



REHABPOST

Årgang 9 Nr 1 2013

Medlemsblad for Faggruppen av Sykepleiere i ReHabilitering

*Livet kan bare forstås baklengs, men det må
leves forlengs.*

(Søren Kierkegaard 1813 - 1855)

Kjære alle medlemmer

FSRH er stabilt med ca 250 medlemmer og vi ønsker enda flere i dette viktige fagfeltet. Vi har tro på framtida og vil være ambisiøse med medlemsrekruttering – 300? medlemmer før neste GF våren 2014.

Interessant artikkel i Sykepleien nr 4 /2013 – av professor Leif Arne Heløe.

”Samhandlingsreformen kan få oppgavebegeret til å flyte over”

Vi har 428 kommuner i Norge (01.01.2013) og vel halvparten har under 5000 innbyggere. Hvordan sikre at alle får et likeverdig tilbud – både i store og små kommuner?

Jeg, som arbeider med ambulante tjenester fra spesialisthelsetjenesten og ut til ulike kommuner, opplever at det skjer mye positivt på kompetanseoppbygging både i små og store kommuner. I for eksempel Vang kommune, som er en av kommunene jeg samarbeider med, opplever jeg god rehabiliteringssykepleie med faglig engasjement og dyktighet i et godt tverrfaglig miljø.

Og, heldigvis, det er mange kommuner som Vang i Valdres.

Pasientene og deres nærmeste opplever det trygt og godt når kommunen har kompetanse, vil sine innbyggere det beste og ser muligheter istedenfor begrensning. Det er viktig for å komme videre i situasjonen/livet som har oppstått - og vi, sykepleiere, er viktige!

Samhandlingsreformen, som opptar, splitter og/eller forener helse-Norge ble fulgt opp på NSHs konferanse i mai ”Rehabilitering på kryss og tvers” (NSH er Norsk Sykehus- og Helsetjenesteforening hvor alle helseforetak og mange kommuner er medlemmer)

Flere interessante temaer:

1. Skaden er ikke livet mitt
2. Samhandlingsreformen – nedbygging av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten uten at kommunen bygger opp?
3. Hvilke roller tildeles rehabiliteringsinstitusjonene?
4. Innovasjon for en bedre helse - og omsorgstjeneste – ny stortingsmelding denne våren.
5. Hverdagsrehabilitering – Innovasjon eller keiserens nye klær?
6. Hvilke erfaringer har vi høstet – erfaringer fra tverrfaglig nasjonalt prosjekt samt erfaringer fra prosjekter i Trondheim og Nome kommune.

Flere av oss var der og for deg som ikke hadde/fikk anledning så kan du lese mer på side 12 og 13. Se også <http://www.nsh.no>

Professor i sosialmedisin, Per Fugelli, har vært på folkemøter, hos Skavland, Lindmo, Trygdekontoret og flere andre med sin livsvisdom.

Antakelig har de fleste av dere hørt han – live eller på TV/radio:

Jeg gjentar ett av hans sitater:

”Mennesket er ikke bare en biologisk, men også en eksistensiell og sosial skapning. Viktigere enn omega 3, antioksidanter og lavkarbo er disse fem om dagen”:

1. **Verdighet**
2. **Handlingsrom i eget liv**
3. **En flokk å tilhøre**
4. **Mening**
5. **Trygghet**



Medisiner, sykehus og helsepersonell former bare 10 prosent av helsa til et menneske i løpet av et liv. De resterende 90 prosentene består av så mye annet.

Jeg tenker at vi er en del av folks liv i en periode av deres liv – kort og av og til litt lenger enn kort. Og jo mindre flokk pasienter selv har, desto viktigere blir vi.

I april kunne nyhetene fortelle meg at helseministeren, i den nye folkehelsemeldingen, la fram forslag om at alle restauranter skulle merke rettene med antall kalorier. Nei og nei, tenkte jeg – skal vi ikke kose oss på restaurant heller nå – og skal vi ikke selv ta ansvar for det vi spiser der? Jeg registrerte at det skapte reaksjoner. Debatt og engasjement er bra for *”der alle tenker likt – tenker ingen særlig mye”* Lipmans lov.

Sitat fra sosionomkollega – *”det er vel ingen i Norge som spiser seg tykke på restauranter og alle vet at det ikke er helsekost på MacDonalds eller bensinstasjoner”*.

Allikevel, øker BMI drastisk hos befolkningen, og det er en sammensatt problemstilling.

Har jeg sporet av rehabilitering? – nei, egentlig ikke. Jeg tenker at det meste er sammensatt og helhetlig – og livsstil er en del av rehabiliteringen. Ernæring, tilpasset den enkeltes behov, er sykepleierens og

pasientens felles ansvar i samarbeid med evt. ernæringsfysiolog/dietetiker. Umerkkelig overfører vi egne holdninger til våre omgivelser. Hvordan er dine holdninger til et sunt liv og hva er et sunt liv for deg?

Livsstil og forbygging – det må både staten og vi selv ta ansvar for.

Rehabilitering, slik jeg ser det, er også forebygging – forebygging både samfunnsøkonomisk og for det enkelte menneske.

Få hjelp og veiledning i mestring og gi ansvar gjennom positive bekreftelser er en viktig del av jobben vår. Samtaler for støtte, bearbeiding og motivasjon, i en periode av livet, når det trengs oppmuntring og drahjelp til å komme vider og ta eget ansvar...

Per Fugelli fortsetter med:

”Aristoteles ga et helseråd for 2.500 år siden - Følg den gylne middelvei”.

Det gjelder vel den dag i dag?.

Ansvar – det må vi ta hele livet i jobbsammenheng og privat med egen helse og lykke. Hva er egentlig lykke – det er ikke det vi gjør eller det vi har, men hvordan vi har det.

Og ikke glem 5 om dagen



Med de beste ønsker for en god sommer og tida foran oss fra

Ada Valle Huuse
Leder FSRH
NSFs Faggruppe av Sykepleiere i
ReHabilitering

Birgitte Dahl med stort engasjement for rehabiliteringssykepleie

Intervjuet av **Lone Bødker Tjaum**
Sunnaas Sykehus HF
Avdeling for traumatisk hjerneskade
Sykepleier
lone.tjaum@sunnaas.no

Birgitte Dahl (50) arbeider som leder av kompetansenheten på Sunnaas sykehus HF. Hun har vært ansatt i ulike stillinger på sykehuset siden 1995, kun avbrutt av ett års permisjon, hvor hun var i USA. Hun har blant annet tidligere arbeidet som teamleder for tverrfaglig team og sykepleiefaglig rådgiver, og har således lang og omfattende erfaring med rehabiliteringssykepleie. Hvorfor valgte du å bli sykepleier? ”Etter videregående skole jobbet jeg som assistent. Jeg trivdes med å jobbe sammen med mennesker, og liker å bli utfordret som menneske”.

Birgitte er en engasjert leder som er svært opptatt av rehabiliteringssykepleie som egen fagdisiplin. Foruten lang erfaring har Dahl også tilegnet seg økt kunnskap om rehabiliteringssykepleie gjennom masterstudie. I 2008 ble hun ferdig med sin masteroppgave: «Rehabiliteringssykepleieren, ivaretagelse av eksistensielle praktiske behov». Hva var grunnen til at du nettopp valgte å skrive en masteroppgave om rehabiliteringssykepleie? ”Jeg merket ofte at sykepleieren ble borte, når pasienten skulle beskrive deres rehabiliteringsprosess”.

