

På rett sted - til rett tid.....

*Oppfølging av voksne med afasi etter hjerneslag i lys av
samhandlingsreformen – hvordan fungerer det i praksis?*

Wenche Brandal & Ann Toril Brakstad

Masteroppgave i logopedi
Institutt for språk og litteratur

NTNU

Våren 2017

Forord

Denne oppgaven er det avsluttende arbeidet for det første kullet ved masterstudiet i logopedi ved NTNU i Trondheim som startet opp høsten 2013. Arbeidet med oppgaven har vært både en lærerik og en utfordrende prosess.

Vi vil rette en stor takk til alle våre informanter, som var villige til å dele sine erfaringer og refleksjoner med oss. Vi setter stor pris på at dere var så imøtekommende og tok dere tid til å delta.

Takk til våre veiledere Julie Feilberg, Ellen Andenæs og Bjørn Thore Vaagan for god veiledning og konkrete innspill.

Takk for et lærerikt og interessant studieprogram og til alle gode forelesere, studieveiledere og medstudenter. Det har vært 4 inspirerende og spennende år!

Takk til venner og familie for støtte og oppmuntring!

Den største takken bør vel gå til de som har «holdt ut» med oss her hjemme i disse fire årene. Uten dere hadde vi ikke klart det. Tusen takk!

Trondheim, juni 2017

Wenche Brandal og Ann Toril Brakstad

INNHALDSFORTEGNELSE

1 Innledning.....	6
1.1 Formål og problemstilling.....	7
1.2 Begrepsavklaring.....	8
1.3 Gangen i oppgaven.....	8
2 Teoretisk bakgrunn.....	10
2.1 Samhandlingsreformen.....	10
2.1.1 Helhetlige og koordinerte tjenester.....	10
2.1.2 Tiltak – hovedgrep for å nå målet	11
2.1.2.1 Klarere pasientrolle – helhetlige forløp.....	12
2.2 Afasi.....	16
2.2.1 Former for afasi.....	16
2.2.2 Tilleggsvisker.....	17
2.2.3 Årsak og omfang.....	18
2.3 Afasirehabilitering.....	18
2.3.1 Et godt rehabiliteringsforløp.....	19
2.3.2 Rett til logopedrehabilitering – to sektorer – to lovverk.....	20
2.3.3 Tverrfaglig samarbeid på tvers av sektorer.....	21
3 Metode.....	23
3.1 Kvalitativt intervju.....	23
3.1.1 Intervjuguide.....	23
3.1.2 Utvalg.....	24
3.1.3 Databehandling og analyse.....	27
3.1.4 Validitet og reliabilitet.....	28
3.1.5 Etikk.....	29
4 Resultat.....	31
4.1 Akutfasen- sykehus – felles pasientforløp og prosedyrer.....	31
4.2 Sykehus – interne forhold.....	32
4.2.1 Organisering av logopedtjenesten.....	32
4.2.2 Kapasitet og kompetanse.....	32
4.2.3 Ansvar og oppgaver.....	34
4.2.4. Interne henvisninger.....	34
4.3 Samhandling mellom sykehus og kommunen i overføringsfasen.....	35

4.3.1 Samhandling mellom sykehusene og kommunenes koordinerende enhet –tjenestekontor for helse- pleie og omsorgstjenester.....	36
4.3.1.1 Administrativ organisering av kommunenes koordinerende- enhet/tjeneste.....	36
4.3.1.2 Forpliktende samarbeidsavtaler.....	36
4.3.1.3 Ansvar og oppgavefordeling- koordinering av noe – ikke alt...37	
4.3.1.4 Elektroniske meldinger som primær informasjon og kommunikasjonskanal.....	38
4.3.1.5 Et tettere og mer likeverdig samarbeid.....	40
4.3.2 Samhandling mellom sykehusene og kommunenes administrative koordinerende tjeneste for logopedrehabilitering.....	41
4.3.2.1 Administrativ koordinerende tjeneste for logopedrehabilitering.....	42
4.3.2.2 Kommunikasjons og informasjonflyt- koordinerende tjeneste logopedrehabilitering – lite synlig og tilgjengelig.....	42
4.4 Videre oppfølging/rehabilitering i kommunen.....	45
4.4.1 Organisering av utøvende logopedrehabiliteringstilbud.....	45
4.4.2 Manglende oversikt over innhold og utøvende logopedtilbud.....	45
4.4.3 Manglende kapasitet og kompetanse.....	46
4.4.4 Lite rom for intensiv og evidensbasert behandling.....	47
4.4.5 Manglende tverrfaglig samarbeid internt og på tvers av sektorer.....	47
4.4.6 Praktisering av lovverket – forsinker oppstart av logopedbehandling....	48
5 Oppsummering og drøfting av hovedfunn.....	50
5.1. Pasientforløp der samhandlingsreformen følges.....	50
5.1.1 Formaliserte samarbeidsavtaler - tydelig ansvar og oppgavefordeling....	50
5.1.2 Koordinerende enhet- tydelig kontaktpunkt – mer flyt i samarbeid og informasjonsutveksling.....	51
5.2 Pasientforløp der samhandlingsreformen ikke følges.....	52
5.2.1 Manglende kapasitet og kompetanse.....	53
5.2.1.1 Sykehus – god kompetanse – men manglende kapasitet.....	53
5.2.1.2 Kommunen – lav kapasitet og mangelfull kompetanse.....	54
5.2.1.3 Samlet oppsummering av funn.....	54
5.2.2 Koordinerende tjeneste –uklart kontaktpunkt – svikt i kommunikasjon og informasjonflyten.....	55

5.2.3 Manglende formaliserte samarbeidsavtaler.....	56
5.2.4 Manglende tverrfaglig samarbeid mellom helse og utdanningssektoren.	57
5.2.5 Praktisering av Opplæringsloven – forsinker oppstart av logopedbehandling.....	59
5.2.6 Lite rom for intensiv og evidensbasert behandling.....	60
5.2.7 Modell – behandlingsskjede.....	61
6. Avslutning.....	62

Litteraturliste

Vedlegg

1. Innledning

Årlig blir 10 000 - 11 000 personer innlagt med hjerneslag i norske sykehus. Hjerneslag er en av våre mest alvorlige folkesykdommer, og en av de hyppigste årsakene til død og funksjonshemming. Hyppigheten av hjerneslag forventes å øke i takt med stadig flere eldre i befolkningen og dette, sammen med redusert dødelighet, betyr at antallet personer som lever med følgetilstander etter hjerneslag vil øke betydelig. Dette vil representere en utfordring for den enkelte pasient, pårørende, helsetjenesten og samfunnet. Det er derfor viktig å sikre at behandling og oppfølging av denne store og økende pasientgruppen blitt godt ivaretatt (Norsk hjerneslagregister, 2017).

