

Introduktion til den rehabiliterende tilgang for Social og Sundhed i Aabenraa Kommune



Indhold

Indledning.....	3
Introduktion til samarbejde med borgeren.....	4
Kerneopgaven.....	4
Rehabilitering	5
Borgerens funktionsniveau.....	8
Borgerens reaktioner på forandringer af livssituationen	9
Borgerens mestringsevne.....	10
Dit møde med borgeren	11
Rehabiliteringsplanen.....	13
Forløb, forløbskoordinator og tovholder	13
Målhierarkiet	14
Afrunding	16
Cases.....	17
Litteraturliste.....	19

Indledning

Dette hæfte giver en introduktion til arbejdet med den rehabiliterende tilgang for alle medarbejdere i Social- og Sundhedsforvaltningen i Aabenraa Kommune.

Rehabilitering skal ske i sammenhæng med løsning af kerneopgaven og skal være med til at synliggøre, og ikke mindst bevidstgøre os alle om, at vi hver især leverer vores bidrag til, at opgaven kan lykkes sammen med borgeren. Det gør vi, uanset om vi har direkte borgerkontakt eller løser de mange forskellige opgaver, som muliggør andres arbejde sammen med borgeren.

På grund af vores forskellige funktioner i forvaltningen vil vi få lige så forskelligt udbytte af kursusdagene, men netop fordi vi alle sammen skal bidrage til løsningen af kerneopgaven, er det vigtigt, at vi har et fælles afsæt. Med andre ord: ved at kende den rehabiliterende tilgang, kan vi gøre os overvejelser om, hvordan den hjælper os hver især med at løse kerneopgaven i netop vores funktion.

Rigtig god fornøjelse med hæftet og kursusdagene.

Introduktion til samarbejde med borgeren

I Social og Sundhed arbejder vi ud fra en fælles forståelse af borgeren. I den fælles forståelse antager vi, at alle borgere gerne vil udfolde deres potentiale og leve et sundt, godt og produktivt liv med høj livskvalitet.

Vi tror, at et sundt, godt og produktivt liv betyder, at man kan være noget for og sammen med andre og at man tager ansvar for sit eget liv. Det betyder også, at man ønsker at være uafhængig af andre, indtil andet er absolut nødvendigt. I den forbindelse tror vi desuden, at alle, som har brug for hjælp fra andre, gerne vil have hjælpen på en værdig måde.

Derfor ser vi det som vores fornemste opgave at udvikle, styrke og bevare borgerens egne ressourcer og dermed støtte borgeren i at klare sig længst muligt uden hjælp. Vi løser med andre ord opgaven sammen med borgeren og borgerens netværk.

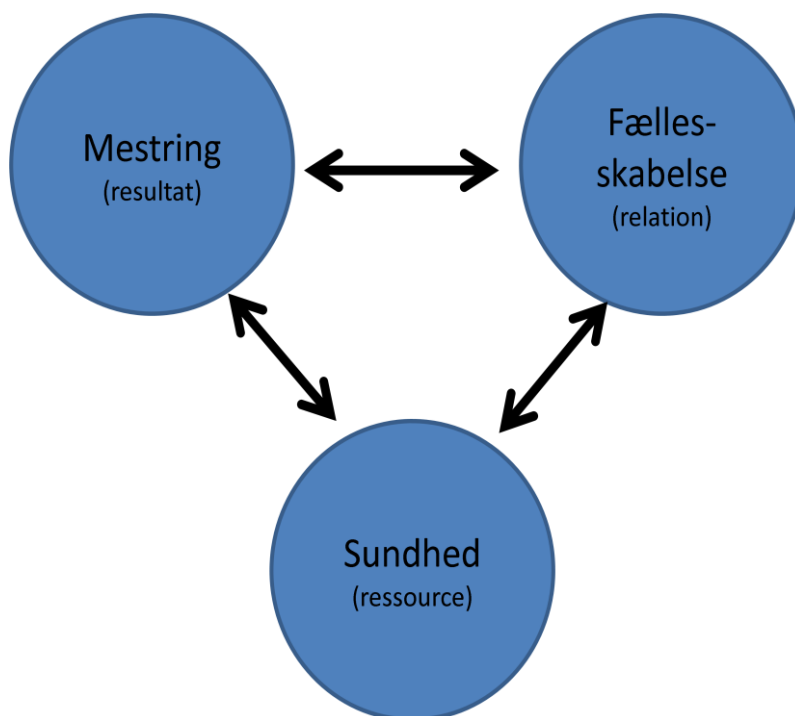
Som beskrevet i indledningen er det afgørende, at vi trækker i samme retning. Med "vi" menes derfor os alle sammen; uanset om vores funktion indebærer direkte borgerkontakt eller ej.