Oppgaven beskriver pasientens ulike erfaringer med sykepleiernes bidrag i en rehabiliteringsprosess. En annen hensikt med oppgaven var å undersøke om Kirkevold (1997) sitt teoretiske perspektiv på sykepleiernes funksjoner i akutt rehabilitering til slagpasienter er egnet til å fange essensen av pasienters erfaringer med sykepleien i en bredere rehabiliteringskontekst. Funnene fra studiet viste at sykepleieren var avgjørende for utfallet av rehabiliteringsprosessen for den enkelte pasient, til tross for at de

sykepleiefaglige bidragene ikke ble definert som rehabiliterende. Utsagnene indikerte en forståelse av behandling og terapi som rehabilitering mens «det andre», det vil si sykepleieomsorgen ble ansett som atskilt fra rehabiliteringsarbeidet. Pasientene savnet mer tid sammen med sykepleierne, at de utfordret mer, og at de i fellesskap satte mål for rehabiliteringsprosessen.

Var du overrasket over dine funn? ”Nei, jeg var ikke overrasket over mine funn, disse funnene bekreftet bare det vi allerede hadde erfaring fra før. Jeg kom imidlertid frem til nye perspektiver i forhold til rehabiliteringssykepleie. Blant annet fant jeg frem til at vi rehabiliteringssykepleiere må bli mer tydeligere i den jobben vi gjør” Konklusjonen på oppgaven er at sykepleieren er avgjørende for rehabiliteringsprosessen, men det er behov for ytterligere kompetanse innen feltet. Områder for videre kompetanseutvikling er blant annet etablering av en rehabiliterende kontekst med vektleggelse av det sosiale fellesskap, kommunikasjon og tverrfaglig samarbeid. I tillegg må sykepleieren ha økt fokus på å stille krav, sette grenser, utarbeide mål i samarbeid med pasienter og pårørende.

Dahl´s arbeid ved Sunnaas er blant annet å bidra til å utvikle tverrfaglig opplæringsprogram på klinikknivå. Hennes ansvar er å ha personalansvar for ansatte med ulik fagutdannelse. I enheten har hun ansvar for studenter, læringsportalen, hygienearbeid, brukerkonsulenter og lærings- og mestringscenteret. Dessuten har hun ledet utarbeidelse av et trainee program ved sykehuset. Videre forteller den sympatiske lederen at det mest sentrale i jobben hennes, er å bidra til kompetanseutvikling og opplæring. Hvordan har du kunne utnyttet din studiekompetanse og erfaring i din stilling ved Sunnaas? ”Nå kan jeg bruke alt det jeg har opparbeidet meg, både klinisk og teoretisk erfaring kommer godt til nytte i denne stillingen”.

Om fremtiden tror Dahl at rehabilitering stadig utvikler seg. Hun tror at rehabilitering blir mer spesialisert og det kommer til å bli



anvendt mer teknologi. Ny teknologi vil bidra til å endre arbeidsprosessen, men det vil alltid være pasientens behov som styrer rehabiliteringen. Forskning er og en viktig del av rehabiliteringsfeltet. Lederen mener at forskning og klinikk må henge sammen, forskningsspørsmål må hentes i klinikk, dette mener hun Sunnaas er godt i gang med. Videre forteller Dahl at hun har et stort engasjement for arbeidet sitt. Hun er svært fornøyd med å ha fått til et fagansvarlig nettverk, forankre ting i klinikk som for eksempel: oppstart av trainee-program, som er kvalitetssikret gjennom arbeide med alle fagansvarlige og seksjonsoverleger. I tillegg mener hun at Sunnaas er et godt og spennende sted å arbeide.

Avslutningsvis forteller hun at hennes syn på rehabiliteringssykepleieren er at sykepleierne er stolte av jobben sin. Det er mange flinke medarbeidere med mye kompetanse og erfaring. Imidlertid ønsker hun at disse sykepleierne løfter seg opp, blir mer synlige og er veldig bevisst på følgende:

Rehabiliteringssykepleie gjør en forskjell og er fundamentet i rehabiliteringsarbeidet.

Ønsker du å hospitere eller ta videreutdanning for egen kompetanseheving og fagutvikling i rehabiliteringsfaget?

Visste du at som medlem i faggruppa kan søke NSF's Faggruppe av Sykepleiere i ReHabilitering om bidrag for inntil kr. 5.000,- ?

Veiledning og søknadsskjema for tilskudd til hospitering/videreutdanning ligger på vår nettside:

www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/sykepleiere-i-rehabilitering

(vedlegg på artikkel om hospitering/videreutdanning under fanen "økonomisk støtte").

Mvh styret i FSRH

Nytt verktøy for mestring og helsefremming

Og ny videreutdanning for å lære å anvende dette



Skrevet av **Kristin Heggdal**
Dr.polit
post@kroppskunnskaping.no

Har du hørt om Kroppskunnskaping?

Kroppskunnskaping er et nytt verktøy for mestring, helsefremming og rehabilitering som består av:

- En ny teori og modell som viser hvordan pasienter kan oppleve helse og velvære på tross av langvarige helseplager.
- Et nytt pedagogisk helsetilbud med tilhørende verktøy som er utprøvd i ulike praksisfelt.
- En ny videreutdanning for helsepersonell (30 studiepoeng).

Det er forsker og sykepleier Kristin Heggdal som har utviklet teorien og modellen i samarbeid med pasienter som har delt sine erfaringer med å leve med og håndtere kroniske sykdom. Teorien er altså ikke bare en teori, men et konkret verktøy til bruk i praksis. www.kroppskunnskaping.no

En tverrfaglig gruppe ved Sykehuset Innlandet, Avdeling for Fysikalsk medisin og rehabilitering, Gjøvik bestående av sykepleierne May Helen Skaftason, Janne Hernes og Berit Beckstrøm Berg, ergoterapeutene Anita Fjellheim og Line Fossumstuen og fysioterapeut Ellen Sørensen, har deltatt i arbeidet med å utvikle og teste modellen som ramme for et nytt helsetilbud innen rehabilitering og i kommunehelsetjenesten i Hedmark og Oppland. Menn og kvinner i ulike aldre som

lever med ulike typer helseplager har deltatt i utprøvingen og formidler at de håndterer sin livssituasjon bedre etter gjennomføringen av programmet. Flere rapporterer at de har økt sitt aktivitetsnivå og at de deltar mer i arbeidslivet og i sosiale aktiviteter.

Her er noen utsagn fra brukerne (pasienter) av tilbudet:

"I møte med modellen og programmet har jeg opplevd meg som et helt menneske, og ikke som et medisinsk kasus slik jeg har opplevd så mye opp igjennom tida. Du vet, jeg har opplevd mye av det å være nyra på rom 205. Når jeg er bevisst og bruker fasene (i modellen Kroppskunnskaping), så er det mye lettere å ta tak i ting, å endre på det som er dårlig for meg. Jeg har jo erfart disse fasene tidligere, men jeg har ikke hatt noe bilde på det. Nå har jeg et bilde på det, og da er det lettere å ta tak og gjøre noe med min egen situasjon (Kvinne 22 år med ryggmarksbrokk)."

"Ordet Kroppskunnskaping er et veldig viktig ord. For meg handler det om å lære noe om kroppen og prøve å mestre de ulempene jeg har fått – og det er mange forskjellige måter å gjøre det på. Så da er det viktig å lære kroppen din selv å kjenne. Å kjenne kroppen godt (Mann 54 år med hjerneslag)."

