

Udvikling i AMU-målgrup- pens jobprofil, rolle og ar- bejdsproces på det social- psykiatriske jobområde

Opsummering og udviklingsperspektiver

Rapporten er udarbejdet af Karsten Brask Fischer
Cand.scient.soc
Ekstern lektor på Roskilde Universitet (ISE)
Direktør for Impact Learning Aps

INDHOLDSFORTEGNELSE

1	Indledning	3
1.1	<i>Problemformulering</i>	3
2	Analysens samlede konklusion	3
2.1	<i>Kerneopgaven – er rammen for den faglige praksis</i>	4
2.2	<i>Praksis omkring borgerens recovery</i>	5
2.3	<i>Redskaber i den rehabiliterende arbejdsform</i>	7
3	Udvikling af AMUs udbud	8
3.1	<i>Den samlede vurdering af det nuværende udbud</i>	8
3.2	<i>Udviklingsperspektiverne for AMUs udbud</i>	11
4	Anvendt skriftligt materiale	12
4.1	<i>Litteratur og analyser</i>	12
4.2	<i>Formelle krav og beskrivelser</i>	13
4.3	<i>Politiske udspil og strategier</i>	13
5	Bilag 1. Oversigt over de kommunale strategier	14

1 INDLEDNING

Det psykiatriske område udgør et særligt område i kommunerne, og det er et område, hvor kommunerne oplever et stigende pres. Der er flere sindslidende, der kræver et socialpsykiatrisk tilbud, samtidig med, at de enkelte borgere har behov for mere omsorg og hjælp end tidligere.

Nærliggende analyse vil undersøge, hvordan AMU kan medvirke til, at praktikerne udvikler deres faglighed, så den i højere grad matcher udvikling og krav indenfor området. Faglighed defineres som faggruppens evne til at løse deres arbejdsopgaver på en kompetent måde. Med faglighed ledes opmærksomheden hen på fagpersonernes praksis. Faglig udvikling kan i forlængelse heraf defineres som udvikling i kravene til de opgaver, fagpersonerne forventes at kunne løse.

Praktikerne - de social- og sundhedsfaglige grupper - defineres i nærværende analyseprojekt som:

- *Social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere og ufaglærte som arbejder med psykisk udsatte borgere, dvs borgere med en psykiatrisk diagnose som har plejebehov. Behov som kommunerne imødekommer gennem hjemmepleje, bosteder, plejecentre og evt i akutfunktioner.*

1.1 Problemformulering

Undersøgelsen skal med afsæt i ovenstående svare på to spørgsmål:

- *Hvordan har kravene til den faglige praksis omkring recovery af socialt udsatte borgere med psykiatriske vanskeligheder udviklet sig for de social- og sundhedsfaglige faggrupper i EPOS-AMU? (Delrapport 1)*
- *Hvordan formår AMU-systemet med sit nuværende udbud af uddannelse at imødekomme de krav - og hvordan kan AMU optimere sit udbud til målgrupperne? (Delrapport 2)*