Kerneopgaven

Den grundlæggende forståelse af borgeren har vi samlet i én fælles kerneopgave. Kerneopgaven er det helt overordnede mål, som vi alle sammen arbejder efter - uanset hvilket fagområde vi er fra hver især.

Kerneopgaven går ud på at understøtte borgerens sundhed, evne til at mestre eget liv og ønske om at deltage i og bidrage til sociale fællesskaber. Den er vist i figuren til højre.

Kerneopgaven indebærer, at vi lytter til borgernes oplevelse og tager udgangspunkt i deres ønsker for hverdagen. Det handler alt sammen om at skabe værdi gennem effektfulde indsatser for og med borgerne.



Derfor tror vi på, at vi løfter kerneopgaven bedst ved at møde borgeren med spørgsmålene:

- Hvad vil du gerne kunne?
- Hvad kan du selv gøre for at nå dit mål?
- Hvordan kan vi støtte dig i at nå dit mål?

Det er naturligvis ikke gjort alene ved hjælp af spørgsmålene. Vi har også brug for nogle fælles redskaber. I dette hæfte bliver du derfor præsenteret for rehabiliteringsmetoden og de væsentligste temaer bliver uddybet i de enkelte afsnit i hæftet. De forskellige modeller og redskaber i hæftet bliver senere uddybet på uddannelsen.

Rehabilitering

Rehabilitering er en metode, der anvendes i flere af landets kommuner, for at kommunens borgere kan blive mere selvhjulpne, opnå større tilfredshed, selvstændighed og livskvalitet (Københavns Universitet 2013) (KORA 2013). Men hvad vil det sige at rehabilitere?

På næste side præsenteres Marselisborgscentrets og Rehabiliterings forum Danmarks definition af rehabilitering:

”Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en 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. Rehabiliteringen baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger består af en koordineret, sammenhængende og videns baseret indsats.” (Marselisborgcentret 2004;4)

I Social og Sundhed arbejder vi med en rehabiliterende tilgang. Den rehabiliterende tilgang forstår vi som værende bredere end definitionen ovenfor. Den omfatter også habilitering, som vi kender det fra det pædagogiske område.

”En habiliterende indsats retter sig mod personer med handicap, som enten gennem hele livet eller på grund af et erhvervet handicap, har varierende behov for støtte til at udvikle, bevare og bruge deres evner og potentialer bedst muligt. [...] Uden en habiliterende indsats, vil kompetencer og funktionsniveau blive forringet eller måske helt gå tabt.” (Danske Handicaporganisationer)

Vi arbejder altså både med at genetablere borgernes hverdag via rehabilitering og med at skabe eller bibeholde en fungerende hverdag via habilitering.

Når vi i Social og Sundhed arbejder med den rehabiliterende tilgang, stiller det derfor nogle krav til os selv som ansatte, og det betyder også, at vi har fokus på følgende elementer:

- I samarbejde med borgeren at tage udgangspunkt i hele livssituationen og rammerne for deltagelse
- At sætte mål sammen med borgeren
- At arbejde med en afgrænset tidsramme og evaluere om indsatsen skal fortsætte, ændres eller stoppes
- At arbejde tværfagligt og målrettet
- At understøtte fastholdelse af borgerens nyopnåede livssituation i samarbejde med både borgerens netværk og omgivelser
- At træffe beslutninger ud fra en koordineret og sammenhængende indsats
- At træffe beslutninger ud fra den nyeste viden på området



Refleksionsspørgsmål

- Hvordan forstår du forbindelsen mellem rehabilitering og habilitering?
- Hvilke to af de ovenstående elementer tror du vil være nemmest at implementere hos dig/jer?
- Hvilke to fokusområder tror du vil være mest udfordrende at implementere hos dig/jer?

Herunder er et skema, som viser tre forskellige typer fokus i arbejdet med borgeren.