Tema i denne masteroppgaven er oppfølging av voksne slagpasienter med afasi i lys av samhandlingsreformen. Av de som årlig rammes av hjerneslag vil ca. 25- 30 prosent, det vil si mellom 2500-3000 personer få afasi - en ervervet språkforstyrrelse etter en skade i hjernen (Helsedirektoratet, 2010).

Samhandlingsreformen ble iverksatt 1. januar 2012, og er den siste store helse- og velferdsreformen i Norge. Reformen ble første gang presentert i Stortingsmelding 47 (2008-2009), ” *rett behandling – på rett sted- til rett tid*”, og retter søkelyset mot en rekke samhandlingsutfordringer innenfor helse- og omsorgssektoren som har vært kjent i flere tiår.

Tre hovedutfordringer beskrives i reformen:

- pasientens behov for helhetlige og koordinerte tjenester besvares ikke godt nok
- tjenestene preges av for lite innsats for å begrense og forebygge sykdom
- demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne

I Nasjonal helse og omsorgsplan (St.meld. 16, 2010-2011) konkretiserer regjeringen hvordan utfordringene skal møtes gjennom en rekke økonomiske, juridiske, faglige og organisatoriske virkemidler. Strategiene som legges til grunn er mer forebygging, tidligere behandling og bedre samhandling. Den forventede behovsveksten i en samlet helsetjeneste skal i størst mulig grad ivaretas innenfor det beste effektive omsorgsnivået (BEON), og medfører en oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjeneste. (St.meld. 47, 2008-2009).

1.2. Formål og problemstilling

I denne masteroppgaven ønsker vi å undersøke nærmere samhandling og koordinering av tjenester mellom to nivå – sykehus og kommune – og mellom kommune og ulike sektorer på samme nivå. Tema er som tidligere nevnt oppfølging av voksne slagpasienter med afasi i lys av samhandlingsreformen. Fokus er rettet mot utskrivningsklare pasienter i sykehus med behov for videre logopedoppfølging og følgende to ledd i behandlings-/rehabiliteringskjeden:

1. Samhandling/samarbeid mellom kommune og sykehus i overgangen fra sykehus til kommune.
2. Kommunens videre oppfølging/rehabilitering.

Samhandlingsreformen har klare retningslinjer når det gjelder samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommune. Formålet med studien er å få en nærmere forståelse av praksis, det vil si hvordan samhandling og samarbeid mellom sykehus og kommune fungerer når det gjelder tilbakeføring av utskrivningsklare pasienter til kommunen, og hvordan kommunen organiserer og følger opp behovet for videre afasirehabilitering – hva fungerer godt og hva kan forbedres.

Oppgavens problemstilling:

Hvordan blir utskrivningsklare slagpasienter med afasi fulgt opp i overgangen mellom sykehus og kommune og i den videre behandling/rehabilitering i kommunen i lys av samhandlingsreformen?

Vi har valgt å se oppgavens problemstilling i lys av samhandlingsreformens sentrale utviklingsmål:

” at pasienter og brukere skal møte en helhetlig helsetjeneste som er godt samordnet, preget av kontinuitet og med helhetlige behandlingsskjeder og pasientforløp som ivaretar god behandlingsskvalitet” (St.meld. 47, 2008-2009)

Sentrale funn fra undersøkelsen drøftes opp i mot Samhandlingsreformens utviklingsmål og utvalgte tiltak og virkemidler.

I oppgaven har vi valgt en kvalitativ tilnærming for å belyse forskningsdeltagernes subjektive opplevelser og erfaringer med samhandling og samarbeid i overgangen mellom sykehus og

kommune, samt videre oppfølgingen i kommunen. Dette gjør vi gjennom kvalitative intervju med følgende faggrupper: logopeder, sykepleiere, saksbehandlere og ledere.

1.3 Begrepsavklaring

Vi finner det hensiktsmessig å avklare noen sentrale begreper og fagtermer som benyttes i oppgaven. Når det gjelder de to begrepene ”samhandling” og ”pasientforløp”, legges Samhandlingsreformens forståelse av begrepene til grunn. I tillegg gjennomføres fortløpende avklaringer av begreper underveis i oppgaven ved behov.

Samhandling: Er uttrykk for helse- og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg i mellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte (St. meld. 47, 2008-2009: 13).

Pasientforløp: Forløp er den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientenes møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene. Gode pasientforløp kjennetegnes ved at disse hendelsene er satt sammen på en rasjonell og koordinert måte for å møte pasientens ulike behov (St. meld. 47, 2008-2009: 15).

Pasient/Bruker: I denne oppgaven brukes i stor grad pasient som benevnelse, der bruker blir benyttet har det samme innhold som pasient.

Tjenestekontor: blir i denne oppgaven brukt som fellesbetegnelse for kommunens koordinerende enhet for helse, pleie og omsorgstjenester. Begge begrep blir brukt i oppgaven.

Administrativ koordinerende tjeneste for logopedrehabilitering: blir i denne oppgaven brukt som fellesbetegnelse for kommunens koordinerende tjeneste for logopedrehabilitering

1.4 Gangen i oppgaven

Oppgaven er delt inn i ulike deler. Den første delen, kapittel 1, inneholder presentasjon av tema, formål, problemstilling og begrepsavklaring. I kapittel 2, presenteres oppgavens teoretiske bakgrunn. Først gjennomgås sentrale områder i Samhandlingsreformen, deretter presenteres afasi, årsak, omfang og afasirehabilitering. I kapittel 3, redegjøres det for våre kvalitative metodiske valg. I kapittel 4, presenteres forskningsresultatene med sitater. I

kapittel 5. oppsummeres og drøftes hovedfunn. Kapittel 6 Inneholder avsluttende refleksjoner og oppsummering rundt hovedfunn som har fremkommet i vår intervjuundersøkelse.

