



# REHABPOST

Medlemsblad for Faggruppen av Sykepleiere i Rehabilitering • Årgang 10 • Desember 2014

May Iren Bendiksen:  
**Ny leder i FSRH**

Fortell andre om arbeidsplassen din:  
**REHAB Stafetten**

**Stereotype framstillinger**

2004 – 2014:  
**FSRH – 10 år**

*God jul og Godt nytt år!*



**Faktorer som påvirker pårørendes omsorgsbelastning ett år etter en alvorlig traumatisk hjerneskade**



NSFs FAGGRUPPE AV  
SYKEPLEIERE I REHABILITERING



# Leder

■ Kjære alle medlemmer

*Rehabilitering er "in"*

Jeg heter **May Iren Bendiksen** og fikk det ærefulle oppdraget å være leder for FSRH på ekstraordinær generalforsamling 3.09.14. Ada Valle Huuse valgte å trekke seg etter 5 år i styret 3 år som leder. Vi retter en stor takk til henne som har lagt ned mye arbeid for at vi skal ha en oppegående faggruppe. **Tusen takk, Ada!**

Litt om meg selv. Jeg har jobbet innenfor rehabiliteringsfeltet i Tromsø i vel 20 år i mange ulike roller - som sykepleier, avdelingssykepleier, rådgiver, prosjektmedarbeider og prosjektleder. Jeg har også en master i rehabilitering fra Høgskolen i Bodø i 2008. Fagutvikling har vært mitt hjertebarn både innenfor sykepleiefaget, i et tverrfaglig perspektiv og innenfor samhandling. For tiden jobber jeg i halv stilling som sykepleier i hverdagsrehabiliteringsteamet i Tromsø kommune og i halv stilling som fagleder ved Utviklingssenter for hjemmetjenester Troms.

Som min overskrift sier så opplever jeg at rehabilitering som arbeidsmetode er blitt moderne. Jeg ser at stadig flere kommuner ønsker å starte med hverdagsrehabilitering.

At dette er en smart måte å jobbe på har jeg visst i 20 år, så velkommen etter. Jeg innrømmer at det gleder et hjerte som banker varmt for rehabilitering.

Styrende organer tenker rehabiliterings-tankegangen i mye større grad må spres til hjemmetjenesten. De ønsker økt selvstendighet og forebygging av funksjonsfall hos brukerne. Dette mener jeg kan bli en utfordrende oppgave. Dagens organisering av hjemmetjenesten støtter ikke opp om en slik tankegang. I hjemmetjenesten har man i mange år blitt sporet inn på en oppgaveorientert måte å arbeide på hvor man får ressurser ut fra de enkeltstående arbeidsoppgavene man gjør. Tidsmåling i forhold til hvor lang tid de ulike oppgavene skal ta, har, til og med, vært tatt i bruk. Dette fremmer en tankegang om at oppgavene må gjøres fort og sjansen er stor for at man overtar oppgaver personen kan gjøre selv. Da bruker man minst tid.

Nå har man sett at med en utvikling hvor andelen eldre øker sterkt, må man tenke annerledes. Man ønsker en sprekere befolkning som i større grad klarer seg selv i hverdagen

*I Omsorgsplan 2020 beskrives hverdagsrehabilitering faktisk som ett av de tre viktigste satsningsområdene i helse- og omsorgstjensten. Regjeringen melder også at en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering er under utarbeidelse og vil tre i kraft fra 2016.*



og man tenker at hverdagsrehabilitering er tingen som skal fremme dette. Personen skal få sette ord på hva hun/han vil og trene på det som er viktig for å vedlikeholde funksjonen. Jeg er absolutt for det, men tenker at det nytter ikke at hverdagsrehabiliteringsteamene skal ha denne arbeidsmetoden mens hjemmetjenesten blir oppgavestyrte. Organiseringen må samsvare med det man ønsker å oppnå. Vi har nok en vei å gå før vi alle drar i samme retning. Men en ting er sikkert - de styrende

organer har fått øynene opp for rehabilitering! Så det er bare å smi mens jernet er varmt.

***Så kjære rehabiliteringssykepleier  
– ut å spre din kunnskap!***

**May Iren Bendiksen**  
*leder FSRH*







## ”Faktorer som påvirker pårørendes omsorgsbelastning ett år etter en alvorlig traumatisk hjerneskade. En norsk multisenterstudie”

■ Alvorlig traumatisk hjerneskade (TBI) er en av de vanligste årsakene til død og funksjonsnedsettelse. Det er den organskade som krever flest liv i Norge i dag, og dødeligheten er nær 30 %. De vanligste årsakene er fall og trafikkulykker.

