



**BALLERUP**  
Vi satser på mennesker

# REHABILITERINGSSTRATEGI

## 2015-2017

Vi understøtter den enkelte borgers mulighed for et sundt og godt liv



## Indholdsfortegnelse

<b>INDLEDNING</b>	<b>3</b>
<b>FORMÅL OG BAGGRUND</b>	<b>4</b>
<b>ERFARINGER OG UDFORDRINGER</b>	<b>5</b>
<b>MÅLGRUPPEN</b>	<b>8</b>
<b>FASERNE I ET REHABILITERINGSFORLØB</b>	<b>8</b>
<b>DEN REHABILITERENDE TILGANG I BALLERUP KOMMUNE</b>	<b>9</b>
<b>SAMSPIL MELLEM RECOVERY OG REHABILITERING</b>	<b>10</b>
<b>KULTURÆNDRING</b>	<b>11</b>
<b>NY TILGANG</b>	<b>12</b>
<b>AD. 1. BRING BORGERENS RESSOURCER I SPIL</b>	<b>13</b>
<b>AD. 2 ET INDIVIDUELT BEHOV</b>	<b>14</b>
<b>AD. 3 KULTURÆNDRING - KOMPETENCEUDVIKLING</b>	<b>16</b>
<b>IMPLEMENTERING AF STRATEGIEN</b>	<b>18</b>
<b>OVERORDNET HANDLEPLAN - SKEMA 1</b>	<b>22</b>
<b>BILAG 1. REHABILITERINGSFORLØBET VED HJEMMEBOENDE BORGERE DER SØGER HJEMMEHJÆLP</b>	<b>27</b>
<b>BILAG 2. REHABILITERINGSFORLØB I SOCIALPSYKIATRIEN</b>	<b>32</b>
<b>LITTERATURHENVISNINGER</b>	<b>35</b>

## Indledning

Ballerup Kommune ønsker at styrke og udbrede den rehabiliterende tilgang som et fundament for mødet med borgerne samt understøtte et vedvarende fokus på, at rehabilitering er omdrejningspunkt i den daglige opgaveløsning.

Dette er Ballerup kommunes første rehabiliteringsstrategi, som herved skal forme det fremadrettede arbejde med rehabilitering i kommunen samt understøtte en fælles forståelse af, hvad rehabilitering er og indebærer.

Rehabiliteringsstrategien indeholder to væsentlige spor. Det ene omhandler samarbejdet om borgerforløbet (se bilag 1+2), herunder rollefordeling og koordination, det andet spor omhandler kulturændring i organisationen.

For at få succes med rehabilitering som fælles forståelse og udgangspunkt, kræver det, at der arbejdes med den herskende kultur i organisationen. Hermed menes, at der arbejdes med at få rehabiliteringstænkningen ind i de værdier, normer, adfærd og rutiner, der præger den daglige opgaveløsning.

Borgerforløbene er beskrivelser af den konkrete udmøntning af det tværfaglige samarbejde i rehabilitering. Heri er samarbejdet med borgeren det centrale omdrejningspunkt, hvor det handler om at aktivere borgerens ressourcer og bevare respekten for den enkelte. Vellykket tværfagligt samarbejde stiller krav til hele organisationen i forhold til den daglige udfoldelse af det i praksis.

At styrke rehabilitering på tværs af organisationen er et fælles ansvar, og det forudsætter derfor, at lederne på alle niveauer tager ansvar for at understøtte de beskrevne målsætninger og aktiviteter, så den opnåede viden og erfaringer skaber sammenhæng i rehabiliteringsforløbene til gavn for den enkelte borger.

Kommunen er opmærksom på, at ældre af anden etnisk herkomst kan udgøre en særlig udfordring i rehabiliteringsprocessen, da mange mister det danske sprog.

## Formål og baggrund

Ballerup Kommune har gennem de senere år arbejdet med rehabilitering<sup>1</sup>. At arbejde rehabiliterende kræver, at der aktivt arbejdes med en kulturomstilling, hvor tilgangen udføres efter 'hjælp til selv-hjælp' princippet, og borgeren deltager aktivt i eget forløb. Strategien er tænkt som et grundlag for videreudviklingen af de differentierede indsatser, der i dag karakteriserer den rehabiliterende tilgang og indsats.

I 2013 udkom rapporten "Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats" (Hjemmehjælpskommissionen, 2013) med anbefalinger om, at kommunerne bør arbejde systematisk med rehabiliteringsforløb på hjemmehjælpsområdet. Rapporten anbefaler endvidere, at den kommunale indsats bør rettes mod den ældre borgers samlede livssituation, og ikke kun den eventuelle fysiske funktionsnedsættelse. Rehabiliteringsforløb skal funderes ud fra en fælles forståelsesramme, hvor både den fysiske, psykiske og sociale dimension indgår.

Med afsæt i kommissionens anbefalinger har Socialstyrelsen (2014) udgivet inspirationsmaterialet "Rehabilitering på ældreområdet", som anbefaler otte grundprincipper for en systematisk og målrettet tilgang i rehabiliteringsforløbet. Disse otte grundprincipper udgør fundamentet for den rehabiliterende tilgang i Ballerup Kommune. Principperne er:

- Borgerens aktive deltagelse i forløbet
- Individuel og fleksibel tilrettelæggelse med afsæt i borgerens behov
- Helhedsorienteret tilgang i forhold til borgerens samlede livssituation
- Målorienterede og tidsafgrænsede forløb
- Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde
- Koordinerede forløb
- Planlægning
- Vidensbasering og kvalitet

---

<sup>1</sup> Se definition på side 9.

Kommunen er hovedaktør indenfor rehabiliteringsindsatsen, og det er en tværgående forpligtigelse at skabe denne ramme, og derfor skal relevante medarbejdere og ledere på alle områder bidrage til den tværgående opgaveløsning på rehabiliteringsområdet.

Rehabiliteringsstrategien er bundet op på målene fra 'Den Dialogbaseret Aftale 2014-2015', og indgår som en del af de tværgående indsatser i kommunens Sundhedsplan 2015-2017. Strategien tager afsæt i den eksisterende viden indenfor rehabiliteringsområdet, lovgivning<sup>2</sup>, udvalgs politikker samt input fra en lang række interne aktører i forbindelse med udarbejdelse af strategien.

Rehabiliteringsstrategien kobler sig til både strategien for 'Sund Aldring' og 'Det aktive medborgerskab', der tilsammen sigter mod at understøtte Ballerup kommunes overordnede vision om, at skabe fremtidens velfærd.

## **Erfaringer og udfordringer**

Langt de fleste af landets kommuner har valgt at udvikle og implementere forskellige modeller for rehabiliteringsindsatser, efter de første positive forskningsresultater blev publiceret af KORA<sup>3</sup> (Kjellberg et al. 2010,2011,2013). Flere evalueringer fra landets kommuner tyder på, at hverdagsrehabilitering kan øge hjemmeboende ældres selvstændighed i hverdagen (Kjellberg J, Ibsen R, 2012. Tonnesen M, Sørensen J, Henriksen K 2012), samt at borgere i plejeboliger også kan have gavn heraf (Berthelsen LL. 2012).