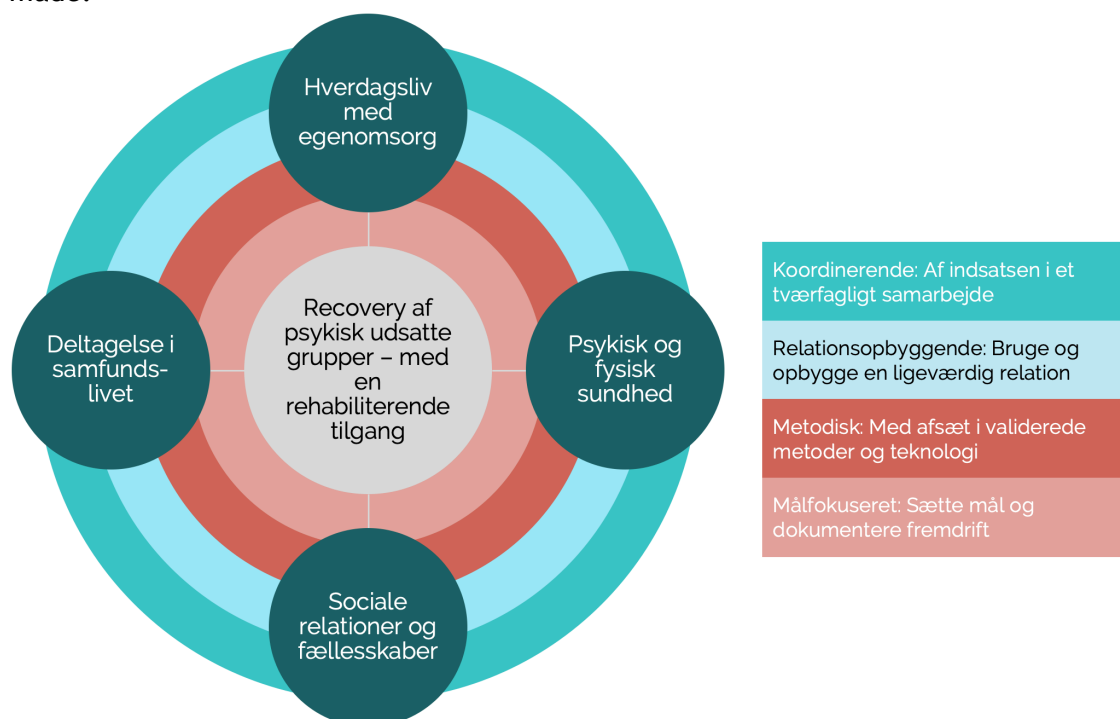
2 ANALYSENS SAMLEDE KONKLUSION

Analysen har kortlagt kompetencekravene til det social- og sundhedsfaglige personale, der arbejder i Socialpsykiatrien. Empirisk har der mest været fokus på de primære arenaer i socialpsykiatrien: Bostøtte og bosteder. Disse har fungeret som en *ekstrem case* på kompetencekravene, og vurderes derfor som dækkende for den socialpsykiatriske praksis.

Konklusionen peger entydigt i retning af, at personalet skal kunne håndtere en høj kompleksitet, når kerneopgaven defineres som at understøtte borgerens recovery gennem en rehabiliterende arbejdsform. Det kan illustreres med den model for fagligheden, som analysen har udviklet. Den rummer tre overordnede elementer:

- Kerneopgaven - som definerer handlerummet (eller rammen) for den faglige praksis (midten af figuren)
- Elementer i borgerens recovery, som er det mere borgernære mål med indsatsen - hverdagsliv med egenomsorg, deltagelse i samfundslivet mv.
- Den rehabiliterende arbejdsform, som har fire kendetegn: Målfokuseret, metodisk, relationsopbyggende og tværfagligt koordinerende.

De tre elementer skal bringes i spil sideløbende og specifikt omkring den enkelte borger og heri ligger den høje kompleksitet, som analysen har modelleret på følgende måde:



2.1 Kerneopgaven - er rammen for den faglige praksis

Analysen peger meget entydigt på, at kerneopgaven defineres som at understøtte borgerens recovery gennem en rehabiliterende arbejdsform. Det kan fx være recovery fra en psykisk sygdom, stress mm. Recovery-processen er dermed individuelt defineret - og faggrupperne skal således kunne arbejde individuelt med en række borgere. Betoningen af den rehabiliterende arbejdsform fremgår både af politiske udspil, strategier og interviews. I praksis stiller det krav om, at den social- og sundhedsfaglige medarbejder arbejder med en tilgang til recovery, hvor borgerens egne mål er i centrum for indsatsen. Derudover som et overordnet effektmål om at klare sig mest muligt selv. Recovery er dermed resultatet af en rehabiliterende praksis. Det er en opgave som ofte betegnes som *svær* og *kompleks*, fordi den indebærer udvikling og forandringer i borgerens liv - og dermed også er et opgør med at *vedligeholde* borgeren i sit nuværende liv. Dog viser interviews også, at der er borgere, som er så kroniske i deres sygdomstilstand, at opgaven mere defineres som habilitering - altså som opretholdelse af færdigheder og undgå forringelse.

Undersøgelsen viser, at det er en meget bred målgruppe, der arbejdes med indenfor socialpsykiatrien, og man som medarbejderne dermed skal kunne håndtere. Der er også forskellige måder man organiserer indsatsen omkring målgrupperne. Målgrupperne er meget forskellige og med varierende støttebehov, hvilket øger arbejdets kompleksitet: Fra unge, der ikke vil identificere sig med bostederne, til svære misbrugere, hvis somatiske problemer overskygger det rehabiliterende sigte.