AV: UNN SOLLID MANSKOW  
Nevrosykepleier og PhD-stipendiat.  
Rehabiliteringsklinikken, UNN Tromsø

**D**ette rammer oftest unge menn, gjennomsnittsalderen er ca 30 år. En alvorlig TBI har store konsekvenser for den enkelte, familien og det sosiale nettverket. Før de overlevende er ofte viktige funksjoner som hukommelse, oppmerksomhet og kognitiv funksjon rammet. Dette medfører at den skadde kan ha redusert funksjonsnivå over tid, noen resten av livet.

Der er fra før kjent at pårørende til personer med en alvorlig TBI kan rammes av ulike psykiske belastninger: Angst, depresjon, sosial isolasjon og endrede familieroller. Atferdsendringer og reduksjoner i den skaddes livskvalitet er det som i størst grad påvirker de pårørende. Tidligere studier har vist at det er tyngre for pårørende etter hodeskader enn for pårørende til slag og demenspasienter. Påkjennningene kan føre til psykiske proble-

mer: angst og depresjon, isolasjon fra familie og venner og ensomhet. Andre studier har også vist en sammenheng mellom pårørendes psykiske helse og hvor friske pasientene blir. Det gjør denne studien spesielt viktig.

**”Påkjennningene kan føre til angst og depresjon, isolasjon”**

### Metode

Studien undersøker sammenhengen mellom forskjellige områder av belastning og ulike faktorer hos pårørende og pasienten som kan påvirke dette. Dette er ikke gjort tidligere i en prospektiv multisenterstudie. Studien er et samarbeid mellom rehabiliteringsforskere fra universitetene i Oslo, Bergen, Trondheim



*Dette er et utdrag av artikkelen:*

***"Factors affecting Caregiver Burden 1 year after severe Traumatic Brain Injury. A prospective national multi-center study".***

*Publisert i Journal of Head Trauma Rehabilitation, august 2014.*

*Om du vil lese artikkelen i detalj, finnes den på:*

**[www.ncbi.nlm.nih.gov/  
pubmed/25119652](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25119652)**

og Tromsø. Av 163 pasienter i Norge med alvorlig hodeskade som ble fulgt opp ett år etter skaden, har 92 av deres pårørende svart på denne undersøkelsen om belastning.

Dette er en kvantitativ undersøkelse der de pårørende fikk tilsendt et spørreskjema ett år etter skaden. Vi målte omsorgsbelastning ved bruk av skjemaet Caregiver Burden Scale (CBS). CBS består av 22 spørsmål og er delt inn i 5 hovedområder: Generell belastning, Skuffelse, Isolasjon, Følelsesmessig involvering og Miljøfaktorer. I tillegg undersøkte vi om pårørendes sosiale nettverk og ulike faktorer hos pasientene påvirket omsorgsbelastningen (type skade, funksjonsnivå og lignende).

#### **Resultater**

Resultatene viser at 16 % av pårørende oppga en høy total belastning, 34 % moderat og 50 % lav belastning. Gjennomsnittlig score på total belastning for alle pårørende, viser en moderat belastning. Av de 5 områdene av belastning vi målte med CBS, viste Generell belastning og Skuffelse høyest score (mest belastning). Faktorer som signifikant ga en høyere omsorgsbelastning, var å ha et dårlig sosialt nettverk (lite omgang med venner/familie), ensomhet og å være pårørende til en TBI-pasient med et lavt funksjonsnivå.

#### **Klinisk nytte**

Innen helsevesenet har vi et stort forbedringspotensiale for ivaretagelse av pårørende. Det er derfor svært viktig for oss å finne ut av hva som forårsaker belastningen hos de pårørende.

Med denne nye kunnskapen vet vi mer om hva som kan gjøres for i fremtiden å forebygge dette. Pårørende er en stor ressurs for pasienten og er dermed en viktig del av behandlingen og rehabiliteringen. Dette gjelder både når pasienten er innlagt på sykehus og ikke minst etter hjemkomst. Det er da resten av livet starter.



# REHAB Stafetten

*Fortell andre  
om arbeidsplassen  
din!*

■ Sykehuset Innlandet starter, denne høsten, en ny smertepoliklinikk – og jeg er så heldig å få være med å bygge opp dette tilbudet.