2. Teoretisk bakgrunn

I dette kapittelet vil vi først presentere sentrale deler fra Samhandlingsreformen som i denne oppgaven vil danne grunnlaget for videre drøfting av våre forskningsfunn. Deretter redegjøres det for afasi og afasirehabilitering.

2.1 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen har som mål å sikre en bedre folkehelse og bedre helse- og omsorgstjenester på en bærekraftig måte (St.meld. 47, 2008-2009:13). Ut fra et pasient- og samfunnsøkonomisk perspektiv bygger stortingsmeldingen på at bedre samhandling bør være et av helse- og omsorgsektorens viktigste utviklingsområder i årene fremover (ibid:13). Det legges vekt på at en god helse- og omsorgstjeneste som skal gjøres bedre. Siktemålet med reformen er å utvikle et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, med høy pasient sikkerhet, kort ventetid og med størst mulig nærhet til- og tilpasset den enkelte bruker (Nasjonal helse og omsorgsplan 2011-2015:7). Nedenfor redegjøres det nærmere for sentrale utfordringer og tiltak når det gjelder pasientens behov for helhetlige og koordinerte tjenester.

2.1.1 Helhetlige og koordinerte tjenester

Wisløff - utvalgets NOU rapport” Fra stykkevis til helt – en sammenhengende tjeneste (2005) er en av flere offentlige utredninger som ligger til grunn for samhandlingsreformen. Utvalgets overordnede mål var å vurdere samhandlingen mellom den kommunale helsetjenesten og spesialist-helsetjenesten og vurdere endringer i rammebetingelsene for å bedre samhandlingen (NOU 2005:3). I rapporten fremgår det at samhandlingen kan svikte i overgangen mellom tjenestene for alle typer pasienter – både på individ- og systemnivå, og at utfordringen er spesielt stor for pasientgrupper med langvarig behov for samhandling der ingen av tjenestenivåene kan løse utfordringene alene (Ibid:16).

Årsaken til manglende koordinering og samhandling knyttes til flere forhold (St. meld 47, 2008-2009:50):

- Det eksisterer i liten grad strukturer og systemer som er rettet inn mot helheten i pasientenes behov, men mange systemer rettet inn mot den enkelte deltjeneste.
- Ansvar og oppgaver er fordelt på to forvaltningsnivå – spesialiserte helsetjenester er lagt til regionale helseforetak, mens kommunene har ansvaret for primærhelsetjenesten og omsorgstjenesten. Tjenestene er søyleorganisert, det vil si at de har en vertikal

organisering og derfor i stor grad drives og ledes med sikte på at de selv skal yte gode tjenester.

- Kommunene og helseforetakene er underlagt ulikt lovverk, noe som kan bidra til å gjøre samarbeid mellom tjenestenivåene vanskeligere å gjennomføre. Lovgivningen pålegger heller ikke noen nivå eller strukturer under departementsnivå, ansvar for helheten i tjenestene.
- Det er mange organisatoriske oppsplittinger både internt i kommunen og i helseforetakene, og de ulike aktørene har i liten grad ansvar for å legge til rette for god veksling med andre aktører. Målene belønnes på det som gjøres innen for egen sektor/avdeling – ikke det som gjøres på tvers av enhetene.
- Det mangler beslutningssystem som avklarer hvordan myndighetene på en helhetlig måte vil stille opp overfor aktuelle behov.

Resultatet av manglende koordinering er at tjenestene ofte oppleves som uoversiktlige og fragmenterte, og at vekslingen mellom dem kan oppleves som problematiske både for pasient/bruker og aktørene (Ibid: 22). Pasientene og/eller pårørende må ofte selv ivareta mye av den praktiske koordineringen mellom de ulike deltjenestene, og påføres dermed unødige belastninger i form av økt ventetid og unødige komplikasjoner. Det påpekes at når en tjeneste- og ressursinnsats som settes inn på et område ikke følges opp med nødvendige tjenester på et annet område vil den foretatte ressursinnsatsen gi liten nytte (Ibid:22).

Et sentralt utviklingsmål i samhandlingsreformen er derfor at pasienter og brukere skal møte en helhetlig helsetjeneste som er godt samordnet, preget av kontinuitet og med helhetlige behandlingsskjeder og pasientforløp som ivaretar god behandlingsskvalitet (ibid: 48).

2.1.2 Tiltak –hovedgrep for å nå målet

Samhandlingsreformen er en retningsreform med klar henvisning til hvordan hensynet til samhandling bør påvirke retningen for den videre utviklingen av helse- og omsorgstjenesten. Tiltakene som fremmes omhandler både strukturelle endringer og endringer av rammebetingelser. Det påpekes at dersom helsetjenesten skal møte fremtidens behov, må den organisatoriske oppbyggingen av tjenesten endres. Det må også legges til grunn rammebetingelser som motiverer den enkelt virksomhet til å samarbeide og levere tjenester i

overenstemmelse med omsorgspolitikken (ibid:25). Regjeringens løsningsstrategier på samhandlingsutfordringene er samlet i 5 hovedgrep (St.meld 16, 2010-2011:25):

- klarere pasientrolle og helhetlig pasientforløp
- ny fremtidig kommunerolle
- etablering av økonomiske intensivtjenester
- utvikling av spesialisthelsetjenesten
- tilrettelegging for tydeligere prioriteringer

I tillegg til de fem hovedgrepene er det også utarbeidet tiltak på flere andre områder. I det videre beskriver vi kort et utvalg iverksatte tiltak og virkemidler som er sentrale for denne oppgaven. (Rehabilitering blir grundigere gjennomgått i eget punkt.)

2.1.2.1 Klarere pasientrolle og helhetlige pasientforløp

Gjennom arbeid med struktur- og systemtiltak skal det utvikles et bedre helhetlig pasientforløp, der formålet er å bidra til at alle systemer og tjenester rettes inn mot hjelp slik at den enkelte selv kan mestre sitt liv eller gjenopprette funksjoner/egenmestring i størst mulig grad (St. meld. 47, 2008-2009: 14)

Gode pasientforløp kjennetegnes i følge samhandlingsreformen av at den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene er satt sammen på en rasjonell og koordinert måte for å møte pasientens ulike behov (ibid).

