

KOORDINERING OG REHABILITERING

Hvis målet er en helhedsorienteret og sammenhængende rehabiliteringsindsats, er svaret da koordinering?

En artikel om koordinationsbegrebet, koordinatorrollen og koordinering i socialt arbejde.

Af Charlotte Glintborg og Ole Svejstrup

Introduktion

Siden 2007 er der i stigende grad oprettet koordinatorstillinger og koordinationsmodeller landet over, både i primær- og sekundærsektoren, med forskellige funktionsbeskrivelser og indhold, i ambitionen om at skabe en sammenhængende og helhedsorienteret rehabiliteringsindsats for borgere med en funktionshæmning. I Danmark er berettigelsen af koordination i social- og sundhedsvæsenet ikke videnskabeligt dokumenteret, da der ikke foreligger forskning heri (Glintborg og Hansen, 2014).

Indholdet i koordinationen har været upræcist beskrevet, og meget forskelligt tilrettelagt, hvorfor man ikke generelt kan dokumentere, hvorvidt koordinatorfunktioner er en sikker vej til forbedring af komplekse rehabiliteringsforløb. Man kan derfor sige, at ansættelse af koordinatore indtil videre har baseret sig på ikke testede hypoteser om, at koordination ville medføre positiv effekt på komplekse rehabiliteringsforløb og outcome heraf. Formålet med denne artikel er at belyse koordinationsbegrebet, koordinatorrollen og koordinering generelt, når målet er en helhedsorienteret og sammenhængende rehabiliteringsindsats. Koordination belyses historisk og i et fremtidsperspektiv, og der gives bud på udfordringer

samt en ny definition og præcisering af koordinationsopgaven i socialt arbejde anno 2014.

Forhistorie

I 1960'erne tog velfærdssystemet for alvor fart, og dermed steg kompleksiteten i de offentlige ydelser og deraf også behovet for at skabe sammenhæng i indsatsen for den enkelte borger – eller rettere, der opstod en tro på, at såfremt ydelserne blev koordineret og sat i sammenhæng, ville effekten af indsatserne blive meget bedre.

Bestræbelserne på at skabe sammenhæng i den offentlige forvaltning medførte flere ting – som det første kom kommunalreformen i 1970, dernæst nedkom Socialreformkommissionen (1973) med deres anden betænkning ”Det sociale trykkesystem Service og bistand”. Denne betænkning lå til grund for det lovforslag, som socialminister Eva Gredal siden kom med i 1974 og som i april 1976 blev til Lov om Social Bistand – i folkemunde Bistandsloven. Sloganet i Bistandsloven var ”En indgang til kommunen”, hvilket man ønskede at opnå ved at samle en række specialiserede love i én, Bistandsloven, og som skulle forvaltes i en enhedsforvaltning i kommunen. Komplexiteten i hjælpesystemet var alle-



rede åbenlys i starten af 1970'erne og kompleksiteten er, som de fleste vil erkende, kun øget siden da.

Kommuner og amter, siden regioner, har haft godt og vel 40 år til at øve sig i at skabe sammenhæng i de sociale indsatser og dermed også 40 år til at skabe dokumentation for, at sammenhæng og koordination er godt og fremmende for den enkelte borgers vej mod at få det bedre, komme i arbejde og altså sikre større effektivitet i den kommunale forvaltning. Men hvorfor er implementeringen og evidensen så fortsat så svag på området? Debatten omkring sammenhæng i indsatsen og behovet for koordinationsløsninger er fortsat højaktuel i den offentlige debat. Der tales med andre ord fortsat om noget af det samme som Eva Gredal gjorde i 70'erne og på et lige så løst forskningsmæssigt grundlag – hvorfor?

Når koordinering af komplekse sagsgange og forløb synes åbenlys, hvorfor etableres disse så ikke permanent? Og hvorfor er evidensen endnu ikke udforsket? Forfatterens bud på et svar er, at der må findes en modstand et sted i systemet, som er dybt indlejret og ureflekteret og som på en måde må udfordre eller true det etablerede hjælpesystem så meget, at det har kunnet forhindre forandringer på dette punkt gennem så

mange år – artiklens bud på denne modstand er bl.a. ”magt”. Endvidere udgør et inkonsistent begrebsapparat en væsentlig barriere for at effektmåle på koordinationsindsatsen.