AV: ADA VALLE HUUSE  
spesialsykepleier

**V**i er et tverrfaglig team med felles plattform og tanker om å bistå og behandle pasienter til en bedre hverdag. Sammen har vi mye kompetanse.

Det er slitsomt for mennesker å ha mye vondt lenge! I flere epidemiologiske studier kommer 25-30 % av den voksne befolkning inn under denne pasientkategorien som også «koster» samfunnet, mer enn noen annen

pasientgruppe, med over 30% av langvarige sykemeldinger og 40% av uføretrygder. I erkjennelsen av at behandlingen av langvarige smertetilstander har vært for dårlig, har man nå vedtatt økt prioritering for denne gruppen. Ny smerteveileder kommer i høst og sentrale myndigheter ønsker flere smertepoliklinikker.

## Vårt behandlingsteam består av:

- Leger
- Psykiater
- Spesialsykepleiere
- Spesialfysioterapeuter
- Sekretær





*Behandlingsteamet på smertepoliklinikken ved Sykehuset Innlandet.*

### Vår filosofi

Pasienten er ekspert i eget liv med mye kompetanse og erfaringer både på egne smerter og andre utfordringer. Vi fagpersoner har fagkompetanse som vår sentrale kompetanse.

Sammen finner vi løsninger/muligheter for en hverdag med mindre smerter og bedre livsfunksjon. Langvarig smerte er sammen-

satt. Den enkeltes smerteopplevelse preges, ikke bare av en lokal skade/sykdomstilstand, men også i stor grad av den totale livssituasjon, personlighet, fysisk aktivitet, psyke, bekymringer, tidligere traumer, smerteforståelse etc. Derfor må smerten behandles fra forskjellige vinkler, dvs av forskjellige faggrupper.

**Kommunikasjon**



Smertepoliklinikken ved Sykehuset Innlandet



Vi ønsker å være tverrfaglige med sakkyndige øyne som vurderer alle komponenter av smertebildet og prøver å se etter en helhetlig behandlingstilnærming.

**De som kan søkes inn hos oss er mennesker med:**

- Langvarige og sammensatte smertetilstander i muskel og skjelett, som ofte trenger en sammensatt behandlingstilnærming.
- Nevropatisk betingede smertetilstander, fortrinnsvis i samarbeid med nevrologisk sakkyndighet.
- Smertetilstander hvor det fremgår tydelig sammensatte fysiske og psykiske årsakssammenhenger.
- Smertetilstander som kan ha behov for mer anestesirelatert tilnærming (nerveblokader, spesielle former for injeksjonsbehandling etc).

**Vi bidrar med:**

- Individuell oppfølging og behandling.
- Grupper med kognitiv veiledning, smerteforståelse og mestrings-teknikker.
- Grupper med fysisk aktivisering/treningsveiledning.
- Vurdering av medikamentelle regimer og annen tilsvarende smertebehandling.

God informasjon og kommunikasjon med pasienter og samarbeidspartnere er viktig.

Pasientens egne erfaringer og motivasjon i behandlingen er avgjørende.

Vi bruker evalueringsverktøy som etter hvert kan gi oss informasjon om det vi driver med har noe for seg.





# Stereotype framstillinger

## ■ Stereotype framstillinger av sykepleiere i litteratur og populærkultur – hvor kan de komme fra?

AV: ELISABETH URSFJORD  
EPJ-rådgiver ved E-helse og  
IKT-forvaltning, NST, UNN

Da ReHabposten spurte meg om å fortelle om tema for min hovedfagsoppgave, tenkte jeg: Men dette har jo ikke noe med rehabiliteringssykepleie å gjøre, det faller jo utenfor fagfeltet? Det er helt riktig. Min fortelling viser heller hvordan man som sykepleier kan utforske tema som grenser opp til det rent sykepleiefaglige, slik som denne oppgaven fokuserer på sammenhenger som er av betydning for hvordan sykepleiere framstilles og oppfattes i det samfunnet man lever i. Temaet kan sies å høre til under sykepleiens kulturhistorie.

I det følgende skal jeg i hovedtrekk fortelle litt om bakgrunn, perspektiv, valg av tekster og hva jeg lærte da jeg valgte å skrive en hovedfagsoppgave i engelsk som utforsker bakgrunnen for stereotype framstillinger av sykepleiere i litteratur og populærkultur.