Det blir sett på som en avgjørende faktor at det i helse- og omsorgstjenesten utvikles en faglig og organisatorisk kultur der ulike faglige aktører og organisatoriske enheter i større grad ser sine egne tjenester som en del av et samlet pasientforløp. Utvikling av en felles forståelse av hva som er gode pasientforløp for de ulike pasientgruppene og for den enkelte pasient er sentralt for å kunne samles om felles mål for behandlingen (ibid:48). Det påpekes at søkelyset også må rettes mot i hvilken grad de faktiske forløpene samsvarer med det som er identifisert som gode pasientforløp. Dårlig sammenheng mellom de ulike tjenestene som skal svare på pasientens behov for koordinerte tjenester blir i samhandlingsreformen betegnet som brudd i forløpet (ibid).

Bruk av lovgivning for å understøtte samhandling

Bruk av lovgivning er et sentralt virkemiddel i samhandlingsreformen. Det finnes ingen egen lov om samhandling, men det er flere enkeltstående bestemmelser om plikt til samhandling i de ulike lovverkene (ibid: 52). To nye lover – lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse og omsorgstjenesteloven) - trådte i kraft samtidig med reformen i januar 2012, og skal blant annet sikre at pasienter og brukere får tidlig og god hjelp når de trenger det, nærmest mulig der de bor (ibid: 28). Det vil si rett behandling til rett tid på rett sted gjennom et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud.

Ny kommunerolle

Som nevnt innledningsvis skal den forventede behovsveksten i en samlet helsetjeneste i størst mulig grad løses i kommunen. Samhandlingsreformen intensjon er at kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at det helhetlige pasientforløpet i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste omsorgsnivå (BEON) (St. meld 47, 2008-2009:15). Nødvendig og tilstrekkelig kompetanse blir fremhevet som en av hovednøkkelfaktorene for at oppgavene skal kunne løses lokalt (ibid). Kommunene tillegges dermed et større oppgaveansvar i form av oppbygging av eksisterende oppgaver, utvikling av nye tjenestetilbud og overtakelse av oppgaver som tidligere lå til spesialisthelsetjenesten (ibid: 26). Når det gjelder spesialisthelsetjenesten, skal den utvikles i en tydeligere og mer spesialisert retning samtidig som standardiserte pasientforløp og pasientens behov for koordinerte tjenester skal vektlegges. Tjenesten skal også bidra med kompetanse ut til kommunene (ibid:111).

Forpliktende samarbeidsavtaler

Et nært samarbeid mellom kommuner og tilknyttede helseforetak en forutsetning for at en sterkere kommuneinnsats skal lykkes og gi bedre effekt for både pasienter og samfunnsøkonomi (St.meld. 47, 2008-2009: 77). Innføring av forpliktende samarbeidsavtaler mellom sykehus og kommune skal bidra til mer samordnede og likeverdige tjenester og utvikling av en felles samhandlingskultur (St. meld 26, 2014-2015: 33). Plikt til å inngå samarbeidsavtaler er lovhjemlet i den nye helse- og omsorgstjenesteloven med klare minimumskrav til avtalens innhold. Oppgave og ansvars plassering mellom avtalepartene skal konkretiseres og det skal etableres gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder som f.eks. retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov

for kommunale tjenester etter utskriving fra institusjon (ibid:33).

Økonomiske virkemidler

Kommunalt betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter er et av flere økonomiske tiltak som er innført for å fremme mer og bedre samhandling mellom kommuner og helseforetak (St. meld. 47, 2008-2009:32). Det økonomiske tiltaket skal bidra til at kommunene bygger opp gode lokale tilbud slik at større deler av pasientbehandlingen kan gjennomføres lokalt. Kommunene har betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter som blir liggende i påvente av et kommunalt tilbud. I forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter, §§10 og 11 (2011), er en pasient definert som utskrivningsklar når sykehuset vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten, og sykehuset plikter å varsle kommunen innen 24 timer etter at dette er fastslått. Kommunen må da straks gi beskjed om hvorvidt de kan ta i mot pasienten med en gang eller oppgi tidspunkt for når dette kan skje. Betaling etter samhandlingsreformen kan kreves fra og med det døgnet kommunen er varslet om at pasienten er utskrivningsklar.

Koordinerende enhet og rehabilitering

I Samhandlingsreformen defineres rehabilitering som:

” Tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukerens sin egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse sosialt i samfunnet.”

(St. meld 47, 2008-2009:62)

Det understrekes at alle elementene som inngår i definisjonen må virke sammen for at resultatet skal bli godt nok (ibid). Definisjonen er juridisk forankret i Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011) og legges også til grunn i denne oppgaven. I reformen blir det presisert at utføring av rehabiliteringstiltak er av tverrfaglig karakter og bygger på evnen til samhandling. Når flere tjenester skal samhandle er det imidlertid fare for at det skal oppstå en svikt. Som tidligere nevnt er overgangen mellom tjenestenivåene der ansvaret for pasienten skifter og oppgaveinnhold og karakter endres, et kjent risikoområde (Helsedirektoratet, 2017).

Innføring av lovpålagt plikt til å opprette koordinerende enhet for rehabilitering i alle kommuner og spesialisthelsetjenester skal bidra til å forhindre svikt og sikre mer helhetlige og koordinerte rehabiliteringstjenester (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011). Den

lovfestende bestemmelsen ble løftet fra forskrift til ny lov (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2010-2011) og iverksatt samtidig med Samhandlingsreformen 1. januar 2012.

Koordinerende enhet i kommunene og i spesialisthelsetjenestene skal være gjensidige kontaktpunkter for informasjon, kompetanseutvikling og samhandling. Oppgavene til koordinerende enhet i helseforetakene omfatter de samme områdene som de kommunale enhetene, men ansvars- og oppgavefordelingen mellom nivåene gjør at oppgavene får litt forskjellig innretning (Helsedirektoratet, 2015). Koordinerende enhet i alle spesialisthelsetjenestene skal bl.a. ha en generell oversikt over rehabiliteringstiltak i helseregionen. Enhetene skal også ha oversikt over og nødvendig kontakt med kommunens rehabiliteringsvirksomhet (Helsedirektoratet, 2015:79). Ut fra forskrift om habilitering og rehabilitering (ibid) presenteres i det følgende noen sentrale oppgaver for den kommunal koordinerende enhet.