"For meg har kurset Kroppskunnskaping vært veldig viktig og nyttig. Det har gitt meg utrolig mye. Jeg har fått mer forståelse for min egen situasjon, lært å mestre ting på en annen måte, og prøver nå å akseptere det som har skjedd. Det har gitt meg trygghet og selvillit. Dessuten hjelper det meg å huske ting, og å få til ting. Kurset har hjulpet meg å komme ut i livet igjen og se at det er ikke umulig. Det tar bare litt lengre tid, og det tenkte jeg overhodet ikke før jeg begynte med dette (Kvinne 48 år operert for hjernetumor)."

"Jeg har vært syk i 12 år. Jeg hadde ønsket at jeg hadde fått dette kurset tidligere. Det ville gjort det lettere å håndtere plagene jeg lever med (Kvinne 50 år med ME)."

Det pedagogiske helsetilbudet Kroppskunnskaping innebærer å arbeide på en ny måte i møte med brukerne ved at en anvender prosessmodellen for

Kroppskunnskaping som utgangspunkt og fokuserer på brukernes ressurser og forståelse av sin situasjon. Helsetilbudet kan gjennomføres individuelt eller i grupper og består av 7 møter med helsepersonell i et program som fokuserer på ressurser, mestring og helse. I tillegg til rehabiliteringsavdelingen på Gjøvik, har tilbudet blitt utprøvd innen poliklinisk virksomhet og i regi av lærings- og mestringsenter. Det er også utprøvd innen kommunehelsetjenesten. Resultatene viser at det pedagogiske helsetilbudet Kroppskunnskaping fungerer godt på tvers av disse arenaene og egner seg for menn og kvinner i ulike aldersgrupper og med ulike diagnoser. Denne fleksibiliteten gir store muligheter for anvendelse overfor mange ulike brukergrupper som sliter med å håndtere livet etter langvarig sykdom og skade. Tilbudet gir stort rom for brukernes erfaringer, ressurser og Kroppskunnskaping anvendes som et helsefremmende verktøy. Programmet innebærer å arbeide radikalt med brukermedvirkning, noe som forutsetter kompetanse hos kurslederne for å oppnå gode resultater. Derfor er det utviklet en ny videreutdanning på 30 studiepoeng for tverrfaglig helsepersonell. Utdanningen gir en bred kompetanse til å arbeide med helsefremming med fokus på brukernes ressurser. Det er en praksisdel i studiet der helsetilbudet Kroppskunnskaping gjennomføres ved helsepersonellens (studentenes) egen arbeidsplass. Studiet foregår på deltid over et år og tilbys i regi av Folkeuniversitetet i Norge (se www.folkeuniversitetet.no – og se etter headingen: samhandling, mestring og helse).

Her er noen uttalelser fra studenter som har gjennomført videreutdanningen: Helsefremmende teorier og verktøy – tverrfaglig fordypning i Kroppskunnskaping:

"Utdannelsen har gitt oss økt kunnskap og et nødvendig verktøy for å kunne åpne muligheter og styrke mennesker som sliter med langvarige helseplager til å leve med utfordringene og finne veien videre." (Sykepleierne May Helen Skaftason og Janne Hernes Brateng)

"Det viktigste med Kroppskunnskaping er den særskilte forståelsen man får for pasientenes helsefremmende prosesser.

Kroppskunnskaping har gjort oss mer bevisst på å se hvor den enkelte pasient står i sin indre rehabiliteringsprosess. Konkrete verktøy knyttet til programmet gjør oss bedre rustet til å bistå pasienten i sitt arbeid mot å mestre sin endrede livssituasjon."

(Ergoterapeutene Anita Fjellheim og Line Fossumstuen).

"Dette er et studium som gir kunnskap som kan integreres i fysioterapeutens egenutvikling. Det gir forståelse og nærvær i forholdet til pasienten og åpner for en målrettet kommunikasjon. Tilnærmingen går blant annet ut på å oppdage sammenhenger i livet, være løsningsorientert og påvirke endringsprosesser med tilpassede spørsmål. Studiet har gitt meg en helhetlig forståelse av pasienter som lever med langvarig sykdom."

(Fysioterapeut Ellen Sørensen)

Kroppskunnskaping er en innovasjon i norsk helsevesen som setter hovedfokus på helsefremmende muligheter hos den enkelte bruker. Helsetilbudet er i tråd med nasjonale retningslinjer som går ut på å styrke brukervedvirkning, og er i tråd med pasientrettighetene. Helsetilbudet innebærer en realisering av samhandlingsreformen og styrker samhandling mellom brukere og helsepersonell og mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Potensialene er store.

Om artikkelforfatteren: Kristin Heggdal har doktorgrad i sykepleievitenskap og driver nå egen bedrift der implementering av konsept Kroppskunnskaping står sentralt. Jobber også som førsteamanuensis ved Universitetet i Stavanger i 30% stilling.



Utdanning i medisinsk akupunktur

Skrevet av **Camilla Margaretha Telle**
Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø
Nevrologisk avdeling, Sykepleier
camilla.margaretha.telle@unn.no

Det var som ei god akupunkturbehandling, mitt første møte med Norsk Forening for Medisinsk Akupunktur, NFMA, på kurs i Kristiansand i 2006.

To smittsomt ivrige lærere, en almenpraktiker og en fysioterapeut, tok oss med langt vekk fra hverdagen på diverse kontorer, institusjoner og sykehus. De viste stor tillit til vår læringsevne, der vi satt der med hver sin appelsin og opplevde varierende grad av plunder og hell med våre første stikk. 30 kursdeltagere og deres etterhvert meget avspente og myke appelsiner, fikk undervisning i å "lese" det kinesiske kartet over menneskekroppen, Meridianene, som er et nettverk av kanaler både på overflaten og i dypere lag av muskulatur og indre organer. Med dette fikk vi innføring i kinesernes forståelse av fysiologiske prosesser, og begrepet Qi.

Qi betyr luft, damp, pust, men vil i denne sammenhengen best kunne oversettes med energi. (Ordet Qi brukes også for å si noe om opplevelsen av en stemning, som god Qi på en konsert.)

Videre i disse første kursdagene ble vi introdusert for hvordan systemet av kanaler og energi binder psyke og soma sammen, og hvordan dette i stadig større grad kan forklares innen nevrovitenskapen.

De to lærerne ble kjapt våre favoritter innen genren "minst pedagogiske korrekte metoder". Vi sprang nå maraton gjennom over 3000 års erfaringsbasert kunnskap fra den andre siden av jordkloden, uten å miste motet, og med mer energi igjen etterpå, enn før vi gikk inn til denne første morgenen av kurset, på sjømannenes hus i Kristiansand.

Jeg hadde akkurat bestemt meg for å avslutte et kapittel som avdelingssykepleier på Fysikalsk Medisin og rehabilitering på UNN i Tromsø, og heller vie arbeidslivet til pasienter med hodeskader og nevrologiske lidelser.

I overgangen fra administrasjon til rehabiliteringsfaget, fikk jeg følge en finsk fysioterapeut inn til en pasient som hadde fått amputert den ene foten oppe ved hofta 20 år tidligere.

