

STYRK KOORDINERING OG SAMMENHÆNG PÅ TVÆRS AF LOVGIVNING, FORVALTNINGSOMRÅDER OG FAGMRÅDER

Afrapportering fra anbefalingsgruppe 4

Gruppe 4 har arbejdet med anbefalingen ”Styrk koordinering og sammenhæng på tværs af lovgivning, forvaltningsområder og fagområder”. Gruppens arbejde afrapporteres i vedhæftede bilag, der beskriver hvem der har deltaget i arbejdet, baggrund og formål med arbejdet, processen og resultater i form af 1) hvad der karakteriserer kompleksiteten i rehabiliteringsforløb på borgerniveau, på fagligt niveau og på organisatorisk niveau, 2) mekanismer på borger-, fagligt og organisatorisk/strukturelt niveau, der kan fremme sammenhæng i rehabiliteringsforløb, og 3) tre illustrative cases.

Præmis

En præmis for gruppens arbejde har været, at der ikke kan skabes sammenhæng mellem alle indsatser for alle borgere. Skal sammenhængsbestræbelser være samfundsmæssigt bæredygtige, må de dimensioneres efter et minimumsmål, som der er konsensus omkring. Minimumsmålet skal ikke ses som et mål for den enkeltes forløb alene, men som det vi er enige om, og som alle beslutninger på fagligt, ledelses og organisatorisk niveau skal måles imod. Gruppen har defineret følgende udkast til minimumsmål for sammenhængende rehabilitering, som skal drøftes med henblik på at opnå konsensus blandt politikere, administratorer, forskellige faggrupper og brugere:

Mennesker, der oplever funktionsevnetab, skal hjælpes til så høj grad af uddannelse/selvforsørgelse/deltagelse som muligt via en sammenhængende og meningsfyldt rehabiliteringsindsats under hensyntagen til effektiv ressourceudnyttelse og sikring af bæredygtighed i velfærdssystemet.

Videre arbejde

På baggrund af gruppens arbejde med hvad der karakteriserer kompleksiteten i rehabiliteringsforløb på borgerniveau, på fagligt niveau og på organisatorisk niveau og mekanismer på borger-, fagligt og organisatorisk/strukturelt niveau, der kan fremme sammenhæng i rehabiliteringsforløb samt udarbejdelsen af tre illustrative cases foreslår vi, at der kan arbejdes videre med følgende områder. Først to forslag til analyser, der rækker ud over gruppens ressourcer. Og derefter gruppens egne planer for 2024:

Effektiv formidling om tværfaglige og tværsektorielle cases

Gruppens arbejde har vist, at der er brug for fælles forståelse af og forpligtelse på arbejdet med at skabe sammenhængende rehabiliteringsforløb på tværs af lovgivning, forvaltningsområder og fagområder. Styregruppen har desuden efterspurgt cases til inspiration. Det materiale, gruppen har udarbejdet i 2023, kan direkte anvendes til udarbejdelse af cases i tilgængelige og engagerende formater. Gruppen foreslår, at materialet omsættes til grafisk formidling (se forslag i bilag) af 3 – 4 cases, som beskriver rehabiliteringsforløb der virker (og evt. faldgruber), på tværs af beskæftigelse, uddannelse, social og sundhed, og målrettet målgrupper på henholdsvis borger-, fagprofessionelt-, og organisatorisk niveau. Cases kan fra et brugerperspektiv illustrere sammenhænge på tværs af fag-, enheds- og sektorgrænser og kan derfor bidrage til tværfaglig og tværsektoriel viden om og opmærksomhed på udfordringer og muligheder.

Som målgruppe for formidlingen foreslås ledere i hele ledelseskæden samt konsulenter/koordinatorer i praksis, samt efter- og videreuddannelser og grunduddannelser. Ift. grunduddannelser er en praksisforankring af uddannelsesforløb afgørende.

Succeskriterier vil være, at det materiale der udarbejdes faktisk bliver brugt. Det kan opgøres ud fra det antal gange, materialet hentes fra den hjemmeside, hvor det placeres. Det overordnede formål er at styrke relationel kapacitet, men det ligger uden for projektet at monitorere det.

Rehabiliteringsforum Danmark og/eller fonde søges om støtte til produktion af film.

Indsamling og formidling af eksisterende viden

Der er i Danmark eksisterende dokumentation om sammenhæng og koordinering af rehabilitering fra en lang række evalueringer, rapporter og lignende, som er udarbejdet inden for subspecialer, bestemte diagnosegrupper og særlige forvaltningsområder. Dokumentationen rummer ofte erfarings- og forskningsbaseret viden om principper og best practice, der har relevans for et bredere område. Gruppen foreslår, at styregruppen overvejer muligheder for at iværksætte en tværgående analyse og vidensopsamling af disse, hvor generiske principper og best practice uddrages og formidles til rehabiliteringsområdet bredt.

Gruppen foreslår, at en analyse afgrænses emnemæssigt til tværsektorielle og/eller tværforvaltningsmæssige rehabiliteringsforløb og baseres på egentlige forskningsprojekter og evalueringsrapporter. Det vil indgå i analysen, at materialet kvalitetsvurderes i henhold til forud definerede kriterier.

Analysen anlægger en organisationssociologisk tilgang, og generiske virksomme principper uddrages og formidles.

Rehabiliteringsforum Danmark eller fonde kan søges om midler til analysen.

Gruppens planer for 2024:

Gruppen ønsker i 2024 at arbejde med et område, hvor det er muligt at være handlingsanvisende. Som overordnet tema vælges:

1. Sammenhæng på det faglige niveau

Hvis man skal kunne tage udgangspunkt i borgers ønsker og håb, og hvis fagpersoner omkring et forløb skal kunne arbejde med fælles mål sammen med borger og skabe læring i praksisfællesskaber

- hvilke kompetencer er der behov for i forhold til faglighed og koblingskompetencer (samarbejde med anbefalingsgruppe 3)?
- hvilke kompetencer er der behov for på ledelsesniveau?
- hvilke rammer er der brug for?

Herudover vil gruppen, såfremt de foreslåede indsatser i forhold til vidensopsamling og formidling iværksættes, arbejde med sparring på de to projekter.

