teamlederen har ansvar for ressource- og produktionsflow, monitorering og kvalitetssikring og koordinerer løbende med den kommunale projektejer. Det kan være en lidt stor mundfuld ved siden af de øvrige faste daglige ledelsesopgaver for en teamleder:

- Den lokale projektledelse er et vigtigt implementeringsgreb. Formålet med teamlederen skal italesættes tydeligere og ifm. kommende budgetlægning kan en mindre aflønning overvejes som motivationsfaktor.

Styregruppen med kommuner, KSR, DISCUS og Fonden har varetaget overordnet ledelse med fokus på implementering og opfølgning på baggrund af styringsdata og erfaringsopsamling løbende. Medarbejderne har ifm. krav om at speede visitationsprocessen op oplevet et stort pres særligt i den sidste del af projektperioden:

- Styregruppen i et kommende IBBU+ projekt bør have en grundigere forventningsafstemning om, hvilke perspektiver der er forbundet med at implementere et udviklingsprojekt, herunder at målindfrielse altid vil være behæftet med stor usikkerhed.

Implementeringsstøtte

Der har blandt medarbejdere og teamledere været udbredt tilfredshed med de anvendte implementeringsgreb i processtøtten form af fælles opstartsmøder og undervisningsdage, tværgående erfaringsseminarer og teamledermøder, som DISCUS har stået for. Nyansatte sundhedsfaglige medarbejdere ville dog på trods af erfaringer fra et lignende projekt på sygedagpengeområdet gerne have været bedre klædt på til at træde ind i et udviklingsprojekt på ungeområdet. Dette bør have større opmærksomhed fremadrettet:

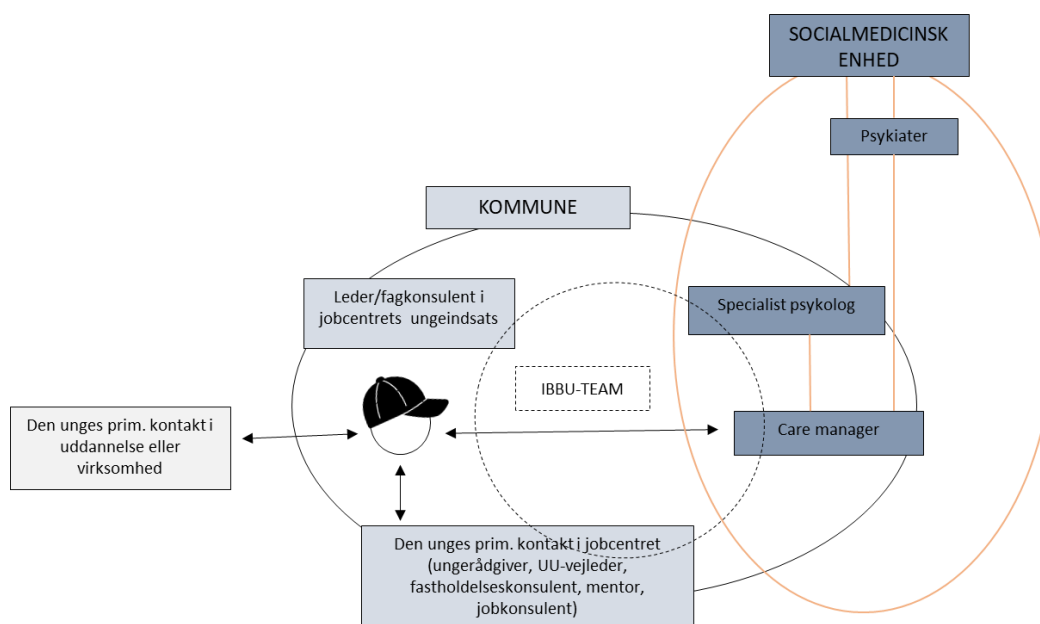
- Et implementeringsteam, som står for processtøtten, vil også fremover være et vigtigt implementeringsgreb - både når det gælder implementering af IBBU's organisering, metoder og redskaber i nye kommuner og ifm. udvikling af nye projektelementer som i IBBU+.

2. IBBU - MODELLER OG KERNEELEMENTER

I dette afsnit præsenteres IBBU-indsatsens kerneelementer samt de tre centrale IBBU-modeller om 1) organisering af det tværsektorielle samarbejde, 2) inflow af unge til projektet samt 3) samarbejdet om og med de unge i den integrerede IBBU-indsats.

2.1. Model for organisering

Figur 1. Organisering af det tværsektorielle samarbejde



IBBU implementeres i et fremskudt samarbejde mellem jobcentrets ungeindsats og den regionale socialmedicinske enhed. Det faglige personaleansvar ligger fortsat hos hhv. ledelsen i jobcentret og i den socialmedicinske enhed. Jf. ovenstående Figur 1 er de sundhedsfaglige medarbejdere (specialistpsykolog og care manager) udplaceret fysisk i kommunens ungeindsats. De kan begge trække på psykiater i den socialmedicinske enhed ved konferering af udredningsnotater og ifm. andre evt. tvivlsspørgsmål.

Et fast IBBU-team står for implementering af IBBU. Teamet omfatter som min. en teamleder (leder/fagkonsulent fra ungeindsatsen), den udplacerede specialistpsykolog og care manager samt de ungerådgivere³, som har den tætte kontakt til den unge i ungeindsatsen. Teamet koordinerer indsatsen ugentligt eller hver. 14. dag.

³ Ungerådgivere kan både være myndighedssagsbehandlere, mestringsmentorer, jobkonsulenter, UU-vejledere i ungeindsatsen. Samarbejdet med den unge kan desuden omfatte den unges kontaktperson fra uddannelse (trivselsvejledere, uddannelsesvejledere) eller fra en virksomhed, hvor den unge er i praktik eller i beskæftigelse. Uddybes nedenfor i Figur 3.

Implementering af IBBU-Midt

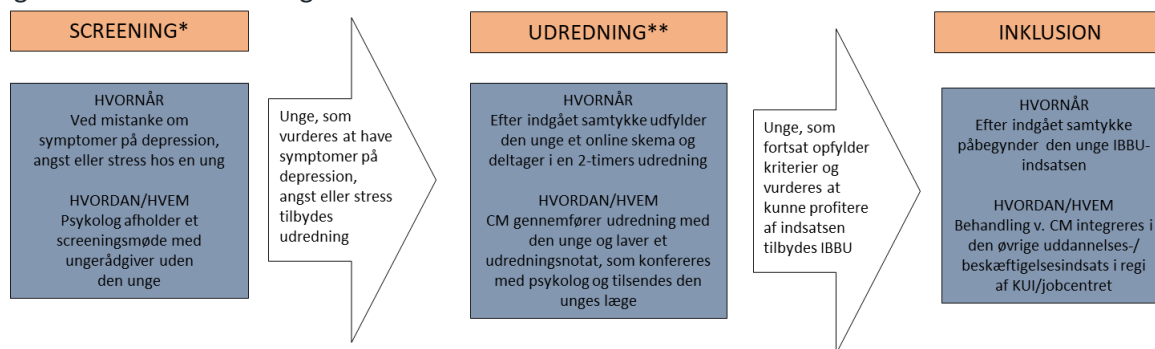
- **Teamlederen** har ansvar for ressource- og produktionsflow, mens den **unges kontaktperson i ungeindsatsen** har ansvar for den uddannelses-/beskæftigelsesrettede indsats på sagsniveau.
- **Care manageren** står for den manualiserede udredning og behandling i IBBU. Udredningen afsluttes med et notat, som sendes til den unges egen læge. Behandlingsforløbet er understøttende til den øvrige ungeindsats og baserer sig på en stepped care model, hvor behandlingsintensiteten matcher sværhedsgraden af den unges symptomer. Behandlingen kan omfatte psykoedukation, kognitiv adfærdsterapi og/eller psykoterapi.
- **Specialistpsykologen** oplærer og giver supervision til care manager samt månedlig tværgående supervision til alle involverede medarbejdere i den integrerede IBBU-indsats. Den tværfaglige supervision kan både være sagsrettet og ift. det tværsektorielle samarbejde. Psykologen står desuden for screening af unge, hvor ungerådgiveren har mistanke om, at der er symptomer på depression, angst og/eller stress.