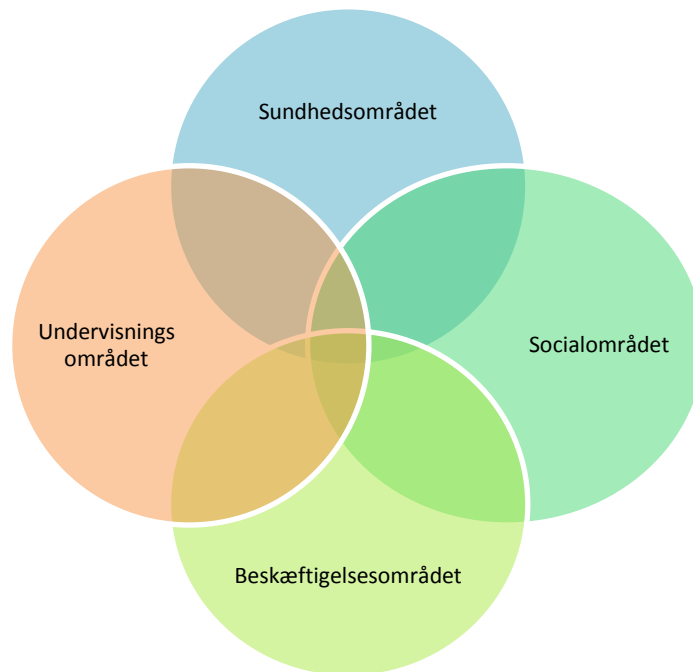
---

<sup>2</sup> Regeringen har senest pr. d. 1.1.2015 gennem ændring af lovgivningen for Lov om social service § 83 (SEL) og ny § 83 a, skabt rammer til at understøtte systematisk arbejde med rehabiliteringsforløb. Formålet er, at sikre hjælp til selvhjælp gør en positiv forskel for den enkelte ældre, og skaber reelle forbedringer i den ældres hverdag. Aftalen slår endvidere fast, at hjemmehjælp også fremover vil være en kerneydelse på ældreområdet.

<sup>3</sup> KORA – Det nationale institut for kommunale og regioners analyse og forskning

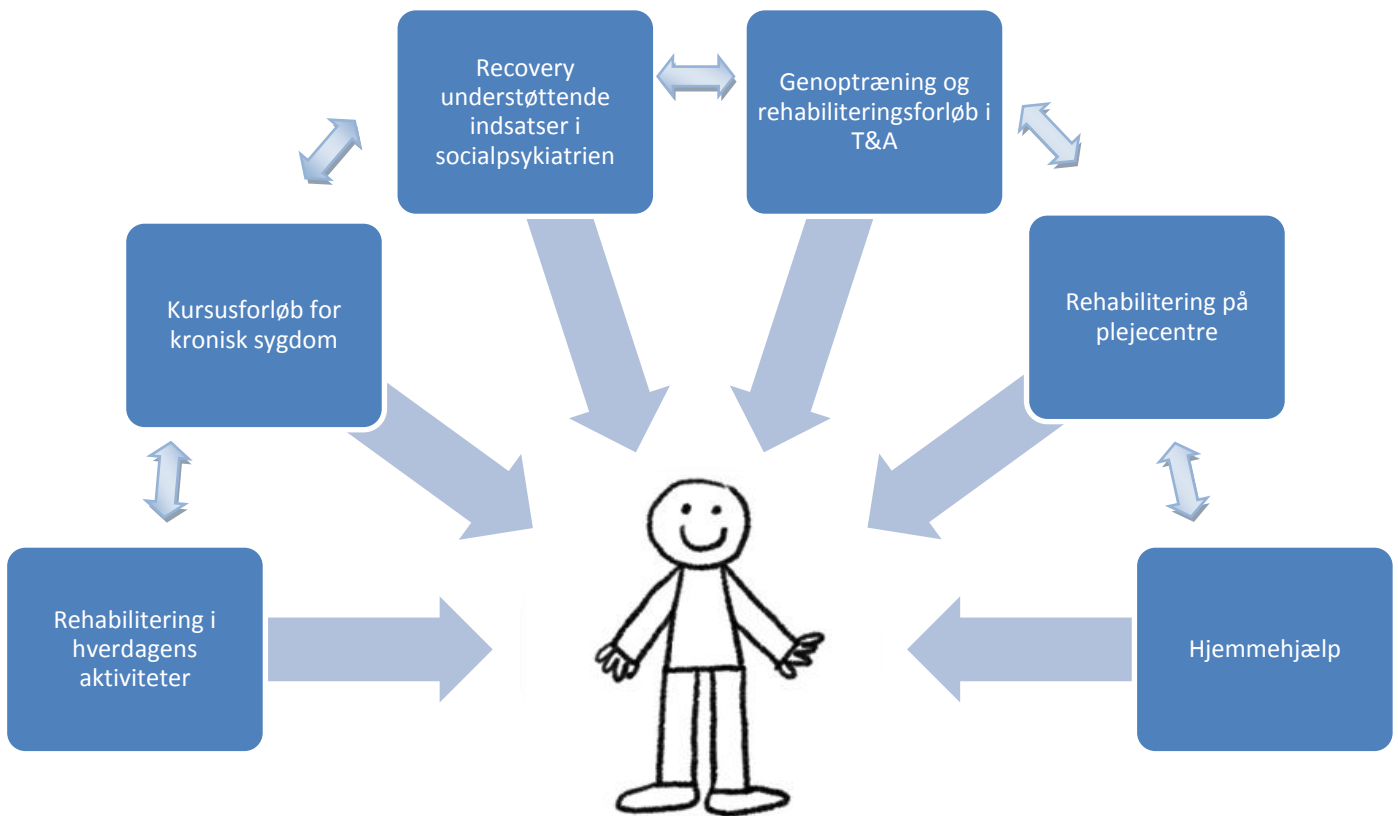
Rehabilitering er en tværgående indsats, og i Ballerup Kommune arbejder flere områder med et rehabiliterende sigte, herunder kan bl.a. nævnes: Beskæftigelses-, undervisnings, sundheds- og sociallovgivningsområdet, (se figur 1).

**Figur 1.**



En central udfordring indenfor rehabilitering i Center for Social og Sundhed (C-SS) er, at de forskellige indsatser og forløb ofte ses isoleret i de enkelte afsnit. Fælles for de forskellige afsnits rehabiliterende indsatser er, at der ofte vil være et målgruppefællesskab, som er tværgående (se figur 2). Det betyder, at borgeren, der er i målgruppe for rehabilitering, ofte kan rammes både fysisk, psykisk, socialt og/eller kognitivt, og herved har behov for en flerstrengt velkoordineret indsats.

**Figur 2.** Oversigt over et udsnit af rehabiliteringsindsatser i Ballerup Kommune



Erfaringer fra bl.a. Fredericia Kommune viser, at der er en kvalitetsmæssig og økonomisk effekt ved at tilbyde borgeren rehabilitering samtidig med, at borgeren går til fx traditionel genoptræning. Ved at sammenlægge flere relevante indsatser i et forløb kan borgeren profitere ved, at der i et samarbejde udformes en fælles målsætning, som alle fagpersoner arbejder efter. Samme fokus på tværfagligt samarbejde kan gøre sig gældende for borgere med behov for fx hjemmesygeplejerske, hjemmepleje og fx træningsindsats, hvor en fælles målsætning og samarbejde i forhold til borgerens plan, vil kunne medføre en synergieffekt af forløbet til gavn for den enkelte borger. Rehabiliteringsindsatsen på plejecentrene har fokus på den rehabiliterende tilgang til beboerne med vægtning af meningsfulde aktiviteter og retten til selvbestemmelse med udgangspunkt i, hvad der er vigtigst for den enkelte beboer, for at højne livskvaliteten.