BILAG

AFRAPPORTERING

ANBEFALINGSGRUPPE 4 – STYRK KOORDINERING OG SAMMENHÆNG PÅ TVÆRS AF LOVGIVNING, FORVALTNINGSOMRÅDER OG FAGOMRÅDER

Gruppens deltagere:

Anne-Birte Kylling, Discus, Torben Birkeholm, Hjørring Kommune, Hella Obel, Hillerød Kommune (er udtrådt november 2023 pga nyt job), Linnea Waldorff Lund, Sundhedsstyrelsen, Lisbeth Høgh Jensen, Kræftens Bekæmpelse, Margrethe Boel, Ergoterapeutforeningen, Morten Lorenzen, Hjerneskadeforeningen, Niels Svaneborg, Region Nordjylland, Stina Meyer Larsen, Syddansk Universitet, Hanne Nielsen, Horsens Kommune (fra december 2023), Gitte Thranum Haldbæk og Dorte Venø Jakobsen, Social- og Boligstyrelsen, Stine Bøgh Petersen, Danske Fysioterapeuter, Ane Bonnerup Vind, REHPA (sekretær), Jette Thuesen, REHPA, tovholder.

Gruppen består af ledere og medarbejdere fra primær og sekundærsektor, repræsentanter fra patientorganisationer og faglige organisationer, forskere og styrelsesrepræsentanter samt en konsulent med speciale i implementering af tværsektorielt/tværfagligt samarbejde.

Indledning

Afrapporteringen beskriver baggrund og formål med arbejdet, processen og resultater i form af 1) hvad der karakteriserer kompleksitet i rehabiliteringsforløb på borgerniveau, på fagligt niveau og på organisatorisk niveau, 2) mekanismer på borger-, fagligt og organisatorisk/strukturelt niveau, der kan fremme sammenhæng i rehabiliteringsforløb, og 3) tre illustrative cases.

Baggrund og formål

Manglende koordinering og sammenhæng på rehabiliteringsområdet er adresseret i hvidbogen, hvor anbefaling 4 lyder:

Styrk koordinering og sammenhæng på tværs af lovgivning, forvaltningsområder og fagområder

Rehabilitering kræver ofte sammenhængende og koordinerede indsatser fra flere enheder på tværs af forvaltningsområder. For personen i rehabilitering og de pårørende kan rehabiliteringsprocessen opleves som usammenhængende og ukoordineret. De kan opleve, at de selv er ansvarlige for at bære information og koordinere på tværs af indsatser, hvilket kan være en belastning. Der er således behov for at sikre sammenhængende og koordinerede indsatser i rehabilitering. Koordinering og samarbejde mellem professionelle på tværs af forvaltnings- og fagområder er udfordret fagligt, ledelsesmæssigt og af forskellige rammebetingelser. Fagsprog, problemforståelser, traditioner og kulturer varierer på tværs af fagområder. Der er behov for videregivelse af relevante informationer, og at der kommunikeres stringent og tydeligt på tværs, således at personen i rehabilitering oplever større sammenhæng og gennemsigtighed i rehabiliteringsforløbet. Rehabilitering udfordres i dag af krav til standardisering og organisatorisk målopfyldelse på den ene side og krav om differentiering, helhedsorientering og individuel målsætning på den anden side. Det stiller store krav til ledelse af rehabilitering. Ledernes kompetencer bør styrkes, så de kan udøve fleksibel ledelse i komplekse organisatoriske rammer, med afsæt i de værdier, den tænkning og de principper, som rehabilitering indebærer. Der er også behov for en større sammenhæng i lovgivningen på de forskellige forvaltningsområder, som varetager rehabilitering. Her er det vigtigt med en tydelig fælles forståelse og præcisering af lovområdernes rehabiliteringsopgave og forpligtelse til samarbejde og koordinering med de andre områder.

Manglende sammenhæng synes at udgøre et konstant problem på rehabiliteringsområder, men der er langt fra konsensus om, hvad det er for et problem, hvordan det ser ud, hvilke effekter det har, for hvem det er et problem, og hvordan det kan og bør håndteres i praksis. Der er enighed om, at koordinering og sammenhæng mellem enkeltindsatser kan være helt afgørende for, om rehabiliteringen lykkes, og om de forskellige indsatser samlet set har effekt på personens funktionsevne og livskvalitet. Men *hvem* der har behov for *hvad* og i *hvilke situationer* er relativt uafklaret, og arbejdet med at skabe større sammenhæng er dilemmafyldt, som her beskrevet af Leutz:

→ *You can integrate all of the services for some of the people, some of the services for all of the people, but you can't integrate all of the services for all of the people. (Leutz 1999, i Sandberg-Buch et al 2018, s. 24)*

Der er mange kendte tiltag i form af fx forløbskoordinatorer, tværfaglige teams, integrerede ordninger og individuelle rehabiliteringsplaner. Men når ikke alle indsatser kan integreres for alle mennesker, hvilket minimumsmål kan så være styrende for, hvem der skal have hvad. Hvad kan politikere, administratorer, forskellige fagpersoner og brugere af rehabilitering enes om som minimumsmål?

Det må altid være i samfundets og individets interesse, at man hjælpes til så høj grad af selvforsørgelse og deltagelse som muligt, eventuelt gennem uddannelse. Det må samtidig være i samfundets og individets interesse, at enkeltindsatser organiseres på en effektiv måde, så de virker sammen mod det fælles mål på en måde, som er økonomisk bæredygtig.

Gruppen foreslår følgende som minimumsmål for sammenhængende rehabilitering:

Mennesker der oplever funktionsevnetab skal hjælpes til **så høj grad af uddannelse/selvforsørgelse/deltagelse som muligt** via en **sammenhængende rehabiliteringsindsats** under iagttagelse af **effektiv ressourceudnyttelse** og sikring af **bæredygtighed i velfærdssystemet**.

Med de pejlemærker er formålet med gruppens arbejde og med denne afrapportering at

1. levere erfaringsbaseret viden om 1) kriterier for kompleksitet, hvor der er behov for at skabe sammenhæng, 2) mekanismer der kan fremme sammenhæng, og 3) illustrative cases, som kan vise kompleksitet og sammenhæng i forskellige rehabiliteringskontekster
2. foreslå analyser og handlinger hen imod en generel styrkelse af koordinering og sammenhæng i rehabiliteringsindsatser

Kort om processen:

Gruppen har været samlet fire gange, og nærværende produkt er udviklet gennem en iterativ proces med samlinger og arbejde imellem samlingerne. Arbejdet er understøttet af kapitler fra hvidbogen kapitel 3 (s.34–39) og kapitel 8. Desuden har vi hentet inspiration fra Udfordringer til Rehabilitering i Danmark fra 2011, fra faglitteratur om sammenhængende forløb, og af oplæg fra Pia Kürstein Kjellberg, VIVE.