	Kompenserende fokus	Aktiverende fokus	Rehabiliterende fokus
Fokus	Vurdere begrænsninger	Vurdere ressourcer og motivation. Hvad kan borgeren? Hvad kan borgeren lære?	Vurdere ressourcer og motivation. Hvad kan borgeren? Hvad kan borgeren lære?
Målsætning	Stationære mål Afhjælpe problemer i hverdagen	Dynamiske mål Fremme mestring af hverdagen	Dynamiske mål Fremme mestring af hverdagen og deltagelse i samfundslivet
Deltagelse	Opgaveløsning	Aktiv borgerindsats, inddragelse, arbejdsdeling, træning	Aktiv borgerindsats, inddragelse, arbejdsdeling, træning
Indsats	Standardydelse	Individuelt tilpasset – evt. i en afgrænset tidsperiode	Individuelt tilpasset i en afgrænset tidsperiode med evaluering og udslusning til vedligeholdende tilbud
Arbejdsform	Monofaglige parallelle forløb	Flerfagligt samarbejde	Koordineret tværfaglig indsats – hele døgnet
Effekt af indsats	Afhængighed	Størst mulig selvhjulpethed	Selvstændighed og deltagelse i samfundslivet

(Nielsen 2012)

Refleksionsspørgsmål

- Hvilket af de tre ovenstående fokus- områder har du primært lært noget om under din uddannelse?
- I hvilke situationer i din hverdag, hvor borgeren er afhængig af dig og dine kolleger, kan du forestille dig at arbejde rehabiliterende, så borgeren opnår selvstændighed?

Borgerens funktionsniveau

En borger kan have forskellige funktionsbegrænsninger. Det kan være kropslige funktionsbegrænsninger, aktivitetsbegrænsninger og/eller begrænsninger på deltagelse. Men

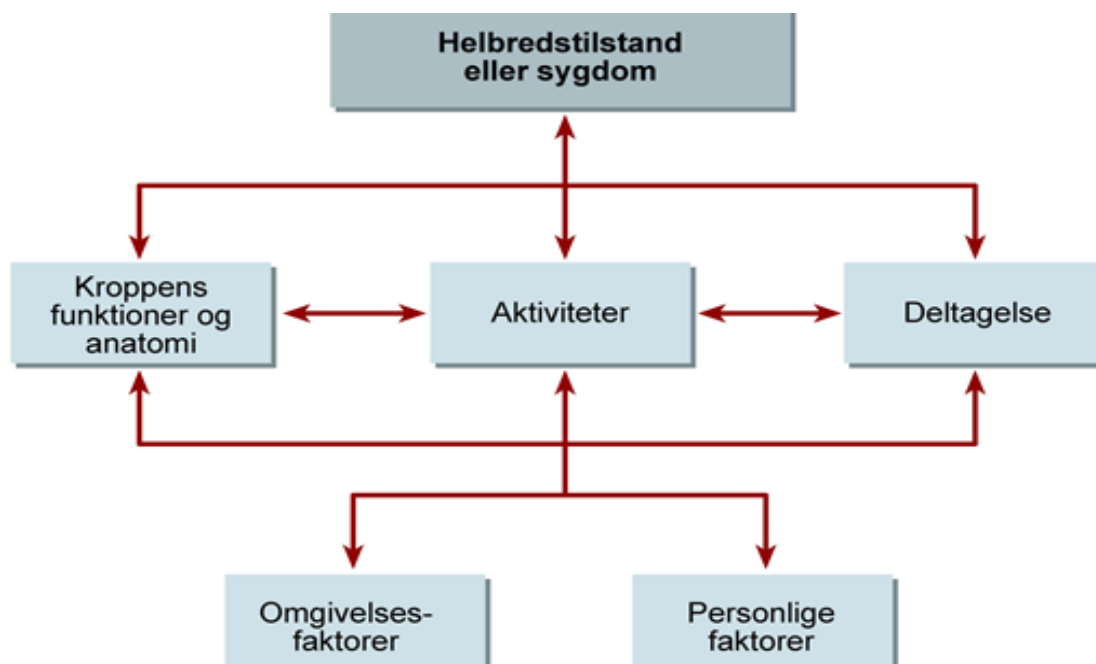
funktionsbegrænsningerne kan ikke alene beskrive borgerens situation. Helbredet spiller også ind og borgerne er i en eller anden grad aktive og deltager i livet omkring sig. Desuden har omgivelserne en indflydelse – både i form af familie/venner og i form af samfundet som helhed.



Til at forstå samspillet mellem de forskellige elementer, der tilsammen beskriver borgerens situation bruger vi ICF-rammen. Den er præsenteret nedenfor.





Figuren viser, at de enkelte elementer har indflydelse på hinanden. Fx kan kroppens funktioner & anatomi eller en hjælpsom ægtefælle (omgivelser) være afgørende for hvilke aktiviteter, borgeren kan udføre.