Kan det betale sig at koordinere?

Evidensen af koordination

I Danmark benyttes begreber som koordinator, forløbskoordinering, forløbskoordinator, koordinerende sagsbehandler og tovholder i tiltagende grad på både social- og sundhedsområdet, dog ofte inkonsistent. Begreberne forløbskoordinering og forløbskoordinator er primært hentet fra sundhedsområdet/behandlingsområdet, blandt andet i forbindelse med kræftpakkerne, der blev lanceret af Sundhedsstyrelsen i 2008 (Danske Regioner, 2007) og i forbindelse med forløbsprogrammerne for kronisk sygdom, der ligeledes udkom i 2008 (Sundhedsstyrelsen, 2008).

Forløbskoordinering skal forstås synonymt med det engelske begreb *Care Coordinator* og dækker ifølge Sundhedsstyrelsen over at skabe optimalt sammenhængende behandlingsforløb for kronisk syge og kræftpatienter – her hentet indenfor kroniker og kræft området. En forløbskoordinator skal forstås synonymt med *Case Manager*. En

forløbskoordinator tilknyttedes, i en afgrænset tidsperiode, udvalgte patienter, som har særlige behov for en koordineret indsats og støtte. Opgaven defineres f.eks. således:

- At overvåge og koordinere den patient-specifikke sundhedsfaglige indsats på et givet område (f.eks. relateret til kræftbehandling) samt at udbrede information om indsatsen til relevante sundhedsprofessionelle.
- At sikre at man i patientforløbet tager hensyn til psyko-sociale behov, konkurrerende lidelser m.v. (dvs. patientcenteret tilrettelæggelse).
- At informere, guide og støtte patienten og dennes pårørende (Wulff et al., 2010, p 801).

Effekten af forløbskoordinatorens arbejde skal kunne måles med hensyn til klinisk kvalitet (funktionsevne og sygelighed), procesmål (antal indlæggelser, varighed af rehabiliteringsforløb, klagesager, mv.) samt borgerrapporterede effekter (livskvalitet, fejl i forløbet, mv.) (Wulff et al., 2010).

Både forløbskoordinator og forløbskoordination henviser til at arbejde med at skabe optimalt sammenhængende behandlings- og rehabiliteringsforløb (Sundhedsstyrelsen, 2008).

I Danmark kender man dog ikke berettigelsen af koordination i social- og sundhedsvæsenet, da der som indledningsvist nævnt ikke foreligger forskning heri. Dog er der siden 2007 i stigende grad oprettet koordinatorstillinger og forskellige koordinationsmodeller landet over, både i primær og sekundærsektoren, med forskellige funktionsbeskrivelser og indhold. Indholdet har været upræcist beskrevet, og meget forskelligt tilrettelagt, hvorfor man ikke generelt kan dokumentere, hvorvidt koordinatorfunktioner er en sikker metode til forbedring af komplekse rehabiliteringsforløb. Man kan derfor sige, at ansættelse af koordinatore indtil videre har baseret sig på ikke testede hypoteser om, at dette ville medføre positiv effekt på rehabiliteringsforløbet og outcome heraf. Bivirkningerne ved koordination er ej heller blotlagt endnu.

I forbindelse med et igangværende forskningsprojekt af artiklens førsteforfatter, der