I kommunen skal koordinerende enhet være et fast kontaktpunkt for brukere og samarbeidspartnere. I følge forskriften for habilitering og rehabilitering skal koordineringsfunksjonen være synlig og etablert, slik at det er mulig å ta i mot henvendelser om behov for rehabilitering. Det vil si at enheten skal være synlig og lett tilgjengelig både blant tjenesteytere og innbyggere. Det skal lett å finne frem til og komme i kontakt med det kommunale tjenestetilbudet. Koordinerende enhet skal også bidra til tverrfaglig samarbeid og god koordinering av tjenester på tvers av fagområde, nivåer og sektorer, f.eks. mellom helse-tjenesten og spesialisthelsetjenesten og helsetjenesten og utdanningssektoren. Samarbeidet bør være forutsigbart og formalisert for å sikre god dialog og avklaring av roller og ansvar, og på den måten forhindre brudd i forløp på tvers av nivåer. Koordinerende enhet har også ansvar for å sikre brukermedvirkning, samt oppretting av individuell plan og koordinater ved behov. Den stilles ingen krav til hvordan koordinerende enhet blir organisert, men kommunen må velge en organisering som sikrer at lovpålagte funksjoner ivaretas (Helsedirektoratet, 2015).

Kommunikasjon/informasjonsflyt – bruk av IKT

Innføring av IKT i form av elektronisk meldingsutveksling er et sentralt virkemiddel i samhandlingsreformen og skal bidra til en mer effektiv og sikker samhandling mellom tjenestenivåene og mellom de ulike tjenesteytere/behandlere på samme nivå. Standardiserte pleie og omsorgsmeldinger som understøtter fasene innleggelse, utredning/ behandling og

utskrivning fra sykehus skal sikre at tilstrekkelig og relevant informasjon om pasienter overføres mellom sykehus og kommune (Helsedirektoratet, 2011)

2.2 Afasi

Afasi er en fellesbetegnelse på språkvansker forårsaket av en ervervet skade eller sykdom i hjernen. Begrepet kommer fra det greske ordet *aphasia* som betyr tap av taleevnen (Qvenild m.fl. 2010:23). Personer med afasi har ikke mistet språket. Det er evnen til å bruke det i kommunikasjon, som er skadet (Krogstad, 2015). Den vanligste årsaken til afasi er hjerneslag som rammer et eller flere av språkområdene i hjernen eller forbindelsene mellom disse områdene (Brodal, 2013:533).

De områdene i hjernen som anses som de viktigste for språk og tale er lokalisert i venstre hjernehalvdel hos mer enn 90 prosent av befolkningen. Afasi rammer brått og påvirker som regel alle språkmodaliteter, det vil si evnen til å lese, skrive, snakke og forstå talt språk. I hvilken grad hver enkelt modalitet rammes vil variere avhengig av skadens omfang og hvor i hjernen skaden har oppstått. (Helsedirektoratet, 2010).

Innenfor fag og forskningsfeltet defineres og beskrives afasi ulikt avhengig av hvilket perspektiv og teoretisk forankring fenomenet betraktes fra. Til tross for dette synes de fleste forskere i dag å enes om at afasi er en ervervet språkforstyrrelse som omfatter reseptive og ekspressive komponenter, er multimodal av natur og forårsaket av en dysfunksjon i sentralnervesystemet som følge av en fokal, snarere enn en generell hjerneskode (Papathanasiou m.fl, 2013, Qvenild et al, 2010).

2.2.1 Former for av afasi

Det vil kunne oppstå forskjellige former for afasi, avhengig av hvilket område i hjernen som er skadet. Rent skjematisk er det vanlig å skille mellom to hovedtyper, hhv. ekspressiv/ motorisk afasi og impressiv/sensorisk afasi (Brodal, 2013:533). Siden skadene bare unntaksvis er begrenset til språkområdene, er det sjelden at afasien er rent ekspressiv eller impressiv. I de fleste tilfeller dreier det seg om en blanding hvor den ene typen dominerer i større eller mindre grad, og med tillegg av andre symptomer (ibid).

Skade i fremre språkområde – motorisk/ ekspressiv afasi: Skaden i dette området rammer først og fremst barken i Brocas område, som er spesielt viktig for å kunne planlegge tale. Språkforståelsen kan derfor være intakt, men evnen til å uttrykke seg er svekket. Vansker med å finne ord resulterer i en langsom tale med dårlig flyt. Setningene er enkle og mange ord utelates eller brukes feil. Lese og skriveferdighetene er ofte redusert (ibid).

Skade i bakre område – sensorisk/impressiv afasi: Skaden i dette området ligger i Wernickes område. Det grunnleggende her er at taleforståelsen er forstyrret. Talen ofte lett og flytende, men har lite innhold og er preget av mye ” nonsens ord ”. Det er ofte lyd- og ordforvekslinger. Vansker med å benevne ord resulterer i at nye ord lages. Lese- og skriveferdighetene er ofte redusert (ibid)

Skade som omfatter begge språkområdene – global afasi: Ved store hjerneslag er ofte både Brocas og Werninckes område skadet. Dette fører til problemer med både å finne de riktige ordene og å forstå hva de betyr. Lese og skriveferdighetene er betydelig redusert, ofte helt ødelagt (Sunnaas sykehus, 2015)

Skade i utkanten av språkområdene – anomisk afasi: Skader som ligger litt i utkanten av de to språkområdene kan gi ordletingsvansker. Den afasirammede har som regel ganske bra taleflyt, men leter etter ordene. Språkforståelsen er god, men det er vanskelig å gi presise muntlige uttrykk for tanker og meninger (Sunnaas sykehus, 2015)

2.2.2 Tilleggsvansker

For de fleste er afasi en del av et mer omfattende sykdomsbilde med tilleggsvansker som også kan virke inn på den språklige rehabiliteringen (Qvenild m.fl., 2010). Lammelser i ansikt, arm og ben (hemiplegi) er et av de vanligste utfallene etter hjerneslag og rammer rundt 80 prosent. Andre tilleggsvansker kan være auditiv- eller visuell agnosi (hørsel- eller synsfeltutfall), dysartri (talevansker på grunn av lammelser, svakheter eller manglende koordinering av munnmuskulaturen som brukes ved tale), apraksi (reduert evne til å utføre viljestyrte handlinger tross normal kraft og koordinasjon i muskulaturen), kognitive vansker (hukommelse- og konsentrasjonsvansker, redusert evne til å planlegge, lite initiativ, nedsatt mental aktivitet), epilepsi og psykososiale vansker som depresjon og redusert emosjonell kontroll. Svelgvansker (Dysfagi) inntreffer også ofte på grunn av nedsatt funksjon i munn, svelg og spiserør (Helsedirektoratet, 2010).