Første møde: Det blev besluttet at dele erfaringer for derigennem at etablere en fælles platform for arbejdet. Deltagerne udarbejdede frem mod næste møde cases der beskrev 1) forløb hvor koordinering og sammenhæng var udfordret, og 2) cases med koordinerede og sammenhængende rehabiliteringsforløb.

Andet møde: På grundlag af cases arbejdede grupperne med at identificere 1) hvad karakteriserer kompleksitet i rehabiliteringsforløb – på personligt, fagligt og organisatorisk niveau, og 2) hvad er de sammenhængsfremmende mekanismer – på personligt, fagligt og organisatorisk niveau. Se senere afsnit.

Tredje møde: Gruppen påbegyndte arbejdet med at konstruere prototypiske cases, der illustrerer kompleksitet og sammenhængsskabende mekanismer på alle niveauer. Arbejdet fortsatte frem til fjerde møde.

Fjerde møde: Gruppen færdiggjorde afrapportering og planlagte aktiviteter for 2024.

Hvad karakteriserer kompleksitet i rehabiliteringsforløb?

Ifølge Leutz kan kompleksitet i patientforløb relatere til:

- *Sygdomskompleksitet*
- *Grad af stabilitet (og det er der netop ikke i rehabiliteringsforløb)*
- *Varighed af kontakt*
- *Vigtighed af kommunikation*
- *Hjælpebehov*
- *Grad af egenomsorg (Fra Leutz 1999/Sandberg-Buch et al 2018)*

Arbejdsgruppen kortlagde, hvad der karakteriserer kompleksitet i rehabiliteringsforløb. Kompleksitet kan knytte an til personers og familiers tilstande og livssituationer, til særlige faglige udfordringer, og til komplekse organisatoriske forhold.

Hvad karakteriserer "den komplekse borger" – dvs. komplekse tilstande og livssituationer hos personer og familier, der udfordrer sammenhæng i rehabiliteringsforløb?

- **Sociale forhold** så som økonomiske/boligmæssige/kulturelle forhold kan forstærke kompleksitet, og det forstærkes yderligere, når der er kaos på flere områder af livet.
- Også jobmæssige forhold kan forstærke kompleksitet.
- Uddannelsesmæssig baggrund og lav sundhedskompetence kan forstærke kompleksitet.
- Nogle borgere opleves 'vanskelige' og har udfordringer med at tale ind i systemets sprog (*kulturel kapital ift at agere i 'systemet'?*). Her kan kognitive og kommunikative udfordringer også spille ind.
- Borgere med vanskelige familieforhold eller manglende (aktivt) netværk kan være særligt udfordret.
- **Sygdommes og tilstandes karakter** har også betydning, eksempelvis kan multisygdom og usynlige handicaps øge kompleksitet, og kompleksiteten kan forstærkes hvis hjælpen kommer for sent, eller hvis tilstanden er sjælden og specialiseret viden fraværende, der hvor man er.
- Ustabile tilstande og svingende funktionsevne kræver stor fleksibilitet, så der kan være behov for at der skrues op og ned for indsatser
- **Overgange** Endelig kan overgange i særlig grad udfordre sammenhængende rehabilitering, for eksempel overgangen fra ung til voksen (*og her kan der både være tale om organisatoriske overgange, overgange fra en lovgivning til en anden, og eksistentielle overgange i livet.*

Hvad karakteriserer komplekse rehabiliteringsforløb i et fagligt perspektiv?

- Når fagpersoner ikke kan forstå, hvad borgerne siger (fx systemsprog vs. livsverdenssprog), så problemer er vanskelige at identificere – eller når de problemer der identificeres ikke prioriteres, men borgers ønsker kolliderer med systemets mål eller det, der er fagligt rigtigt.
- Hvis der ikke er et klart defineret råderum for fagpersonen, eller hvis rammerne er rigide.
- Når fagpersoner (alene) arbejder ud fra monofaglige mål i forhold, der fordrer sammenhæng og når der mangles kendskab til det fulde forløb og andre professionelle og enheders kompetencer og indsatser. Så kan borger opleve fragmenterede indsatser; det er svært af finde ud af hvem der har ansvar, de kan have mange kontaktpunkter og mange særskilte planer/forløb.
- De eksisterende tilbud kan have vanskeligt ved at arbejde med borgernes samlede problemkompleksitet, herunder at rumme målgruppens adfærd.
- Når der ikke opleves effekt af indsatser på den korte bane, men indsatser skal virke (sammen) på langt sigt.
- Når der er behov for at videregive information mellem fagprofessionelle/sektorer/lovgivninger, der ikke understøttes organisatorisk.

Hvad karakteriserer kompleksitet i rehabiliteringsforløb i et organisatorisk perspektiv?

- Når der er behov for hjælp fra forskellige fagligheder, sektorer, organisationer, forvaltninger og lovgivninger
- Når der mangler forståelse/kendskab/relationel koordinering og kommunikation mellem aktører
- Når systemer og resultatmål for de enkelte systemer ikke spiller sammen.
- Når data og viden ikke kan udveksles, eller datasystemerne ikke spiller sammen.
- Når krav og forventninger til dokumentation og evaluering af indsats ikke er samtænkt eller ikke kan spille sammen.
- Når incitamentet ikke understøtter sammenhæng.
- Når investering i form af rehabilitering ikke altid giver afkast samme sted eller er meget langsigtet
- Når der er mere "kan" end "skal"

Mekanismer og principper med effekt på sammenhæng

I anden workshop arbejdede gruppen med, hvad der kan være virksomme mekanismer og principper, når sammenhæng skal understøttes. Igen hentede vi inspiration fra Buch:

- Ønsket om at skabe sammenhæng i komplekse patientforløb via målrettede indsatser har det iboende dilemma, at forsøget på at skabe sammenhæng i sig selv kan være en kilde til fragmentering og øget kompleksitet i de forløb, der ønskes samordnet (Sandberg-Buch 2012, Starling 2017).
- Dels fordi nye funktioner i sig selv repræsenterer en yderligere specialisering, dels fordi det tværgående fokus i sig selv kræver nye samarbejdsstrukturer og funktioner, der skal understøttes ledelsesmæssigt på nye måder.

Mekanismer og principper, der fremmer sammenhæng i rehabiliteringsforløb, kan virke på forskellige niveauer: På borgerniveau, på fagligt niveau, og på organisatorisk niveau.