I opstarten af projektet har DISCUS afholdt en undervisningsdag for alle involverede ledere og medarbejdere med fokus på anvendelsen af metoder og redskaber i den integrerede indsats samt oplæg ved psykolog og teamleder om de monofaglige indsats - hhv. uddannelses-/beskæftigelsesindsatsen og behandlingsindsatsen. Dette med sigte på at alle har et fælles vidensgrundlag. Desuden har DISCUS deltaget i det første IBBU-team-møde i de respektive kommuner.

2.2. Model for inflow

Inflow til den integrerede IBBU-indsats sker gennem først en screening og siden en sundhedsfaglig udredning:

Figur 2. Inflow til den integrerede IBBU-indsats



* Unge, som på baggrund af screeningen vurderes IKKE at være i målgruppen udgår. Fx unge med lav IQ, et alvorligt alkoholproblem eller tydelige tegn på alvorligere psykiske udfordringer

** Unge, som på baggrund af udredningen vurderes IKKE at være i målgruppen udgår med et udredningsnotat til egen læge. Fx unge med symptomer på alvorligere personligheds- og opmærksomhedsproblemer som ADHD og ADD eller udviklingsforstyrrelser (autismespektrum)

Screening

På baggrund af mistanke hos en ungerådgiver screenes de psykisk skrøbelige unge. Uagtet at de unge, som *IKKE* opfylder målgruppekriterierne ikke går videre, viser erfaringerne, at screeningen bidrager til at optimere de unges aktiveringsplan og giver ungerådgiverne større sikkerhed ift. at gå i dialog med andre fagpersoner, fx den unges egen læge.

Implementering af IBBU-Midt

Der er udarbejdet en liste med eksklusionskriterier til ungerådgiverne:

Eksklusionskriterier

- ADHD, der ikke er tilstrækkeligt behandlet *
- Autisme
- Fast misbrug **
- Personlighedsforstyrrelse
- Skizofreniform lidelse/psykotisk lidelse
- Mental retardering (IQ 69 eller derunder)
- Bipolar lidelse ('maniodepressiv')
- Akut krise, f.eks. ved igangværende arbejdsskadesag eller familiesag

* Unge med en velreguleret ADHD/ADD, hvor symptomerne ikke er massive, kan henvises til IBBU. Men det vil bero på en individuel vurdering. Hvis der er tale om en ubehandlet ADHD, hvor der er mange symptomer, som vanskeliggør deltagelse, så vil det være mest relevant at få iværksat behandling først, da alle andre behandlingsmæssige indsatser formodentlig ellers vil have ringe effekt.

** Et dagligt forbrug/misbrug af alkohol eller euforiserende stoffer er et eksklusionskriterie, men en del unge kan have et 'weekend' forbrug af fx hash, hvor de fortsat evner at opretholde en vis struktur på hverdagen og derfor måske godt vil kunne henvises til IBBU projektet. Det beror i sidste instans på en vurdering fra sag til sag.

Udredning

Udredning går naturligvis flere spadestik dybere end screening. Først og fremmest fordi den aktivt involverer den unge selv, og fordi der afsluttes med et udredningsnotat.

Før udredning skal de unge udfylde et spørgeskema om deres symptomer og mestring af hverdagen. Herefter deltager de i en 2-timers udredningssamtale med care manager. Udredningen afsluttes med et notat, som sendes til egen læge, og som kan anvendes i den unges videre forløb, hvad enten de unge kommer videre i den integrerede IBBU-indsats eller ej.

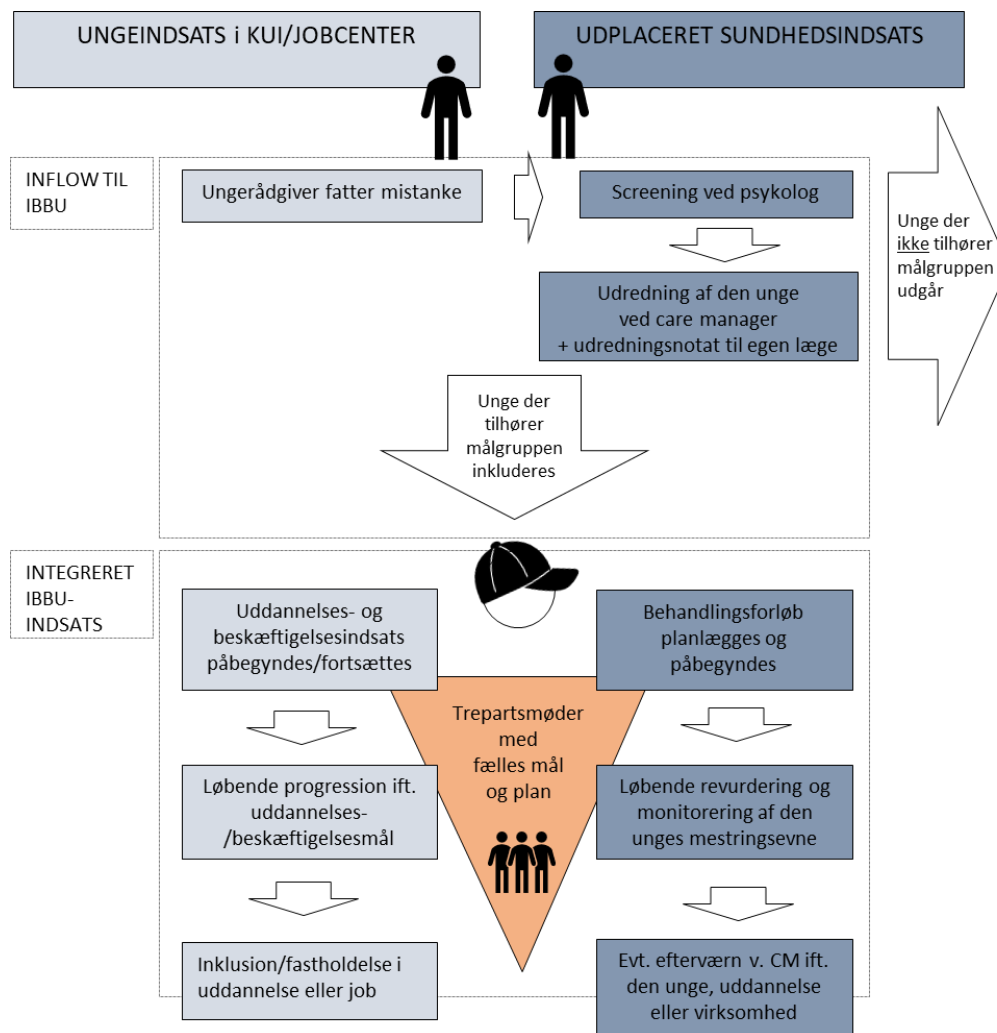
Der anvendes 2 samtykkeerklæringer ift. den unge – et forud for den sundhedsfaglige udredning og et ved inklusion i den integrerede IBBU-indsats med behandlingsforløb.