ser på de bio-psyko-sociale effekter af koordineret rehabilitering på hjerneskadeområdet, er der lavet et systematisk litteraturreview over effekten af koordineret rehabilitering på hjerneskadeområdet (Glintborg og Hansen, 2014). Reviewet viser, at der både i dansk og international sammenhæng er hypoteser om, at koordination har en effekt i rehabilitering, men at kun få effektstudier har valideret denne hypotese. I reviewet findes kun ni effektstudier. Konklusionen af reviewet er, at forskningslitteraturen endnu ikke har en volumen på de eksperimentelle studier, der er stor nok til at kunne give en robust konklusion om effektiviteten af koordination i rehabilitering. Behovet for randomiserede studier fremhæves i flere af artiklerne. Viden om effekt af koordination er størst i forhold til arbejdsrettet koordineret rehabilitering ("vocational case coordination"), hvor der synes at kunne spores en effekt, dog mangler flere studier for endelig at kunne bekræfte dette. Endvidere mangler der viden om effekten af koordinerede rehabiliteringsprogrammer på bio-psyko-sociale outcome – særligt de psykologiske og sociale outcome. Slutteligt mangler der validerede redskaber til at effektmåle på koordinerede rehabiliteringsindsatser – særligt identificeres et behov for nye måleredskaber, der kan måle langtidseffekter og community reintegration (deltagelse). På senhjerneskadeområdet har Sundhedsstyrelsen i 2011 understøttet deres anbefaling, om øget koordination i hjerneskaderehabilitering, med puljemidler (150 mio kr) til implementering af koordinationsløsninger i landets kommuner, hvilket har medført, at man nu i ca. 65 kommuner implementerer forløbsprogrammernes anbefalinger – heriblandt implementering af koordinationsløsninger i en projektperiode løbende fra 2011-2014. Fire af disse kommuner indgår i føromtalt forskning af førsteforfatter. I denne forskning ses på effekter af koordination på såvel organisatorisk niveau såvel som på borger og pårørendeniveau.

Udfordringerne ved koordination

Som indledningsvist beskrevet, har der med 40 års øvelse vist sig at være store udfordringer forbundet med implementeringen af koordinationsløsninger i det sociale arbejde.

I det følgende giver artiklen et bud på tre centrale udfordringer forbundet med implementeringen.

Koordinatorfunktionen

– en ledelsesposition på borgerniveau

En koordinator kan være en medarbejder eller et koordinationssteam, der tager ledelse og ansvar i den enkelte borgers sag. Ledelsen er ikke afgrænset til enkelte definerede underorganisationer i en enkelt forvaltning, men går på tværs af mange organisationer, forvaltninger og endda også på tværs af sektorer. Derved kan en person eller et team, der typisk er kommunalt ansatte, da rehabiliteringsansvaret med kommunalreformen i 2007, primært blev en kommunal opgave, varetage en rolle som koordinator på den enkelte borgers vegne ind i en regional funktion. En koordinatorfunktion bryder dermed ind i et fastlagt hierarkisk ledelsessystem og vil på denne måde kunne komme til at udfordre ledelsespositioner og ledelsessystemer.

Opgaveopdelingen i regioner og kommuner er manifesteret så massivt, at der skal to parallelle politiske systemer til for at klare styringen af opgaveområderne. Hvorfor er det så vi tænker, at en basisedarbejder med en hævdet koordinationskompetence skulle kunne bryde disse barrierer af ledelsesstrukturer (magt) og politik? Det viser sig da også svært – 40 års bestræbelse har som beskrevet ikke båret frugt.

Disse besværligheder med at realisere koordinationsstanken har kun indbefattet koordinationsfunktionen af offentlige ydelser. I en fremtidig koordinationsfunktion af komplekse rehabiliteringsforløb rækker koordinationsfunktionen udover de offentlige virksomheder og indbefatter også organisationer og frivillige fra civilsamfundet samt private arbejdspladser. At kunne koordinere udenfor det offentlige kræver en del nytænkning og tæft for at kunne begå sig uden for det offentliges egne logikker og forståelsesrammer.