Full av med belastningsskader og smerter etter mange år på krykker, og store utfordringer med protesetilpasning, søkte mannen nå hjelp fra spesialisthelsetjenesten. Han hadde jobbet 100 % stilling som snekker i alle årene etter amputasjonen. Han sov svært dårlig, han spiste lite, og han var meget tungsindig.

Fysioterapeuten smatt kjapt inn 5-6 nåler med pasienten liggende på magen. Et par av nålene sto godt opp i nakken, og jeg spurte forsiktig om ikke det kunne være litt farlig?

“Det kan ju gå åt”, svarte han rolig, satte strøm på nålene, gav pasienten ringeklokka, og gikk langsomt ut av rommet. Pasienten sukket dypt, og sov i 2 timer på den harde benken.

14 dager senere skrev vi ut en tilnærma smertefri, uthvilt og glad mann til hjemmet, og jeg fant veien til mitt første kurs i regi av NFMA, der den ordknappe fingernemme finsken hadde lært kunsten.

NFMA, Norsk Forening for Medisinsk Akupunktur, ble grunnlagt av allmennpraktiker Nils Lystad og psykiater Oscar Heyerdahl i 1998. Deres utdanningsmodell sprang ut av det som den gang het Norges Akupunkturskole, som senere ble til Akupunkturhøyskolen, og som nå hører inn under Helsehøyskolen i Oslo.

Akupunktur

Akupunktur er opprinnelig en kinesisk behandlingsform hvor man stikker tynne stålnåler i visse punkter for å stimulere kroppen, med mål om å gjenopprette homeostase og helse. Tradisjonell kinesisk medisin (TCM) utgjør en egen forklaringsmodell som er et resultat av årtusener med erfaring, kinesisk kultur, filosofi og virkelighetsforståelse. Systemet som også utgjør det teoretiske fundamentet for urtemedisin, qigong, tuina massasje og kosthold, definerer helse og sykdom ut fra



balanse og ubalanse i kroppens energisystem/funksjonskretser.

Offentlig godkjent helsepersonell

NFMA tilbyr offentlig godkjent helsepersonell, med minimum bachelorgrad, utdanning i medisinsk akupunktur.

Dokumentasjon

Det som har best dokumentasjon, er behandling for kronisk knesmerter, korsryggsmerte og kvalme etter operasjoner. Videre er det bevist at akupunkturbehandling er effektivt ved bekken- og ryggsmarter under svangerskap, migrene og annen hodepine, kjeveleddssmerter samt kvalme og oppkast på grunn av svangerskap og cellegiftbehandling. Andre tilstander med noe dokumentasjon som også behandles med akupunktur er nakke- og skuldersmerter, tennisalbue, hetetokter i overgangsalderen, menstruasjonsmerter, kronisk blærekatarr, fødselssmerter og facialisparese.

NFMAs utdanningsmodell

Sertifiseringsprogrammet går over to år og er samlingsbasert. Det består av to deler; et grunnkurs og et fordypningskurs, hver på 5 samlinger i året.

Del 1

Den første modulen gir en innføring i basal neurofysiologisk kunnskap om de smertemodulerende systemene, og læren om hvordan akupunktur påvirker disse. Repetisjon fungerer meget godt som læremester, så det er en fordel å bruke kunnskapen og metoden i jobbsammenheng allerede etter det 3.kurset, som er et klinisk kurs, med frivillige pasienter fra lærernes lister.

Meridianprinsippet, som er den strategien vi lærer gjennom del 1 av programmet, innebærer en behandlingsstrategi der man starter med å lokalisere smerten for å finne ut hvilken meridian som er affisert. Ut fra dette velger man som hovedregel lokale punkter hvis tilstanden har pågått over tid, f.eks. ved vonde knær eller ryggplager. Punkter som ligger lengre vekk fra smertelokaleringen kalles fjernpunkter, og brukes ved mer akutte tilfeller, som ved en nylig oppstått tendinit.

Del 2

Fordypningskurset gir en innføring i kinesisk indremedisin og psykologi. Læren om de indre organer kalles Zang Fu, og studentene får her en innføring i hvordan TKM ser etter systematiske sammenhenger mellom sykdomsutvikling, faser i pasientens liv, og i livsstilen.

Spørsmålene som stilles i forkant av et behandlingsforløp, og symptomene som vektlegges, handler mer om energetiske problemstillinger, som f.eks mangel på søvn, appetitt eller energi. Her er det mange sykepleiere som begynner å dra kjensel på sitt fag i kinesernes medisinske tankegang. Dialogen mellom akupunktør og pasient minner om en grundig inkomstsamtale mellom pasient og sykepleier på en rehabiliteringsavdeling.

Jeg har hatt stor glede av å studere begge delene i sertifiseringsprogrammet, men det var ekstra inspirerende å kjenne igjen sitt eget fag i alt det nye. Det gav meg en helt ny arbeids glede å kunne tilby akupunktur for å bedre søvnkvaliteten, bidra til avspenning og smertelindring, i samråd med pasient og behandlende lege.

Vestlig diagnose og østlig metode

Utgangspunktet for medisinsk akupunkturbehandling vil være at en vestlig medisinsk diagnose ligger i bunn, og at behovet for vanlig konvensjonell medisinsk behandling er avklart. Det gis også en gjennomgang av akupunkturbehandling av de viktigste fysikalsk-medisinske problemstillinger.

Sertifiseringsprogrammet er godkjent av helsedepartementet, med tellende poeng innen fysikalsk medisin. For sykepleiere kan det inngå som en del av klinisk stige, f.eks. innen rehabilitering.

Studentene tilbys også et 52 timers valgfritt kurs ved Shanghai International Training Centre of Acupuncture, som en del av programmet.

Skoler innen medisinsk akupunktur er etablert flere steder i Europa, og søker å integrere akupunktur som metodikk i vanlig medisinsk praksis der det er vitenskapelig

dokumentasjon for effekter, og et definert behandlingsbehov.

Kurs og konferanse 2013

Grunnkurs; Del 1 18.-22. september, del 2 13.-17. november. Neste konferanse i medisinsk akupunktur finner sted i Stockholm i regi av ISAMS den 4. til 6. oktober 2013. Mer om alt dette finner du på NFMA sin hjemmeside; www.medisinsk-akupunktur.no

Anbefalt litteratur:

Oscar Heyerdahl og Nils Lystad kommer snart med revidert utgave av sin bok; "Lærebok i Akupunktur"



NB: En henstilling til alle medlemmer!

NSFs medlemsregister:

En viktig forutsetning for at dette skal fungere optimalt er at dere medlemmer har oppdaterte opplysninger i forhold til **mobilnummer** og **e-postadresser**. Det gjør det bl.a. mulig å sende SMS og e-post. Det vil bli enklere for oss i styret å nå dere med informasjon om bl.a. fagkurs og annen aktuell informasjon.

Slik går du frem:

Gå inn på www.sykepleierforbundet.no
Klikk på lenken oppe til høyre der det står "Min side". Logg deg inn med medlemsnummer og passord. Gå deretter til "Mitt medlemskap" og klikk deretter på "Personalia". Legg her inn din e-post og ditt mobilnummer før du **lagrer** opplysningene.