2.3. Model for den integrerede indsats med behandlingsforløb

Det integrerede IBBU-forløb med den unge påbegyndes, når han eller hun efter udredning er blevet vurderet til at tilhøre målgruppen og selv har givet samtykke til at deltage i IBBU. Som det ses af Figur 3 på næste side forløber indsatsen herefter i 3 spor:

1. I det beskæftigelses-/uddannelsesrettede spor (længst til venstre) varetager ungerådgiveren/nærmeste kontaktperson uddannelses- og beskæftigelsesindsatsen som vanligt i samarbejde med ungeindsatsens øvrige fagpersoner.
2. I det sundhedsfaglige spor (længst til højre) står care manageren, superviseret af psykologen, for behandlingsforløbet. Care manageren kan efter behov indgå i efterværn både ift. den unge og dennes uddannelsesinstitution eller arbejdsplads.
3. I det integrerede spor samarbejder ungerådgiver og care manager tæt med og om den unge. Her anvendes metoder som relationel koordinering og fælles beslutningstagning. Der afholdes trepartsmøder og udarbejdes en fælles IBBU-plan for den unge. Desuden er parterne i dialog om behov for efterværn.

Figur 3. Den integrerede IBBU-indsats



Alle medarbejdere i IBBU er ved projektets opstart blevet undervist i metoder og redskaber. Der udarbejdes lokale arbejdsgangbeskrivelser på baggrund af den IBBU-guide, som indgår i undervisningsmaterialet.

2.4. IBBU-indsatsens 10 kerneelementer

Som udgangspunkt var der 8 kerneelementer i IBBU. Belært af implementeringserfaringerne kan der under organisering af indsatsen tilføjes yderligere 2 selvstændige kerneelementer ifm. inflow af de unge til IBBU: hhv. 4) screening og 5) udredning (er kursiveret i nedenstående tabel). Udover at sikre at det er de rette unge, som får tilbudt den integrerede indsats med behandling, har det vist sig at screening og udredning fungerer som selvstændige værdifulde elementer i den integrerede IBBU-metode og giver et væsentligt bidrag til at løfte ungeindsatsen lokalt.

Planlægning af den integrerede indsats

1. Ungerådgiveren og care manageren udarbejder på trepartsmøder sammen med den unge en fælles plan og anvender fælles beslutningstagning med inddragelse af den unge
2. Der er fokus på disclosure - åbenhed om sygdom – og pårørendeinddragelse

Efterværn

3. Der er mulighed for tværfaglig støtte i efterværn for den unge og institutionen ved opstart på en uddannelse eller et virksomhedsforløb med praktik og/eller lønnede timer

Organisering af indsatsen

4. *På baggrund af ungerådgiverens mistanke om psykisk mistrivsel hos en ung gennemføres en screening med psykologen uden den unges deltagelse men med evt. relevante sagsakter. Hvis der fortsat er begrundet mistanke, går den unge videre til udredning*
5. *Care manageren afholder en udredningssamtale med den unge pba. den unges besvarelse af et online skema om egen mestring af symptomer på psykiske lidelser. Hvis den unge tilhører målgruppen, visiteres til indsats med behandlingsforløb*
6. Ungerådgiver og care manager arbejder integreret med relationel koordinering som metode og sidder fysisk sammen i jobcenteret
7. Ungerådgiver, care manager og specialistpsykolog samarbejder i IBBU-teamet, der ledes af en teamleder fra jobcentret, som har fokus på kvalitetssikring
8. Specialistpsykolog har ansvar for fagspecifik supervision af care manager samt for fælles supervision af IBBU-teamet
9. Ledelsen på tværs af kommune og Region Midt har fokus på implementering og opfølgning
10. Ungerådgiver og care manager skal uddannes i IBBU.

Screening er et værdifuldt selvstændigt element til at sikre et ofte nødvendigt kursskifte hos de unge, som ikke går videre til en udredning, da de ikke tilhører IBBU-målgruppen. Oftest er den unge et ubeskrivet blad, hvad angår helbredsforhold. Ungerådgiveren kan i dialog med psykologen få indsigt i ofte alvorligere problematikker hos de unge samt pejling på nye handlemuligheder i indsatsen og en større sikkerhed ift. at gå i dialog med andre fagpersoner, fx den unges egen læge.

Udredning er et værdifuldt element både for de unge i den integrerede indsats og de unge, som afsluttes med et udredningsnotat, der beskriver deres symptomer og giver anbefalinger til videre afklaring i eksternt regi. Oftest unge med symptomer på ADHD eller autismspektrum-forstyrrelser eller misbrug, som betyder, at de ikke pt. kan profitere af IBBU. Udredning og notat betyder for disse unge kortere vej til rette tilbud, fordi både læge og jobcenter kan rykke hurtigt og målrettet i en sag, mens den unge får både større selvforståelse og hjælp til at formulere sig om sine psykosociale udfordringer.

3. PRAKSISANALYSE

Praksisanalysens formål er at kortlægge styrker og udfordringer i implementering af IBBU-indsatsen og opsamle fremadrettede anbefalinger til et udvidet IBBU+ tiltag (IBBU+ uddybes i Afsnit 4). Analysen forholder sig til IBBU's kerneelementer, som er beskrevet i Afsnit 2.

Praksisanalysen bygger på fokusgruppeinterviews med IBBU-medarbejdere i de tre kommuner og regionen. I interviewene har deltaget care managere, specialistpsykologer, teamledere og repræsentanter for ungerådgi-verne. I alt har interviewene omfattet 16 personer. Interviewene er gennemført i marts 2023.

Desuden har nærværende rapport været til høring hos projektejerne i de 3 kommuner og KSR i april 2023.

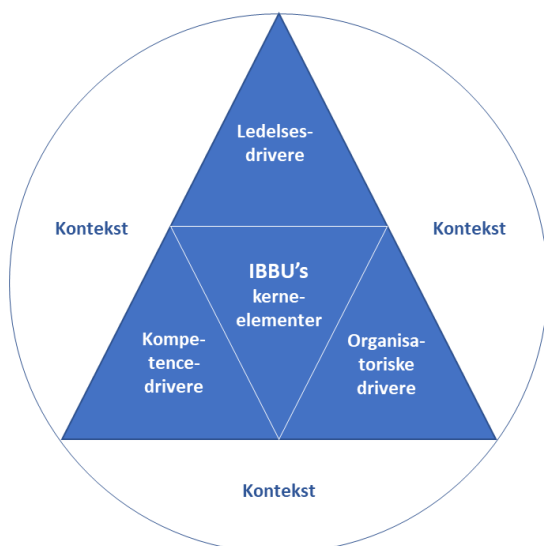
3.1. Metodisk afsæt

Praksisanalyse tager afsæt i Fixsens implementeringsmodel⁴, som er en anerkendt referenceramme for offentlige initiativer og tiltag. Fixsen har helt overordnet identificeret følgende sammenhæng:

$$\text{Effektiv teori (her IBBU)} \times \text{Effektiv implementering} \times \text{Understøttende rammer/kontekst} \\ = \text{Ændringer med reel virkning for mennesker}$$

Der skal således meget mere til end selv den bedste teori for at skabe ændringer, der har reel betydning for mennesker. Der kræves en omfattende implementering, og at ændringerne understøttes af den omkringliggende organisation (her kommuner og region).

Figur 4. Evalueringens fokusområder



Modellen illustrerer de væsentligste implementeringsdrivere:

- Projektets kontekst
- Organisatoriske drivere
- Kompetencedrivere
- Ledelsesdrivere

Desuden fokuseres afslutningsvist på de understøttende aktiviteter, som implementeringsteamet (DISCUS) har stået for. Fixsen peger på, at et implementeringsteam er essentielt for at sikre effektiv og vedvarende innovation og sandsynlighed for succes.