Når borgeren eller de pårørende er blevet spurgt ind til de enkelte elementer af ICF, kan funktionsvurderingen laves. De forskellige funktionsniveauer er beskrevet i KLS skema på næste side.



(Marselisborgcentret 2011;4)

KL's funktionsniveautabel, som bruges i Fælles Sprog II og Voksenudredningsmetoden

Funktionsniveau				
Nøgleord til beskrivelse af funktionsniveauet	Borgeren kan overkomme og overskue og tage initiativ til alle funktioner ⁶ inden for vurderingsområdet med/uden hjælpemiddel.	Borgeren klarer stort set at overkomme/overskue/tage initiativ til en eller flere funktioner inden for vurderingsområdet med/uden hjælpemiddel.	Borgeren har vanskeligt ved at overkomme/overskue og tage initiativ til de fleste funktioner inden for vurderingsområdet med/uden hjælpemiddel.	Borgeren er ude af stand til at overkomme/overskue/tage initiativ til funktioner inden for vurderingsområdet på trods af hjælpemidler.
Graden af borgers behov for og/eller afhængighed af hjælp fra andre for at kunne udføre funktionerne	Borgeren har ikke behov for hjælp på dette område.	Borgeren er den aktive part og kan med støtte eller hjælp varetage egne behov. Borgeren kan have et lille behov for støtte eller hjælp til at bevare og genvinde evnen.	Borgeren kan med støtte og hjælp deltage aktivt i varetagelsen af egne behov. Borgeren kan have et stort behov for støtte og hjælp til at bevare eller genvinde evnen.	Borgeren kan under forudsætning af fuldstændig hjælp og/eller guiding medvirke i varetagelsen af egne behov. Borgeren har behov for fuldstændig hjælp og/eller guiding.

Borgerens reaktioner på forandringer af livssituationen

Der kan ses fysiske, psykiske og sociale reaktioner hos borgeren og pårørende, der oplever forandringer af livssituationen - jvf. ICF modellen side 8.

Fysiske reaktioner kan f.eks. være hjertebanken, svedeture, motorisk uro, svimmelhed, smerter, appetitløshed, vægttab eller- øgning, mundtørhed, rysten, inaktivitet, forandret søvnrytme og træthed.



Psykiske reaktioner kan f.eks. være gråd, vrede, angst, apati, passivitet, aggressivitet, eufori, depressivitet, stress, hyperaktivitet, mani, træthed og anvendelse af forsvarsmekanismer.

Sociale reaktioner kan f.eks. være isolation, ensomhed, ophør af deltagelse i vanlige aktiviteter og socialt samvær.

Det er vigtigt, at du er opmærksom på og undersøger borgerens reaktioner på forandringer af livssituationen, da det kan påvirke borgerens evne til at mestre situationen/livet. Omvendt vil borgernes evne til at mestre situationen/livet påvirke deres reaktioner på de forandringer, som de enten selv vælger eller forandringer som de ufrivilligt påvirkes af.

Refleksionsspørgsmål

- Hvilke reaktioner oplever du hyppigst hos borgeren, når deres livssituation forandres?
- Er der forskel på reaktionerne hos mænd og kvinder?
- Oplever du andre reaktioner end dem, der er præsenteret ovenfor?