Takk☺

Mvh Styret i FSRH

Det Norske Rehabiliteringssenteret, Dødehavsklinikken Medisinsk flerfaglig behandling og rehabilitering, utdanning og forskning

Skrevet av **Elisabeth Dramsdahl**

elisabeth@vitohelse.no

Dødehavsklinikken Mai 2013

Stadig flere nordmenn i yrkesaktiv alder går på trygd eller er langtidssykmeldte på grunn av kroniske muskel- og skjelettlidelser. Samtidig som de menneskelige lidelser øker, så vokser de samfunnsmessige konsekvensene parallelt - i form av mangel på arbeidskraft og årlige kostnader på 40-60 milliarder kroner! Mange mennesker med kroniske smertelidelser og kronisk utmattelsessyndrom CFS/ME, er uten virksomt behandlingstilbud. Enkelte avslutter sine liv for egen hånd.

Dette er bakgrunnen for det idealistiske arbeidet som tok til i 2004, med etablering av det Norske Rehabiliteringssenteret, hvor nærmere 1.400 pasienter har fått nødvendig helsehjelp. Gjennom arbeidsrettet medisinsk tverrfaglig rehabilitering med integrert klimaterapi, kommer flertallet tilbake til aktivt liv og mange i arbeid.



Norsk behandlingsteam på ett av gruppeoppholdene.
Leder og psykiater Elisabeth Dramsdahl nr. 2 fra høyre.

Norge på smertetoppen

Muskel- og skjelettlidelser er vanligste årsak til kroniske smerter, og forekommer hyppigere i Norge enn i andre europeiske land. Kroniske smertepasienter har 2 – 4 ganger høyere forekomst av angst, depresjon og dobbelt så stor forekomst av selvmord. Kronisk smerte som skyldes muskel- og skjelettlidelser, er vanligste årsak til sykefravær og uførhet. Det rammer flest og koster mest, men er likevel lavest prioritert.

Forskningsbasert kunnskap og internasjonale anbefalinger vektlegger flerfaglig helhetlig rehabilitering i behandling av kroniske lidelser. Helsedirektoratet har gitt nasjonale retningslinjer for rett til prioritert helsehjelp ved smertetilstander. Helsedepartementet har pålagt regionale helseforetak å styrke tilbudet til pasienter med kroniske smerter. *Likevel er smertestillende tabletter vanligste «behandlingsmetode» ved kroniske smerter (FHI).*

Håp og muligheter

For mange kronisk syke mennesker er behandlingssopphold ved Dødehavsklinikken blitt et viktig vendepunkt i sykdomsutviklingen- og i livet. De gode langtidsresultatene viser bedret funksjonsnivå og livskvalitet, mindre medisinbruk og generelt mindre behov for helsetjenester. Mange kan gjenoppta arbeid, studier og skolegang. Mange bedriftsledere har fått sine ansatte tilbake etter langtidssykmeldinger og år med uføretrygd. Fastleger henviser i økende grad pasienter til behandling ved Dødehavsklinikken.



Dødehavet er også «Livets hav»

Det Norske Rehabiliteringssenteret, Dødehavsklinikken har gjennom 10 år bygget opp et spesielt behandlingskonsept og opparbeidet betydelig fagkompetanse. Dette i samarbeid med sjeflege Marco Harari ved Det Internasjonale Rehabiliteringssenteret, *DMZ Medical Center*, som mottar pasienter fra hele verden. Medisinsk vitenskapelige studier dokumenterer langtidseffekten av klimaterapi og det foreligger flere hundre internasjonale publikasjoner. Andre land som Tyskland, Østerrike og Danmark, har refusjonsordninger og økonomiske støtteordninger for sine pasienter. Norge har fortsatt ikke det.

Hele mennesket, spesialisert behandling

Det spesielle behandlingskonseptet bygger på vitenskapelig dokumenterte og internasjonalt anerkjente behandlingsmetoder. Pasientene mottar individuelt tilpasset, tverrfaglig behandling og rehabilitering. Gjennom et tre-ukers intensivt program behandles både de fysiske og psykiske plagene, i tillegg til de psykososiale utfordringene. Medisinsk klimaterapi er en integrert del av det spesialiserte behandlingstilbudet og bidrar til å øke effekten av dette.

"FN samfunn og fredsarbeid i praksis"

Ved den internasjonale klinikken arbeider jøder, muslimer og kristne side om side i et fruktbart fellesskap, med ett mål: å hjelpe syke mennesker til bedret livskvalitet. Her er verken politikk eller religion aktuelle tema, og arbeidet omtales som et lite FN samfunn og fredsarbeid i praksis.

Internasjonal anerkjennelse

Arbeidet vekker internasjonal anerkjennelse. Senest i juni 2012 var Medisinsk Direktør dr. Marco Harari, DMZ Medical Center, invitert til den Medisinske Verdenskongressen ISMH i Granada, for å fortelle om behandlingsprogrammet og langtidsresultatene for norske pasienter ved Dødehavsklinikken. Flere europeiske land ønsker samarbeid om tilsvarende behandlingstilbud.

Videreutdanning for leger, sykepleiere og fysioterapeuter

Dødehavstiftelsen arrangerer i år den 8. Dødehavskonferansen for norske leger, 17.-24. november, ved Det Norske Rehabiliteringssenteret. Hovedtema er tverrfaglig rehabilitering ved kronisk sykdom og hvorledes langtidssyke kan hjelpes tilbake i arbeid. Under konferansen bidrar internasjonale foredragsholdere, med professor Johan Moan som årets gjesteforeleser fra Norge. I år inviteres sykepleier og fysioterapeuter til en ukens videreutdanningskurs i samme periode som legekonferansen.

Hvor er Helseministeren?

Bekymringsmeldinger fra norske leger til Helseministeren og norske helsemyndigheter vedrørende den alarmerende situasjonen for

mange langtidssyke mennesker, forblir ubesvart. Mange av disse kan gjenvinne helse gjennom virksom rehabilitering ved Det Norske Rehabiliteringssenteret. Likevel er virksomheten etter 10 år fortsatt uten noen form for offentlig eller privat støtte og pasientene uten refusjonsordninger.

Langtidssyke tilbake i arbeid handler om menneskeverd og livskvalitet, arbeidskraft og store samfunnsøkonomiske besparelser.

Det er mulig!

Dødehavstiftelsens Styre og Vitenskapelig forskningskomite, overlege Elisabeth Dramsdahl, allmennlege Rune Dramsdahl, psykiater Jan Haslerud, sjeflege Maro Harari, prof. Hugo A. Jørgensen, overlege Sigmund Lende, prof. Ulrik Malt

Dødehavstiftelsen er en ideell non-profit medisinsk organisasjon som gjennom klinisk behandling, forskning og kunnskapsformidling, arbeider for at mennesker til tross for kroniske helseplager kan leve et aktivt liv med god livskvalitet. Dødehavstiftelsen arrangerer årlig legekonferanse, fagseminar og helseopplysningsmøter. Vito Helse er driftsselskapet, heleid av Dødehavstiftelsen.

Multidisiplinær Rehabilitering ved Kronisk sykdom: Videreutdanningskurs for sykepleiere og fysioterapeuter

Arrangør: Dødehavstiftelsen.

Tid: 17.-24. november 2013.

Sted: Det Norske Rehabiliteringssenteret Dødehavsklinikken, DMZ Medical Center, Lot Spa Hotel, Dead Sea

Foredragsholdere bl.a: sjeflege Marco Harari, overlege Elisabeth Dramsdahl, spesialsykepleiere Bodil Framnes og Liv Thorsen, fysioterapeut og Merete Sparre

Pris: NOK 7.500,- inkl. deltakeravgift, opphold i dobbeltrom, halvpensjon.

Begrenset antall deltakere.