Mekanismer og principper der virker på borgerniveau. Det kan fremme sammenhæng, når der er:

- Der arbejdes med borgerens egne ønsker, håb og drømme

- Fælles mål som også er borgerens mål (kan være et potentielt konfliktfyldt rum)
- Kendskab mellem borger og fagprofessionel (kontinuitet, tillid, relation). Tillidsopbygning en opgave i sig selv
- Kommunikation på borgerniveau – kommunikation skal tage hensyn til borgers (og evt pårørendes) tilstand og situation, herunder variationer i kommunikativ formåen afhængig af tid og sted
- Bisidder – selvvalgt eller fagprof.
- Koordinator. Partnerskab med borgeren – hvilken form?
- Stor værktøjskasse til forskellige behov – planen er ”også for mig” – ex visualiseret
- Systematik for borger- og pårørendesamarbejde

Det faglige niveau. Det kan fremme sammenhæng, når der er:

- Kendskab på tværs, fælles sprog og systemer, der taler sammen på tværs af sektorer og faggrupper
- Relationel koordinering: respekt, tillid, viden, dialog, ledelse
- Fælles beslutningstagen → Fælles plan, borgerens ønsker, mål og delmål
- Når indsatser tilrettelægges ud fra personens indefra-perspektiv og med et ressourcefokus frem for fokus på udfordringer og vanskeligheder.
- Når medarbejderne ’frisættes’. I det perspektiv er det ikke kun en ny måde for fagprofessionelle at arbejde på, men også en ny måde at udøve ledelse på.
- Afdækningsfasen er vigtig. Hvis den gennemføres med ro og tålmodighed og med inddragelse af relevante fagligheder og borgeren, kan kompleksitet reduceres
- Partnerskab med borger – koordinering, når det er den rigtige løsning
- Stratificering ift. hvor de ekstra indsatser skal lægges
- Fælles kompetenceudvikling
- Fælles refleksionsrum. Eksempelvis faglig refleksion over at arbejde efter faglige retningslinjer, værdier i det faglige fællesskab, mentalisering
- AMBIT-kvadrant – mentalisering:

Team/kollegaer	Borger
Viden	Netværk
Forskning/best practice	

- Tydeligt mandat, hvor der er plads til fejl
- Data/mål – få nøgletal der følges og som giver mening for både medarbejdere og ledelse

Organisatoriske mekanismer og principper, der kan fremme sammenhæng

- Smidig og klar styringsramme, skal understøtte at forløb ændrer sig
- Sammenhæng, der understøttes af lovgivning
- Helhedsorienteret økonomitænkning. Økonomiske incitament og investeringer (det tager tid at udvikle ny initiativer så flerårigt perspektiv)
- Når der samarbejdes på tværs af styrelser og ministerier.
- Commitment og fælles ejerskab på tværs og op og ned, hele ledelseskæden, opkvalificering af hele kæden og vedligeholdelse og inklusion af nye medarbejdere i indsatsen.
- Struktur og systematik for arbejdet – arbejdsgange, tilgange
- Klare værdier
- En proces med at kvalificere fastsættelse af fælles mål og en fælles evalueringsramme for tværsektorielt udviklingsamarbejde.

Referencer

Maribo et al 2022. Hvidbog om Rehabilitering. [hvidbog-2-udgave_180522-til-web.pdf \(rehabiliteringsforum.dk\)](#)

Hjortbak et al 2011. Udfordringer til Rehabilitering i Danmark. [udfordringer_til_rehabilitering_wed_udgave.pdf \(rehabiliteringsforum.dk\)](#)

Sandberg-Buch et al 2018. Sammenhæng i Patientforløb. [Sammenhæng i komplekse patientforløb \(vive.dk\)](#)

CASES

Anbefalingsgruppen har udarbejdet tre cases, om belyser forskellige typer af rehabiliteringsforløb. I cases beskrives dels forløbet, som det ser ud, hvis det er koordineret og sammenhængende, og dermed gennemføres ressourceeffektivt. Efterfølgende beskrives elementer af forløbet, hvor der ikke har været den nødvendige sammenhæng, og hvor kompleksitetsfremmende faktorer dermed har været dominerende, hvilket har medført mindre effektive forløb for involverede borgere og familier. Cases tjener dermed til at illustrere de elementer, som arbejdet i anbefalingsgruppen har beskrevet i afrapporteringen.

Preben

Data:

Apopleksi: 11.000 og TCI 3.500 tilfælde pr. år ([4669 danstroke aarsrapport-2022 offentlig-version 201130.pdf \(sundhed.dk\)](#))

Lænderygbesvær: 970.000 lever med lænderygbesvær ([2022 Sygdomsbyrden i Danmark — sygdomme \(sst.dk\)](#))

Autismespektrum-forstyrrelser: 0,77% har en diagnose, højere blandt børn og unge ([Om autisme | Social- og Boligstyrelsen \(sbst.dk\)](#))

Case	Elementer fra arbejdet i gruppen
Preben Hansen på 59 år med hjemmeboende 17-årig søn med Aspergers syndrom, samt voksen datter, som er flyttet hjemmefra. Er fraskilt for år tilbage. Preben fik tilkendt forældremyndighed for begge børn, fordi eks-hustru har psykiske vanskeligheder. Sønnen står for at skulle starte på STU i naboby. Preben er sygemeldt fra job som vej- og kloakmedarbejder i en jysk kommune. Sygemeldt on/off pga. kronisk rygsmerterproblematik, og er i risiko for at miste sit job pga. mange sygedage og usikkerhed ift. at kunne varetage jobbet.	Kompleksitet på borgerniveau: Sociale forhold (sygemelding, søn med udfordringer) Evt. kulturel kapital (kortuddannet)
Preben får en blodprop i hjernen og får kognitive og kommunikative vanskeligheder.	Kompleksitet på borgerniveau: Sygdommens karakter Kompleksitet i fagligt perspektiv: Kommunikative vanskeligheder Ikke effekt af indsatser på kort bane