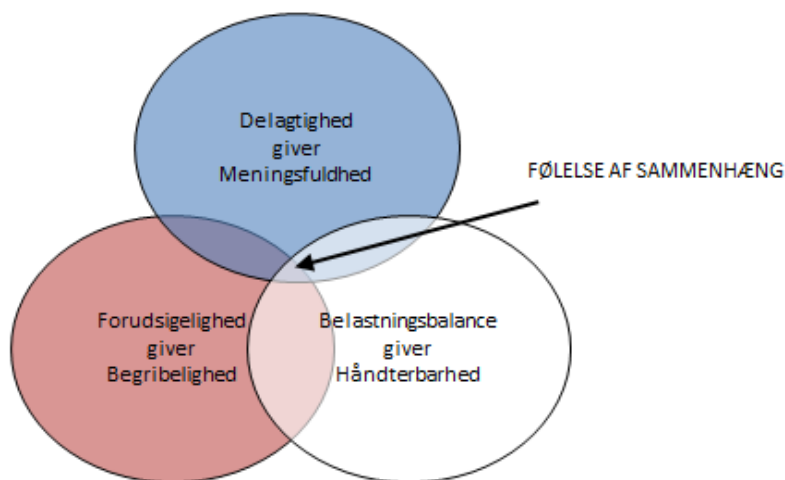
Borgerens mestringsevne

Den måde borgeren mestrer sin livssituation på er afhængig af, om borgeren oplever, at han/hun kan begribe, håndtere og se meningen med situationen. Som fagperson er det vigtigt, at man undersøger borgerens evne til at begribe og håndtere sin livssituation og om borgeren kan se meningen med det. Hvis borgeren ikke kan se meningen med situationen vil motivationen ofte mangle og dermed også energien til at gøre noget ved livssituationen. Når motivationen er skabt, er det også muligt at styrke borgerens begribelighed og håndterbarhed. Når du undersøger borgeres mestring af livssituationen vil det også medvirke til at borgeren oplever, at du er interesseret og tager udgangspunkt i netop hans/hendes livssituation.

Hvorvidt den enkelte borger opfatter noget som en belastning eller en udfordring hænger nøje sammen med de erfaringer og holdninger, som borgeren har opnået gennem det liv, vedkommende har levet.

Derfor kan der være store individuelle forskelle i borgeres mestringsevne.

Mestringsevnen forudsætter ofte, at borgeren har mentale ressourcer.



Mestring og følelse af sammenhæng kan illustreres med den ovenstående model.

Dit møde med borgeren

Når du arbejder med den rehabiliterende tilgang sætter du dig sammen med borgeren ind i, hvad der er vigtigt for borgeren og de pårørende i hverdagslivet. Du arbejder desuden ud fra en opdateret viden om dit eget faglige område og ud fra en viden om, hvad dine kolleger på din egen arbejdsplads og fra andre områder, kan bidrage med i rehabiliteringsforløbet hos borgeren.

Den løbende opdaterede faglige viden, inddragelse af borgere og pårørende samt det tværfagligt aftalte forløb, fremmer borgerens mulighed for at gennemskue og opleve et sammenhængende sundhedsvæsen (Schrøder 2012) (Regeringen 2013).

Nedenfor præsenteres to forskellige metoder, som du kan møde borgeren med. Situationen og problemet er afgørende for, hvilken tilgang, der er relevant at anvende. Begge redskaber vil blive gennemgået på kurset.

Den motiverende tilgang styrker din bevidsthed og refleksioner over din ændrede tilgang til borgeren. Udgangspunktet er, at alle borgere er motiverede, men de er ikke altid motiverede for det, som vi som professionelle mener, er væsentligt. Derfor kan du arbejde ud fra en undersøgende og støttende tilgang, der også ser borgerens ressourcer og erfaringer og anvender dem i hverdagsrehabiliteringen. (Rollnick 2009)

Forandringscirklen anvendes når du skal undersøge, hvor langt borgeren er i sin forandringsproces. Den giver nogle forklaringer på de tanker og følelser, som du og borgeren kan opleve i forandringsprocessen.

Du gør brug af de spørgsmål og metoder fra cirklen, som er anvendelige i forhold til borgeren, men forandringscirklen kan også bruges til både kommunens og din egen forandringsproces.



Skematisk oversigt over tre forskellige tilgange til arbejdet med borgerne:

	Den styrende tilgang	Den følgende tilgang	Den motiverende tilgang
Emne	Defineres af fagpersonen	Udefineret	Afklares i et samarbejde mellem borger og fagpersonen
Rollefordeling	Fagpersonen er den styrende og borgeren følger fagpersonen eller går i forsvar	Fagpersonen er følelsesmæssigt involveret og tilkendegiver ligheder med borgeren	Fagpersonen guider borgeren indenfor sit fagområde og borgeren guiden fagpersonen i sit eget liv
Borgernes følelser	Vægtes ikke	Borgerens følelser bliver sammenlignet med fagpersonens	Positive og negative følelser hos begge parter anses for at rumme vigtig informationsværdi
Problemløsning	Fagpersonen definerer løsningen	Lighedstræk er i fokus og borgerens problemer bliver ikke præciseret	I dialog defineres problemet og løsningen

(Rollnick 2009) (Zoffmann 2004)

Refleksionsspørgsmål:

- Hvem finder oftest løsningen, når borgeren har et problem?
- Hvad er som oftest borgerens rolle i problemløsningen?
- Hvad er som oftest din rolle i problemløsningen?
- Hvornår anvender du styrende tilgang?
- Hvornår anvender du den følgende tilgang?
- Hvornår anvender du den motiverende tilgang?