Kontakt: elisabeth@vitothelse.no

Filmtips I



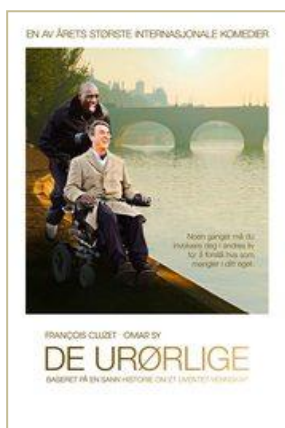
Tittel: AMOUR
Regi: Michael Haneke
Sjanger: Drama
Kinopremiere: 25.12.2012
Manus: Michael Haneke
Nasjonalitet: Frankrike / Østerrike
Språk: Fransk
Produksjonsår: 2012
Lengde: 2 t. 7 min.

Vinner av Golden Globe! AMOUR er nominert til Oscar for

Beste film, beste regi, beste manus, beste skuespillerinne og beste fremmedspråklige film. Georges og Anne er et par i 80-årene som bor i en stor leilighet i Paris. De er velutdannende, pensjonerte musikk lærere. Deres datter, som også er musiker, bor i utlandet med sin familie. Når Anne en dag blir rammet av slag, blir kjærligheten, som har holdt paret sammen gjennom så mange år, satt på prøve.

Dette er Haneke ømmeste - og kanskje beste - film til nå. Hans mesterlige regi og skuespillet gjør dette til en stor opplevelse. Filmen vant Gullpalmen i Cannes mai, og gjorde så og si rent bord under European Filmawards i desember; den vant både for beste film, beste regi og for beste mannlige og kvinnelige skuespiller. (kilde: www.filmweb.no/film/article868891.ece)

Filmtips II



Tittel: DE URØRLIGE
Regi: Eric Toledano, Olivier Nakache
Sjanger: Biografi / Drama / Komedie
Kinopremiere: 09.11.2012
Manus: Eric Toledano, Olivier Nakache
Nasjonalitet: Frankrike
Produksjonsår: 2011
Lengde: 1 t. 52 min.

De urørlige er en oppløftende komedie om

vennskap, tillit og menneskelige muligheter, og er den sanne historien om to menn som aldri skulle ha møtt hverandre. Filmen forteller historien om millionæren Philippe som ble skadet i en paragliderulykke og som må leve resten av livet i rullestol. Han eier et stort herskaps hus og trenger en pleier som kan hjelpe han døgnet rundt, og utlyser en ledig stilling som assistent. Da den

unge, småkriminelle Driss møter opp bare for å få en signatur på et papir, begynner et usannsynlig kameratskap forankret i ærlighet og humor mellom to individer som på overflaten ikke ville hatt noe til felles.

Allerede ni uker etter lanseringen i Frankrike var filmen den nest mest sette franske kinofilmen gjennom tidene. Filmen ble et kulturelt fenomen i hjemlandet og toppet kinolisten hele ti uker på rad. Filmen gikk dessuten inn i historien som den ikke-engelskspråklige filmen som har tjent inn mest på kino på verdensbasis noensinne. Filmen toppet blant annet kinolisten ni uker på rad i Tyskland, mens den i Sveits var den mest sette filmen i 11 uker. (Kilde: Oslo kino/www.oslokino.no/incoming/article1065500.ece)

Ræpp

Det e farefullt å leve, det blir verre år før år, ja, man går, som det står skreve, rundt i fare kor man går, ikkje kan man berre sette, då blir kroppen deformert, må man inn på toalettet, kjem man ut igjen krepert, alt av kosemat og cola som man like og legg i seg e befengt med anabola som gjer helsemessig krise, det e farlig å se TV, plutselig mens alt fungere kan det oppstå overspenning slik at skjermen eksplodere, alt elektrisk e jo farlig og kan forårsake brann, om du ter deg uforsvarlig e du snart en fattig mann, skal man brune seg i sola, blir man utsett før bestråling, går man aldri utfør vegg, synes folk man e en snåling, på en handletur til kiosken, kan man treffes utav lynet, går man brillelaus i påsken, kan man ødelegge synet, man kan drukne når man bade, går man ut, blir man slådd ned, man kan påføre seg skade når man står og sage ved, man må passe seg før varmen, man må passe seg før frosten, man må passe seg før spriten, man må passe seg før kosten, viss man trakke i salaten, kan man gli og brette armen, mangle fiberstoff i maten, får man kreft i endetarmen, et man måsegg eller mølja, blir man full av dioksider, har man dårlig portefølje, blir man tappa før likvider, i trafikken blir man påkjørt om man tør å gå og sprade, man kan skjære av seg haka når man rake seg på badet, man kan kvæles og krepere av en sviskerstein i kråsen, man kan ødelegge stellet når man dreg opp glidelåsen, man blir arrester før blotting om man tør å kle seg naken, man kan brette tommeltott'n når man tørke seg i baken, det finns mange slags forsikring, men de hjelpe'kje det spott, nei, det tryggaste i livet e å aldri være født.

Utdrag fra Helge Stangnes (fra Senja) siste samling "Vintersang" – Nordkalottforlaget 2011

"Rehabilitering på kryss og tvers" **NSHs konferanse 27. - 28. mai 2013 i Oslo**

referert av *Ada Valle Huuse*
og *Lone Tjaum*

Dag 1

Skaden er ikke livet mitt som åpningsforedrag -
v/ *Birgit Røkkum Skarstein*, student og tidligere deltaker i TV-serien "Ingen grenser"

Hennes hovedbudskapet var KOMMUNIKASJON – på pasienten/brukerens premisser. Råd til fagpersoner - spør hva som er viktig – faglig stolthet kan være et hinder for pasienten.

Samhandlingsreformen – har vi en nedbygging av rehabiliteringen

i spesialisthelsetjenesten uten at kommunene bygger opp?

v/ *Bjørnar Alexander Andreassen*, seniorrådgiver i Helsedirektoratet

interessant – men ikke noe klart svar, man jobber med modeller for tilnærming

Samhandlingsreformen gir konsekvenser for rehabiliteringsfeltet. Hvilken rolle tildeles rehabiliteringsinstitusjonene?

v/ *Dagfinn Thorsvik*, overlege ved Helse Nord-Trøndelag, Sykehuset Levanger, Rehabiliteringsavdelingen.

Det er ca 50 private rehabiliteringsinstitusjoner i Norge som har med kontrakt med helseforetakene. Rehabilitering handler om verdighet Samhandling og rehabilitering er to sider av samme sak – Samhandling er ideologien og rehabilitering er praktisk gjennomføring. Kunnskapsbasert rehabilitering

Innovasjon for en bedre helse- og omsorgstjeneste

Ny Stortingsmelding kommer våren 2013

v/ *Robin Martin Kåss*, statssekretær i Helse- og omsorgsdepartementet

Innovasjon i praksis: Svaret er ikke mer av det samme, men nye løsninger!

Fra reparasjon til mer forebygging og tidlig innsats

v/ *Halvor N. Gjone*, virksomhetsleder i Asker kommune, avdeling forebygging og rehabilitering
Utfordringene vi møter innen opptrening og rehabilitering kan løses gjennom stegvis innovasjon med koblede forbedrings-prosesser, men en gjennomføring av dette i praksis er krevende både i forhold til struktur og kultur. Teamets sammensetning er nøkkelen

Parallellsesjon 1

Koordinerende enhet, individuell plan og koordinator etter ny lov

v/ *Karen A. Vogt*, seniorrådgiver og jurist i Helsedirektoratet, avdeling minoritetshelse og rehabilitering

Hvordan jobber regional koordinerende enhet i Helse Vest?