2.2.3 Årsak og omfang

Mellom 10 – 11000 nordmenn rammes av hjerneslag hvert år, og ca. 25 – 30 prosent av disse får afasi (Norsk hjerneslagregister, 2017). Over 80 prosent av hjerneslagene skyldes en svikt i blodtilførselen til hjernen (infarkt/ blodpropp), mens de resterende 10 -15 prosentene skyldes en blødning i hjernen (”sprengt blodkar”). Hjerneslag kan forekomme i alle aldre, men inntreffer oftest hos eldre. Gjennomsnittsalderen for førstegangshjerneslag er hhv. 71,5 år for menn og 77,9 år for kvinner (ibid). Det er til en hver tid rundt 55000 mennesker som lever med hjerneslag i Norge, og av disse vil ca. 5000 personer ha behov for rehabilitering (Krogstad, 2015). I tillegg til hjerneslag kan Afasi også inntreffe som følge av ulike sykdommer i hjernen eller ytre hodeskader. Ut fra det omfanget av afasi i befolkningen

2.3 Afasi rehabilitering

Afasi rammer brått og det er stor variasjon mellom afasirammede både når det gjelder vanskegrad og symptomsammensetning. Felles for alle er imidlertid behovet for et best mulig individuelt tilpasset, helhetlig og målrettet rehabiliteringstilbud (Qvenild m.fl., 2010). Dette vil kreve involvering av pasient/pårørende, samt samarbeid og samhandling på tvers av forvaltningsnivå, sektorer og profesjoner (Helsedirektoratet, 2010).

Bruk av tverrfaglig team som tidlig starter utredning, definerer mål i samarbeid med pasient og pårørende, og som utarbeider og gjennomfører en plan for rehabiliteringen, er en viktig faktor i behandlingsskjeden. Hvilke faggrupper som deltar i teamet vil være avhengig av om pasienten er på institusjon eller hjemme. Funksjonsutfall hos pasienten og målsettingen for rehabilitering vil også ha betydning for hvilket tverrfaglig tilbud det er behov for (Helsedirektoratet, 2010)

I følge Berntsen og Røste (2010) er hovedmålsettingen med logopedrehabilitering å øke den afasirammedes livskvalitet ved å hjelpe ham/henne til å fungere best mulig språklig ut fra sine forutsetninger (ibid).

Personer som rammes av hjerneslag bør behandles i sykehus med egen slagenhet for å kunne få optimal akuttbehandling (Indredavik, 2007). Vurdering av tverrfaglig team bør skje i løpet av det første døgnet etter innleggelse. Optimal behandling innebærer å begrense skadens omfang, kartlegge utfall og iverksette tverrfaglige rehabiliteringstiltak allerede i akuttfasen

(Stoller, 2010). Forskning viser at målrettet språkrehabilitering som blir iverksatt raskt, har god effekt (Robey, 1998). Logopediske tiltak bør derfor igangsettes allerede i akutfasen for å maksimere bedring av språk- og kommunikasjonsferdigheter (Helsedirektoratet, 2010).

Den logopediske tilnærmingen til afasipasienter handler om å komme raskt i gang med kartleggingen for å avdekke om det foreligger språklig svikt og hvilke språklige funksjoner som er bevart (Stoller, 2010). Bruk av formelle tester og enkle screeningtester danner grunnlaget for å starte opp rehabiliteringen. Samtale og informasjon med pasient/ pårørende om tidligere språkfungering og ønsker for videre rehabilitering er også viktig for å kunne planlegge adekvate tiltak. Gjennom hele forløpet er det viktig at pasienten, pårørende og aktuelt fagpersonell får informasjon, råd og veiledning om afasi.

I tillegg til rask oppstart av målrettet språkrehabilitering, viser nyere evidensbaserte effektstudier at høyt timetall pr. uke (over 5 timer) er den faktoren som har størst betydning for hvor stor bedring som oppnås hos pasienten (Boghal m. fl., 2003). Med henvisning til foreliggende forskningsresultat anbefales det i Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering av hjerneslag (Helsedirektoratet 2010) at logopediske tiltak ved afasi, i tillegg til rask igangsetting av tiltak, skal ” være av tilstrekkelig mengde og hyppighet”, det vil si mer enn 5 t. pr. uke. I tillegg tyder klinisk erfaring på at mange afasirammede kan ha nytte av logopedi over lengre tid også for å vedlikeholde de nyinnlærte språkferdighetene (Helsedirektoratet, 2010).

2.3.1 Et godt rehabiliteringsforløp

Qvenild m.fl. (2010:37) har skissert et rehabiliteringsforløp i tråd med det Samhandlingsreformen og Helsedirektoratets retningslinjer for behandling og rehabilitering av hjerneslag betegner som et godt pasientforløp:

I sykehus:

- Slagpasient innlegges i slagenhet som kombinerer akutt behandling med rehabilitering
- Vurdering av tverrfaglig team, utredning og iverksetting av rehabilitering, herunder språklig rehabilitering ved logoped, med start i løpet av første døgn etter hjerneslaget.
- Det gis løpende informasjon, som også innebærer informasjon om rettigheter og hjelpemuligheter, til slagpasienter og pårørende/nærpersoner

- Den afasirammede og pårørende/nærpersoner involveres i alle behandlings – og rehabiliteringsløp

Ved utskriving – utskrivingsfasen

- Innarbeidde melderutiner til koordinerende enhet/ henvisningsmottaker i kommunen følges (e-melding). God samhandling og informasjonsutveksling. Nødvendig grunnlagsdokumentasjon (logopedrapport, epikrise) følger/legges ved henvisning
- Iverksatt språkrehabilitering fortsetter kontinuerlig og tilpasses/inngår i den kommunale rehabiliteringsplanen