### Bakgrunn

Jeg ble ferdig utdannet sykepleier i 1980. Etterpå arbeidet jeg innenfor ulike deler av helsevesenet, deriblant ca. 10 år med rehabilitering og tverrfaglig samarbeid. Det forklarer min relasjon til FSRH. Men jeg har alltid hatt interesse for språk, og på slutten av 80-tallet begynte jeg å studere engelsk ved siden av jobben som sykepleier. Dette resul-

terte til slutt i en hovedfagsoppgave i 1999. Min egen betingelse for å gå i gang med hovedfaget var at oppgaven skulle handle om «noe» med sykepleie.

### *”Engleaktige vesener eller ondskapsfulle og stygge”*

Under litteraturstudiene (som også hører med når man studerer språk) var det mange tekster fra ulike tidsepoker på pensumlista, deriblant noen romaner med sykepleierskikkelser blant karakterene. Som sykepleier undret jeg meg over de ofte svart/hvite framstillingene av disse rollene. Etter hvert begynte jeg å legge merke til hvordan sykepleiere ellers ble framstilt i populærkultur som jeg kom over, for eksempel i tegneserier, vitsetegninger, filmer og bøker. Noen ble beskrevet som engleaktige vesener, andre som ondskapsfulle og stygge.

Enkelte framsto nærmest som karikaturer sammenlignet med mitt nøkterne bilde av dagens sykepleier i en hverdagslig jobbkontekst. Jeg syntes dette var interessant og spurte meg selv hva årsaken kunne være. Satt på spissen, hvorfor ble ikke fysioterapeuter og



ergoterapeuter framstilt på den måten? Jeg hadde nok noen tanker om hvorfor, men fikk lyst til å finne mer ut av det.

### **Perspektiv, tilnærming og avgrensning av oppgaven**

Siden dette var en litterær oppgave, måtte jeg velge meg ut tekster som jeg skulle utforske for å få svar på undringene mine, og spørsmålsstillinga måtte spisses og avgrenses. For å komme i gang med arbeidet og for å snevre inn valg av tekster, leste jeg flerfoldige tekster som inneholdt karakterer i form av sykepleierskikkelser. Det må presiseres at det ikke nødvendigvis var sykepleierskikkelser i form av profesjonelle sykepleiere, men skikkelser som hadde *rollen* som sykepleier. Avgrensinga innebar også at jeg måtte velge tidsepoke og kulturell tilhørighet for tekstene. Jeg valgte da tre hovedtekster fra midten av 1800-tallet, fra perioden kalt Victoriatida i Storbritannia. Det var på den tida at sykepleie og utdanning av sykepleiere ble institusjonalisert og profesjonalisert, i denne sammenheng begrenset til Storbritannia.

Tittelen *The Nurse Figure in Victorian Britain – Magdalen or Madonna?* setter problemstillinga på spissen: Ble sykepleieren i Victoriatida oppfattet som et madonnalignende, engleaktig vesen, eller som en promiskuøs og/eller ondsinnet kvinneperson? Det måtte være noe bak og imellom disse ekstreme skikkelsene, og jeg ønsket å problematisere det.

### **Valg av tekster**

Hovedtekstene jeg endte opp med var *Ruth* av Elizabeth Gaskell (1853), *The Life and Adventures of Martin Chuzzlewit* av Charles Dickens (1843) og *Notes on Nursing* (1859) av Florence Nightingale. De to første er romaner, mens *Notes on Nursing* kan være vanskelig å plassere genremessig. Jeg ønsket å se nærmere på hvilke sykepleierskikkelser som steg fram av tekstene, og kommentere dem på et bakteppe av samtidas kultur. Hvilket *image* av sykepleieren framsto, hva var det betinget av, og kunne det være med på å forklare latente holdninger bak stereotype framstillinger av

sykepleiere som innimellom dukker opp i populærkultur også i vår tid?

I *Ruth* er hovedkarakteren ei ung kvinne som får barn utenfor ekteskap. Gaskell skapte furore, da dette var et uhørt tema for en roman på den tida. Ruth skildres som et hjerte godt og uskyldig menneske, som til slutt i sitt eget livs lidelse ender opp med å pleie syke under en koleraepidemi. Gaskell forsøker å vise hvilket godt menneske Ruth er og hvor uforskyldt hun er i sin skjebne, men i Victoriatidas England var en kvinne som hadde sex utenfor ekteskapet en fallen kvinne, for alltid fordømt. Det kan virke som om Gaskell lar Ruth gjøre bot for sine handlinger gjennom å pleie syke. Men tida var kanskje ikke moden for å la en slik tekst få en lykkelig slutt: Ruth dør til slutt selv av pesten – etter at hun er blitt hyllet nærmest som en helgen. På en måte ble hun en martyr. *Ruth* står for den ene ekstreme varianten av sykepleierskildringer, den som er helgenaktig og utelukkende god og ofrer seg for andre mennesker gjennom pleie av syke.