– eksempler fra Helse Stavanger

v/ *Kjersti Eide*, koordinerende enhetsfunksjon i Helse Stavanger/Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering i Helse Vest

Hvordan imøtekommer vi lovkravene?

v/ *Åse Jofrid Sørby*, leder koordinerende enhet/seniorrådgiver psykisk helse, Hamar kommune

Parallellsesjon 2

Hverdagsrehabilitering – innovasjon eller keiserens nye klær?

v/ *Bente Moe*, avdelingsdirektør i Helsedirektoratet, avd. minoritetshelse og rehabilitering

Hvilke erfaringer har vi høstet? Suksesskriterier

Erfaringer fra tverrfaglig nasjonal prosjektgruppe.

Trondheim kommunes svar på

hverdagsrehabilitering

v/ *Hege Butli*, spesialsykepleier i Trondheim kommune, Bergheim Hjemmetjeneste

Historikk på hverdagsrehabilitering fra Danmark, Sverige og Norge. NSF's rolle i tverrfaglig prosjektgruppe med Norsk Ergoterapiforbund og Norsk Fysioterapiforbund.

Presentasjon av prosjekter i Trondheim kommune.

Erfaringer med hverdagsrehabilitering

v/ *Trine Eknes*, ergoterapeut og

v/ *Harpa Georgsdottir*, fysioterapeut i Nome kommune, Telemark

Dag 2

Rehabiliteringskjede for brukere med slag v/

Kristi Rørlien, teamleder/sykepleier i Bergen Kommune, Innsatsteam - rehabilitering og *Siv Kruger Claussen*, sykepleier ved Helse Bergen avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering.

Tidligere studier gir holdepunkt for at tidlig utskrivning til hjemmet etter akutt behandling i den første fasen etter utskrivning, gir like gode eller bedre sluttresultat enn konvensjonell rehabilitering i institusjon.

Brystkreftbehandling – preget av brukermedvirkning både gjennom utvikling av forløpet og drift v/ Tonny Kværne, fysioterapeut ved Sykehuset i Vestfold, avd. fysikalsk medisin, seksjon muskel/skjelett og kreft

For hvem og hva? Nylig behandlet kvinner som er blitt behandlet for brystkreft, får tilbud om en ukes rehabilitering for å få økt sosial og arbeidsmessig deltakelse.

Samhandlingstiltak med fokus på et mer sammenhengende behandlingsforløp v/ Merete Knoph, sosionom og Elisabeth Nybø, kreftsykepleier ved CatoSenteret

Ambulerende rehabiliteringsteam. Et tiltak med fokus på et mer sammenhengende behandlingsforløp.

Mål: Sikre gode overganger for brukere og pårørende i behandlingsforløpet og sikre god samhandling med brukers nettverk.

Behandling og rehabilitering av mennesker med artrose - så enkelt og allikevel så vanskelig v/Kåre Birger Hagen, fysioterapeut og enhetsleder ved Nasjonalt kompetansesenter for reumatologisk rehabilitering og professor II ved universitetet i Oslo.

Data som belyser noen sentrale utfordringer når det gjelder behandling og rehabilitering av artrose og andre kroniske sykdommer i samhandlingsreformens tidsalder.

Rehabilitering av KOLS og viktigheten av trening v/Anita Grongstad, spesialfysioterapeut/MSc treningsfysiologi ved Glitrelinikken

Lungerehabilitering - hva sier retningslinjene og hvordan gjør vi det i Norge? Viktigheten av trening og hvordan få personer med kols til å fortsette med aktiv livsstil etter rehabilitering.

Fysisk aktivitet for å hindre residiv brystkreft og tykktarmskreft v/ Ida Bukholm, professor og overlege ved Akershus universitetssykehus, kirurgisk avdeling

I flere studier har vektøkning i voksen alder vist seg å ha sammenheng med høy risiko for brystkreft. Studier har vist at vektøkning mellom 20-50 år var den viktigste faktor i forhold til brystkreft.

Pasienter med flere diagnoser og rehabilitering - hva kan vi tilby? V/ Anders Grimsmo, professor og forsker ved NTNU, Institutt for samfunnsmedisin

To tredjedeler av pasientene i primærhelsetjenesten har flere behandlingstrende kroniske sykdommer.

Det er ikke utviklet faglige retningslinjer for hva som er god behandling og oppfølging for denne gruppen.

Kognitive vansker – intensiv trening og komputerbasert trening v/Jan Egil Nordvik, psykolog ved Sunnaas sykehus, kognitiv rehabiliteringsenhet.

Nordvik har doktorgrad med fokus på rehabiliteringstiltak for bedre innlæring og arbeidsminne ved redusert kognitiv funksjon.

Funksjonshindrede er en ressurs for arbeidslivet! Det er ikke nødvendig å gå på jobb bare du kommer... v/ Tommy Rovelstad, leder i Telenor Open Mind, arbeidsgiver/leder og tidligere NAVér

Handling skaper holdning. Holdning er deg selv. Du må få en følelse av eierskap i livet ditt. Du bestemmer selv og må ta tak selv. Hvordan skal andre se på deg selv som en ressurs når du ikke ser på deg selv som en ressurs. Alle kan ikke være like. Det er viktig med forskjellig bakgrunn. Budskapet til Rovelstad var: Se medmenneske. Ha eierskap til eget liv. Ikke syntes synd på mennesket - Ikke behandle andre som en baby.

Foredragene ligger også på www.nsh.no



**Styret i FSRH
ønsker alle medlemmer
en riktig god sommer!**



”ReHab i Nord” – ny kompetanseportal med rehabiliteringsfokus i Nord-Norge

skrevet av **May Iren Bendiksen**
Rådgiver
Rehabiliteringsklinikken UNN HF
may.iren.bendiksen@unn.no

Kompetanseportalen ble åpnet april 2012 og er en åpen fagressurs for alle som er interessert i rehabilitering og habilitering. Portalen er utviklet som en del av prosjektet ”Kompetansebroen”- et samarbeidsprosjekt mellom Rehabiliteringsklinikken og Medisinsk klinikk, UNN HF, Skjervøy og Tromsø kommune. Portalen finner du på www.helsekompetanse.no/rehabilitering

Arena for kunnskapsdeling, erfaringsutveksling og inspirasjon

Kompetanseportalen ”ReHab i Nord” er etablert i samarbeid med Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin. Vi bygger den gradvis opp ved at det hver måned (med unntak av juli og august) kommer et nytt aktuelt tema innen rehabilitering eller habilitering. Der vil du også etter hvert kunne finne nettressurser som aktuell ny forskning, offentlige publikasjoner, ulike typer verktøy til bruk i rehabiliteringen, praksiseksempler, e-læringskurs etc..

Regionale kompetanseutviklingstiltak

Rehabiliteringsklinikken ved UNN HF får årlig penger fra Helse-Nord til regionale kompetanseutviklingstiltak innen rehabilitering og habilitering beregnet på kommune- og spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge. Det arrangeres kurs og kompetansedager. Forelesningene presenteres i portalen – noen som videoforlesninger, andre som powerpoint presentasjoner, det kan være gruppeoppgaver etc.