## **Målgruppen**

Målgruppen for rehabilitering kan omfatte alle borgere over 18 år, som er bosiddende i Ballerup Kommune. Borgere der visiteres til en rehabiliteringsindsats, har som udgangspunkt en nedsat eller er i risiko for nedsat funktionsevne, og har et potentiale for at udvikle deres funktionsevne (rehabiliteringspotentiale). Den nedsatte funktionsevne kan være som følge af akut sygdom, alderdomssvækkelse, medfødt handicap, social marginalisering, sindslidelse og/ eller psykisk sårbarhed. Borgere der selv er i stand til at genvinde, udvikle eller bevare funktionsevnen er ikke i målgruppen for en rehabiliteringsindsats.

## **Faserne i et rehabiliteringsforløb**

Et rehabiliteringsforløb kan inddeles i fem faser (Socialstyrelsen, 2014): Visitation, udredning, målsætning, målrettede indsatser og afslutning (se figur 3). Faserne i rehabiliteringsforløbet skal ikke betragtes som isolerede indsatser, men som dynamiske cirkulære indsatser, der overlapper og supplerer hinanden, idet de hele tiden skal tilpasse sig borgerens aktuelle ønsker, behov og ressourcer.

Et rehabiliteringsforløb (se eksempel figur 5) samt uddybende beskrivelse af forløbet i (bilag 1) sigter mod at forbedre borgerens samlede funktionsevne, og kan rette sig mod problemer af både sygdomsmæssig, psykosocial og funktionsmæssig karakter.



**Figur 3. De fem faser i rehabiliteringsforløb:**



### **Den rehabiliterende tilgang i Ballerup Kommune**

I Ballerup Kommune arbejder vi med den rehabiliterende tilgang ud fra Hvidbogens definition (Marselisborgcentret 2004):

*“Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/ eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats.”* (Marselisborgcentret 2004).

Det overordnede mål med rehabilitering for den enkelte borger er:

- *At bevare eller fremme livskvalitet*
- *At genvinde tidligere funktionsniveau eller at opnå højst mulig funktionsevne, kunne leve med varig funktionsnedsættelse eller kronisk sygdom og fremme sundhed ved at kunne mestre sin situation*
- *At opnå ligestilling i forhold til øvrige borgere mht. personlig frihed og deltagelse i samfundslivet*

Den rehabiliterende indsats sker ud fra en ressourceorienteret tilgang, hvor der i en højere grad fokuseres på, hvad borgeren kan, eller har mulighed for at lære enten ved træning, hjælp/ støtte eller ved brug af ny teknologi. Det er en aktiv indsats i hverdagslivets aktiviteter, hvor en væsentlig forudsætning for en vellykket rehabiliteringsproces er borgerens aktive medvirken til samarbejdet med sine erfaringer, personlige forudsætninger og ressourcer.

### **Samspil mellem recovery og rehabilitering**

Begrebet rehabilitering bruges inden for social – og sundhedsområdet. I psykiatrien anvendes hovedsagelig begrebet recovery<sup>4</sup>, hvor en psykosocial rehabilitering kan beskrives ud fra en recovery orienteret tilgang. Da der kan være en tendens til at blande disse begreber sammen, vil dette afsnit give en kortfattet redegørelse for begrebernes indbyrdes sammenhæng.

I denne rehabiliteringsstrategi er der primært anvendt begrebet rehabilitering, som favner den samlede rehabiliteringsproces.

---

<sup>4</sup> Recovery betyder "at komme sig"

Faserne i recoveryprocessen kan betragtes som identiske med de faser, en borger med nedsat funktionsevne skal igennem i sit rehabiliteringsforløb (Hjortbak, BR, et al. 2011).

Relationen mellem recovery og rehabilitering kan forklares ved, at "*rehabilitering* er den indsats, professionelle kan tilbyde for at understøtte den enkelte med en psykisk sygdom i at komme sig, og betegner således en professionel indsats. *Recovery* er en unik og individuel proces, der ikke på samme måde som rehabilitering kan gøres til genstand for en strukturering. Recovery betegner derfor, den enkeltes ofte meget personlige forløb, hvor rehabilitering kan være en afgørende faktor blandt flere." (Kompetencecenter for Rehabilitering og Recovery, Region Hovedstadens Psykiatri).

### Kulturændring

Rehabilitering adskiller sig på en række måder i forhold til den almindelige hjemmepleje. Disse kan kategoriseres i: Formål, fokus, tid og justering (se figur 4). Herved formes et skift i forståelse af omsorg og hermed en ændring i tilgangen til borgeren.

**Figur 4.**

	Fra almindelig hjemmepleje	Til rehabilitering
<b>Formål</b>	Målene er formuleret af kommunen med udgangspunkt i borgerens rettigheder fx hjælp til personlig pleje.	Tager afsæt i borgerens formulerede mål og behov
<b>Fokus</b>	Løser opgaver <i>for</i> borgeren	Løser opgaver <i>med</i> borgeren
<b>Tid</b>	Tidsforbruget er konstant eller kan svinge over tid	Tidsforbruget vil oftest være størst i starten for herefter at falde – forløbene er tidsafgrænsede
<b>Justering</b>	En ensartet gentagen opgaveløsning	Opgaveløsningen vil justeres løbende og tilpasses borgerens behov og ressourcer

Ovenstående figur illustrerer den transformation, der ligger i kulturændringen, og som medvirker til en bevægelse i organisationen fra en serviceorienteret tilgang til en rehabiliterende tilgang. For at opnå ovenstående kræver det, at den enkelte medarbejder ved, hvordan rehabilitering forstås, og hvordan der arbejdes med den rehabiliterende indsats i en tværfaglig kontekst.

På samme måde vil det for mange borgere i Ballerup Kommune være nyt, at blive mødt med forventninger om selv at skulle deltage aktivt i forløbet, frem for at modtage hjælpen passivt.

I forhold til selve eksekveringen af rehabiliteringsstrategien kan mange faktorer i relation til ovenstående, undervejs medvirke til forhindringer for eksempel kan nævnes:

- Ringe tiltro hos medarbejderne, som resultat af utilstrækkelig information og inddragelse
- Ringe tiltro hos ledelsen til strategien både i forhold til involvering og tildeling af tilstrækkelige ressourcer
- Manglende forståelse og modstand mod forandring både hos medarbejdere og borgere

De nævnte udfordringer imødekommes gennem udmøntning af nedenstående målsætninger, delmål (effekt mål) og dertilhørende succeskriterier.

## **Ny tilgang**

Rehabilitering skal omsættes fra begreb til aktive handlinger, der stiler mod Center for Social og Sundheds missionen om, *'at understøtte den enkeltes borgers mulighed for et sundt og godt liv'*. Det vil vi gøre ud fra 3 overordnede målsætninger, der er afgørende i arbejdet med rehabilitering i Ballerup Kommune. Målsætningerne skal bringes i spil i det enkelte afsnit, hvor der konkret skal arbejdes videre med den faglige refleksion heraf, og hvad det betyder for den enkelte medarbejders praksis i den tværfaglige indsats. Målsætningerne er:

- **1. Bring borgerens ressourcer i spil** – som aktiv samarbejdspartner, med udgangspunkt i borgerens ressourcer og motivation støtte borgeren i et meningsfuldt liv
- **2. Et individuelt behov** - lytte til og handle efter borgerens behov, ønsker og mål. Således at samarbejdet, opleves sammenhængende og gennemsigtigt
- **3. Kulturændring - kompetenceudvikling** - være en lærende organisation, hvor medarbejdernes kundskaber anvendes i sammenhæng og på tværs af kommunen

#### **Ad. 1. Bring borgerens ressourcer i spil**

Rehabilitering er en bevægelse hen mod at arbejde efter den enkelte borgeres mål. Samarbejdet og borgerens aktive deltagelse bliver omdrejningspunktet, og er forudsætningen for et vellykket rehabiliteringsforløb. Hertil skal understreges, at de fleste borgere har et betydningsfuldt netværk. Enten i form af pårørende eller øvrige netværk, som også kan have stor betydning for samarbejdet. Netværket skal inddrages i det omfang, det er muligt og relevant, samt i overensstemmelse med borgerens ønsker (Hjortbak, BR, et al. 2011).