Analysen peger også på, at der har været fokus i kommunerne - under overskriften recovery og rehabilitering - på at udvikle den sociale bostøtte i eget hjem, som er mere fleksibel og ofte organiseret i bostøtte-teams. Udviklingen hviler på en faglig begrundelse om at modvirke en institutionalisering af borgeren, som det begrundes, fører til passivitet og mindre livskvalitet. Det får betydning for praksis, når borgerens eget hjem bliver omdrejningspunkt for indsatsen, herunder når målet for praksis bliver at hjælpe borgeren til en mere selvstændig boform.

Der er et klart billede blandt respondenterne af, at de dominerende faggrupper i socialpsykiatriens primære arenaer er (social)pædagoger og Social- og sundhedsassistenter. De tal som kommer frem gennem interviews viser, at det kan svinge mellem 50/50 fordeling på de to grupper, og så til at pædagogerne er i klart overtal (80/20). Der er ingen eksempler på, at SOSU-assistenten er i overtal som faggruppe på en socialpsykiatrisk arbejdsplads.

Samtidig viser analysen, at opgavefordelingen mellem faggrupperne er meget flydende. Fagpersonen skal derfor kunne fungere som en generalist omkring borgeren. De specialiserede kompetencer, som fremhæves hos især Social- og sundhedsassistenter, er medicinforståelse og -håndtering og mere kompleks somatik, som fx sårbehandling eller afhjælpning af dysfagi. Disse specialiserede kompetence er dog primært i brug på bosteder - som kommunerne bevæger sig væk fra.

2.2 Praksis omkring borgerens recovery

Når kerneopgaven defineres som recovery indebærer det, at praksis er ”helhedsorienteret” og ”kommer hele vejen rundt om borgeren”, som flere kommunale strategier definerer det. Det helhedsorienterede ligger i, at der arbejdes med alle aspekter af recovery om end med forskelligt indhold fra borger til borger. Det er dog værd at bemærke, at det at arbejde ”helhedsorienteret” i praksis indebærer at kunne håndtere en høj grad af kompleksitet i arbejdet med den enkelte borger. For de fire aspekter af recovery er for personen ikke fire adskilte dele, men noget som hænger sammen. Fx at man er nødt til at have et vist niveau af egenomsorg og sociale færdigheder for at kunne have en form for beskæftigelse. Fagpersonernes opgave er så at understøtte, at der arbejdes med alle fire aspekter på en rehabiliterende måde. De fire aspekter af recovery er:

Understøtte borgerens egenomsorg: Her er målet at *opretholde en daglig livsførelse*. Det kan være borgerens personlige hygiejne, indkøb, oprydning, opvask mm. Her er opgaven at fastholde et fokus på udvikling. Den vigtigste tværgående samarbejdsrelation er til hjemmeplejen (når borgeren er visiteret til hjemmepleje), og fagpersonen forventes at holde egne standarder på behørig afstand, så relationen fastholdes, men uden at fraskrive sig omsorgspligten. Det er dog et aspekt, de kommunale strategier har begrænset fokus på. Analysen viser også, at der ikke er særlige problemstillinger eller kompetencekrav knyttet til borgerens boform. Udfordringen er den samme: At løse opgaven rehabiliterende med recovery for øje.

Analysen peger på, at det stiller følgende krav til fagpersonerne:

- Fastholde et fokus på udvikling i de praktiske opgaver
- Møde borgeren ligeværdigt - gennem motivation og ressourcesyn
- Bruge relationen - uden at fraskrive sig omsorgspligten
- Håndtere samarbejdet mellem bostøtte og hjemmepleje

Understøtte borgerens psykiske og fysiske sundhed: Her er målet at understøtte *et sundere liv*. Samfundsmæssigt er målet formuleret som "lighed i sundhed". Det er typisk inddelt i medicin håndtering og mere kompleks somatik med høj grad af evidens, støttende samtaler og at motivere til sunde vaner (KRAM-faktorer). I den opsøgende del (§85 mm) er det kun de to sidste opgavefelter, der varetages. Her er den vigtigste tværgående samarbejdsrelation sundhedsvæsenet regionalt: Fra behandlingspsykiatrien til egen læge. Medarbejderen forventes at kunne balancere systemets krav om sundhed og relationen til borgeren, hvor selvbestemmelse er i centrum. Det at kunne agere i det sundhedsfaglige er samtidig definerende for de social- og sundhedsfaglige grupper i socialpsykiatrien. Analysen peger på, at det øgede fokus på sundhed, stiller følgende krav til faggrupperne. De skal kunne:

- Balancere systemets krav om sundhed og relationen til borgeren
- Motivere borgerne til en sundere livsstil
- Understøtte borgerens behandlingsforløb ved at medvirke til at koordinere behandlingsforløbet, gennemføre støttende samtaler - uden at udøve terapi og have fokus på medicinens (bi)virkninger.
- Arbejde med høj grad af systematik, dokumentation og evidens på bosteder omkring det sygeplejefaglige

Understøtte borgerens sociale relationer og fællesskaber: Her kan målet defineres som at *modvirke ensomhed*. Det går på de mere personlige relationer, hvor borgeren er en del af et fællesskab. Det kan være et fællesskab med familien, med de øvrige beboere på bostedet, med netværket på gaden eller i værestedet, som fagpersonen blandt andet understøtter gennem social færdighedstræning. Her er forventningen, at fagpersonen kan bruge relationen til, at borgeren opbygger netværk - ikke selv være netværket. Analysen peger på følgende krav til de Social- og sundhedsfaglige grupper arbejde med recovery som styrkede sociale relationer og fællesskaber:

- Bruge relationen til at opbygge netværk - ikke selv være netværket

- Gennemføre social færdighedstræning
- Understøtte relation til pårørende
- Understøtte sunde relationer - modvirke usunde
- Integrere borgerne i sociale tilbud - uden at ekskludere fra samfundet

Understøtte borgerens deltagelse i samfundslivet: Her er målet, at borgeren *har noget at stå op til*. Det kan handle om alt fra deltagelse i foreningsliv til uddannelse og beskæftigelse. Den ene del af praksis handler om at skabe deltagelse på de udsatte borgeres præmisser i civilsamfundet, mens den anden del handler om at skabe deltagelse på systemets præmisser. I sidstnævnte handler det om støtte og motivere samt medvirke til afklaring af borgerens ressourcer. Afhængig af borgerens tilstand vil denne del fylde mere eller mindre. Her er det samarbejdsrelationen til beskæftigelsesindsatsen, fx Jobcentret, som er den mest afgørende.

Næsten alle de analyserede kommunale aktører peger på, at deltagelse i samfundslivet, typisk i form af uddannelse og beskæftigelse, er en del af borgerens recovery. Men fokus på inklusion i samfundet og særligt at blive en del af civilsamfundet, får også et stigende fokus. Det stiller krav til medarbejderens kompetencer om at:

- Skabe mulighed for inklusion i samfundet fremfor isolerede fællesskaber
- Skabe deltagelse på de udsatte borgeres præmisser (Civilsamfundet) dels gennem frivillighed og dels ved bruge peer-to-peer, gruppeforløb og lignende.
- Skabe deltagelse på systemets præmisser, dels ved at motivere til og understøtte beskæftigelse og uddannelse, dels ved at samarbejde med jobcenter, som borgerens oversætter og stødpude - uden at være borgerens advokat.

2.3 Redskaber i den rehabiliterende arbejdsform

Den rehabiliterende arbejdsform er det som skal *skabe rummet for recovery*. Her peger analysen på, at fire redskaber er afgørende:

Arbejde målfokuseret, hvor analysen peger på to ting som afgørende, nemlig at:

- Borgeren skal bemyndiges gennem de mål, der sættes for indsatsen. Mål som dog også skal balancere systemets krav til indsatsen.
- Der skal udarbejdes dokumentation af indsatsen - som dog kan have flere formål gående fra sporbarhed til vidensopbygning, og der lægges vægt på, at medarbejderen kan inddrage borgeren i arbejdet.

Arbejde metodisk funderet, hvor analysen peger på to ting som afgørende:

- Velfærdsteknologi skal bruges som redskab til selvstændighed og produktivitet. Det er stadig et nyere felt, som dog er i fremdrift.
- Praksis skal styrkes gennem validerede metoder, som indebærer et bevidst metodevalg, men også evnen til at arbejde med forskellige metoder, der er baseret på forskellige logikker.