I den andre romanen beskriver Charles Dickens et monster av en sykepleier, en «horror nurse». Sairey Gamp er grotesk, grådig, hensynsløs, vulgær og drikkfeldig, og hun utfører tjenester som for eksempel å bistå ved fødsler og å stelle døde mot betaling. Samtida hadde et paradoksalt syn på pleie av syke som for oss i dag virker underlig. Når noen ble syke, var det forventet at kvinnene i familien skulle pleie dem – det var da sett på som en edel og opphøyet handling. Men de kvinnene som forsøkte å leve av å stelle syke (*hired nurses*) ble sett ned på – sykepleie hørte til innenfor familien. Disse kvinnene ble ofte assosiert med prostituerte, og noen av dem var vel det også. Det var ikke enkelt å overleve som enslig ugift kvinne dersom du kom fra en ubemidlet familie. Dickens' komiske og groteske sykepleierkarakter er en satire på datidas «profesjonelle» sykepleiere; standarden på sykepleien disse utførte og forholdene i sykehusene var faktisk tema i den offentlige diskusjon.

Det er her Florence Nightingale kommer inn. Hun var en av flere pionérer som arbei-



det for å etablere et bedre utdanningssystem for sykepleie, og dermed for å forbedre både kvaliteten på sykepleie og ryktet til de som pleide syke. Selv om *Notes on Nursing* henvender seg til kvinner i hjemmet, kan den også leses som et manifest som løfter sykepleie ut av hjemmets rammer og viser relevansen for samfunnet, bl.a. i sykehusene. Man kan også nærme seg den som en litterær tekst og forsøke å beskrive hva som kjenner tegner den sykepleierskikkelsen som kommer til syne hos Nightingale, hvilke litterære virkemidler Nightingale bruker for å overbevise og hvordan teksten bærer preg av andre tekster og rådende oppfatninger i sin samtid. Jeg ble f. eks. forbauset over Nightingales bruk av ironi, og jeg fant også tydelige spor av *sanitarianism*.<sup>1</sup> Nightingale var tilhenger av denne retninga, som for øvrig kom i bakgrunnen da bakteriene som årsak til infeksjoner ble påvist. *Notes on Nursing* kan sies å representere den preskriptive sykepleier.

Jeg måtte også velge noen kriterier eller «knagger» for å kunne si noe strukturert om det jeg fant i de tre hovedtekstene. Jeg valgte da å bruke kulturelle myter om kvinner beskrevet bl.a. av Nina Auerbach og Karen Armstrong. Auerbach beskriver slike myter kategorisert som *queen, victim, angel, demon, old maid and fallen woman* (1982). Armstrong beskriver stereotype roller som *virgin, martyr, witch and wife and mother* (1996). Jeg forsøkte da å knytte de sykepleierskikkelsene som steg fram av hovedtekstene opp mot disse kulturelle mytene om kvinner på Nightingales tid. I tillegg er tilnærminga til tekstene basert på teorien om intertekstualitet, som i forenklet form kan sies å handle om at en tekst aldri fungerer som et lukket, uavhengig hele, men er påvirket av andre tekster – både gjennom leserens og forfatterens lesererfaringer (Still og Worton, 1990).

## Funn

Kort oppsummert, så fant jeg at sykepleierskikkelsen fra den valgte tidsepoken var en

<sup>1</sup> Rådende teori i samtida om årsaken til at sykdom oppstår, med fokus på miljø.

paradoksalt blanding av flere forskjellige slike myter, og at skillet mellom the good og the bad nurse ikke nødvendigvis gikk langs forventede skillelinjer mellom de ulike kategoriene. Som vi vet av erfaring, er det virkelige liv komplekst, men vi mennesker kan ha en hang til å holde oss til kategorier for å handtere og forsøke å forstå virkeligheten.