Formålet er at styrke samarbejdet ved at tage udgangspunkt i, hvilke forandringer borgeren selv er motiveret til at arbejde med.

At skabe motivation er en central indsats og afgørende for succes i forløbet. Dette forudsætter et vedvarende fokus på samarbejdsrelationen mellem borger og fagprofessionelle.

#### Delmålene er:

- At tage udgangspunkt i anerkendende og motiverende tilgange i kontakten til borgeren.
- At understøtte et helhedssyn på borgerens ressourcer og inddrage disse bedst muligt.
- At borgerens målsætning er omdrejningspunktet for indsatsen.

Succeskriterierne er:

- Alle borgere, der indgår i rehabiliteringsforløb, bliver mødt af den rehabiliterende tilgang og herunder spørgsmålet "hvad er vigtigst for dig"?
  - Måles ved kvalitativ interviewundersøgelse af et udsnit af borgere, der har deltaget i rehabiliteringsforløb.
- Relevante medarbejdere har viden om elementerne i ICF klassifikationen<sup>5</sup>, og kan anvende og dokumentere disse i forbindelse med borgerens udredning.
  - Måles ved udtræk i den elektroniske patientjournal.
- Der udvikles en procedure til relevante faggrupper (Aktivt hverdagsliv og sygeplejersker i hjemmeplejen team 9) i forbindelse med udredning og målsætning på baggrund af afprøvning af 'Samtalehjulet'<sup>6</sup>.
  - Procedure er beskrevet ultimo juni 2015.
- At alle borgere, der deltager i rehabiliteringsforløb, får udarbejdet en tidsafgrænset målsætningsplan, hvori målene er formuleret i samarbejde med borgeren og relevante pårørende, i det omfang det er muligt.
  - Måles ved træk i elektronisk patientjournal.
- 80 % af de pårørende til borgere der har deltaget i rehabiliteringsforløb, føler sig hørt og inddraget i forløbet.
  - Måles ved kvalitativ interviewundersøgelse af et udsnit af de borgere, der har deltaget i rehabiliteringsforløb.
- At alle målsætningsplaner er dokumenteret i CARE.
  - Måles ved træk i elektronisk patientjournal.

**Ad. 2 Et individuelt behov**

---

<sup>5</sup> International Classification of Function, Disability and Health (ICF)

<sup>6</sup> Samtalehjulet er et visuelt samtaleværktøj udviklet af Esbjerg Kommune, 2013.

Rehabiliteringsforløbet og målene for indsatsen skal skræddersyes til den enkelte borger, og der bør derfor indledningsvis foregå en tværfaglig udredning af de områder, der er relevant(e) for borgeren. Denne tværfaglige udredning danner grundlaget for målene i indsatserne.

I rehabiliteringsforløbet kan der bl.a. inddrages velfærdsteknologiske løsninger, som kan hjælpe borgeren til at være mere selvhjulpne. En velfungerende teknologisk løsning kan skabe mulighed for, at borgere med behov for hjælp til en konkret opgave, i langt højere grad selv kan bestemme, hvornår og hvor ofte indsatsen skal tilbydes (Hjemmehjælpskommissionens rapport, 2013). Velfungerende teknologier kan også have stor betydning for medarbejderens fysiske arbejdsmiljø, i det omfang teknologierne kan aflaste på de tunge, besværlige og manuelle opgaver. Rapporten fra Hjemmehjælpskommissionens 2013, peger endvidere på, at der i befolkningen generelt er en positiv indstilling over for tanken om, at skulle bruge velfærdsteknologi eller digitale løsninger<sup>7</sup>, hvis løsningerne på fornuftig vis kan hjælpe én til at klare sig selv<sup>8</sup> (Ibid. s.122-130).

I rehabiliteringsforløbene er det endvidere af afgørende betydning, at der er et kontinuerligt fokus på at udvikle hensigtsmæssige mestringsstrategier<sup>9</sup> for den enkelte borger. Borgeren skal støttes i at tackle de ændringer, der påvirker hverdagens aktiviteter og muligheder for social deltagelse. Ændringerne kan være relateret til både fysisk, psykisk og sociale faktorer. Borgerens eget livsperspektiv og forståelse skal være hjørnesten for at bygge videre på borgerens mestringssevner til at skabe et hverdagsliv i samspil med andre mennesker.

#### Delmålene er:

---

<sup>7</sup> Digitale løsninger i form af, smartphones, tablets og apps. Giver borgere med særlige behov øget mulighed for at kommunikere og bistand til at strukturere hverdagen.

<sup>8</sup> Et konkret indsatsområde i Ballerup Kommune i forhold til teknologiske løsninger for hjemmeboende borgere med funktionsevnenedsættelser er implementeringen af skylle/ tørre toiletter samt Rotoflex (roterbare) senge.

<sup>9</sup> Hinrichsen EK, Knudsen BT, Nørgård D. Håndbog i læring og mestring. Region Midtjylland, 2012

- At genskabe et godt og sammenhængende hverdagsliv på trods af funktionsevnenedsættelse
- At understøtte borgerens rehabiliteringsproces
- At understøtte at borgerens mestringsevner styrkes og udvikles

Succeskriterierne er:

- Borgerne føler sig set, hørt og forstået, samt oplever at have modtaget den nødvendige information i forhold til at foretage valg og prioriteringer i rehabiliteringsforløbet.
  - Måles ved kvalitativ interviewundersøgelse af et udsnit af de borgere, der har deltaget i rehabiliteringsforløb.
- Borgerne oplever, at indsatserne er i overensstemmelse med ønsker og prioriteringer i rehabiliteringsforløbet, som et resultat af samarbejdet ved borgerens plan.
  - Måles ved kvalitativ interviewundersøgelse af et udsnit af de borgere, der har deltaget i rehabiliteringsforløb.
- Antallet af nyhenviste borgere til rehabiliteringsforløb efter Lov om social service § 83 a er ved udgangen af 2015 steget med min. 50 % i forhold til 2014.
  - Måles ved træk i elektronisk patientjournal.

**Ad. 3 Kulturændring - kompetenceudvikling**

Nye arbejdsformer og arbejdsgange skal udvikles og tages i brug for at løfte rehabiliteringsopgaven. Mange medarbejdere er allerede vant til at arbejde rehabiliterende, men ikke ud fra en fælles forståelse eller definition. Den grundlæggende forudsætning er, at rehabilitering bliver en fælles holdning og tilgang i hele organisationen. For at understøtte og eksekvere denne kulturændring er der behov for kompetenceudvikling af medarbejdere og ledere, samt et vedvarende ledelsesfokus for at styrke implementeringen af det tillærte i praksis.

Et succesfuldt kompetenceudviklingsforløb kræver god forberedelse, og her kan der hentes inspiration fra rapporten "Transfer mellem uddannelse og arbejde", (2009) fra



Nationalt Center for Kompetenceudvikling. Her fremhæves vigtigheden af, at kompetenceudviklingen designes som en læringsproces med før-under-efter aktiviteter<sup>10</sup>. 'Før' aktiviteten består af en analyse af kompetencebehovet både på det organisatoriske og individuelle niveau. 'Under' aktiviteten refererer til selve undervisningen og 'efter' aktiviteten omhandler planlægning af, hvordan den tillærte viden videreformidles blandt øvrige medarbejdere, samt forankres i konkret praksis.