Videre rehabilitering/Opplæring

- (Innkalling til) tverrfaglige møter med andre aktuelle instanser/ sektorer i kommunen for planlegging/oppfølging av videre opplæring/rehabilitering
- Mulighet for opplæring individuelt og i gruppe
- Språkrehabiliterings intensitet og hyppighet tilpasses den enkeltes behov. Det gis mulighet til intervalltrening, dvs. kortere perioder med intensiv språkrehab pause osv.
- Pårørende/nærpersoner involvere og holdes oppdater på opplæringen
- Spesifikt tilbud til pårørende/nærpersoner
- Poliklinisk kontroll i spesialisthelsetjeneste 1-3mnd etter utskriving
- Veiledning/rådgivning til afasirammede/pårørende så lenge det er behov for det

2.3.2 Rett til logopedrehabilitering – to sektorer – to lovverk

Logopedtjenester for voksne med afasi kan være fylkeskommunale/statlige, kommunale eller private. Så lenge pasienten er innlagt på sykehus er det Fylkeskommunale tjenester som er aktuelle (Qvenild m.fl., 2010). Kommunale tjenester gis av kommunalt ansatte logopeder som jobber med språk- tale- og kommunikasjonsferdigheter hos afasirammede (ibid). Private tjenester er et alternativ eller supplement til det kommunale tilbudet og ytes av privatpraktiserende logopeder som har oppgjørsavtale med HELFO (Folketrygdloven § 5-10, 1997)

Retten til språkrehabilitering hos voksne med afasi er hjemlet i Opplæringsloven (§4A,1998) og ansvaret for å oppfylle rettighetene ligger på forskjellige forvaltningsnivå.

Fylkeskommunen har etter Opplæringsloven (§13-3A, 1998) ansvaret for å oppfylle retten til opplæring mens pasienten er innlagt på sykehus og kan velge at sykehuset ivaretar

fylkeskommunens oppgaver eller utføre arbeidet selv (Becker, 2014). Når pasienten utskrives til hjemkommunen er det opplæringsansvarlig i kommunen som har ansvaret for å organisere og følge opp videre logopedbehov.

Ansvaret for den kommunale rehabiliteringen og opplæringen etter hjerneslag er fordelt på to sektorer – helse og opplæring – og retten til logopedisk behandling og logopedisk opplæring er derfor hjemlet både i Folketrygdloven (1997) § 5-10 og Opplæringsloven (1998) §4A (<http://afasi.no/Rettigheter>)

Den kommunale logopedrehabilitering etter Opplæringslova (1998) går under betegnelsen spesialundervisning og blir gitt på bakgrunn av sakkyndig vurdering (§ 5-4). Pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT) er ansvarlig for utarbeidelse av sakkyndig vurdering, mens kommunen fatter vedtak om spesialundervisning (Helsedirektoratet, 2010).

I tilfeller der kommunen ikke har eget kommunalt logopedtilbud, kan det søkes HELFO (helseøkonomiforvaltningen) om refusjon av kostnader for privat logoped etter at kommunen har bekreftet at de ikke har tilbud (Folketrygdloven (1997) § 5-10. For de fleste afasirammede er det nødvendig å komme raskt i gang med oppfølging og tiltak, og for å lette tilgangen til logoped endret Helfo reglene knyttet til henvisning med virkning fra 01.01.17. Retningslinjene er de samme som tidligere, men det er foretatt en forenkling i lovverket. Fastlege, sykehus, spesialistrehabilitering kan fortsatt henvise direkte til HELFO, men det kreves ikke lenger skriftlig avslag fra kommunen for å søke tilbudet dekket av gjeldende instans. Det er fortsatt krav om kontakt og informasjonsutveksling mellom kommune og privatpraktiserende logoped - de skal vite om hverandre. Når privatpraktiserende logoped mottar henvisning skal de, før de starter opp egen behandling, kontakte kommunens administrative logopedtjeneste for voksenrehabilitering og etterspørre status/venteliste hos kommunal logoped. På forespørsel fra Helfo skal privatpraktiserende logoped fremvise dato de har vært i kontakt med kommunen, og kommunen skal registrere at privatpraktiserende logoped har forespurt på gjeldende dato.

2.3.3 Tverrfaglig samarbeid på tvers av sektorer

Pasienter med andre funksjonsutfall i tillegg til afasi kommer også i kontakt med de medisinske rehabiliteringstilbudene i kommunen. I denne situasjonen har kommunen ansvar for å koordinere og fordele oppgavene mellom etater/fagenheter, slik at den delen av

opplæringsvirksomheten som har ansvar for logopedtilbudet for afasirammede, blir informert om de afasirammedes behov for opplæring etter sykehusoppholdet (Forskrift om habilitering og rehabilitering 2011).

Tilgjengeligheten til de logopediske tjenestene for afasirammede, er i stor grad avhengig av at kommunene har etablert oversiktlige rutiner for koordinering av samarbeid mellom helse- og opplæringsvirksomheten i kommunen. Det vil si at kommunikasjonen mellom sykehus og primærhelsetjeneste på den ene siden og PP-tjenesten, voksenopplæringen, eventuelt kommunal logopedtjeneste på den andre, fungerer og brukes aktivt av både helsepersonell og logopeder (ibid)

3 METODE

I dette kapittelet redegjør vi for de metodiske valg og verktøy som har blitt benyttet ved innsamlingen og fremstilling av data i studien.

3.1. Kvalitativt intervju

Når det gjelder valg av metode som utgangspunkt for forskning, dreier det seg om å finne den fremgangsmåten som best mulig kan gi svar på forskningsspørsmålene. I kvalitativ forskning er det et overordnet mål å utvikle forståelsen av fenomener som er knyttet til personer og situasjoner i deres sosiale virkelighet (Dalen, 2013) Formålet med vår studie har vært å forsøke å få innsikt i hvordan samhandling og samarbeid mellom sykehus og kommune fungerer i praksis når det gjelder tilbakeføring av utskrivningsklare pasienter med afasi og behov for videre rehabilitering i kommunen. Ved å ta i bruk en kvalitativ tilnærming i form av intervju med ulike fagpersoner som logopeder, sykepleiere, avdelingsledere, ledere og saksbehandlere på sykehus og i kommune vil vi kunne få innsikt i deres tanker, opplevelser og erfaringer med fenomenet (Thagard, 2003). Vi har valgt å bruke et semistrukturert intervju fordi vi ønsker at informantene skal stå fritt til å reflektere og dele sine erfaringer på en mer utdypende måte, uten at de begrenses av rigide spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2009). I semistrukturerte intervju er tema og hovedspørsmål fastlagt på forhånd. Rekkefølgen kan imidlertid endres og bestemmes underveis. Dette åpner for at man i større grad kan følge informantens fortelling, tilpasse spørsmålene til den enkelte informants forutsetninger, komme med tilleggs/ oppfølgings-spørsmål, og oppdage nye trekk ved det fenomen som studeres (Thagaard 2003). Med utgangspunkt i valg av informanter, og den fleksibilitet og mulighet som er til stede i det semistrukturerte intervjuet, syntes vi det var mest hensiktsmessig å ta i bruk denne intervjuformen som metode.