<p>Søn flytter midlertidigt ind hos søster, men reagerer på farens sygdom og må udskyde uddannelsesindsats. Familieafsnittet i kommunen involveres.</p>	<p>Kompleksitet på organisatorisk niveau: Behov for hjælp fra forskellige forvaltninger mv</p>
<p>Han har været indlagt til neurorehabilitering på hospital og skal udskrives til kommunalt trænings- og rehabiliteringstilbud og støtte i hjemmet. Under indlæggelsen får han midlertidigt kørselsforbud, der skal revurderes efter ½ år (1 år for erhvervskørekort). Der er tidsfrister på opfølgning vedr. syge- og dagpenge. Arbejdsgiver er usikker på om han kommer tilbage. Hvis han skal tilbage, skal han omplaceres til et andet job, og det er svært at tale med ham om og man ved heller ikke, hvilke arbejdsopgaver han reelt kan varetage.</p>	<p>Kompleksitet på borgerniveau: Sociale og beskæftigelsesmæssige forhold (truet på forsørgelse grundet helbredsproblemer og kørekort)</p>
<p>Plan for udskrivning – genoptræningsplan mm Preben har været inddraget i planlægning af udskrivningen og genoptræningsplanen, men inddragelse har været udfordret af hans kommunikative vanskeligheder. Normalt fastlægger hospitalet mål i samarbejde med patienterne, men det har været vanskeligt for ham at deltage i at udrede problemer i hverdagen og sætte mål. Derfor har datteren været involveret, og de mål og handlinger, der er fastsat, er baseret på bedste skøn. Hjerneskadekoordinator har også været involveret i planlægning af den kommunale opfølgning.</p>	<p>Kompleksitet på borgerniveau: Sygdommens karakter Kompleksitet i fagligt perspektiv: Kommunikative vanskeligheder Sammenhæng – borger Skønnede fælles mål? Koordinator Sammenhæng – fagligt Kendskab på tværs (via koordinator) Fælles plan Sammenhæng – organisatorisk Struktur og systematik for arbejdet (genoptræningsplan)</p>
<p>Han skal efter udskrivelsen i kontakt med / visiteres til:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jobcentret, syge- og dagpengeafdeling. Afklaring af funktionsevne og forsøg på fastholdelsesindsats • Genoptræningsplan til: <ul style="list-style-type: none"> ○ Kommunikationscenter ○ Kommunal ergoterapi ○ Kommunal fysioterapi • Han er henvist til den kommunale hjerneskadekoordinator • Familieafsnittet er involveret pga. sønnen, som under farens indlæggelse har boet hos sin voksne søster 	<p>Kompleksitet på organisatorisk niveau: Behov for hjælp fra forskellige sektorer, forvaltninger mv</p>

<p>En måned efter udskrivelsen er Preben i gang med kommunikationstræning, træning i hjemmet, og han er foreløbig, pba lægeoplysninger, undtaget for samtaler i jobcentret og afventer senere opfølgning.</p>	
<p>SCENARIO 1: Eksempel på effektiv ressourceudnyttelse– efter et år</p>	
<p>Preben har været i gang med et længerevarende rehabiliteringsforløb ift. kommunikation, er nu i stand til, også via hjælpemidler, at kommunikere egne drømme og behov, og har nu, med brug af relevante hjælpemidler, en rimelig kommunikativ funktionsevne i forhold til aktivitet og deltagelse i hverdagslivet. Datter har indgået aktivt som bisidder i forløbet.</p> <p>Der har været god koordination af rehabiliteringsforløbet, så både de kommunikative vanskeligheder og de kroniske rygsmerter er håndteret – sidstnævnte ved en biopsykosocial indsats inddragende træning og psykoedukation i tæt samarbejde med Prebens praktiserende læge, som har indgået i rundbordssamtaler ved behov.</p> <p>Sønnen igen hjemmeboende og er startet på STU. Der er lavet en kørselsordning, fordi Preben ikke kan køre ham.</p> <p>Datteren kan dermed i højere grad vende tilbage til en rolle som datter til faderen og søster til broderen.</p> <p>Han er i gang med arbejdsprøvning hos sin arbejdsgiver mhp fastholdelse. Har afprøvet forskellige funktioner og nu er han kommet i gang med at køre igen, og det tegner lovende. Obs økonomi.</p>	<p>Sammenhæng – borger Skønnede fælles mål? Koordinator Bisidder</p> <p>Sammenhæng – fagligt Kendskab på tværs (via koordinator) Fælles plan</p> <p>Sammenhæng – organisatorisk Struktur og systematik for arbejdet (genoptræningsplan)</p>

<p>SCENARIO 2: Eksempler på mindre effektiv ressourceudnyttelse</p>	
<p>Preben: Ukoordineret rehabilitering, hvor forløb i forhold til kommunikation og smerteproblematik har kørt i separate spor og hvor de involverede fagprofessionelle ikke (har mulighed for at) taler sammen – medfører forskellige mål, ukoordinerede aftaler, ringere resultat ift. begge problemstillinger Der er udfordringer med bevilling af nødvendige hjælpemidler ift. kommunikationsindsatsen (uenighed om finansiering), hvilket medvirker til, at planlagte og realistiske mål ikke kan nås indenfor planlagt tidsramme.</p>	<p>Kompleksitet i fagligt perspektiv: Vanskelig kommunikation med borger Fagpersoner med monofaglige mål og manglende kendskab til fulde forløb Manglende effekt (på den korte bane) Kompleksitet i organisatorisk perspektiv: Behov for hjælp fra flere fagligheder og forvaltninger og lovgivninger Manglende koordinering mellem aktører Incitamenter understøtter ikke koordinering (?)</p>
<p>En anden praksis i byen lukker, og Prebens praktiserende læge overtager ansvar for et stort antal patienter – kan ikke prioritere at deltage i samarbejdsfora vedr. Preben.</p>	<p>Kompleksitet i organisatorisk perspektiv: Manglende koordinering mellem aktører</p>
<p>Preben udtrættet og vredladet, opfattes som usamarbejdsvillig og kontrær</p>	<p>Kompleksitet på borgerniveau: Sociale forhold (den "vanskelige borger" med kommunikative udfordringer)</p>
<p>Preben er afskediget pga sygefravær og usikkerhed om tilbagevenden. Preben jobafklares i forskellige funktioner, men oplever nederlag pga kommunikative vanskeligheder. Smerteproblematik tiltagende "i forgrunden" og vanskeliggør deltagelse i de fleste funktioner. Prebens dagligliv tiltagende præget af inaktivitet, og han isolerer sig og skammer sig over ikke som tidligere at kunne klare sig selv.</p>	<p>Kompleksitet på borgerniveau: Sociale forhold (job, kaos på flere områder)</p>
<p>Sønnen – belastningsreaktion i forbindelse med opstart af uddannelses tilbud, selvskade, indlæggelse i psykiatrisk regi. Ikke i uddannelse</p>	<p>Kompleksitet på borgerniveau: Sociale forhold (vanskelige familieforhold)</p>
<p>Relationen til datter udfordres i længden</p>	<p>Kompleksitet på borgerniveau: Sociale forhold (vanskelige familieforhold)</p>