#### Delmålene er:

- At sikre et koordineret<sup>11</sup> samspil mellem de faglige indsatser
- At udvikle og understøtte medarbejdernes og ledernes kompetencer

#### Succeskriterium:

- Udarbejdes plan for kompetenceudvikling af ledere og medarbejdere med afsæt i evidens for læring og transfer<sup>12</sup>. Tilbud fra leverandører er indhentet medio april 2015. Aftaler for kompetenceudviklingsforløb er på plads ultimo juni 2015.
- Alle medarbejdere oplever, at der er en fælles forståelse for rehabiliteringsforløbet, og ved, hvordan de anvender rehabilitering i den daglige opgaveløsning.
  - Måles ved kvalitativ interviewundersøgelse af medarbejderne.
- Alle medarbejdere og ledere gennemfører kompetenceudviklingsforløbet i 2015-2017.
- Medarbejdere der indgår i rehabiliteringsforløb, har et klart billede af egen rolle i forhold til rehabiliteringsstrategien og målsætningerne heri – dvs. medarbejderne har en forståelse af, hvordan deres rolle understøtter strategien.

---

<sup>10</sup> Før-under-efter aktiviteter, hentyder til at medarbejderen overfører og anvender noget man har lært i en situation til en anden situation mere eller mindre lignende situation

<sup>11</sup> Definerer af relationel koordinering: "*Relationel koordinering er (med afsæt i din faglige funktion) at kommunikere og handle med henblik på at integrere egen opgaveløsning ind i den store opgaveløsning*". Jody Gittell, 2012.

<sup>12</sup> Transfer betyder overføring, i denne sammenhæng overføring af erfaring, læring og viden fra 'en situation til en anden. Transfer defineres som: "Anvendelse af viden og det at kunne i 'en lært sammenhæng til at kvalificere handling i en anden sammenhæng". (Wahlgren og Aarkrog, 2013).

- Alle ledere får omsat de forventninger, der ligger i strategien i forhold til, hvad det vil sige at arbejde rehabiliterende i en tværfaglig kontekst.
- Ved det eksterne tilsyn i organisationen vil den rehabiliterende tilgang være synlig i forhold til 2014.
- Alle ledere understøtter og følger op på den enkeltes medarbejders læringsproces i forbindelse med rehabilitering min. 1 gang årligt.
- Kvalitetsstandard for rehabiliteringsforløb efter Servicelovens § 83 a er beskrevet og godkendt af Social- og Sundhedsudvalget primo april 2015.
- Der er skabt tværfaglige samarbejdsfora mellem Aktivt hverdagsliv og det rehabiliterende team i hjemmeplejen med fast mødekadance hver 14 dag.

### **Implementering af strategien**

Implementeringen af handleplanen (se skema 1+2, side 22-26) vil medføre væsentlige forandringer for flere medarbejdere og ledere. Det vil kræve en vedholdende indsats, hvor der med små sikre skridt indarbejdes nye bæredygtige arbejdsrutiner. Forudsætning for dette kan lykkes er i høj grad, at der afsættes tilstrækkeligt med ressourcer, så at de opbyggede nye værdier, rutiner og vaner kan videreføres og fastholdes.

Ansvar for implementeringen af de aktiviteter der fremgår af handleplanen ligger hos implementeringsgruppen, der består af leder fra Sundhedsstrategisk afsnit, afsnitsleder fra Træning & Aktivitet, afsnitsleder for Pleje og Omsorg, udviklingsergoterapeut fra Træning & Aktivitet og projektleder fra Sundhedsstrategisk afsnit.

Den lokale ledelse har, i forbindelse med kompetenceudviklingsforløbene, det primære ansvar for at sikre overførelsen af det tillært til praksis samt fastholdelse af det rehabiliterende fokus.

De første skridt i implementeringen er taget:

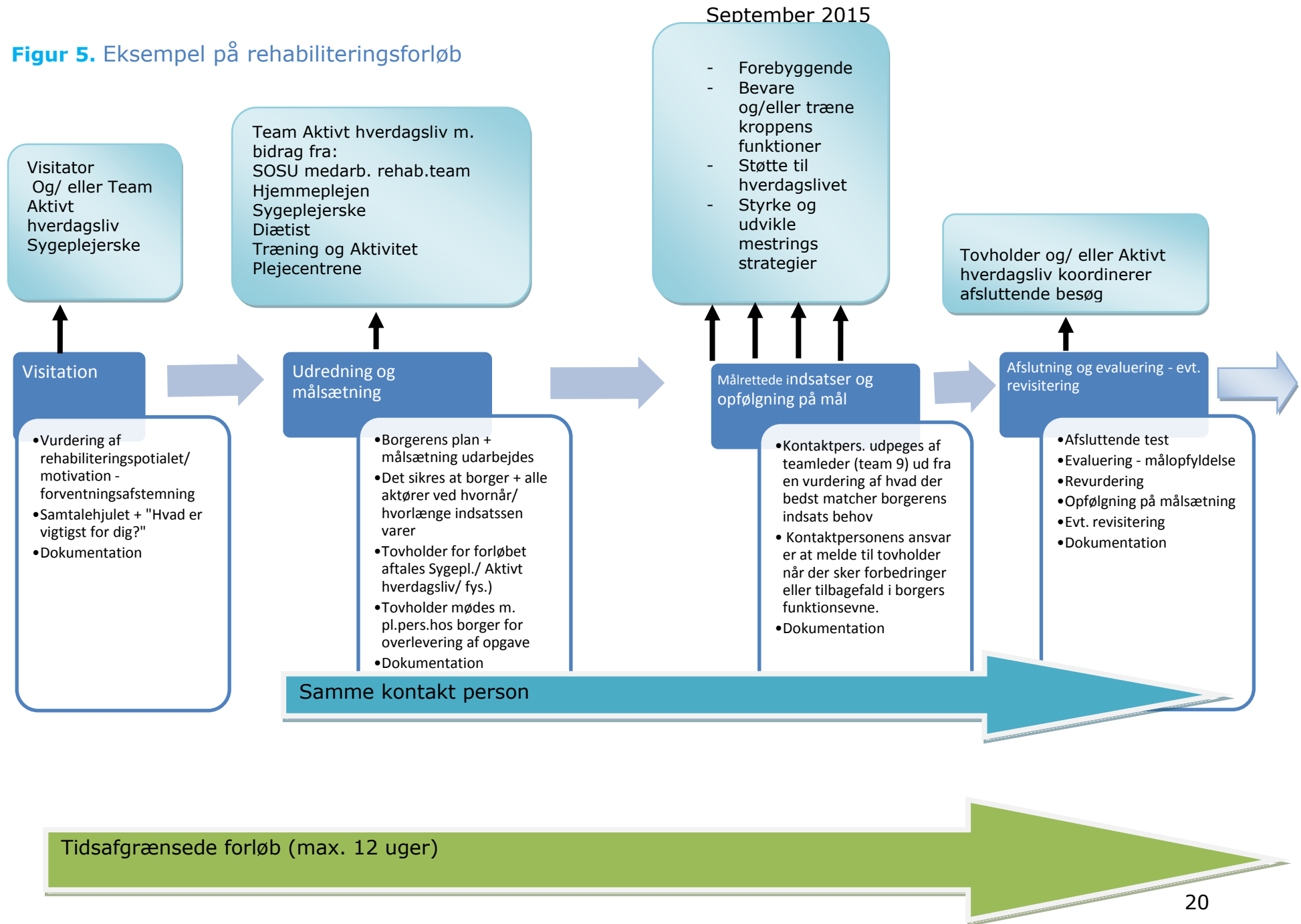
- ✓ Kvalitetsstandard for rehabiliteringsforløb efter servicelovens § 83 a er beskrevet og godkendt af Social- og Sundhedsudvalget.
- ✓ Mini - afprøvning af interviewredskab "samtalehjulet" er udført.
- ✓ Kompetenceudviklingsforløb for myndighedspersoner er planlagt, og afholdt i maj/ juni 2015.
- ✓ Planlagt og gennemført workshop for ledelseslaget
- ✓ Planlagt og gennemført "hvad er vigtigst for dig?"- dag.
- ✓ Der er indhentet tilbud fra Professionshøjskolen Metropol omkring kompetenceudvikling af alle medarbejdere og ledere i hjemmeplejen.