Arbejde relationelt opbyggende: Opbygge en professionel og ligeværdig relation til borgeren - som bruges til at udvikle borgeren, hvor relationen tidligere nærmest var ydelsen til borgeren. Relationen skal ses som et middel til at opnå målene for borgeren. Her er kravet til de social- og sundhedsfaglige grupper, at de kan opbygge en professionel og ligeværdig relation til borgeren, som bruges til at udvikle borgeren. Det er et opgør med tænkningen i relationen som selve ydelsen til borgeren.

Analysen peger på at tre ting er afgørende, nemlig at:

- Møde borgeren ligeværdigt
- Bruge relationen til at motivere og udvikle
- Håndtere relationelle dilemmaer

Arbejde koordinerende af indsatsen, som indebærer det at indgå i et tværfagligt samarbejde med fokus på at skabe en koordineret indsats. En koordineret indsats, hvor de rette kompetencer er i spil, betragtes bredt set som afgørende for at rehabiliteringen lykkes. De social- og sundhedsfaglige grupper i socialpsykiatrien er kendetegnet ved at være de faggrupper, som er tættest på borgeren, og som dem der har opbygget relationen. Analysen peger på at fire ting er afgørende, nemlig at

- Sætte borgeren i midten af samarbejdet
- Insistere på koordination og tværfaglighed
- Håndtere forskellige logikker
- Finde ud af hvor langt man kan gå for at sikre koordination

3 UDVIKLING AF AMUS UDBUD

Analysen af praksis viste, at de Social- og sundhedsfaglige medarbejdere skal kunne håndtere en høj grad af kompleksitet. En kompleksitet der er forbundet med at understøtte recovery med en rehabiliterende tilgang - hos borgere der ofte har både somatiske og psykiatriske problemstillinger. I analysen af AMUs udbud rettes fokus på, hvordan AMU-systemet med sit nuværende uddannelsesudbud understøtter udviklingen af de kompetencer. Med det afsæt kommer analysen frem til en række anbefalinger om den videre udvikling af udbuddet. Derudover er der en generel anbefaling om fremadrettet at sikre fokus på, hvordan AMU og andre uddannelsessystemer kan ruste medarbejderne til at håndtere den høje kompleksitet, arbejdet med kerneopgaven indebærer.

3.1 Den samlede vurdering af det nuværende udbud

Kompetencekrav	Primær uddannelse	Sekundær uddannelse	Deltagerantal (2013-2018)	Vurdering af udbud
----------------	-------------------	---------------------	---------------------------	--------------------

Arbejde med afsæt i kerneopgaven

Kompetencekrav	Primær uddannelse	Sekundær uddannelse	Deltagerantal (2013-2018)	Vurdering af udbud
Arbejde med afsæt i kerneopgaven	2	3	6071*	Begrænset
Arbejde med forskelligt artede målgrupper	10	4	3316	Dækkende
Agere i en mere flydende opgavefordeling	0	0	0	Begrænset

Understøtte borgerens recovery

Understøtte borgerens hverdagsliv og egenomsorg	4	5	6942*	Begrænset
Understøtte et liv med fysisk og psykisk sundhed	9	5	15409*	Dækkende
Understøtte udsatte borgers sociale relationer og fællesskaber	3	9	805	Begrænset
Understøtte udsatte borgers deltagelse i samfundslivet	1	1	104	Mangelfuldt

Bruge redskaber i en rehabiliterende arbejdsform

Arbejde med fokus på mål og dokumentation	3	15	4745**	Begrænset dækkende
Arbejde med afsæt i validerede metoder	7	10	4125	Dækkende
Skabe en professionel og ligeværdig relation til borgeren	2	24	3762	Dækkende
Arbejde koordinerende og tværfagligt	3	28	493	Mangelfuldt

* Data på deltagerantal er hentet fra Ældre FKB og omfatter derfor denne meget store faggruppe også.

** Data på deltagerantal er hentet fra Pædagogisk FKB og omfatter derfor denne fag-gruppe også.

3.2 Udviklingsperspektiverne for AMUs udbud

Udviklingsperspektivet for AMU-systemet kan sammenfattes til:

At der først og fremmest arbejdes med at udvikle AMU-uddannelse på de to aspekter af den socialpsykiatriske praksis, hvor udbuddet er mest mangelfuldt:

- Understøtte borgerens deltagelse i samfundslivet, som er et centralt aspekt af recovery, som stort set ikke understøttes i AMU-regi. Her kan AMU med fordel udvikle et helt uddannelsesudbud.
- Arbejdet med tværfaglig koordination, som i dag primært defineres som vidensdeling, men som fremadrettet med fordel kan betragtes med større kompleksitet og som noget der har to fokuspunkter: Det ene fokus er relationel koordinering mellem aktørerne, det andet er fokus på at hjælpe borgeren til at navigere i sit tværfaglige forløb.