Kompetencer

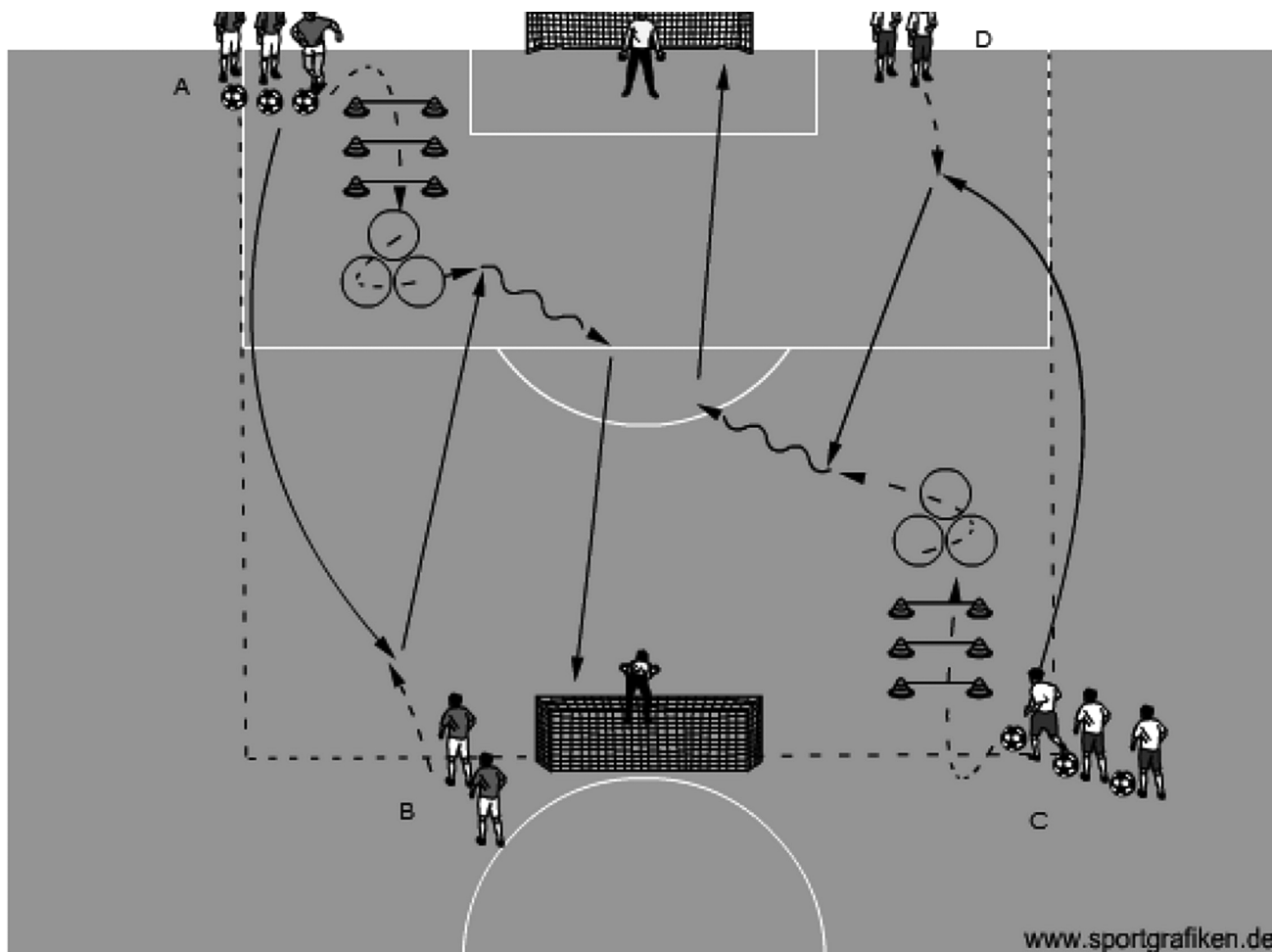
Det er forfatterens opfattelse, at koordinatorrollen kræver særlige kompetencer. At skulle koordinere et komplekst rehabiliteringsforløb og gå på tværs af fagdiscipliner kræver:

1. **Faglige kompetencer**, som kan referere til det faglige speciale, hvor borgeren har sin funktionshæmning (psykisk lidelse, senhjerneskade, etc.), men som en del af de faglige kompetencer er også at kunne håndtere den helhedsorienterede handicapforståelse, der er udtrykt i ICF og som i DK ofte danner rammen for det koordinerede rehabiliteringsforløb.
2. **Organisationsforståelse**, hvordan de forskellige hjælpesystemer er opbygget, hvordan der ageres i forskellige virksomhedskulturer og ikke mindst, hvordan omgivelserne i civilsamfundet inddrages i rehabiliteringsforløbet.
3. **At kunne tage ledelse** ved faktisk at rammesætte rehabiliteringsforløbet, indkalde til møder med en sådan autoritet, at aktørerne faktisk møder op og kan tage beslutninger på tværs af andre forvaltningsområder end der, hvor koordinatoren selv er ansat. Det kræver pondus og ledelseserfaring, samt legitimitet (udfoldes senere i artiklen).