⁴ "The active implementation frameworks" by Fixsen et al (Fixsen D, Blase K, Metz A, Van Dyke M. Implementation Science, Second Edi. Elsevier, 2015 DOI:10.1016/B978-0-08-097086-8.10548-3)

3.2. PROJEKTETS KONTEKST

IBBU er et tværsektorielt udviklingsprojekt, som er implementeret i 3 midtjyske kommuner. Det betyder at kommunernes organisation, politiske fokus, omgivende samfund, værdier, praksis, lovgivning, økonomi m.v. er afgørende for i hvilket omfang IBBU har kunnet implementeres.

Der har helt fra start været stor politisk opbakning til IBBU fra beskæftigelsesudvalg og den øverste ledelse i de 3 deltagende kommuner. En opbakning, som er fortsat i hele implementeringsprocessen på trods af de udfordringer og dilemmaer, som projektet er stødt ind i undervejs. En af projektejerne uddyber:

- *”Motivet for at indgå i IBBU var at finde nye veje på den udfordring, at for mange unge er i psykisk mistrivsel, der spænder ben for en uddannelses- eller jobplan. IBBU-projektet er ikke kun mere af det samme, fx en ny mentorordning, men en nytænkende og epokegørende metodeudvikling. Responsen fra vores beskæftigelsesudvalg har været meget positiv, især ift. den sundhedspsykiatriske vinkel, som har manglet i KUI! (Den Kommunale Ungeindsats)”.*

Udfordringer med inflow til IBBU

Udvikling og implementering af IBBU har overraskende været påvirket af følgende 3 eksterne forhold, som har betydet, at færre unge end oprindeligt tilsigtet, har modtaget den integrerede IBBU-indsats:

- 1) Et generelt fald i antal unge over tid i jobcentrets ungemålgrupper. Den primære fødekæde til IBBU har i alle kommuner været uddannelsesparate unge, hvor der har været et overraskende fald i antallet siden 1.april 2021, hvor visitationsperioden i IBBU gik i gang. Forklaringen er, at der ikke kommer så mange nye uddannelsesparate ind i jobcentret som forventet, eller at de hurtigt er ude igen, fordi de får job. En tendens, som skyldes stor arbejdskraftmangel og et deraf følgende politisk pres på jobcentre for at få alle ledige i job.
- 2) Forsættelse af Corona-epidemien, som har medført, at beskæftigelsesindsatsen i perioder har været lukket ned, ligesom sygdom og isolation har haft indflydelse på såvel de unge som deres ungerådgivere, hvorfor en del udredninger har måttet aflyses og udskydes.
- 3) Mange unge har vist sig viste sig at have alvorligere psykiske udfordringer udover symptomer på angst, depression og stress - fx ADHD, udviklingsforstyrrelser, personlighedsforstyrrelser eller misbrug - og er afsluttet med et udredningsnotat. Mange screeninger og udredninger har derfor ikke ført til tilbud om behandling i IBBU.

Undervejs er IBBU-målgruppen søgt udvidet med frafaldstruede i ungdomsuddannelserne, men det har ikke ført til en markant større vækst i in flowet, som fortsat overvejende har været af uddannelsesparate unge.

Dilemmaer omkring videre forankring af IBBU

IBBU er efter endt fondsfinansiering stødt ind i hindringer ift. finansiering af indsatsens forankring. LAB loven giver ikke kommunerne mulighed for at medfinansiere sundhedsindsats, da behandling er en regional opgave. Og ungegruppen med angst, depression og stress er ikke så alvorligt belastet, at de kan behandles i den regionale psykiatri. De er derfor overladt til en jobcenterindsats, som de pga. deres psykiske udfordringer ikke kan profitere af, og er i risiko for at udvikle alvorligere psykiske lidelser samtidig med, at deres livschancer forringes.

Unge i psykisk mistrivsel vil fortsat have et uindfriet behov for en tværsektoriel indsats. Og i erkendelse af, at IBBU er led i en længere implementeringskæde, har styregruppen besluttet at søge fondsmidler til at videreføre

og videreudvikle IBBU med en IBBU+ indsats. Et levende projekt i fortsat udvikling er således et bedre afsæt for at ændre på de rammebetingelser, som er gældende aktuelt (uddybes i Afsnit 4).

3.3. ORGANISATORISKE DRIVERE

De organisatoriske drivere er ifølge Fixsens implementeringsmodel: a) projektets fysiske rammer, b) det organisatoriske setup (administrativt og praktisk) samt c) faciliterende administration, herunder understøttende data.

a. De fysiske rammer

Den tværsektorielle indsats implementeres der, hvor de unge er

At flytte det tværsektorielle samarbejde til der, hvor de unge er (jf. kerneelement 6), har været nyt og banebrydende og helt essentielt for de unges udbytte af IBBU-indsatsen viser Impactevalueringen⁵. Der er i de fysiske rammer i jobcentret opstået vigtige kollegiale fællesskaber på tværs af de to sektorer (region og kommune), fordi medarbejderne har siddet dør om dør, og fordi begge faggrupper har oplevet det yderst meningsfuldt, at samarbejde om og med de unge i et relationelt koordineret samarbejde.

Den umiddelbare adgang til hinanden har fungeret bedst, når ungerådgiverne har været fast placeret på samme lokalitet som care manager og specialistpsykolog.

IBBU's samspil med den øvrige ungeindsats

IBBU er i alle kommuner implementeret i ungeindsatsen, hvor ungerådgiverne typisk er myndighedsmedarbejdere og nærmeste kontaktpersoner til de unge. Jobkonsulenter og medarbejdere i uddannelsesvejledningen er typisk blevet inddraget ifm. den unges uddannelse, praktik eller job. I 2 af kommunerne har flere af de unge været tilknyttet en mestringsmentor allerede inden visitationen til IBBU.

Tilknyttede mestringsmentorer eller bostøtter har været meget vigtige samarbejdspartnere i disse kommuner, hvor de har deltaget i treparts møder og stået for at følge op på beslutninger herfra samt de unges hjemmearbejde ifm. behandling. Inddragelse af mentorkompetencer bør om muligt vægtes højere fremadrettet, da de unge har haft brug for støtte på deres videre vej – hvad enten de kun er blevet udredt eller har modtaget behandling i IBBU, vurderer medarbejderne i IBBU.

b. Det organisatoriske setup

Screening og udredning

Jf. kerneelement 4 og 5 har screening og udredning udover at sikre, at det er de rette unge, som får tilbudt den integrerede indsats med behandling, vist sig at fungere som selvstændige bidrag til at løfte ungeindsatsen lokalt i alle de 3 kommuner.

I screeningen har ungerådgiverenes dialog med psykologerne givet indsigt i ofte alvorligere problematikker hos de unge samt pejling på nye handlemuligheder i indsatsen og for ungerådgiverne givet en større sikkerhed ift. at gå i dialog med andre fagpersoner, fx den unges egen læge. I screeningen har enten deltaget én ungerådgiver med en ungecase eller flere rådgivere med hver deres ungecase. De fælles screeninger har især været relevante i opstarten af visitationsperioden mhp. at skærpe ungerådgivernes blik for målgruppen.

⁵ Impactevaluering af IBBU – de unges udbytte af indsatsen, DISCUS, oktober 2022.

Implementering af IBBU-Midt

Godt halvdelen af de screenede unge er gået videre til en udredning. Forud for udredningen har de unge besvaret et on-line skema om egen mestring af symptomer på psykiske lidelser. Skemaet har de unge langt oftest været i stand til at besvare - til tider med hjælp fra deres ungerådgiver. Udredning og det afsluttende notat har - hvad enten udredningen har vist, at de unge var i målgruppen for et IBBU-behandlingsforløb eller ej - betydet kortere vej til rette tilbud, fordi både læge og jobcenter har kunnet rykke hurtigt og målrettet i den enkelte sag. Den unge selv har fået både større selvforståelse og hjælp til at formulere sig om sine psykosociale udfordringer (se også Impactevalueringen).