Rehabiliteringsplanen

Rehabiliteringsplanen består af overordnede retningsgivende mål og indsatsmål, tilhørende resultatmål, og handlinger samt evaluering. Formålet med rehabiliteringsplanen er, at det tværfaglige team af fagpersoner har et redskab til at koordinere samarbejdet ud fra borgerens mål og til at dokumentere rehabiliteringsforløbet.

Forløb, forløbskoordinator og tovholder

Rehabiliterende arbejde foregår ofte på tværs af faggrupper og med flere parallelle indsatser samlet i forløb.

Forløb

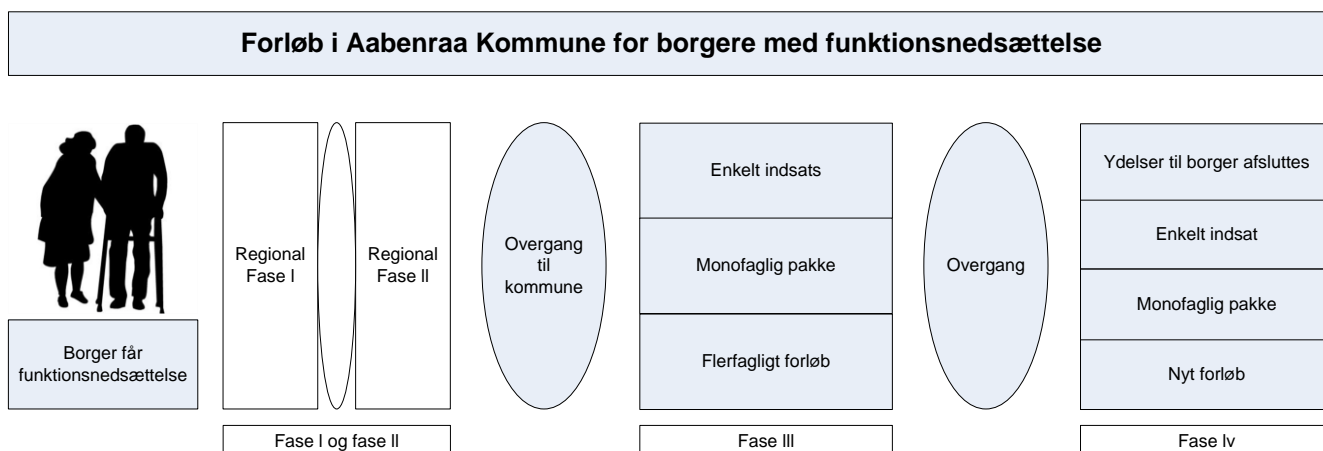
Et forløb er en flerfaglig indsats, hvor der er fokus på at sikre sammenhæng via en særlig målrettet og systematisk koordination mellem indsatserne. Indsatserne (kan) leveres af forskellige leverandører, leveres på baggrund af fælles mål. Et forløb er faseopdelt.

Fase I og II er eventuelt sygehusophold og specialiseret træning på sygehuset.

Fase III er tiden efter udskrivelsen, hvor borgeren modtager kommunale indsatser med henblik på rehabilitering. Når borgerens tilstand er stationær, bliver det vurderet, om borgeren kan klare sig uden hjælp eller fortsat skal have støtte.

Fase IV er "resten af livet". Her skal kommunens indsats understøtte borgerens ressourcer og kompensere, når ressourcerne ikke rækker til at klare hverdagen.

Du kan se faserne i et forløb i figuren herunder.



Forløbskoordinator

Forløbskoordinator er ansvarlig for koordinationen *på myndighedsniveau*. Dvs. en visitator eller socialrådgiver.

Forløbskoordinator skal sikre:

- koordinering med ekstern(e) samarbejdspartnere
- opstilling af fælles mål
- bestilling af indsatser på tværs af afdelinger og forvaltninger
- formidling af mål
- opfølgning på og justering af den flerfaglige indsats

Forløbskoordinatorens ansvarsområder relaterer sig primært til koordination i overgange mellem faser i forløbet. Derudover vil der være punktvisse koordineringsopgaver ved interne overgange som f.eks. overgang fra Special- og rehabiliteringscenter til eget hjem.

Tovholder

Tovholderen er ansvarlig for koordination af flerfaglige indsatser *på udførerniveau*.