En mulighed kunne derfor være, at der i kommuner og regioner og i uddannelsessektoren oprettes særskilte kompetenceforløb for koordinationsfunktionen på et højt niveau f.eks. diplom, master eller som en specialordning som overbygning på kandidatniveau. På hjerneskadeområdet findes der igangværende eksempler på dette. Fx er kommunerne i Region Midt gået sammen omkring etablering af en uddannelse på diplomniveau for koordinatører på hjerneskadeområdet – andre kommuner har gang i lignende tiltag på hjerneskadeområdet, som følge af de udbudte puljemidler. Men uddannelse gør det ikke alene, vi kan uddanne nok så meget, men først når der åbnes op for en organisatorisk placering for koordinatoren i ledelsessystemet, vil der begynde at tegne sig muligheder for realiseringen af koordinerede forløb.

Magt

Det er tidligere i artiklen antydnet, at den manglende realisering og implementering af koordinationsfunktionerne skyldes magt, magt der skal gives til nogen og fratages



andre, hvordan kan dette fungere i praksis? Er det overhovedet en mulighed i den nuværende organisering i kommuner og regioner? Da realiseringen af en koordineret indsats ikke hidtil er lykkedes, kunne det være et argument for, at det ikke blot lader sig gøre uden særlige tiltag.

Koordinatorrollen kræver en udstrakt delegeret magt på tværs af adskillige forvaltninger og sektorer. Dette kan være svært realiserbart i en kommunalforvaltning – når koordinatorfunktionen skal tildeles magt, skal der samtidig afgives magt fra andre.

Som nævnt har hovedansvaret for rehabilitering været placeret i kommunen siden kommunalreformen i 2007, hvorfor også koordinatorfunktionen primært er defineret som en kommunal opgave – den kunne ligeså vel ligge regionalt, men da ville samme skisma

gøre sig gældende i forhold til henholdsvis at give og afgive magt.

Det kan være problematisk, hvis en kommunal medarbejder med ledelseskompetence, skal agere ind i et regionalt område, idet regionale medarbejdere skal afgive magt til kommunale medarbejdere. En problematik, der har vist sig vanskelig og uoverskuelig, hvorfor det ses relevant, at koordinationsforpligtigheden legitimeres lovgivningsmæssigt – dvs. at det ikke kun er venligt mente tilkendegivelser eller intentioner og anbefalinger i diverse vejledninger.

Regeringen må lovgivningsmæssigt konstruere en position for en koordinator, der skal have en retsmæssig virkning fra et borgerperspektiv. En borger har ret til en koordinator med de ovennævnte beføjelser og kompetencer. Der kan endvidere også over-

vejes at ændre på den økonomiske tænkning i forhold til budgetlægning. I stedet for at dedikere de økonomiske midler til offentlige institutioner kunne en mulighed være, at økonomien fulgte borgeren og dermed gav koordinatoren økonomiske beføjelser.

Rammen for koordination – sikring af det sammenhængende og helhedsorienterede perspektiv

Som beskrevet under afsnittet omkring evidensen af koordination, benyttes begreberne koordinator, forløbskoordinering, forløbskoordinator, koordinerende sagsbehandler og tovholder ofte inkonsistent på både social- og sundhedsområdet. Indholdet er upræcist beskrevet og meget forskelligt tilrettelagt, hvorfor man ikke generelt kan dokumentere, hvorvidt koordinatorfunktioner er en sikker metode til forbedring af komplekse rehabiliteringsforløb i det danske social- og sundhedsvæsen og derved fremmede for et sammenhængende og helhedsorienteret perspektiv.