Fremover bør både screening og udredning i højere grad vægtes som selvstændige værdifulde elementer i den integrerede IBBU-indsats, herunder også i IBBU+ projektet.

IBBU-teamet

Etablering af et IBBU-team med lokal ledelse og deltagelse af de daglige samarbejdspartnere (jf. kerneelement 7) har haft stor indflydelse på koordinering af indsatsen i den enkelte kommune. Erfaringerne viser, at et begrænset antal deltagende ungerådgivere fungerer bedst, da der med flere unge hos den enkelte rådgiver indhentes større erfaring og dermed et hurtigere ejerskab til indsatsen.

IBBU-teamet af sundhedsmedarbejdere og ungerådgivere har fungeret bedst der, hvor alle involverede har kunnet deltage, og hvor teamet har været samlet ugentligt eller hver 14 dag afhængigt af behovet. For de sundhedsfaglige medarbejdere, som kun har været i jobcentret på deltid, har det været helt essentielt ift. at kunne opbygge de lokale relationer faggrupperne imellem.

Et fast IBBU-team med færre ungerådgivere kan blive udfordret af kommunernes ønske om at undgå sagsbehandlerskift ift. den enkelte unge. Et mindre IBBU-team, hvor alle involverede parter kan mødes regelmæssigt og udveksle erfaringer, evaluere samarbejdet og tage vanskelige sager op, er imidlertid et vigtigt implementeringsgreb og bør vægtes fremadrettet.

c. Faciliterende administration

Fælles IT-løsninger

I opstarten af IBBU blev det undersøgt, om de sundhedsfaglige medarbejdere kunne få adgang til de kommunale fagsystemer. Resultatet blev, at care managerne kun fik 'kiggeadgang' eller slet ikke adgang til de kommunale fagsystemer. I de fleste kommuner har care managerne dog haft adgang til en fælles kalender ifm. de løbende aftaler, treparts møder m.v.

Care managerne har ført journaler i eget fagsystem på alle unge i udredning og behandling i IBBU, og det har krævet en del ressourcer, lige som de fx har været udfordret på at printe dokumenter, da de ikke har haft en kommunal PC.

Udvikling af fælles IT-løsninger er en vanskelig størrelse, men i opstarten af et udviklingsprojekt som IBBU i nye kommuner er det vigtigt at afsøge området. Fx ved at nedsætte et tværsektorielt udvalg med IT kompetencer, som undersøger de aktuelle muligheder lokalt.

Beslutningsunderstøttende data

Kommunernes teamledere har kvartalsvist opsamlet monitoreringsdata. Desuden har de sundhedsfaglige medarbejdere opsamlet data for inflow af unge til IBBU-projektet – fast kvartalsvist og desuden hvis der har været

Implementering af IBBU-Midt

behov. DISCUS har opsamlet og behandlet disse styringsdata og udsendt resultaterne til styregruppen, IBBU-teams og/eller Fonden.

Psykologer og care managere har været udfordret, hvis der ifm. screening eller undervejs i forløbet har været brug for yderligere information om den unges tidligere kontakt til sundhedssystemet, og ville have haft stort udbytte af selv at kunne trække sundhedsdate eksternt. De unge kan have svært ved at huske det, og ungerådgiveren kan have svært ved at finde sådanne oplysninger i sagen. Adgang til sundhedsfaglige data eksternt allerede ifm. screeningen kan målrette visitation og vidensniveauet ift. den enkelte unge betragteligt. En sådan praksis fremadrettet vil betyde, at den unge skal give samtykke hertil i en samtykkeerklæring.

Administrativ support

Der har været forholdsvis meget administrativt arbejde i tilknytning til IBBU. Det er lidt forskelligt, hvordan opgaverne er blevet fordelt i kommunerne, men oftest har ungerådgiverne stået for at indhente de 2 samtykkeerklæringer fra de unge, fremsende udredningsnotat til egen læge og løbende tilrette den fælles plan, som indgår i trepartsmøderne. Det er som sådan ikke nye opgaver for en ungerådgiver.

Care managerne har brugt en del tid på sagsoprettelser i eget journalsystem, indkaldelsesbreve til udredning og trepartsmøder, indskrivning af udredningsnotater – både til unge, som indgår og som IKKE indgår i IBBU - samt til at udsende og rykke for spørgeskemaer til surveys.

Ifølge de sundhedsfaglige medarbejderne ville tilknytning af en fast administrativ medarbejder være et stort aktiv i den sundhedsfaglige del af indsatsen til at aflaste først og fremmest care managerne.

3.4. KOMPETENCEDRIVERE

De væsentligste kompetencedrivere er ifølge Fixsen: a) udvælgelse og rekruttering af ledere og medarbejdere, b) træning, kompetenceudvikling og uddannelse samt c) coaching, feed back og supervision.

a. Udvælgelse og rekruttering

Som udgangspunkt har der været tilknyttet 2 heltids og 2 deltids care managere i hhv. de større (Herning og Randers) og de mindre kommuner (Skive og tidligere Syddjurs). Desuden specialistpsykologer svarende til ét årsværk, ligesom der har været tilknyttet en psykiater i KSR 10 t/ugen.

Care managerne har typisk en baggrund som sygeplejerske, socialrådgiver eller nyuddannet psykolog, og de ansatte specialistpsykologer har været erfarne psykologer.

Der har undervejs været en del udskiftning i det sundhedsfaglige personale. Enten pga. barselsorlov eller fordi medarbejderne har fået nyt job. Her har KSR kunnet inddrage egne medarbejdere som bl.a. har erfaringer fra det tidligere IBBIS projekt på sygedagpengeområdet, som blev afviklet i regi af Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering, hvor KSR (og DISCUS) også deltog. Det har været en stor fordel.

I jobcentrene har teamlederne haft stor erfaring ift. praksis og lovgivning på ungeområde, mens ungerådgiverne har haft ansvar for den uddannelses-/beskæftigelsesrettede indsats på sagsniveau. Ungerådgiverne har først og fremmest været socialrådgivere/myndighedspersoner, ligesom der har været tilknyttet jobkonsulenter eller uddannelsesvejledere - og ikke mindst mestringsmentorer.

Medarbejdere i kommunernes ungeindsatser er vant til at arbejde på tværs af faggrænser, og har derfor været

Implementering af IBBU-Midt

motiveret for at indgå i det tværsektorielle samarbejde. Der har ikke været mange udskiftninger blandt ungerådgiverne, bl.a. fordi kommunerne helst vil undgå sagsbehandlerskift i et ungeforløb.

b. Uddannelse og kompetenceudvikling

Ungerådgivere og care managere skal uddannes i IBBU (jf. kerneelement 10). I projektets opstart har DISCUS og KSR afholdt fælles opstartsmøde på tværs af kommuner og siden har DISCUS afholdt en undervisningsdag for alle implicerede i den enkelte kommune om den kommunale ungeindsats, målgruppen for projektet samt metoder, redskaber, udredning med notat, behandlingsforløb m.v. i IBBU. Materialerne har her omfattet en IBBU-guide, som er lavet til projektets implementering.

Undervejs har DISCUS desuden afholdt medarbejderseminarer på tværs af kommuner med fokus på IBBU-konceptet, monitoreringsresultater og erfaringsudveksling. Endelig har DISCUS afholdt månedlige møder med teamlederne, der har fungeret som lokale projektledere med drøftelser af de løbende udfordringer og løsninger.