Case- Louise

Case	Elementer fra arbejdet i gruppen
<p>Louise på 40 år lider af belastningsreaktioner (stress og depression) som følge af traumer fra barndommen, bl.a. mobning i skolen, overgreb fra søsterens mand og en aggressiv og truende stedfar. Hun har 9. klasse afgangseksamen, men var fagligt udfordret i hele skoletiden. Louise er ledig på kontanthjælp og tilknyttet Jobcentret.</p> <p>Hun er alene om tre hjemmeboende børn: Emil på 9 år, Clara på 12 år og Aksel på 14 år. Faderen er ude af billedet, idet han har fået et polititilhold på grund af vold og truende adfærd.</p>	<p>Kompleksitet på borgerniveau: Sociale forhold (alenemor, kortuddannet, ledighed) Sygdommes og tilstandes karakter (belastningsreaktioner jf. traumer fra barndommen)</p>
<p>Louises belastningsreaktioner og de daglige opgaver som mor overvælder Louise, der mister overblikket. Hun har ikke overskud til at håndtere sit ansvar som mor og voksen i hjemmet. Hun magter ikke at få børnene i skole til tiden, det roder og der er generelt kaos i hjemmet. Skolen er bekymret for børnene, der har fravær og ikke trives. Børnene er således reelt anbringelsestruede.</p>	<p>Kompleksitet på borgerniveau: Sygdommes og tilstandes karakter (belastningsreaktioner jf. traumer fra barndommen – funktionsevnebegrænsning ift. hjemmet/børnene)</p>
<p>Den negative sociale situation betyder, at kommunens familieafdeling iværksætter en <u>sikkerhedsplan</u> med henblik på at understøtte børnenes/familiens trivsel og undgå en anbringelse af børnene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Iværksættelse af massiv praktisk pædagogisk støtte i hjemmet (32 timer/uge via ekstern aktør) • Supplerende bostøtte 2 x ugentligt (3,5 timer/uge) • Indstilling om aflastningsfamilie – 6 døgn/måned for alle tre børn <p>Desuden er Louise på samme tidspunkt i forløb for borgere med stress, angst og depression via Jobcentret, der har kategoriseret hende som 'aktivitetsparat' (ikke i stand til at påtage sig et ordinært job, modsat 'beskæftigelsesparat').</p>	<p>Kompleksitet på borgerniveau: Sociale forhold (alenemor, kortuddannet, ledighed) Sygdommes og tilstandes karakter (belastningsreaktioner jf. traumer fra barndommen – funktionsevnebegrænsning ift. hjemmet/børnene)</p> <p>Kompleksitet på organisatorisk niveau: Behov for hjælp fra aktører fra forskellige enheder og forskellige forvaltninger.</p>
<p>Louise oplever, at der er gang i mange ting fra kommunal side, og at de overlapper hinanden (flere forvaltninger og egen læge involveret). Hun oplever, at de forskellige aktører ikke kender hinandens planer, og at de ikke koordinerer indsatserne.</p> <p>Det medfører bl.a., at Louise ikke føler, at hun har alenetid til sig selv. Hun har ingen social omgangskreds (ingen veninder), og et konkret ønske er således tid til svømning en gang om ugen.</p>	<p>Kompleksitet på borgerniveau: Sygdommes og tilstandes karakter (ustabile tilstande/krise i hjemmet) Sociale forhold (manglende socialt liv udenfor hjemmet)</p> <p>Kompleksitet i fagligt perspektiv:</p>

	<p>Behov for koordinering på tværs, mens fagpersoner arbejder ud fra monofaglige mål. Fagpersoner mangler kendskab til andre aktører og deres planer. Borger oplever fragmenterede indsatser.</p> <p>Kompleksitet i organisatorisk perspektiv: Behov for hjælp fra forskellige fagligheder, forvaltninger og lovgivninger. Manglende kendskab, kommunikation og manglende vidensdeling mellem aktører.</p>
<p>Visitation til 'Familien Først' Sagens kompleksitet betyder, at den visiteres til projektet 'Familien Først', hvor en koordinator faciliterer etablering af en tværfaglig og tværsektoriel task-force, sammensat af nøgleaktørerne. Task-forcen mødes jævnligt (efter behov og mindst hver tredje måned) med Louise og faciliteret af koordinatoren. Fokus er at sikre en koordinering af mål og indsatser med udgangspunkt i Louises og familiens behov.</p> <p>Helhedsorienteret og prioriteret plan Overordnet prioriteres en bearbejdning af Louises traumer med henblik på nedbringelse af hendes funktionsevnebegrænsning samtidig med den intensive støtte i hjemmet. Dette sker efter ønske fra Louise.</p>	<p>Sammenhæng – borger: Fælles plan, koordinator</p> <p>Sammenhæng – fagligt: Kendskab på tværs (faciliteret af koordinator), fælles plan</p> <p>Sammenhæng – organisatorisk: Struktur og systematik for arbejdet (plan for bearbejdning af traumer)</p>
<p>De forskellige indsatser koordineres ift. tid og intensitet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Louise fortsatte i forløbet for borgere med stress, angst og depression (6 uger) • Støttende psykologsamtaler blev iværksat via Jobcenter (samme psykolog som på forløbet) • Bostøtte-tiden overlappede med forløbet på Jobcentret, og bostøtte-tiden blev derfor justeret ift. forløbet. • Også den praktisk pædagogiske støtte overlappede med forløbet, og støtten blev derfor ændret fra 32 til 20 timer/uge (samtidig med at støtten via ekstern aktør blev overtaget af intern aktør). • Den individuelle støtte til de tre børn blev løbende justeret i samarbejde med Louise o.a. • Øvrige planlagte aktiviteter via Jobcentret blev sat på stand-by for at skabe ro til familiestøtten. 	<p>Sammenhæng – borger: Kendskab på tværs (via koordinator). Fælles plan og praktisk koordinering.</p> <p>Sammenhæng – fagligt: Flerfaglige og fælles mål. Kommunikation og vidensdeling mellem aktører.</p> <p>Sammenhæng – organisatorisk: Struktur og systematik for arbejdet (plan for bearbejdning af traumer, koordinering af indsatser – tid og omfang – på tværs)</p>

Eksempel på effektiv ressourceudnyttelse – efter et år

Efter en række møder i regi af den nedsatte task-force med god relationel koordinering samt forløbet af de koordinerede indsatser blev resultatet:

- Louise fik efterhånden mere personligt overskud, så hun bedre kunne håndtere opgaverne som mor og voksen. Det betyder, at *børnene ikke længere er anbringelsestruede*.
- Den intensive familiebehandling er udfaset, så der efter et halvt år kun var to besøg per måned, og efter et år var *støtten helt udfaset*.
- Behovet for aflastningsfamilie til børnene faldt undervejs, så dette kun blev iværksat for det mellemste barn, Louise. Aktuelt er det *besluttet helt at afslutte indsatsen*.
- Bostøtten blev undervejs nedsat til 2 timer 1 gang/uge. *Bostøtten blev helt udfaset* efter et halvt år.
- Situationen for børnene aktuelt:
 - Ift. den yngste dreng, Emil, har der været udfordringer i samarbejdet med skolen, og PPR har leveret en udredning. Der er aktuelt en stærk positiv udvikling, og *støtten forventes afsluttet om kort tid*.
 - Den mellemste, Clara, trives – og *støtten er helt afsluttet*.
 - Den ældste dreng, Aksel, har vist stærkt forbedret trivsel, og *støtten forventes afsluttet indenfor få måneder*.
 - Efter ca. 8 måneder blev Louise omkategoriseret til at være 'beskæftigelsesparat', og det blev planlagt at finde en praktikplads. Aktuelt er hun *startet i praktik* hos en arbejdsgiver med mulighed for fleksible arbejdstider.

Sammenhæng – borger

Fælles mål med udgangspunkt i borgerens behov.

Kommunikation på borgerniveau.

Koordinator/systematik for borgerinddragelse.

Sammenhæng – fagligt

Kendskab på tværs/relationel koordinering (faciliteret via koordinator)

Fælles beslutningstagen

Sammenhæng – organisatorisk

Klar styringsramme jf. 'Familien Først'

Fælles ejerskab på tværs, og og ned gennem hele ledelseskæden.

Struktur og systematik for arbejdet.

Case – Abby

Den mentale sundhed hos unge falder. Den Nationale Sundhedsprofil (2021) viser, at omkring 45.000 unge mellem 16 og 24 år oplever mistrivsel.

Andre landsdækkende opgørelser viser, at omkring 43.000 unge mellem 15 og 24 år ikke har tilknytning til job eller uddannelsen (2021-2022).

Case	Elementer fra arbejdet i gruppen
<p>Abby på 19 år kategoriseres som uddannelsesparat, da hun kontakter jobcentret. Hun er stoppet efter få måneder på SOSU-uddannelsen. Før da har hun haft forskellige ufaglærte jobs, typisk på deltid. Hun bor sammen med en kæreste, der er selvforsørgende i job. Forældrene bor i en anden kommune. Abby er flyttet hjemmefra og sammen med sin kæreste ifm. uddannelsesstart. Hun har gennemført 9. klasse i folkeskolen med lave/middelkarakterer. Hun har skiftet skole 4 gange undervejs pga. familiens flytning, men der er ikke registreret andet ifbm. skoleforløbet.</p> <p>Abby udebliver fra samtaler med sin ungerådgiver eller melder afbud i sidste øjeblik. Når hun møder op, er hun tavs og virker uengageret. Ungerådgiveren har svært ved at komme i dialog med hende om fremtidsplaner og konkrete tilbud, eller hvad årsagen er til fravalg af SOSU. Abby starter hårdt presset i praktik i et kommunalt aktivitetscenter for ældre, men udebliver også her allerede den første uge eller møder for sent op. Praktikken må afbrydes, der er mistanke om misbrug og dårligt søvnmønster.</p>	<p>Kompleksitet på borgerniveau: Ungerådgiver har ingen indsigt i udfordringer/problemer grundet manglende dialog og udeblivelser.</p> <p>Ungerådgiver får ifbm. praktik mistanke om misbrug og bagvedliggende problemer som angst eller andet.</p>
<p>Den fastlåste situation betyder, at ungerådgiveren tager sagen med på screeningsmøde med psykologen i IBBU-projektet*, der aktuelt gennemføres i jobcentret i samarbejde med den regionale socialmedicinske enhed. Psykologen vurderer, at der er basis for en udredning af Abby for angst/depression i regi af IBBU. Hun fortæller ungerådgiveren, hvordan hun kan prøve at komme tættere på Abby og hendes udfordringer.</p> <p>Abbys næste samtale med ungerådgiveren er lagt på en dag, hvor IBBU's sundhedsfaglige care manager er i huset. Ungerådgiveren har både sms'et og ringet for at få Abby til at møde op. Til samtalen siger ungerådgiveren direkte, at hun er bekymret for Abby, og at hun ser symptomer på, at hun måske lider af angst. Hun spørger også, om Abby har talt med sin læge, men lægen er ny for Abby (lægeskift ved flytning), og hun vil ikke gå til lægen. Abby fortæller for første gang, at hun har svært ved at sove og er bange, når hun skal ud af lejligheden. Ungerådgiveren tager Abby med forbi care managerens kontor i ungeafsnittet af jobcentret, og Abby siger her ja til at deltage i udredning for angst, depression og stress og underskriver samtykke.</p>	<p>Kompleksitet på borgerniveau: Symptomer på angst. Selvmedicinering. Ingen lægekontakt.</p> <p>Kompleksitet på organisatorisk niveau: Behov for psykologfaglig bistand Ingen kontakt til egen læge</p>
<p>Abby bliver udredt af care manageren (efter Abby har udfyldt et online spørgeskema i regi af IBBU). Det viser sig, at hun lider af både middelsvær social angst og depression. Under udredningssamtalen fortæller Abby, at angsten har plaget hende helt fra de ældste klasser i folkeskolen, men at hun ikke har fortalt nogen om det, blot holdt det or sig selv, eller meldt sig syg. Hendes forældre har både fysiske og psykiske udfordringer, så hun har ikke ønsket at belaste dem. Hun har kun fortalt det til sin kæreste. Han</p>	<p>Kompleksitet på borgerniveau: Social angst og underliggende depression Selvmedicinering med hash Ustabil tilstande/vold i hjemmet Manglende netværk – ud over kæreste</p>