Relationel koordination

Begrebet relationel koordinering har det seneste årti vundet indpas indenfor ledelse og organisering af kerneydelser i både den private og offentlige sektor. Teorien og metoden er udviklet af den amerikanske professor Jody Hoffer Gittell, der med afsæt i studier af flere tusinde tværgående arbejdsprocesser i det amerikanske sundhedsvæsen har påvist en klar positiv korrelation mellem graden af relationel koordinering og kvalitet, effektivitet og de ansattes arbejdsglæde (Gittell 2009). Relationel koordination defineres på dansk som: "...en koordinering af arbejde ved hjælp af fælles mål, fælles viden og gensidig respekt." (Gittell 2009, s. 28)

Koordinering anses ikke blot som en teknisk proces, men i lige så høj grad som en relationel proces. Hvor koordinering kan defineres som styringen af de indbyrdes afhængigheder mellem opgaver, defineres relationel koordinering som styringen af indbyrdes afhængigheder mellem de mennesker, der udfører disse opgaver (ibid.). Med mennesker tænker man ikke i de konkrete individer, men på de roller, de besidder – altså rollebaserede relationer.

Gittell dokumenterer syv egenskaber ved frontlinjemedarbejdernes koordination og

kommunikation, som afgørende for outcome: *fælles mål, fælles viden, gensidig respekt, problemløsende kommunikation, hyppig kommunikation, rettidig kommunikation og korrekt information.* (Gittell, 2009)

I Danmark afprøver man pt. relationel koordination i sygehusregi, da Videnscenter for velfærdsledelse, i et samarbejde mellem Danske Regioner, Moderniseringsstyrelsen og KL, i 2011 har valgt at medfinansiere et projekt, som skal undersøge, afprøve, teste og videreformidle metoder til at øge evnen til relationel koordinering i en dansk kontekst. Resultaterne fra evalueringsprojektet er endnu ikke publicerede, men forstås af seniorforsker Kasper Edwards, DTU.

Relationel koordinering er således et bud på, hvordan velfærdsinstitutioner kan løse den udfordring det er at samarbejde på tværs af faggrupper, afdelinger og sektorer til størst mulig gavn for borgeren, og derved sikre *sammenhæng* i indsatsen, men hvorledes sikres det helhedsorienterede perspektiv?

Den bio-psyko-sociale model og transitionsmodeller

Mens den relationelle koordinering kan være et bud på sikring af sammenhæng i indsatsen, advokerer forfatterne for den bio-psyko-sociale model og transitionsmodellen som mulige modeller til sikring af et helhedsorienteret perspektiv i det sociale arbejde.

I Danmark såvel som internationalt har ideen om den bio-psyko-sociale model vundet frem som en mediator for den medicinske og sociale model. I Danmark udgør den bio-psyko-sociale model, operationaliseret ved ICF, samt Hvidbogens (2004) definition af rehabilitering, det anbefalede fundament for fagpersoners fælles referenceramme for rehabilitering. I både WHO (2001) og Hvidbogens (2004) definition ligger implicit den bio-psyko-sociale model, idet begge inkluderer ikke blot det fysiske, men også det psykologiske og det sociale aspekt i rehabiliteringen – sagt med ICF's termer; krop, aktivitet og deltagelse.

At få en funktionshæmning er ofte forbundet med mange forandringer og overgange – ikke kun organisatoriske overgange undervejs i rehabiliteringsforløbet. I litteraturen defineres en overgang (*transition*) som; "A passage of one life phase, condition or status