Tilbagemeldinger fra interviewpersoner er, at undervisningsdagen har været et godt fælles startskud på det koordinerede samarbejde på tværs af sektorer og at den løbende processtøtte har været relevant. Den allervigtigste kompetenceudvikling ligger dog i det tværsektorielle samarbejde mellem de 2 faggrupper.

Ungerådgiverne har deltaget i fælles eller individuelle screeninger, som har klædt dem på til at kunne identificere unge til IBBU-projektet. Ligesom de har haft et stort udbytte af at kunne opsøge den sundhedsfaglige ekspertise next door. En ungerådgiver siger:

- *”Det område, som de repræsenterer, ved vi ikke noget om, altså hele behandlingsområdet og psykiatridelen. At få den viden tæt på og blive beriget med den viden, som vi ikke har, og som vi heller ikke naturligt skal have, fordi vi ikke er et behandlingsområde - det er guld værd”.*

Ligeledes har sundhedsmedarbejderne i det tværsektorielle samarbejde med og om de unge fået et skærpet blik for den unges udviklingszone og hendes eller hans uddannelses-/beskæftigelsesrettede muligheder. En care manager siger:

- *”Det har været meget lærerigt for mig, den sparring der ligger i, hvad er egentlig muligt. At den sparring har været lige ved døren. For jeg kan jo godt sidde og tænke, hvad kunne fra min stol give mest mening, men det har været hjælpsomt for mig at få noget viden omkring processerne, og hvad der er af tilbud”.*

Der bør ifølge de sundhedsfaglige medarbejdere overvejes at opkvalificere ungeindsatsen yderligere ved en generel introduktion til sundhedsområdet og de relevante aktører her.

Ungerådgiverne foreslår desuden, at der laves en nærmere beskrivelse af samarbejdet med egen læge i IBBU. Samarbejdet har vist sig at være af stor betydning for de unges videre vej på sundhedsområdet. Rekruttering af unge kunne således også i højere grad finde sted via egen læge.

Ledelsesmæssig facilitering af de sundhedsfaglige medarbejdere

Den personalemæssige og faglige ledelse af det udplacerede sundhedspersonale ligger i regi af KSR/Regionen (jf. organisationsmodellen i Afsnit 2).

I IBBU kompetenceudvikles care managerne dels gennem manualiseret undervisning ved den ledende psykolog i KSR i projektopstarten og dels gennem en tæt sidemandsoplæring ved de udstationerede specialistpsykologer samt kursusdeltagelse. Begge faggrupper har kunnet trække på KSR's psykiater til konferencer og ifm. tvivls-spørgsmål, og det har de haft rigtigt stort udbytte af.

Implementering af IBBU-Midt

Det har et langt stykke af vejen fungeret rigtigt fint, og den høje grad af selvstyre, som personalet har haft, har været relevant - især når det er gået godt. Til tider har medarbejderne imidlertid savnet en tættere faglig opbakning, ligesom de gerne ville have haft mulighed for at mødes som sundhedsfagligt IBBU-team i regi af KSR. Især ved udskiftninger i personalegruppen ved fx barsel eller jobskifte, som der har været en del af.

En øget faglig understøttelse og koordinering kunne etableres ved udpegning af en specialistpsykolog som projektleder på den sundhedsfaglige del. Ligesom fælles møder blandt det sundhedsfaglige personale kunne opprioriteres. Det ville også sikre større ensartethed i implementeringen på tværs af kommuner.

c. Coaching og supervision

Der skal foregå fagspecifik og fælles supervision af hhv. care managerne og ungerådgiverne i IBBU (jf. kerneelement 8). I den enkelte kommune er coaching og supervision oftest sket som sagssparring ved specialistpsykologen eller care manageren, og det har været helt essentielt for indsatsen, at der har været brugt tid på dette. Også når det har været unge, som ikke var i målgruppen for IBBU. Ungerådgiverne har oplevet stor tilgængelighed i den løbende sparring med de sundhedsfaglige medarbejdere, hvilket har betydet et generelt løft i hele deres sagsstamme og i ungeindsatsen som sådan.

Specialistpsykologerne har gennemført fælles supervision for alle medarbejderne i 2 af kommunerne med drøftelser af relationel koordinering af det tværsektorielle samarbejde. I den sidste kommune har fælles supervision i den sidste del af projektet praktisk taget ikke fundet sted, bl.a. fordi der har været mange ungerådgivere tilknyttet IBBU og dermed vanskeligheder ved at samle alle i IBBU-teamet.

Psykologerne vurderer, at muligheder for fælles supervision af det tværsektorielle samarbejde har været udfordret, og care managerne har ofte savnet det. Især i det sidste halve års tid, hvor alle ressourcer blev anvendt til at få så mange unge som muligt inkluderet i projektet.

Det er ifølge de sundhedsfaglige medarbejdere et problem, hvis samarbejdet med ungerådgiverne som tendens bliver som at starte forfra hver gang en ny rådgiver træder ind ad døren. Det indbyrdes samarbejde med den enkelte rådgiver skal opbygges omkring flere unge end blot 1-2 og desuden faciliteres gennem fælles supervision mhp. både at understøtte den relationelle koordinering og opbygge netværkskontakter.

Fælles supervision i IBBU-teamet skal derfor have større vægt i implementeringen af IBBU, så metodeskarphe-den løbende holdes intakt hos alle i det tværsektorielle samarbejde. Supervision er desuden et vigtigt element i det sundhedsfaglige personales netværksopbygning lokalt, og det skal både organiseres og tilstrækkeligt med tid sikre plads til.

Implementering af metoder og redskaber

Jf. kerneelement 1, 2 og 3 skal trepartsmøder med en fælles plan afholdes, og der skal være fokus på åbenhed om sygdom og på pårørende inddragelse. Der skal arbejdes med relationel koordinering i det tværsektorielle samarbejde og fælles beslutningstagning i dialogen med den unge, som skal kunne tilbydes efterværn ved overgang til uddannelse eller job.

Mht. relationel koordinering, så vurderer sundhedsmedarbejderne, som omtalt i ovenstående, at der burde have været mere fokus på metodens implementering i regi af IBBU-teamet. De fleste af ungerådgiverne oplever dog, at de allerede arbejder relationelt i den tværfaglige ungeindsats.

Fælles beslutningstagning i dialogen med den unge er blevet anvendt, hvilket evaluatoren også har observeret under deltagelse i trepartsmøder, og som Impactevalueringen har vist, har de unge været meget tilfredse med at

Implementering af IBBU-Midt

blive aktivt inddraget i de fælles beslutninger. Brug af en fælles plan, som definerer mødedagsordenen, har sikret, at man ud over den unges mål og delmål har drøftet både åbenhed om sygdom og inddragelse af netværk.

Treparts møderne har normalt kun været afholdt i begyndelsen og i slutningen af et behandlingsforløb, som gennemsnitligt har været 4,4 mdr. Det er relativt få formaliserede treparts møder, men det sker ikke sjældent, at ungerådgiveren sammen med den unge har banket på care managerens dør og visa versa, at care manageren og den unge har banket på ungerådgiverens dør ifm. behandlingsforløbet.

Treparts møderne skal som udgangspunkt afholdes indenfor de første 3 uger efter visitationen, men det er kun sket i under 1/3 af ungeforløbene. Ifølge medarbejderne er det helt bevidst, for det er vigtigt, at den unge er kommet godt i gang, så der er noget at drøfte på de fælles møder. Treparts møder skal anvendes, når der er behov, og ikke indenfor en bestemt tidsfrist, da der foregår megen supplerende dialog om og med den unge løbende. Den fælles plan er relevant også fremadrettet – både som dagsorden for treparts mødet og som dokumentation af de opstillede mål, og ift. hvem der gør hvad.