I det videre arbejde med implementeringsprocessen vil implementeringsgruppen mødes jævnligt, for at sikre den nødvendige fremdrift og udvikling.

Der vil blive udarbejdet et evalueringsdesign med det formål at analysere og beskrive i hvor høj grad formålet, med at styrke og udbrede den rehabiliterende tilgang og indsats i organisationen, er opnået. Evalueringen vil endvidere kunne bidrage til at kvalificere det fremtidige arbejde med rehabilitering.

Evalueringens resultater vil blive forelagt politikere og ledere, samt de medarbejdere som har været involveret i udviklingen og gennemførelsen af rehabiliteringsforløbene.

**Figur 5.** Eksempel på rehabiliteringsforløb





**BALLERUP**

Vi satser på mennesker



September 2015

➤ Generel kompetenceforløb for  
øvrige medarbejdere og ledere i  
C-SS + 300 med



Faseplan - skema 2

Fase	Aktører	Maj-juni 2015	Aug-dec 2015	Jan-april2016
1. <b>Beskrivelse af rehabiliteringsstrategi</b>	Tværgående projektgruppe, Center for social og sundhed	Godkendt SSU juni		
2. <b>Implementering af strategi</b>				
➤ <b>Afprøve nye metoder til samarbejdet med borgeren</b>	Alle medarbejdere i hjemmeplejen, plejecentrene, Sundhedsstrategisk afsnit Træning & Aktivitet	"Hvad er vigtigst for dig?" -dag		
➤ <b>Afprøvning af samtalehjulet (PDSA - metode)</b>	Sygeplejersker i det rehabiliterende team 9 (hjemmepleje)	Juni		
➤ <b>Kompetenceudvikling</b>	Ledere og afsnits - og teamledere i Center for social og sundhed	Workshop i juni		
○ Myndighed	Visitation Aktivt hverdagsliv Teamledere hjemmeplejen Privat leverandør	3 dages kursusforløb med ekstern undervisere Vølund & Kloster		
○ Medarbejdere m. særlige opgaver og impl. af rehabiliterende praksis	Aktivt hverdagsliv Sygeplejersker (hjemmepleje) Rehabiliterende team (hjemmepleje) Rep. fra Træning & Aktivitet Demenskoordinatorer Hjerneskadekoordinatorer Diætist		Leverandør Metropol	



September 2015

Fase	Aktører	Maj-juni 2015	Aug-dec 2015	Jan-april2016
○ Sundhedsdiplom modul	Aktivt hverdagsliv Sygeplejersker Rep. terapeuter T&A øvrige		Leverandør Metropol	
○ Hjemmeplejens øvrige medarbejdere og ledere	Alle øvrige medarbejdere og ledere i hjemmepleje		Leverandør Metropol	
○ Forløb for lederne	Relevante ledere og mellemledere, team- og afdelingsledere		Leverandør Metropol	
	Medarbejdere og ledere på plejecentre			Leverandør Metropol
	Medarbejdere i tilknytning til ældrepuljen + øvrige medarbejdere på tværs af C-SS		Afholdelse af rehabiliteringskonference, Metropol Uge 49	
	Medarbejdere og ledere i Socialpsykiatrien			
➤ <b>Kommunikation</b>	Interne: Medarbejdere/ interne samarbejdspartnere Ledere Politikere Handicap & Seniorrådet Eksterne: Borgere Pårørende/ netværk Foreninger Sygehuse Praktiserende læge		De gode historier i pressen "Ballerup Bladet", "De fire årstider", Ballerup Kommunes hjemmeside / social medier og interne kanaler, "Aben", Intra, fællesmøder  Informationsmateriale til borgere og pårørende	Kommunikationsinitiativer fortsættes -

September 2015

Fase	Aktører	Maj-juni 2015	Aug-dec 2015	Jan-april2016
<b>3. Evaluering</b>				
kompetenceudviklingsforløbene	Alle			
Evaluering af de opstillede mål og succeskriterier				
4.				
Revidering af rehabiliteringsstrategi				

## **Bilag 1. Rehabiliteringsforløbet ved hjemmeboende borgere der søger hjemmehjælp**

### **Fase 1 - Visitation**

Borgere der er i målgruppen for et rehabiliteringsforløb kan være i forskellige situationer. Det kan dreje sig om et pludseligt opstået tab af funktionsevne fx akut sygdom, langsomt tab af funktionsevne eller et forventet tab af funktionsevne. Alle borgere der henvender sig om, eller får hjælp og støtte efter servicelovens bestemmelser om hjemmehjælp, kan være i målgruppen for rehabiliteringsforløb. Målgruppen omfatter også borgere, der har en demenssygdom eller borgere, der modtager palliativ behandling, hvis de forventes at kunne profitere af indsatsen (se flowdiagram for rehabiliteringsforløb bilag 2). Målgruppen omfatter ligeledes borgere, der udskrives fra hospital med en genoptræningsplan (SUL § 140). Der er forskellige typiske indgangsvinkler til at blive visiteret til et rehabiliteringsforløb:

- Borgere, der ikke tidligere har modtaget hjemmehjælp, som selv retter henvendelse eller via andre instanser (fx hospital, praktiserende læge, pårørende, forebyggende medarbejder)
- Borgere, der i forvejen modtager hjemmehjælp, hvor visitator eller medarbejder identificerer rehabiliteringsbehov (fx ved re-visitering af hjælp eller overgang mellem indsatser)

Ved borgere med sammensatte funktionsevnenedsættelser kan visitator i samarbejde med Team Aktivt hverdagsliv lave et 1.besøg hos borgeren – et sambesøg.

I et samarbejde med borgeren laves der en helhedsvurdering på baggrund af borgerens situation og med udgangspunkt i spørgsmålet: "Hvad er vigtigst for dig?", "og hvordan kan du selv deltage?" samt de øvrige tværfaglige redskaber (fx COPM<sup>13</sup>, AMPS<sup>14</sup> eller Samtalehjulet<sup>15</sup>). Disse data skal medvirke til at give retning for det samlede rehabiliteringsforløb.

---

<sup>13</sup> Canadian Occupational Performance Measure (COPM) valideret interviewredskab

<sup>14</sup> Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)- valideret undersøgelsesredskab

<sup>15</sup> Samtalehjulet er et visuelt samtaleværktøj udviklet af Esbjerg kommune (2013)

Helhedsvurderingen tager afsæt i ICF<sup>16</sup>, der er en international anerkendt bio – psyko-social model, som definerer individets funktionsevne ud fra kroppens funktioner og anatomi samt aktivitet og deltagelse samt de kontekstuelle faktorer, der dækker over omgivelserne og de personlige faktorer. Helhedsvurderingen dokumenteres i den elektroniske patientjournal.