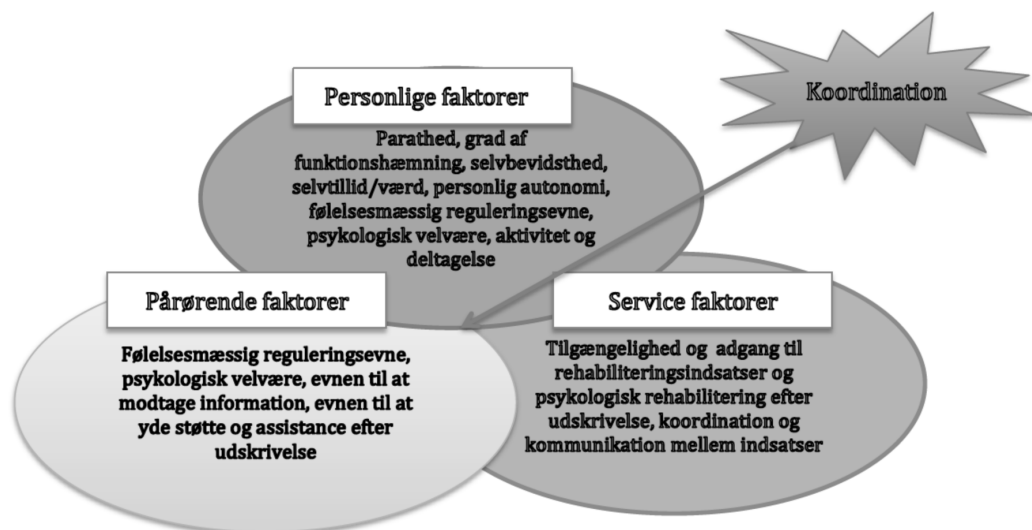
to another” (Schlossberg, 1984, s. 23). Ifølge Schlossberg findes der to universelle egenskaber ved overgange/transitioner: (a) transitioner sker over tid og (b) transitioner omfatter en ændring i natur (identitet, rolle, relationer, adfærdsmønstre, evner).

For borgere med en funktionshæmning, er der flere centrale transitioner undervejs i et rehabiliteringsforløb. Hver transition medfører udfordringer for borgeren selv, pårørende og professionelle. Der er ikke forsket ret meget i transitionsstudier, og fund i litteraturen omkring dette er sparsom. Den litteratur der er fundet, er fra senhjernesgadeområdet, hvor det netop udelukkende er omkring overgangen fra hospital til hjem, der er belyst. Turner et al. (2008) identificerer flere transitioner end disse på baggrund af kvalitative studier af borger og pårørende:

1. Fra hospital til rehabiliteringstilbud/botilbud
2. Fra rehabiliteringstilbud til eget hjem. Genoptage produktivitet (arbejde, uddannelse, ægtefælle/forældre rolle)
3. Fra skole/uddannelse til arbejde (for yngre)

Vi ved, at inklusion og deltagelsesaspektet er et område, der har stort fokus, og som kræver en særlig indsats – ”at genoptage arbejde”, samt øvrige transitioner er ofte forbundet med følelsesmæssige, kognitive og adfærdsmæssige udfordringer, som skal adresseres, og der kan være behov for social og psykologisk støtte her til. Ud over at adressere barrierer for deltagelse hos den ramte selv, er det også vigtigt at adressere disse i det omkringliggende samfund, hvor borgeren med en funktionshæmning igen skal være bidragsyder. Selvom transitionerne er identificeret ud fra hjernesgadeområdet, synes de også relevante for andre målgrupper med en funktionshæmning.

I Glintborg og Hansen (2014) advokeres for brug af Turner et al.’s (2008) transitionsmodel i koordinationsarbejdet. Denne er udviklet på baggrund af en literaturgennemgang (et omfattende systematisk review med 50 kilder) af transitionsfase-studier.



Model frit oversat efter Turner et al. (2008, p. 1171)

Turner et al.'s (2008) figur identificerer tre nøglefaktorer i overgangs/transitionsprocessen som væsentlige for udbyttet:

1. **Personlige faktorer:** Bio-psyko-sociale faktorer som fx; self-efficacy, evne til at "cope" med egen angst og depressionstilstande, selvværd og autonomi, evnen til at kunne deltage i meningsfulde aktiviteter efter udskrivelse, indsigt og accept, funktionsevne-nedsættelse, mv.
2. **Pårørende faktorer:** Evne til at "cope" med egen angst og depressionstilstande, samt den ramtes krisereaktion, evne til at skabe et positivt hjemmemiljø efter udskrivelse, viden og indsigt (om skjulte følger), evne til at yde støtte, modtage information om at skabe rutiner i hjemmet efter udskrivelse, mv.
3. **Service faktorer:** Adgang til rehabiliteringstilbud, at have modtaget samtaler/terapi, information til borger og pårørende før og efter udskrivelse, koordination mellem indsatser/tilbud, gøre borgere klar til "den virkelige verden" under indlæggelse, tilbyde meningsfulde aktiviteter til borgere, mv.