Efterværn er ikke blevet registreret i nævneværdigt omfang i den kvartalsvise monitorering. Care manageren har dog ydet efterværn til nogle unge, som fortsat har haft brug for opfølgning efter behandlingsforløbet. Overvejelser om brug af efterværn kunne med fordel få en større tyngde i IBBU – både som efterværn ift. den unge og som efterværn ift. de uddannelser og virksomheder, hvor de unge færdes. Især når der ikke er mentorer, bostøtter e.a. til at følge den unge videre mod uddannelse eller job.

3.5. LEDELSESDRIVERE

Den tredje driver handler om ledelse. Fixsen skelner her imellem a) *teknisk ledelse*, som skal håndtere og løse den daglige drift og problemer med kendte metoder og b) *adaptiv ledelse*, som skal kunne håndtere vanskelige problemer ved interessekonflikter, manglende indfrielse af opstillede mål o.l.

a. Teknisk ledelse

Jf. kerneelement 7 skal IBBU-teamet ledes af en teamleder fra jobcentret, som har fokus på kvalitetssikring. Den kommunale teamleder er således den lokale projektleder i kommunen og spiller en meget vigtig rolle i implementeringen af IBBU. Teamlederen har formelt ansvar for ressource- og produktionsflow, monitorering og kvalitetssikring i den daglige drift. Reelt kan det imidlertid være en lidt stor mundfuld at skulle varetage ved siden af det daglige ledelsesarbejde i jobcentret. De kvartalsvise monitoreringer og sikring af datakvalitet har til tider trukket tænder ud, ligesom afholdelse af møder i IBBU-teamet i en travl hverdag kan føles som ekstra byrder. Det er således vigtigt, at formålet med den lokale projektledelse og det timeforbrug, ledelsesfunktionen medfører, bliver italesat tydeligere - også for at sikre lokal forståelse og prioritering. Ifm. kommende projekters budgetlægning kan en mindre aflønning evt. overvejes som motivationsfaktor.

b. Adaptiv ledelse

Jf. kerneelement 9 skal ledelsen på tværs af kommuner og region have fokus på implementering og opfølgning. Styregruppen i IBBU har omfattet projekterne i de 3 kommuner, ledelsen fra KSR, DISCUS samt en fast repræsentant fra Den A.P. Møllerske Støttefond. Styregruppen har løbende pro og reaktivt tilpasset projektet, bl.a. på baggrund af styringsdata fra den løbende monitorering, som er formidlet i 8 statusnotater samt indgået i notater til Fonden omkring specifikke problemstillinger.

Implementering af IBBU-Midt

Der har som tidligere nævnt været store udfordringer med at sikre inflow af unge til projektet og dermed vanskeligheder ift. at opfylde de opstillede mål. Medarbejderne – særligt det sundhedsfaglige personale - har ifm. styregruppens krav om at speede visitationsprocessen op oplevet et meget stort pres særligt i den sidste del af projektperioden, hvor IBBU til tider mere er oplevet som et drifts- end et udviklingsprojekt.

En styregruppe på tværs af sektorer, deltagende kommuner, fondsrepræsentant og et implementeringsteam vil også i et IBBU+ være et vigtigt implementeringsgreb. På baggrund af de gjorte erfaringer kunne en sådan styregruppe med fordel have en grundigere forventningsafstemning om, hvilke perspektiver der er forbundet med at implementere et udviklingsprojekt, hvis målfrielse altid vil være behæftet med stor usikkerhed.

3.6. IMPLEMENTERINGSTEAM

Et implementeringsteam understøtter, at et nyt initiativ implementeres i praksis. Fixsens forskning peger på, at implementeringsteamet er essentielt for en effektiv og vedvarende innovation, og erfaringerne viser ifølge Fixsen, at et trænet implementeringsteam øger sandsynligheden for succes med 60-80 %.

I IBBU har implementeringsteamet bestået af trænede chefkonsulenter fra DISCUS, som har stået for undervisningen i IBBU's metoder og redskaber, udveksling af erfaringer på tværs af kommuner, teamledere samt formidling af data og projekterfaringer på de kvartalsvise styregruppemøder.

Teamlederne har haft glæde af de månedlige fællesmøder, hvor de har haft mulighed for at tage udfordringer op løbende, og vurderer at dette fortsat vil være et væsentligt element i et udvidet IBBU+ projekt. De tværgående erfaringsudvekslingsseminarer har givet medarbejderne indblik i, hvordan der er blevet arbejdet i de andre kommuner, og understøttet ejerskab og innovationskraften over tid. De sundhedsfaglige medarbejdere, som er blevet ansat undervejs, kunne have ønsket, at der halvvejs igennem projektet havde været et tværgående møde med deltagelse af KSR og DISCUS med fælles drøftelse af hidtidige implementeringserfaringer.

Et implementeringsteam vil være et vigtigt implementeringsgreb - både når det gælder implementering af IBBU's organisering, metoder og redskaber i nye kommuner og ifm. udvikling af nye projektelementer som i IBBU+ (se afsnit 4).

OUTRO

Samlet har IBBU omfattet knapt 300 unge, hvoraf ½ er inkluderet i den integrerede IBBU-indsats, mens den anden ½ er afsluttet efter udredning med et notat til egen læge. Jf. projektets forandringsteori marts 2022, er de sundhedsfaglige og uddannelses-/beskæftigelsesrettede mål for de unge, som er blevet tilbudt den integrerede IBBU-indsats, at ca. 3/4 oplever symptomreduktion efter behandling og at ca. 2/3 er påbegyndt eller fastholdt i uddannelse eller job ved IBBU-projektets afslutning.

Effektevaluering af resultaterne ift. de unges symptomreduktion samt påbegyndelse/fastholdelse i uddannelse og job vil foreligge september 2023.

Rekruttering af de unge er primært sket fra jobcentrets egne målgrupper men meget tyder på, at fødekæden til IBBU nok snarere skal findes blandt frafaldstruede unge i uddannelse og de uddannelsesparate unge, som vendes i jobcentrets dør for at påbegynde uddannelse. Det sandsynliggør erfaringer fra IBBU-Nord projektet.

Desuden vil unge med alvorligere lidelser, som identificeres via screeninger og udredninger, også indtænkes i det tværsektorielle og forebyggende arbejde i IBBU+.

4. HVAD ER NÆSTE SKRIDT?

IBBU er som nævnt løbet ind i den udfordring, som ofte følger et tværsektorielt samarbejde, at der efter fondsfinansieringen af udviklingsprojektet viser sig lovgivningsmæssige udfordringer ift. finansiering af indsatsens forankring. LAB loven giver ikke kommunerne mulighed for at medfinansiere den sundhedsfaglige indsats, da behandling er en regional opgave. OG IBBUs målgruppe med angst, depression og stress er ikke alvorligt nok belastet til at være en del af målgruppen for den regionale behandlingsopgave i psykiatrien. De unge er overladt til en jobcenterindsats, som de ikke kan profitere af ift. uddannelse eller job pga. de psykiske udfordringer, og er helt klart i risiko for at udvikle alvorligere psykiske lidelser samtidig med, at deres livschancer forringes. IBBU må ses som led i en lang implementeringskæde ift. at udvikle forebyggende tværsektorielle indsatser for unge i mistrivsel. Indsatser, der tager hånd om deres samlede situation og understøtter deres vej ind i et mere 'normalt' ungeliv med uddannelse eller job.