Borgeren visiteres til et rehabiliteringsforløb, hvis det vurderes realistisk og meningsfuldt, at borgeren kan genvinde, bevare eller udvikle funktionsevne, som resultat af forløbet.

## **Fase 2 - Udredning**

Den tværfaglige udredning danner fundamentet for borgerens samlede rehabiliteringsforløb. Denne udredning foregår i tæt samarbejde med borgeren og/eller pårørende samt øvrige netværk. Samtidig er det vigtigt at inddrage de relevante fagligheder i forhold til en helheds udredning af borgerens samlede funktionsevne. Der udpeges en relevant fagperson (fx medarbejder fra Team Aktivt hverdagsliv, sygeplejerske, terapeut, Sundhedsstrategisk afsnit, hjerneskadekoordinator, demenskoordinator) som bliver tovholder for det samlede rehabiliteringsforløb.

Mange borgere har sammensatte helbredsmæssige og/eller sociale problematikker, hvor vigtigheden af en koordineret plan og målsætning er altafgørende. Udredningen kan hos nogle borgere være en proces, idet det er vigtigt at der opbygges tryghed og tillid i relationssamarbejdet mellem borger og fagprofessionelle fra den tidlige start. Et redskab hertil kan være den motiverende samtale, som bygger på anerkendende teori og praksis (Miller & Rollnick, 1991). Samtaleformen skal medvirke til at få borgeren til at se egne ressourcer og mål. Der kan være stor forskel på, hvor motiveret borgeren er for at indgå i et rehabiliteringsforløb. For nogle borgere kan det være svært at overskue at kunne klare hverdagens gøremål selv. Det kan skabe utryghed hos borgeren, og stiller herved krav til medarbejderen om at møde borgeren på en anerkendende og ligeværdig måde, der tilvejebringer den nødvendige information og viden.

For alle borgere der indgår i rehabiliteringsforløb, vil udredningsfasen være dækket af Lov om social service § 86.1, hvor der ikke er mulighed for frit-valg af leverandør.

---

<sup>16</sup> International Classification of Function, Disability and Health (ICF)

Herefter overgår de øvrige faser i rehabiliteringsforløbet til Lov om social service § 83 a, hvor der er mulighed for frit-valg af leverandør.

### **Fase 3 - Målsætning**

Målsætning for rehabiliteringsforløbet er et af de centralelementer i rehabilitering for at styrke borgerens motivation. Målsætningen skal være styrende for rehabiliteringsindsatsen, og kan foregå over flere møder med borgeren og i et evt. samarbejde med de pårørende.

To danske rapporter peger på, at borgeres målsætning ikke medfører et ukontrollabelt ressourceforbrug, men tværtimod kan medvirke til at målrette samarbejdet og forkorte rehabiliteringsforløbet (Sloth-Egholm A, 2012; Tonnesen M, Sørensen J, Henriksen K 2012).

Effekten af systematisk målsætning er belyst i klinisk retningslinje (Klinisk retningslinje om systematisk anvendt målsætning i rehabilitering til borgere +65 år, med behov for hjælp til personlig pleje og/eller praktisk hjælp i hverdagen, 2013) og der er konkluderet følgende effekt:

- Øget helbredsbetiget livskvalitet
- Øget sandsynlighed for at forblive i eget hjem
- Mindre afhængighed af hjælp til personlig pleje
- Formindsket risiko for hospitalsindlæggelse (akut + genindlæggelse)
- Kortere hjemmepleje indsatser
- Reduceret timeforbrug til pleje og praktisk hjælp

Ved selve målsætningen skal der skelnes mellem langsigtede mål og kortsigtede delmål. Det langsigtede mål er det mål, som borgeren er motiveret for at forfølge og opnå. De kortsigtede mål er de delmål, der skal tages som 'skridt på vejen' for at realisere det langsigtede mål. Målene formuleres i tæt samarbejde mellem borgere, pårørende og medarbejdere. Tovholderen har ansvaret for at justeringerne registreres og dokumenteres både i borgerens målsætningsplan, og så den er tilgængelig for alle involverede fagpersoner i den elektroniske patientjournal.

De individuelle mål og handlinger medvirker til at definere indsatsen til borgeren samt borgerens egne aktiviteter. Der skal løbende ske en vurdering af, hvorvidt borgernes

mål skal justeres. Det vil ofte være de kortsigtede mål, der justeres på. Det er den forløbsansvarliges ansvar, at sikre denne justering og opfølgning herpå.

#### **Fase 4 - Målrettede indsatser og opfølgning på mål**

Ved opstart af indsatsen arrangerer tovholderen et besøg hos borgeren, hvor indsatsen gennemgås og overleveres til fagpersonalet hos den valgte leverandør. Vælger borgeren kommunal leverandør varetages indsatsen af det rehabiliterende team i hjemmeplejen i samarbejde med Team Aktivt hverdagsliv samt øvrige relevante fagpersoner der tilknyttes borgeren, som skal observerer og give tilbagemeldinger til tovholderen omkring borgerens udvikling i forhold til aftalte målsætning.

Rehabiliteringsforløbet kræver ofte at mange fagligheder arbejder tæt sammen. Tovholderen sikrer sammen med de øvrige involverede fagpersoner at samarbejdet koordineres mod borgerens mål. Dette sker igennem tværfaglige ad hoc møder i samarbejde med valgte leverandør, hvor Team Aktivt hverdagsliv samt øvrige relevante fagpersoner deltager. Det er af afgørende betydning, at der etableres et godt tværfagligt samarbejde, som sikrer, at alle medarbejdere arbejder efter samme målsætning og indsatserne koordineres hertil.

Indsatserne organiseres og udmøntes i overensstemmelse med borgerens rehabiliteringsplan. De indsatser, der iværksættes, skal rettes mod borgerens samlede funktionsevne, og kan både være relateret til borgeren selv og til de omgivelser, som borgeren er i berøring med.

Indsatserne skal have fokus på at styrke og udvikle borgerens mestringsstrategier, dvs. at der altid tages udgangspunkt i borgerens egne perspektiver på sin situation, og de måder eller metoder borgeren tidligere har anvendt i sin livssituation, som kan tilpasses borgerens ændrede hverdagsliv. Målet med at styrke og udvikle mestringsstrategier er, at borgeren har kontrol over sin egen livsførelse, og selv kan tage stilling til, hvad hverdagen skal bestå i, og hvordan den skal leves (Borg 2008).

## **Fase 5 - Afslutning, evaluering og eventuel re-visitation**

Det er den tovholderens opgave i et samarbejde med borgeren og eventuelt andre fagpersoner, hen mod slutningen af den afsatte tidsramme for forløbet, at følge op på, om borgeren har nået sin målsætning. Hertil skal indsatsen evalueres for at kvalitetssikre rehabiliteringsprocessen. Evaluering har til formål at måle effekt, brug af ressourcer, finde udviklingsaspekter eller mangler i rehabiliteringsforløbene.

Forløbet afsluttes, hvis borgerens situation er stabil, og vedkommende ikke oplever at have brug for yderligere rådgivning, andre indsatser eller regulering af kompensationer (fuldt selvhjulpen). Borgeren kan også have opnået at have et reduceret behov for hjemmehjælp (delvist selvhjulpen), eller borgeren har øget sin selvstændighed uden at mindske sit behov for hjemmehjælp.

Det er af afgørende betydning, at borgerens netværk inddrages i slutningen af et forløb, så der aftales, hvordan det opnåede funktionsniveau vedligeholdes og tiltagene integreres i borgerens fremtidige hverdagsliv.