Egne virtuelle rom for fagnettverk på habiliterings- og rehabiliteringsfeltet

Det finnes en rekke regionale fagnettverk innen habilitering og rehabilitering i Helse Nord. Alle fagnettverkene presenteres i portalen. Planen er etter hvert å utvikle egne lukkede virtuelle rom for hvert av nettverkene. Der kan de lagre dokumenter og drøfte fagstoff i et internt

diskusjonsforum. ReHab i Nord vil presentere resultatene av arbeidet som gjøres i nettverkene.

Du kan være med å utvikle kompetanseportalen

Både brukere og fagpersonell sitter med erfaringer og kunnskap som det er viktig å dele med andre. Kompetanseportalen ”ReHab i Nord” tar gjerne imot artikler som beskriver både hva vi i rehabiliterings-/habiliteringstjenesten trenger å bli bedre på samt viktig fagutvikling, forskning, masteroppgaver, gode praksiseksempler, brukerhistorier etc..

ReHabilitering^{UKA}

ReHabiliteringsuka 2013 – et løft for koordinatorrollen

Overordnet tema for ReHabiliteringsuka er «Habilitering og rehabilitering – til alle som trenger det». Helsedirektoratet oppfordrer til lokale og regionale markeringer 21. - 25. oktober 2013. Årets vinkling av tema innrettes mot koordinering og koordinatorrollen.

Sentralt i samhandlingsreformen

I løpet av de siste årene er det gjort et betydelig utviklingsarbeid i kommuner og helseforetak i å utforme og tydeliggjøre koordinatorrollen. Mange koordinerende enheter har laget gode opplæringstiltak og fått på plass opplegg for veiledning. Likevel erfarer mange at det er et stykke igjen før dette kan sies å være en godt etablert og anerkjent rolle i tjenestene.

Styrking av habilitering og rehabilitering er et av de sentrale grepene i samhandlingsreformen, jfr Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015. I kapitlet om «Framtidens pasient- og brukerrolle» beskrives koordinering som en sentral utfordring. Viktige lovpålagte verktøy for å nå målet om koordinerte tjenester er individuell plan og koordinator samt etablering av koordinerende enheter i kommuner og helseforetak.

Les mer på (kilde):

<http://www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/habilitering-rehabilitering/rehabuka/2013/Sider/default.aspx>

Aktuelt om hverdagsrehabilitering



Den danske Sosialstyrelsen har kommet med rapporten "**Kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet**".

Formålet med rapporten har vært å kartlegge de danske kommuners innsats og erfaringer

med hverdagsrehabilitering. De sier at (sitat s.6): "*En analyse af den måde samarbejdet om hverdagsrehabilitering er organiseret på, finder fire overordnede organisationstyper:*

- Organisationstype 1: Hjemmepleje i samarbejde med andre afdelinger
- Organisationstype 2: Hjemmepleje med ekstra ressourcer
- Organisationstype 3: Tverrfaglig specialenhed
- Organisationstype 4: Terapeutmodellen.

Der ses betydelige forskelle på tilbuddets organisering, også indenfor rammerne af den enkelte organisationstype. Bl.a. varierer det, hvilke borgere der får tilbud om rehabilitering, hvilke fagpersoner der indgår i kommunens tilbud, og hvor mange ti-mer de har til rådighed til supervision og træning med borgeren."

Her kan norske kommuner som planlegger hverdagsrehabilitering få nyttige tips!! Les mer på: <http://socialstyrelsen.dk/aeldre/forebyggelse-og-sundhed/rehabilitering>

I Norge er det opprettet en åpen Facebookgruppe med navnet **Hverdagsrehabilitering** – meld deg inn og følg med på hva som skjer! Her kan man fritt utveksle ideer og erfaringer om hverdagsrehabilitering. Tips om artikler og annet fagstoff legges ut som lenker. Vi oppfordrer medlemmer i faggruppen til å bidra i gruppediskusjoner slik at sykepleierperspektivet i hverdagsrehabilitering blir synliggjort! Facebookgruppa har nå passert 1800 medlemmer og flere kommer til. Det er nå 19 kommuner som gjør praktisk erfaring med hverdagsrehabilitering og ca 35 planlegger oppstart.

Meld deg inn!

Anbefalt lesestoff!



Stortingsmelding 29 "Morgendagens omsorg" ønsker å vektlegge innbyggernes ressurser og muligheter!

«Vanskeligheten ligger ikke i å få nye idéer, men i å unnslippe de gamle, som forgrener seg til hver krok av sinnet.»

John Maynard Keynes

"Det er et mål å styrke brukernes muligheter for egenmestring og opprettholdelse av funksjonsnivå så lenge som mulig. Derfor må rehabilitering være en naturlig og selvstendig del av all innsats og pleie. Det ligger et rehabiliterende element i all god behandling. Ressursbruken i omsorgssektoren er i stor grad rettet mot pleie av alvorlig syke og tiltak som kompenserer for funksjonstap. Det er fortsatt sentralt å ta vare på og verdsette den omsorgen som vedlikeholder funksjonsnivå, lindrer smerte og står for grunnleggende stell og pleie. Samtidig må vi åpne for nye tilnærminger, med et mer aktivt fokus på brukernes egne ressurser" sitat fra s.86

Les mer på: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-29-20122013.html?id=723252>



Styret FSRH

Leder:

Ada Valle Huuse
SI HF Rehabiliteringsavdelingen Gjøvik,
Ambulerende Rehabiliteringsteam ART
Spesialsykepleier i rehabilitering
AdaValle.Huuse@sykehuset-innlandet.no

Nestleder:

Camilla Margaretha Telle
Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø
Nevrologisk avdeling
Sykepleier
camilla.margaretha.telle@unn.no

Kasserer:

Lone Bødker Tjaum
Sunnaas Sykehus HF
Avdeling for traumatisk hjerneskade
Sykepleier
lone.tjaum@sunnaas.no

Sekretær:

May Iren Bendiksen
UNN HF/ Tromsø kommune
Rehabiliteringsklinikken / Utviklingssenter for
hjemmetjenester
Rådgiver / fagleder
may.iren.bendiksen@unn.no
may.iren.bendiksen@tromso.kommune.no

Styremedlem:

Siri Hvamstad
Østre Toten kommune
Fysio – og ergoterapitjenesten
Spesialsykepleier rehabilitering
Siri.m.hvamstad@ostre-toten.kommune.no

1. Varamedlem:

Brit Andersen Stensgaard
SiV, Klinikk Fysikalsk medisin og
rehabilitering, Kysthospitalet
Spesialsykepleier
brit.andersen.stensgaard@siv.no

2. Varamedlem

Marianne Mathisen
Helse Nord – Trøndelag
Sykehuset Levanger
Avdelingsleder ved Gyn/føde/barsel
marianne.mathisen@hnt.no

Valgkomiteen FSRH

Anne Høegh Sørum
Spesialistsykehuset for rehabilitering, Stavern
Anne.Sorum@siv.no

Hege Butli
Trondheim Kommune
Bergheim Hjemmetjeneste
hebu@online.no

Monica Selvén
Regional Enhet for Rehabilitering, Sunnaas
monica.selven@sunnaas.no

Linda Somdal (varamedlem)
Sørlandet Sykehus HF
Linda.Somdal@ssf.no

Elisabeth Ursfjord (varamedlem)
Universitetssykehuset i Nord – Norge
Rehabiliteringsklinikken
elisabeth@ursfjord.no