Kommunerne er interesseret i at fortsætte IBBU og indstillet på at afholde de udgifter, som de allerede har gjort/gør i IBBU til aflønning af de involverede ungerådgiveres deltagelse i den integrerede indsats, ledelse samt lokaler og IT-opkobling af de sundhedsfaglige medarbejdere fra regionen.

KSR er i regionen en indtægtsdækket og ikke bevillingsfinansieret virksomhed. KSR har derfor ikke frie midler, som kan anvendes i IBBU. KSR ser IBBU som et forebyggelsesprojekt, idet indsatsen kan være med til at forebygge, at de unges psykiske problemer udvikler sig til alvorligere psykiske lidelser. Der er forskning, som viser, at mange af disse unge er i risiko for at udvikle alvorligere psykiske lidelser over tid. IBBU er således også et projekt som kan forebygge og mindske tilgangen til voksenpsykiatrien på længere sigt.

Fra efteråret 2022 frem til nu har samarbejdspartnerne forsøgt at formidle IBBU-projektet og dilemmaer ift. en mere permanent forankring af IBBU-indsatsen. Der har været afholdt flere møder med Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (STAR), som også deltager i IBBU-projektets følgegruppe. KSR har været i dialog med både hospitals- og psykiatrilædelser i Region Midt. DISCUS har rettet henvendelse til Reformkommissionen, og har efterfølgende aflagt besøg hos Kommissionens sekretariat, og deltaget i møder om ungeudfordringerne. DISCUS har henvendt sig til Sundhedsministeriet og har efterfølgende deltaget i et møde.

Trods udelukkende meget positive tilbagemeldinger på IBBU og de vigtige perspektiver for ungegruppen er en umiddelbar udbredelse og forankring af IBBU via driftsmidler fra kommuner og region ikke et realistisk scenarie pt. Derfor har samarbejdspartnerne i IBBU besluttet at søge fondsmidler til at videreføre og udvikle indsatsen i et IBBU+ projekt og som noget nyt koble forskning på projektet ved Regionens forskningsenhed DEFACTUM.

IBBU+

- IBBU+ tager afsæt i erfaringerne fra det flerårige udviklingsprojekt IBBU i Region Midt samt i erfaringerne fra det første år i det tilsvarende udviklingsprojekt IBBU i Region Nord
- Intentionen med IBBU+ er at tilbyde endnu flere unge (jf. de delmålgrupper, som er identificeret i IBBU) med psykiske udfordringer en integreret indsats i regi af Den Kommunale Ungeindsats (KUI) og regionen ved Klinisk Socialmedicin & Rehabilitering (KSR)
- IBBU+ er udviklet på baggrund af en stor efterspørgsel i kommunerne på en tidlig tværfaglig integreret indsats for unge med psykiske udfordringer og dårligt mentalt helbred
- Formålet er at øge de unges livsmestring og forebygge alvorligere psykiske lidelser og støtte dem i at kunne påbegynde og fastholde uddannelse og job
- Forskning skal belyse de sundhedsøkonomiske perspektiver af IBBU - som en forebyggende indsats ift. at udvikle alvorligere psykiske lidelser og risiko for livstab til følge.

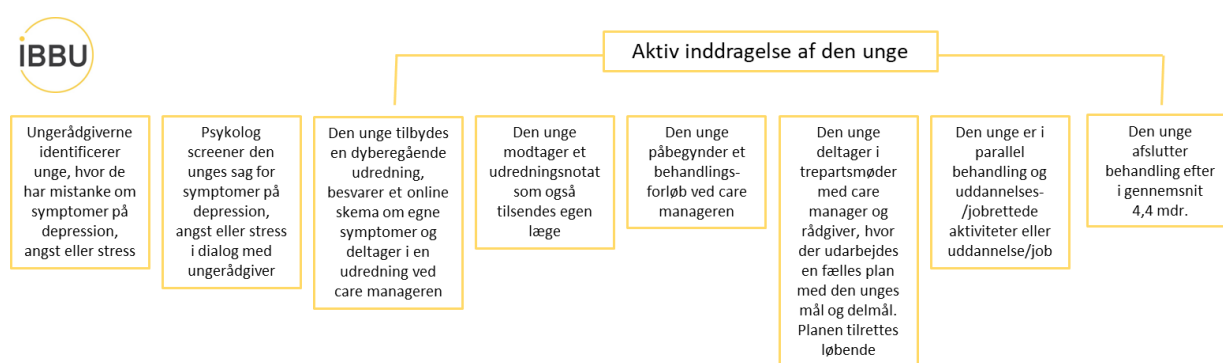
BILAG A. KORT OM IBBU

Psykisk mistrivsel nedsætter ikke blot livskvaliteten men har også konsekvenser ift. at realisere det liv, som den unge ønsker sig. Unge med psykisk mistrivsel har oftest svært ved at overskue tilværelsens kompleksitet og kan være ensomme og i risiko for at isolere sig fra sociale og faglige fællesskaber. Desuden er de unges tilknytning til uddannelse og arbejdsmarked alvorligt svækket, hvilket kan betyde, at de dropper ud eller slet ikke kommer i gang med uddannelse eller job. IBBU's målgruppe er en markant voksende del af denne ungegruppe.

Målgruppen for IBBU⁶ er unge fra 18 til 30 år med 'lettere' symptomer på depression, angst eller stress⁷. De unge falder mellem flere stole: De kan ikke profitere af jobcenterindsatsen grundet deres psykiske udfordringer; der er ingen udrednings- og behandlingstilbud i Regionspsykiatrien, da de ikke er 'tunge nok' til at matche Regionspsykiatriens målgruppe, og gratis behandlingstilbud i den private sektor er begrænsede og forbundet med lange ventelister.

Formål med en fremskudt og integreret IBBU-indsats er at gennemføre en virkningsfuld indsats for at støtte unge med en psykisk skrøbelighed i at påbegynde og fastholde uddannelse og job. Gennem sundhedsfaglige screeninger og udredninger identificeres unge med symptomer på depression, angst og/eller stress, og der igangsættes et behandlingsforløb i jobcentret som en integreret del af disse unges uddannelses-/beskæftigelsesindsats. Desuden er sigtet med IBBU at understøtte unge i at opnå øget livsmestring og ruste dem til at kunne indgå i uddannelse eller job og herved forebygge, at de unge udvikler mere alvorlige symptomer på psykiske lidelser senere i livet.

Et IBBU-forløb strækker sig fra identifikation af den unge i jobcentret til afslutning af den unges integrerede indsats med behandling med evt. efterfølgende efterværn ift. den unge eller det uddannelsessted eller den virksomhed, hvor den unge er i gang. Den unge inddrages først aktivt fra det tidspunkt, hvor han eller hun henvises til udredningen, jf. nedenstående figur:



⁶ Målgruppen for IBBU var som udgangspunkt unge med ydelser i jobcentret – prim. uddannelsesparate og aktivitetsparate. Pr. oktober 2021 blev målgruppen udvidet til også at omfatte FGU-elever og frafaldstruede på ungeuddannelserne. Baggrunden var at kommunerne vurderede, at der sandsynligvis ville være en del 'psykiatri light' unge at finde her. Evalueringen omfatter kun i begrænset omfang disse delgrupper, da de typisk ikke har deltaget i indsatsen så længe.

⁷ Der er eksempler, hvor den unge på trods af betydelige sociale vanskeligheder, traumer og belastningssymptomer tilbydes den integrerede IBBU-indsats, da den aktuelle belastning/funktionsnedsættelse i disse unges hverdag netop har drejet sig om angst eller depression.



DISCUS 

Mariane Thomsens Gade 4B
8000 Aarhus C
Denmark

Brolæggerstræde 6
Baghuset 1. Sal
1211 København K
Denmark

+45 7020 2229
discus@discus.dk
www.discus.dk