I ettertid kan jeg nok si at skulle jeg ha skrevet om dette i dag, ville jeg ha tatt med noen flere aspekter og/eller vinklinger. Men arbeidet med å skrive denne oppgaven var utrolig interessant og lærerikt for meg underveis i skriveprosessen. Jeg lærte også å bli observant på flere lag og betydninger i en tekst, og å kunne kjenne igjen referanser og allusjoner (hentydninger) til andre tekster.

## Hvorfor dukker så slike stereotype bilder av sykepleiere opp også i vår tids populære kultur og litteratur?

Jeg har ikke noe endelig svar, men jeg refererer gjerne til Auerbach. Hun hevder at kulturelle myter er et undergrunnsfenomen som lever skjult under de offisielle doktrinene i sin samtid. Slik kan man tenke at mytene dukker opp og hjemsøker oss når vi minst aner det.

### Referanser

Armstrong, Karen. *The Gospel According to Woman*. 1986. London: Elm Tree/ Hamish Hamilton, 1996.

Auerbach, Nina. *Woman and the Demon: The Life of a Victorian Myth*. Cambridge, Massachusetts and London: Harvard UP, 1982.

Dickens, Charles. *The Life and Adventures of Martin Chuzzlewit*. 1843/44. Hertfordshire: Wordsworth Editions, 1994.

Gaskell, Elizabeth. *Ruth*. 1853. Oxford, New York: Oxford UP, 1985.

Nightingale, Florence. *Notes on Nursing: What it is and What it is not*. 1859. Edinburgh, London and New York: Churchill Livingstone, 1980.

Worton, Michael and Judith Still, eds. *Intertextuality: Theories and Practices*. Manchester: Manchester UP, 1990. 1-33.



# Nye styremedlemmer

- Siden forrige nummer av medlemsbladet har det kommet til to nye medlemmer i styret.



## Johanne Seim, sekretær

Spesialsykepleier i rehabilitering og langtids-sykepleie, bor i Kristiansand. Jeg ble utdannet sykepleier i 1980 og har variert yrkeserfaring fra spesialist- og kommunalhelsetjeneste og som veileder og lærer i sykepleierutdanningen.

Arbeider nå ved Sørlandet sykehus/ AFR i Ambulant rehabiliteringstjeneste (ART) tilknyttet Enhet for spesialisert rehabilitering. Hovedsakelig omfatter dette oppfølging av hodeskadde i 4 fylker fra akutt fase til ca 1-2 år etter skade både på pasientnivå og systemnivå.

*Johanne Seim*

*ART (ambulant rehabiliteringstjeneste) SSHF*



## Bente Farstad, styremedlem

Jeg utdannet meg som hjelpepleier i 1979 og jobbet da på Det Norske Radiumhospitalet i 2 år og deretter hjemmesykepleien i Larvik kommune.

Min bachelor utdanning i sykepleie tok jeg i 2006. Etter det arbeidet jeg som assisterende avdelingsleder i Larvik kommune. Der var jeg i 2 år før jeg begynte på Kysthospitalet, nevro rehabilitering, hvor jeg fortsatt er.

*Bente Farstad*

*Kysthospitalet, SIV*



*Fremskritt – hva er det?  
At vi kan kjøre fortere på veiene?  
Nei, fremskritt det er legemets nødvendige hvile  
og sjelens nødvendige ro.  
Fremskritt er menneskets trivsel.*

*Knut Hamsund*



2004 – 2014

# FSRH – 10 år

[www.facebook.com/Rehabiliteringssykepleie](http://www.facebook.com/Rehabiliteringssykepleie)

■ Hurra, vi feirer oss selv som Faggruppe Sykepleiere i ReHabilitering, FSRH. Vår oppstart var i september 2004!

STYRET FSRH

**Litt historie:** Tidligere sjefssykepleier Gunnhild Skatteboe, Sunnaas, arbeidet i flere år for å etablere en faggruppe i rehabiliteringssykepleie. Så en stor takk til henne og Hege Teslo, Grace Romsland og Birgitte Dahl som kom med i interimstyret.

Faggruppens første leder var Monica Selvèn, Sunnaas sykehus. I sin første lederartikkel i fagbladet sier hun: "Vi skal være et forum for faglig identitet og tilhørighet og utveksle erfaringer og kunnskap. For å få til det er vi avhengige av medlemmer med engasjement og interesse for rehabiliteringsfaget".