De tre faktorer interagerer dynamisk med hinanden og kræver ligevægtig opmærksomhed i overgangs/transitionsfasen(r) samt en koordination, der tilgodeser alle tre faktorer. Den dynamiske interaktion mellem borger og miljømæssige faktorerers betydning for rehabiliterings outcome er ligeledes det, som understreges i ICF (den bio-psyko-sociale model).

I Glintborg og Hansen (2014) suppleres koordinationsbegrebet med denne transitionsmodel samt en ny definition til sikring af det helhedsorienterede perspektiv.

Der er et behov for yderligere fokus på, og forskning i, transitionsfaser, såvel organisatoriske som på borgerniveau indenfor rehabiliteringskontinuet. Flere studier, der udforsker borgere på forskellige tidspunkter under transitionsfasen vil muliggøre mere dybdegående forståelser af processen og facilitere identifikation af prædiktorer for dårlige versus gode rehabiliterings outcome. Ved at inkludere et hensyn til borgernes bio-psyko-sociale udviklingsbehov i definitionen af koordination kan man skabe dette dobbeltblik på koordination: på organisatorisk niveau af de faglige indsatser, for at skabe sammenhæng i forløbet, og med hensyn til borgeren i dennes transitioner for at sikre en helhedsorienteret tilgang. Derfor er følgende definition af koordination anbefalet og udviklet af Glintborg og Hansen (2014):

Koordination i rehabiliteringsforløb er kompetent samordning af de faglige indsatser, både indholdsmæssigt og tidsmæssigt, i forhold til det overordnede rehabiliteringsmål, og både internt i kommunen, på tværs af forvaltninger, og på tværs af sektorer (i overgange mellem region og kommune samt overgange internt i kommunen) med henblik på sikring af borgerens bio-psyko-sociale udviklingsbehov. Koordination kræver en tilstrækkelig organisatorisk ledelsesposition.

Formålet med koordineringen er, at rehabiliteringsforløbet både ud fra borgerens, pårørendes, fagfolks og samfundets synsvinkler har høj kvalitet med hensyn til proces, indhold, ressourceforbrug og det endelige resultat.

Chalotte Glintborg er Ph.d.-studerende Aalborg Universitet og Ole Svejstrup er udviklingskonsulent og projektleder, Aarhus Kommune.

Referencer:

- Betænkning nr. 2, 664. I: *Nationaløkonomisk Tidsskrift*, Bind 111, 1. København: Statens Trykningskontor. 380 pp.
- Danske Regioner (2007). *Kræftbehandling uden ventetid*. København.
- Gittel, J.H. (2009). *High performance healthcare: Using the power of relationships to achieve quality, efficiency and resilience*. McGraw-Hill, New York.
- Glintborg, C. & Hansen, T.G.B. (2014). *Effekter af koordineret rehabilitering. Et systematisk litteraturreview*. Socialstyrelsen.
- Marselisborg Centret (2004) *Hvidbog om rehabilitering i Danmark*
- Schlossberg, N.K. (1984). *Counseling adults in transition: Linking Practice with Theory*. New York, New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Socialreformkommissionen. (1973). *Det sociale trykkesystem: Service og bistand*.
- Sundhedsstyrelsen (2008). *Forløbsprogrammer for kronisk syge – Generisk model og forløbsprogram for diabetes*. København
- Turner, B.J., Fleming, J.M., Ownsworth, T.M. and Cornwell, P.L. (2008). The transition from hospital to home for individuals with acquired brain injury: A literature review and research recommendations. In: *Disability and Rehabilitation*, 30 (16): 1153-1176.
- WHO (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*.
- Wulff, C., Søndergaard, J, Olesen, F., & Vedsted, P. (2010). Forløbskoordinering for kronisk syge og kræftpatienter. *Ugeskrift for læger*, 172(10), 801-804.