Dernæst er der en række områder, hvor AMU med fordel kan tilpasse sit udbud ved:

- At begrebet kerneopgave integreres som sekundært læringsmål i flere uddannelser, ligesom det at arbejde fokus på kerneopgaven prioriteres som selvstændigt uddannelse.
- At der udvikles uddannelse med "nutidens unge" som særlig målgruppe i socialpsykiatrien.
- At der i uddannelser om teams mm sættes skærpet fokus på det at arbejde i et team i bostøtten, hvor man har ansvar for enkelte borgere og en bred fælles faglighed.
- At udvikle en uddannelse under overskriften, "når egenomsorgen bliver svær", som handler det at finde strategier for at fastholde udviklingsperspektivet i borgerens egenomsorg, når dette er svært og fylder.
- At skærpe vinklingen i uddannelser om arbejdet med sundhedsfremme på dilemmaet i det at have ambitioner om sundhed på udsatte borgeres vegne, som ofte vil have et andet sundhedsbegreb end resten af samfundet.
- At udvikle uddannelser med fokus på social færdighedstræning, herunder fokus på at indkredse, hvordan medarbejderen kan definere "sunde vs usunde" relationer for de borgere, medarbejderen arbejder med.
- At styrke perspektivet på, at succesfulde mål også er borgerens mål i de mange uddannelser, hvor der arbejdes mere teknisk med at definere og dokumentere mål.
- At udvide det relativt store udbud af uddannelser i specifikke metoder med "den motiverende samtale", som er en metode, der ikke kræver store organisatoriske forandringer at gennemføre. I det udviklingsperspektiv ligger også en overvejelse om, at der kan være metoder, som kræver den type forandringer, og som derfor umiddelbart er mindre relevante for AMU at udbyde uddannelser indenfor.

Endelig er der en anbefaling om fremadrettet at sikre fokus på udvikling af de faglige kompetencer, det kræves at kunne arbejde med den komplekse kerneopgave. Eksekveringen af ovenstående vil være et skridt i den retning, men det er et spørgsmål, som fortsat bør blive stillet i AMU-systemet.

4 ANVENDT SKRIFTLIGT MATERIALE

4.1 Litteratur og analyser

- CTI-metodemanual, Socialstyrelsen, september 2018
- Assertive Community Treatment (ACT) - metodebeskrivelse. For borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug. (VIVE & Rambøll, 2017)
- Kvalitet i den kommunale indsats over for borgere med svære psykiske lidelser - Midtvejsevaluering ©CFK · Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, 2016
- Recovery - fra begreb til virkelighed (oversat til dansk), Geoff Shepherd, Jed Boardman & Mike Slade
- Evaluering af akuttilbud, Deloitte 2017
- Komplexitet i borgersager og opgaveløsning i socialpsykiatrien (VIVE, 2018)
- Kvalitet i den kommunale indsats overfor borgere med svære psykiske lidelser - åben dialog, Socialstyrelsen og Defactum, august 2017
- Inklusion og deltagelse af sårbare borgergrupper i samskabende arenaer - Evaluering af tre partnerskaber mellem civilsamfund og kommuner (VIVE og RUC, 2018)
- Fokus på sundhed i socialpsykiatrien - evaluering af indsatsen "Gå til lægen i tide", VIVE, 2019
- Koncept for systematisk inddragelse af pårørende, Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen, 2018
- "Det siger FOAs medlemmer om deres arbejde med psykisk syge" (FOA Kampagne og Analyse, juli 2011)
- Faglige Guide - en værktøjsmappe om rehabilitering i den københavnske socialpsykiatri (Københavns kommune, august 2018)
- Videnskatalog: Forankring og implementering af peer-støtte, Sundhedsstyrelsen, 2019

4.2 Formelle krav og beskrivelser

- Kvalitetsmodellen for Socialtilsyn, Socialstyrelsen 2017 (Version iht. BEK nr. 1251 af 13/11/2017)
- Målepunkter for tilsyn på bosteder 2019-2020, Styrelsen for Patientsikkerhed, 2019
- Socialstyrelsen.dk