**Slik var det da og slik er det også nå i 2014.**

## 2004 - Åpningshilsen til den nyetablerte faggruppen var ved Erik Bårdsgeng, daværende nestleder i NSF

Han sier at rehabiliteringssykepleie handler om:

1. Prosesskompetanse (inkludert psykologisk kompetanse).
2. Samhandlingskompetanse med evne til å samhandle med bruker/pasient og faglige samarbeidspartnere.
3. Systemkompetanse, d.v.s. å kunne spille på nødvendige og tilgjengelige systemer og ressurser.
4. Ideologisk kompetanse i forhold til å kjenne rehabiliteringsideologiens grunntanker og verdier.

5. Metodekompetanse i forhold til å forstå hvordan nå mål.

## 2014 - Nåværende styret sier:

Faggruppen er viktige premissleverandører og bidragsyttere i arbeidet for faglig kvalitet i sykepleien. Det er også viktig at vi deltar i samfunnsdebatten, driver fagutvikling og forskning.

Samhandlingsreformen er et faktum og styrking av sykepleiernes kompetanse både i kommunene og spesialisthelsetjenesten er en nøkkel for å lykkes.

**Rehabiliteringssykepleie gjør en viktig forskjell** for utvikling av faget til beste for pasienter, brukere og dere pårørende, både i spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Vi er tilsluttet Sentralt Fagforum, et faglig forum for alle faggrupper i NSF, leder er Frank Oterholt. Fra å være en liten faggruppe med 50 medlemmer i 2004 har vi vokst til en middels stor faggruppe med 260 medlemmer i 2014.

*Vi har plass til flere*

*– verv dine kolleger!*



# Den 3. Nasjonale erfaringskonferansen om hverdagsrehabilitering



■ Trondheim kommune og Prosjekt Hverdagsrehabilitering i Norge\* arrangerte konferansen om Hverdagsmestring og Hverdagsrehabilitering 27.–28. november på Clarion Hotell og Congress i Trondheim.

**F**ra 50 kommuner var 280 engasjerte deltakere samlet for å dele erfaringer med innføring av ”Hverdagsrehabilitering” i sin kommune. Temaet i programmet var: endringsarbeid, både hos brukere, helsearbeidere og i befolkningen.

Konferansen hadde utstillertorg hvor 10 kommuner viste fram gode prosjekter, tiltak eller samarbeid som har ført til endringer i kommunens/omsorgstjenestens arbeidsmåter, tilnærminger,

kultur eller samarbeidsrelasjoner. KS stilte også på erfaringstorget.

Visjonen bak hverdagsrehabiliteringsarbeidet er at eldre i Norge blir møtt av helse- og omsorgstjenesten i kommunene på en slik måte at Eldres ressurser, ønske om deltakelse i samfunnet og mestring i hverdagen blir ivare tatt og støttet.

\* Prosjekt Hverdagsrehabilitering i Norge består av KS, Norsk Ergoterapeutforbund, Norsk Fysioterapeutforbund og Norsk Sykepleierforbund.





# Bokanmeldelser

## ■ Bok: **DET ER IKKE MER SYND PÅ DEG ENN ANDRE** av Ingvard Wilhelmsen

**Hypokonderlegen sin bok om eget ansvar i eget liv...**

Boka er underholdende, forståelig og klok allmenn terapi for noen og enhver, både som privatperson og fagperson... og det er deilig å le med alvor. Den handler egentlig lite om hypokonderi, er gjenkjennelig og en mulighet til egen refleksjon..

**SITATER:**

- *Det man gir mye oppmerksomhet, tid og energi, har en tendens til å bli forsterket*
- *Bekymring er et helt vanlig, normalt fellesmenneskelig fenomen. Spørsmålet er ikke om vi skal bekymre oss eller ikke, men hva vi skal bekymre oss for, hvor lenge og hvorfor.*

Noen spissformuleringer har han...

- *Det går faktisk an å gi folk en overdose empati slik at de marinerer seg i elendigheten sin*
- *Offerrollen byr på en god del fordeler – en måte å øke selvfølelsen på og man kan spille på andres skyldfølelse*

Gjennomgangsfiguren i boken er en 30 år gammel kvinne som, etter en vanskelig oppvekst, fikk store psykiske problemer og gikk inn i offerrollen i eget liv. Et offer forklarer sine problemer med ting som har skjedd i fortiden; man føler seg låst, og det er ingenting man kan gjøre med det. Andre må ta ansvaret. Da forfatteren i samtale med pasienten sa til henne: "Det er ikke er mer synd på deg enn andre", følte hun seg utrolig krenket. Til tross for dette tok hun etter en tid oppgjør med sine egne holdninger og sin atferd, blant annet offerrollen. Pasienten klarte, med veiledning, å endre holdning og ta ansvar for sine egne valg. Dette førte til en helt ny frihet i livet hennes, men også et nytt ansvar.