## **Bilag 2. Rehabiliteringsforløb i socialpsykiatrien**

### **Fase 1 & 2 – Visitation og udredning**

Det er Social Vejledning, der har bemyndigelse til at bevilge borgeren støtte i Socialpsykiatrien, det gælder både støtte i hjemmet i henhold til SEL § 85 og ophold i bo-tilbuddet Skolehaven i henhold til SEL § 107 og § 108.

Jobcenteret har bemyndigelsen, når det vedrører mentorstøtte, som tilbydes via Socialpsykiatriens Ungeindsats, Kompetenceteamet samt Autisme spektrum forstyrrelser (ASF).

De nævnte parter forestår, inden visitationen, udredning af borgerens funktionsniveau ved brug af Voksenudredningsmetoden (VUM) når det drejer sig om støtte i henhold til §§ 85, 107 og 108. Udredningen foregår i samarbejde med borgeren og øvrige samarbejdsparter f. eks Socialpsykiatrien, Psykiatrisk Center Ballerup eller andre med kendskab til borgerens problemstillinger.

Når borgeren er bevilget den ovenfor nævnte støtte, indledes et samarbejde mellem borgeren og dennes kontaktperson.

### **Fase 3 – Målsætning**

I forbindelse med visitationen opstiller sagsbehandleren i samarbejde med borgeren og andre relevante parter de overordnede mål for indsatsen.

Der opstilles mål efter principperne for SMART<sup>17</sup>- mål. Sagsbehandlerne fra Social Vejledning og Støtte- og kontaktpersonerne i Socialpsykiatrien har sammen haft to kursusdage om arbejdet med SMART- mål.

Når borgeren er bevilget den ovenfor nævnte støtte, indledes et samarbejde mellem borgeren og dennes kontaktperson.

Det første møde med kontaktpersonen skal fremadrettet være udgangspunkt for en forventningsafstemning mellem borgeren og socialpsykiatrien, om at borgeren

---

<sup>17</sup> SMART, specifikt, målbart, accepteret, realistisk og tidsbestemt



modtager ydelsen ud fra princippet om recovery og psykosocial rehabilitering. Det skal således gøres klart for borgeren, at det at modtage støtte i et tilbud medfører en positiv forventning om medvirken samt en forventning om, at man som borger er motiveret for at indgå i et samarbejde omkring personlig udvikling og kompetenceudvikling.

Borgeren og kontaktpersonen opstiller delmål på baggrund af bevillingens overordnede mål. Disse defineres bl.a. via Socialpsykiatriens dialog-redskab: Forandringskompasset.

#### **Fase 4 – Målrettede indsatser og opfølgning på mål**

Forudsætningen for et succesfuldt rehabiliteringsforløb i Socialpsykiatrien vil oftest kræve inddragelse af forskellige samarbejdsparter, hvis fagligheder bringes i spil for at borgeren kan nå sine mål.

Eksempler på samarbejdspartnere, udover borgeren selv, er: Pårørende, Jobcenteret, behandlingspsykiatrien, hjemmeplejen, praktiserende læger, uddannelsesinstitutioner, sagsbehandlere m.fl.

Samarbejdet skal sikre helhedsorienterede og koordinerede indsatser.

En naturlig forlængelse af recovery-tanken om skabelse af positive resultater for borgerens situation er, at resultatet af indsatsen dokumenteres.

Dette sker ved brugen af dialog- og dokumentationsredskabet "Forandringskompasset". Derudover dokumenteres indsatsen i elektronisk patientjournal EKJ.

Målene for indsatsen evalueres dels af kontaktpersonen i Socialpsykiatrien (målene i Forandringskompasset) dels af Social Vejledning (bevillingens overordnede mål).

Det er henholdsvis kontaktpersonen i Socialpsykiatrien og Sagsbehandleren i Social Vejledning eller Jobcenteret der er ansvarlige for opfølgningen.

Evalueringen foregår i et samarbejde med borgeren.

Formålet med evalueringen er at sikre en målorienterede og tidsafgrænsede indsats.

### **Fase 5 – Afslutning, evaluering og evt. revisitation**

Den tidsramme der arbejdes med, betyder *ikke* at en tildelt støtte ophører på et bestemt tidspunkt, men det betyder, at støtten skal evalueres løbende, så det bliver tydeligt, om den givne støtte har effekt i forhold til de opsatte mål, og øger muligheden for at finde frem til den støtteform, der er bedst for den enkelte. Det er vigtigt, at der først og fremmest fokuseres på livskvaliteten hos vores medborgere.

## Litteraturhenvisninger

Berthelsen LL. Hverdagsrehabilitering – det sunde og aktive ældreliv- på plejecentrene i Varde kommune. 1. Februar 2011-31.januar 2011. Varde kommune. 2012

Borg T. Målet med rehabilitering. Vinther Nielsen C (red.) Rehabilitering for sundhedsprofessionelle. København: Gads Forlag. 2008. s.107-124.

Gittell, Jody Hoffer (2011): New Directions for Relational Coordination Theory. Bogbidrag. Tilgængelig på [www.relationalcoordination.org](http://www.relationalcoordination.org).

Hinrichsen EK, Knudsen BT, Nørgård D. Håndbog i læring og mestring. Region Midtjylland, 2012.

Hjemmehjælpskommissionen, "Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats", Sekretariatet, juli 2013.

Hjortbak RH, Bangshaab J, Johansen JS, Lund h (2011): Udfordringer til rehabilitering i Danmark, Rehabiliteringsforum Danmark, november 2011.

Kjellberg J, Ibsen R: Træning som hjælp – økonomievaluering. (Odense Kommune) Notat 3378. Dansk Sundhedsinstitut 2012

Klinisk retningslinje om systematisk anvendt målsætning i rehabilitering til borgere +65 år, med behov for hjælp til personlig pleje og/eller praktisk hjælp i hverdagen, 2013.

[http://www.kliniskeretningslinjer.dk/media/345756/kr\\_rehab\\_kl\\_final.pdf](http://www.kliniskeretningslinjer.dk/media/345756/kr_rehab_kl_final.pdf)

Kompetencecenter for Rehabilitering og Recovery, Region Hovedstadens Psykiatri <https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/kompetencecentre/Rehabilitering-og-recovery/Om-rehabilitering-og-recovery/Sider/default.aspx>

Marselisborgcentret (2004) *Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet*, Marselisborgcentret & Rehabiliteringsforum Danmark, Århus 2004.

Miller, W.R. & Rollnick, S. Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviors, New York, Guilford Press.

Retsinfo <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=167849#Kap16>

Sloth-Egholm A: Giver borgerens bestemmelse af mål for rehabiliteringen højere effektivitet i hjemmeplejen? Master i offentlig ledelse. Aarhus universitet, Institut for Statskundskab 2011

Socialstyrelsen. Rehabilitering på ældreområdet, inspiration til kommunal praksis, 2014. [www.socialstyrelsen.dk](http://www.socialstyrelsen.dk)

Tonnesen M, Sørensen J, Henriksen K: Grib hverdagen. Slutevaluering Hverdagsrehabilitering. Sundhed og Omsorg. Aarhus Kommune 2012

Wahlgren Bjarne (2009) Transfer mellem uddannelse og arbejde, Nationalt Videns Center for Kompetenceudvikling.

[http://nck.au.dk/fileadmin/nck/Opgave\\_2.5/Transfer -  
\\_mellem\\_uddannelse\\_og\\_arbejde. Med\\_summary. Haefte.pdf](http://nck.au.dk/fileadmin/nck/Opgave_2.5/Transfer_-_mellem_uddannelse_og_arbejde_Med_summary_Haefte.pdf)