Tovholderen skal sikre:

- formidling af de fælles mål
- at flerfaglige indsatser koordineres i den daglige kontakt med borgeren
- bestilling af indsatser inden for den ramme, der er fastlagt i forløbsbeskrivelsen
- information til forløbskoordinatoren ved opfølgning

Målhierarkiet

Målene tager altid udgangspunkt i borgerens livssituation og ønsker for en ny hverdag, så borgeren oplever motivation og tager ansvar for rehabiliteringen. Redskabet til målformulering er SMART-mål. Det er vigtigt, at vi arbejder med SMART-mål, fordi det sikrer, at der er en tydelighed omkring hvilke handlinger, der kræves for at nå målet.

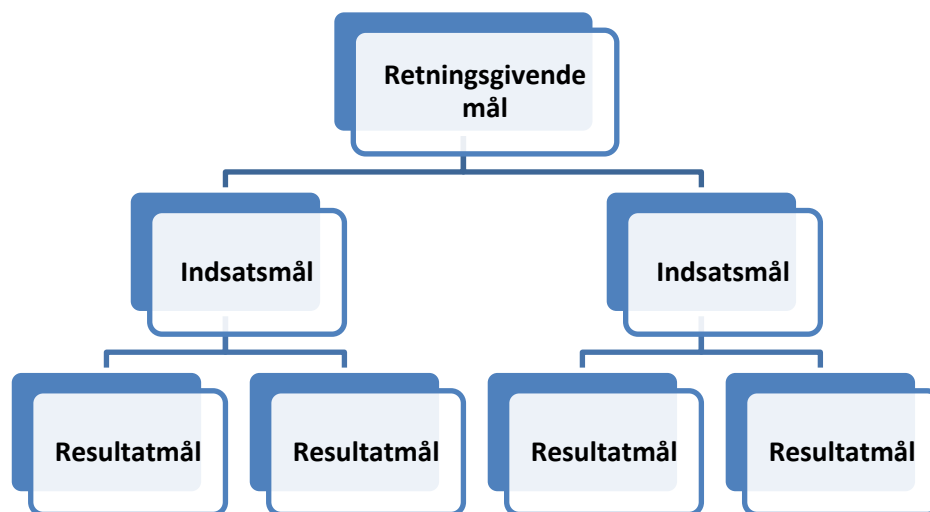
SMART-mål

S = Specifik
M = Målbar
A = Ambitiøst
R = Realistisk
T = Tidsbegrænset
(Doran 1981)

For at vi bedre kan arbejde sammen på tværs af faggrupper i borgernes forløb skal vi tale samme sprog. Derfor skaber vi et samlet sprog om målsætninger. Alt efter om du tidligere har arbejdet med Voksenudredningsmetoden eller Fælles Sprog II vil du genkende nogle af udtrykkene

herunder og andre vil være nye. Selvom de her hedder noget nyt, dækker de over det samme, som du kender i forvejen.

Det retningsgivende mål formuleres af myndigheden (visitator eller socialrådgiver) i samarbejde med borgeren. Målet angiver det overordnede formål med rehabiliteringen. Fx at borgeren skal kunne bo i egen bolig.



Indsatsmålet formuleres også af myndigheden i samarbejde med borgeren. Der kan være flere indsatsmål til et retningsgivende mål. Det afhænger af, hvor meget der kræves for at opfylde det retningsgivende mål. I mange tilfælde kan der være flere forskellige faggrupper, som arbejder ud fra et fælles indsatsmål. Fx at borgeren selv skal kunne varetage hele sin personlige hygiejne inden for en tremåneders periode.

Hver faggruppe eller hvert tilbud udarbejder sine egne tilhørende resultatmål, som skal hjælpe til at opfylde indsatsmålet. Resultatmål udarbejdes altså af dem, som også løser opgaven. Resultatmål kan fx være, at borgeren selv kan tage initiativ til og gennemføre at børste tænder morgen og aften inden for en tremåneders periode. Det er også dig og dine kolleger, der løbende følger op på, i hvilken grad resultatmålet er nået.

Refleksionsspørgsmål

- I hvilke situationer er du inde på jeres kommunikationssystem, fx. Care for at læse om dine borgere?
- Hvilke mål styrer dine handlinger ude hos borgeren?
- Hvornår dokumenterer du dine handlinger og observationer?

Afrunding

Forhåbentlig har denne introduktion til de centrale temaer inden for rehabilitering vækket din nysgerrighed og lyst til, sammen med dine kolleger, at komme i gang med at arbejde systematisk og målrettet med at støtte borgeren i at opnå en meningsfuld hverdag med størst mulig grad af selvstændighed.

På kurset vil der blive udleveret materiale om rehabilitering og de værktøjer, som du kan bruge i dit daglige arbejde med den rehabiliterende tilgang.