## ■ Bok: **ET HELT HALVT ÅR** av Jojo Moyes

Lou Clark vet en god del. Hun vet hvor mange skritt det er fra buss-holdeplassen og hjem. Hun vet at hun liker jobben sin på kafeen The Buttered Bun, og hun vet at hun kanskje ikke elsker kjæresten sin, Patrick. Det Lou ikke vet, er at hun snart kommer til å miste jobben, eller at hun er avhengig av å vite hva som venter rundt neste sving, for ikke å gå fra forstanden. Will Traynor vet at motorsykkelulykken tok fra ham viljen til å leve. Han vet at alt føles veldig smått og meningsløst, og han vet nøyaktig hvordan han skal få slutt på det. Det Will ikke vet, er at det Lou skal storme inn i livet hans. Og ingen av dem vet at de kommer til å forandre hverandre for alltid. Et helt halvt år har i flere måneder ligget som nr 1 på bestselgerlister i England, USA og Tyskland. Den er solgt til over 30 land og planlegges som film i 2014.



Foreningen "Retten til en verdig død" tar opp igjen problemstillingen med aktiv dødshjelp, også i Norge, denne høsten

Boka belyser nettopp det spørsmålet på en klok og varm måte – i det hele tatt så er boka nettopp det, klok, varm og i tillegg med mye humor og faktisk rett og slett morsom til tider... Den gir en opplevelse av å være sterkt tilstede i handlingen.

# Innspill fra medlemmer

## ■ THE 12<sup>TH</sup> INTERNATIONAL FAMILY NURSING CONFERENCE

av Anne Geard

Jeg er **IFNA-kontakt i Norge** (International Family Nursing Association) og sender denne invitasjon til neste års konferanse om familie sykepleie. Håper dere kan videreformidle til kollegaer eller andre bekjente som har interesse for dette feltet. I 2015 er konferansen i Odense, Danmark og vi håper flere norske sykepleiere har muligheten til å delta. Kanskje er det noen der ute som kan tenke seg og sende inn et abstrakt til foredrag og/eller poster? Vi håper å se mange av dere i Odense i august 2015. Dette er et viktig felt for alle sykepleiere, uansett hvor de jobber.

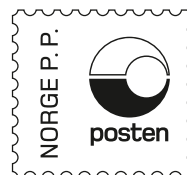
Hvis spørsmål ta kontakt med Anne Geard, [anne.geard@sunnaas.no](mailto:anne.geard@sunnaas.no)

### The 12th International Family Nursing Conference

<http://internationalfamilynursing.org/2012/09/27/call-for-abstracts/>



Returadresse:  
Ada Valle Huuse  
Ragnhilds vei 7  
2819 Gjøvik



NSFs FAGGRUPPE AV  
SYKEPLEIERE I REHABILITERING

## STYRET

Leder: May Iren Bendiksen	Tromsø kommune Rehabiliterings- klinikken/utviklingssenter for hjemmetjenester, Rådgiver/fagleder	May.iren.bendiksen @tromso.kommune.no
Nestleder: Camilla Margaretha Telle	UiT Institutt helse og omsorgsfag	camilla.margaretha.telle@ unn.no
Kasserer: Lone Bødker Tjaum	Sunnaas Sykehus HF Avdeling for traumatisk hjerneskode, Spesialsykepleier	lone.tjaum@sunnaas.no
Sekretær: Johanne Seim	SSHF Avd.fys.med og rehab. ART(ambulant rehabiliterings- tjeneste	johanne.seim@sshf.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: Bente Farstad	SiV, klinikk fysikalsk medisin og rehabilitering, Kysthospitalet	bente.farstad@siv.no

## VALGKOMITÉ

Anne Høegh Sørum	Spesialistsykehuset for rehabilite- ring, Stavern	Anne.Sorum@siv.no
Hege Butli	Trondheim Kommune Bergheim	hebu@online.no
Ada Valle Huuse	Fys.med og rehab.	Adavalle.huuse@ sykehuset-innlandet
Arne Edvard Sørli Gya	UNN, Tromsø	Arne.edvard.sorli.gya@ unn.no