<p>har lært hende at ryge hash, hvilket hjælper på angsten og på at falde i søvn. Hun er meget afhængig af ham, men forholdet er indimellem voldeligt, særligt når han bliver fuld.</p> <p>Udredningen afsluttes med et notat, som care manager gennemgår med den unge. Notatet sendes – som det er praksis i IBBU - til Abbys læge.</p>	<p>Forældre har egne psykiske og fysiske udfordringer</p>
<p>Abby tilbydes behandlingsindsatsen i IBBU, hun takker ja og underskriver samtykke. Udredningssamtalen med care manageren er første gang, hun har talt med en voksen om, hvordan hun har det. Abby fortæller, hvor svært hun har ved at komme ud af lejligheden, og at hun savner menneskelig kontakt, både med voksne og andre unge. Der afholdes trepartssamtale med ungerådsgiveren, hvor der udarbejdes en fælles plan.</p> <p>Behandlingssamtalerne går i gang, først med fokus på den sociale angst. I behandlingen arbejder Abby med at eksponere sin angst ifm. gåture, indkøb, samtale mv. uden sin vante sikkerhedsadfærd. Hun arbejder også med at planlægge og prioritere dagens aktiviteter mere hensigtsmæssigt og udfylder et skema, som giver overblik. Hun lærer at anvende mindfulness, inden hun lægger sig til at sove om aftenen. Abbys relationer til familie, venner og kæresten er også et fast punkt i behandlingssamtalerne.</p>	<p>Kompleksitet i fagligt perspektiv: Behov for koordinering på tvær med en fælles plan og relationel koordinering (fagpersonerne imellem)</p> <p>Kompleksitet i organisatorisk perspektiv: Behov for hjælp fra forskellige fagligheder og sektorer</p>
<p>Efter 8 ugentlige samtaler, hvor det lykkes Abby at møde op til de 6 af dem, oplever Abby en lille bedring i symptomer. Ved en trepartssamtale fortæller hun, at hun har genoptaget kontakten til en ældre søster, der bor i en storby i en anden kommune. At hun har fortalt hende om situationen.</p> <p>Abby møder hyppigere op til samtaler med ungerådsgiveren og deltager mere aktivt. De aftaler, at hun skal starte i et gruppetilbud i jobcentrets ungeindsats med et mål om at møde op og tale med andre unge om fremtiden. Fremmødet er nogenlunde. Abby er glad for at være der, når hun møder op. Abby har jævnligt kontakt med sin søster. Søsteren tilbyder Abby, at hun kan bo hos hende i en periode. Abby beslutter sig for at flytte om nogle måneder, og hendes plan er at starte (igen) på SOSU-skolen i søsterens hjemkommune.</p>	<p>Sammenhæng – borger: Fælles plan/fælles beslutninger Vidensdeling Koordinering af indsatser/aktiviteter</p> <p>Sammenhæng – fagligt: Fælles plan Kommunikation og videndeling mellem aktørerne (relationel koordinering)</p> <p>Sammenhæng – organisatorisk: Tværsektorielt projektsamarbejde mellem region/socialmedicinsk enhed og kommune/jobcentrets ungeindsats</p>
<p>Resultater Abby afslutter IBBU-indsatsen efter godt 5 måneder (12 behandlingssamtaler og 3 trepartsmøder). Hun har både fået behandling for angst og i den sidste tid af behandlingen er også depressionen aftaget, og hun oplever stor ændring i symptombilledet. Angstanfald er reduceret betydeligt fra mange</p>	<p>Sammenhæng – borger Fælles mål med udgangspunkt i borgerens ønsker og behov Redskaber til fremtidig symptomhåndtering</p>

<p>dagligt til 2-3 om ugen og oftest med mindre intensitet Hun har fået redskaber til at planlægge sin dag og eksponere symptomerne, når de viser sig. Hendes self-efficacy er markant bedret.</p> <p>Hun har deltaget i et afklarende gruppetilbud i ungeindsatsen.</p> <p>Hun har søgt og er optaget på SOSU-skolen i søsterens hjemkommune ved næste studiestart.</p> <p>Hun har fået midlertidigt deltidsjob i detailhandel.</p> <p>Hun har brudt med sin kæreste.</p> <p>Hun bor foreløbig hos sin ældre søster.</p> <p>Care manageren tilbyder Abby efterværn i form af et par samtaler ved studiestart på SOSU. Abby siger ja tak, og de aftaler tidspunkt for første efterværnssamtale. Da SOSU-skolen ligger i en anden kommune, er der ikke etableret samarbejde med skolen i regi af IBBU, derfor tilbyder care manageren alligevel at tage kontakt til skolen og tale med studievejleder eller skolens mentor. Abby siger foreløbig nej tak. De aftaler at tage det op ved efterværnssamtalen.</p> <p>○</p>	<p>Støtte til at nå sine mål</p> <p>Sammenhæng – fagligt</p> <p>Kendskab på tværs/relationel koordinering</p> <p>Fælles beslutningstagen</p> <p>Sammenhæng – organisatorisk</p> <p>Struktur og systematik for arbejdet</p> <p>Evaluering af IBBU-projektet bl.a. de unges oplevede udbytte, fagpersonernes ditto m.m.</p>
---	---

*IBBU – Integreret Beskæftigelses- og Behandlingsrettet tilbud til unge med angst, depression og stress – er et tværsektorielt fremskudt initiativ med en integreret indsats, hvor sundhedsfagligt personale med kompetencer til udredning og behandling udstationeres fra en regional enhed til kommunernes ungeindsats. Og hvor metoden er en tidlig integreret indsats rettet både mod at øge de unges trivsel og livsmestring OG at gøre de unge i stand til at starte/gennemføre uddannelse eller job.

I Region Midt er IBBU gennemført fra marts 2021-23 i tre kommuner i samarbejde med KSR, den regionale socialmedicinske enhed, og DISCUS. Samlet evaluering foreligger i december 2023.

I Region Nord løber fra 2022-2024 i 4 kommuner i samarbejde med SME, den regionale socialmedicinske enhed, og DISCUS. Derefter udarbejdes samlet evaluering.

Begge IBBU-projekter er støttet af Den A.P. Møllerske Støttefond.

Den samlede evaluering af hvert af de to IBBU-projekter består af fem dele: Impactevaluering, Businesscase, Implementeringsevaluering og Effektanalyser (før og efter) ift. hhv. job & uddannelse samt ift. selfefficacy, symptomreduktion ol.

IBBU er omtalt i Psykiatriens ti-års planen som et af to eksempler på tværsektorielt, tværfagligt samarbejde.

Målgruppen af unge med angst, depression og stress indgår ikke i målgruppen for den regionale psykiatri. De kan alene opnå udredning og behandling via egen læges henvisning til psykolog.