4.3 Politiske udspil og strategier

- Fælles om fremtidens socialpolitik, KL, 2017
- Udvikling af sociale indsatser, Børne- og Socialministeriet, januar 2017
- Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser, Sundhedsstyrelsen, 2018
- Kommunale strategier for socialpsykiatri (se inde i rapporten)
- Review af en række politiske udspil, FOA, 2019

5 BILAG 1. OVERSIGT OVER DE KOMMUNALE STRATEGIER

Følgende tabeller er en oversigt over udvalgte kommunale aktørers strategiske fokuspunkter i deres strategier for Socialpsykiatrien.

Den første tabel rummer fokus og overordnet indhold i borgerens recovery.

	Hverdagsliv med egenomsorg	Sundhed og behandling	Sociale fællesskaber	Deltagelse i samfundsliv
KL				
København	Flere i selvstændige boformer	Aktiv tilgang - reagere ved bekymring	"Alle skal have en ven" Understøtte fællesskab og rollemodeller	"Noget at stå op til" - job eller beskæftigelse (Socialstrategi)
Aalborg	Dagtilbud med fokus på livsmestring	Dagtilbud med fokus på sundhed og aktivitet	Peer og to Peer, pårørende og netværk	Samarbejde med frivillige og fokus på beskæftigelse
Odense	Mål om at klare dagligdagen på egne præmisser og have kontrol over den	Særskilt strategi om sundhedsfremme	Mål om at være betydningsfuld deltager i fællesskaber	<i>Er generelt formuleret som "klare sig selvstændigt"</i>
Esbjerg	Alle mennesker har en bolig. Støtte tildeles så den enkelte kan mestre hverdagslivet	Socialt udsatte mennesker har mulighed for at leve et sundt liv	Socialt udsatte mennesker har mulighed for at indgå i sociale relationer	Socialt udsatte mennesker kommer tættere på arbejdsmarkedet - og byen er inkluderende
Herning	Generelt mål om det gode hverdagsliv. Ikke specifikt	Arbejde med sund livsstil	Inddragelse af netværk	Mål om det gode liv som selvforsørgende
Horsens		Mestring og sundhedsfremme som et pejlemærke	Fællesskab som et pejlemærke (inklusion og netværk)	Det langsigtede effektivmål: Job eller uddannelse

	Hverdagsliv med egenomsorg	Sundhed og behandling	Sociale fællesskaber	Deltagelse i samfundsliv
Assens	Fokus på egen bolig og et fritidsliv		Fokus på at udvikle sociale færdigheder	
Hillerød		Alle skal have mulighed for at leve et sundt og godt liv	Alle skal have mulighed for at deltage i positive fællesskaber	Alle der kan, skal være i meningsfuld beskæftigelse eller uddannelse
Fredericia		Fysisk og mental sundhed - og arbejde forebyggende	Flere skal ind i fællesskaber - også gennem sport. Skabe venskaber	Fra udsatte til ansatte
Hvidovre	Understøtte borgerens egne ressourcer, fx bo i egen bolig eller klare praktiske gøremål	Sundhed, forebyggelse og ansvar som indsatsområde Mere lighed i sundhed	Mindske ensomheden ved at udvikle særlige klub- og gruppe-tilbud- Systematisk inddrage netværk	Selvforsørgelse og inklusion: Understøtte borgernes mulighed for at få uddannelse eller arbejde - frivilligt eller i beskyttet ansættelse.

Den anden tabel rummer forskellige elementer i den rehabiliterende indsats:

	Målene er borgerens	Dokumentation er vigtig	Vel-færds-tekno-logi bruges	Brug af specifikke metoder	Praksis er videns-baseret	Borgeren er lige-værdig	Behov for tværfag-lig ind-sats
KL	X	X	X	X	X	X	X
København	X			X	X	X	X
Aalborg	X		X	X	X	X	X
Odense	X	X	X	X	X	X	X
Esbjerg	X			X		X	X
Herning	X	X		X	X	X	X
Horsens		X	X				X
Assens	X	X				X	
Hillerød	X			X		X	X
Fredericia*						X	X
Hvidovre	X			X		X	X

*Fredericias strategi lader til at være meget målrettet borgerne - og ikke så meget medarbejderne