Cases

Herunder kan du læse to korte historier om borgere. Den ene har et højt fysisk funktionsniveau, men et lavt mestringsniveau, mens den anden har et lavt funktionsniveau og en høj mestringssevne.

Line har en personlighedsforstyrrelse. Den ene dag står hun selv op, ordner sin lejlighed, spiser morgenmad, tager på arbejde og er social om aftenen, men den næste dag kan hun være selvmordstruet. Det sker, fordi hun ikke kan håndtere følelsen af overskud og lykke pga. dårligt selvværd.

Hun har et højt fysisk funktionsniveau, som ikke forhindrer hende i at deltage i livet omkring sig og tage vare på sig selv, men hun har en lav mestringssevne, som gør det svært for hende at håndtere tvivlen om sit eget værd.

John er en 59-årig mand, med en højresidig apopleksi. Han er svært præget af nedsat kraft i venstre side og kognitive eftervirkninger, i form af nedsat initiativ, koncentration og evne til visuel bearbejdning. John havde inden sin apopleksi en aktiv tilværelse, med job, et aktivt fritidsliv samt et stort netværk og stabilt familieliv.

Efter apopleksien modtog John genoptræning, hvor det, især pga. et ukueligt gåpåmod og høj grad af opbakning fra familien, lykkedes ham at genetablere gangfunktionen ved fire-punktstok. Han har, gennem hele forløbet, arbejdet målrettet på at blive selvhjulpen, og det er til dels lykkedes for ham. Han forflytter sig i dag selv rundt over kortere distancer med fire-punktstok. Han klarer selv toiletbesøg og lette opgaver i husholdningen, men har brug for hjælp fra hjemmeplejen til at få benklæder og sko på. Desuden får han et tilsyn fra hjemmeplejen i løbet af dagen, når ægtefællen er på arbejde.

John har, på trods af kognitive skader, en høj mestringssevne og desuden et solidt bagland, som har støttet ham i processen med at opnå en høj grad af selvhjulpenhed. Uden denne grad af gåpåmod og vilje, er det meget sandsynligt at han i dag ville være kørestolsbruger på fuld tid, og have et betydeligt behov for hjælp til forflytninger, toiletbesøg m.m.

Refleksionsspørgsmål:

- Hvilke udfordringer og ressourcer har du som fagperson i forhold til at mestre (begribe, håndtere, se meningen) forandringen til den rehabiliterende tilgang?
- Hvilke spørgsmål kan du f.eks. stille hvis du skal undersøge borgerens:
 - Begribelighed
 - Håndterbarhed?
 - Meningsfuldhed?



Litteraturliste

Antonovsky, Aaron (2000) *"Helbredets mysterium"* Hans Reitzels Forlag

Doran, Georg T. (1981) *"Management Review"* Volume 70, Issue 11, November

Kommuneinformation (2002) *"Værd at vide om Fælles Sprog"*, www.mekato.dk

KORA (2013) *"Kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet"* Socialstyrelsen

Københavns Universitet, Implement, KORA og Socialstyrelsen (2013) *"Evidens for effekten af rehabilitering for ældre med nedsat funktionsevne"* Socialstyrelsen

MarselisborgCentret (2004) *"Hvidbog om rehabilitering"* MarselisborgCentret

MarselisborgCentret, Region Midtjylland (2011) *"ICF og ICF-CY – En dansk vejledning til brug i praksis"* MarselisborgCentret og Region Midtjylland

Nielsen, Jette (2012) *"Sosu Trin 1"* Munksgaard København

Regeringen (2013) *"Mere borger, mindre patient – Et stærkt fælles sundhedsvæsen"*
Rosendahl Schultz Grafisk A/S

Rollnick, Steffen., William R. Miller og Christopher Butler

(2009) *"Motivationssamtalen i Sundhedssektoren"* Hans Reitzels Forlag

Schrøder, Inger og Kirsten Schulz Petersen (2012) *"Sociologi og rehabilitering"*
Munksgaard

Zoffmann, Vibeke (2004) *"Guidet self-determination"*, University of Aarhus

Hæftet er udarbejdet januar 2014 af Aabenraa Kommune

**Med inspiration fra hæftet "Introduktion til Rehabilitering i Kommunen"
udarbejdet af University College Syddanmark og Social- og Sundhedsskolen Syd**

Bjarne Ejnar Ipsen, Karen Norlyk Hjort og Jeannette Juul Jakobsen

Social og Sundhed

Aabenraa Kommune

Skelbækvej 2

6200 Aabenraa