3.1.2 Intervjuguide

Det er viktig at guiden inneholder sentrale temaer og spørsmål som til sammen dekker de viktigste områdene undersøkelsen skal belyse. Siden vi rettet fokus mot to ledd i behandlings-/rehabiliteringskjeden – samhandling mellom sykehus og kommune og kommunens videre oppfølging /rehabilitering, var det behov for å utarbeide to intervjuguides - en for informantene i kommunene og en for informantene i sykehusene. Vi valgte å formulere spørsmålene slik at vi fikk frem svar i form av fortellinger og beskrivelser. Her er to eksempler fra intervjuguiden:

- *Hva gjør dere i forbindelse med utskrivningsklare pasienter - kan du beskrive sykehusets rutiner /prosedyrer i et typisk pasientforløp i denne fasen?*
- *Hvordan sikrer kommunen at pasienten får et logopedtilbud han/hun har krav på?*

I utarbeiding av tema og spørsmål i intervjuguiden valgte vi å følge det prinsippet Dalen (2013) forfekter – traktprinsippet - nemlig å starte og avslutte intervjuet med spørsmål som var mer generelle og ikke direkte knyttet til det tema vi ønsket å undersøke. Med en slik tilnærming vil de innledende spørsmålene bidra til at informanten slapper av og føler seg vel og at intervjuet blir avrundet på en god måte (ibid).

Begge intervjuguidene ble delt inn i fire hovedområder med tilhørende hovedspørsmål. For å gjøre det lettere for informantene å åpne seg og fortelle med egne ord om sine opplevelser og erfaringer, ble mange av hovedspørsmålene formulert som beskrivende. Til hvert hovedspørsmål utarbeidet vi underspørsmål som kunne brukes dersom ikke informanten kom inn på disse områdene selv. I begge intervjuguidene har vi utarbeidet noen fellesspørsmål mens andre er tilpasset spesifikt den informantgruppen vi intervjuet.

For å forberede oss best mulig til selve intervjuene reflekterte vi sammen over intervjurollen, både i forhold til intervjuteknikker og væremåter. Vi forsøkte å bevisstgjøre oss på hvordan egne følelser, holdninger, erfaringer, jobb og utdanningsbakgrunn kunne virke påvirke informantene under intervjuene. I følge (Dalen,2013) skal det alltid foretas ett eller flere prøveintervju – ikke bare for å teste intervjuguiden, men også for å teste seg selv som intervjuer. I følge Thagaard (2003) er denne testingen det viktigste for å oppnå selvtilitt i intervjusituasjonen. Derfor gjennomførte vi prøveintervju med bruk av begge intervjuguidene på hverandre i forkant av intervjuene. Dette var en verdifull erfaring for å bli mer trygg og komfortabel i intervjusituasjonen. Samtidig fikk vi korrigert en del spørsmål som ikke var godt nok utformet og kutte andre som var for like eller ikke så relevante som vi først hadde tenkt.

3.1.2 Utvalg

Det var viktig for oss å rekruttere personer som samhandler om slagpasienter i overføringsfasen både i kommune og sykehus, og i videre rehabilitering i kommunen. Vi har derfor valgt å bruke et strategisk utvalg. Det vil si at vi har valgt informanter med kvalifikasjoner som kan gi mest mulig relevant og variert informasjon i forhold til vårt tema

og problemstilling (Thagaard, 2003). I tillegg til at utvalget er strategisk har tid, kostnad, nærhet til informantene, samt at sykehusene har egen slagenhet vært viktige faktorer for valg av sykehus og kommuner. Derfor har vi valgt sykehus og kommuner i eget distrikt.

Når det gjelder informantene i vår studie, ble 6 forhåndsvalgt av sine overordnede som vi hadde kontaktet på telefon, enten ved å spore dem opp på kommunens hjemmeside eller ved å ringe kommunene og sykehusenes administrasjon - fire saksbehandlere ved kommunenes tjenestekontor for plei og omsorg og 2 sykepleiere. De andre 8, rekrutterte vi selv ved å ta direkte kontakt på telefon. Vi gav dem en kort orientering om prosjektet og spurte om de kunne tenke seg å delta i studien vår, noe alle stilte seg positive til. Deretter fikk de tilsendt infoskriv om studien og vi tok kontakt på telefon etter kort tid for å avtale sted og tidspunkt for intervju. Vi var begge til stede ved alle intervjuene som hadde en varighet på 45-60 minutter. Denne tidsrammen greide vi å holde oss innenfor, bortsett fra ett intervju som hadde en varighet opp mot 90 minutter.

Når det gjelder størrelsen på utvalget påpeker Dalen (2013) at et utvalg i en kvalitativ intervjustudie bør være stort nok til å representere en variasjon av perspektiver på temaet som er av interesse. Samtidig må ikke utvalget være for stort, siden dette vil gjøre prosessen med å gjennomføre intervjuene og bearbeide dataene for krevende. I utgangspunktet hadde vi tenkt å velge ett sykehus og to kommuner som hadde dette sykehuset som sitt primærsykehus. Siden vi var to stykker og det også var to sykehus i nærområdet, så vi imidlertid mulighet for å ta med begge sykehusene i utvalget, samt tilføye to kommuner til. Dette fordi vi da ville få en enda større variasjon av perspektiv på vårt forskningstema og problemstilling, samt kunne ha mulighet til å se etter likheter/forskjeller mellom sykehusene og kommunene.

Det totale utvalget i vår studie ble derfor 14 informanter fordelt på 2 lokalsykehus og 4 kommuner:

- 2 store kommuner (over 20 000 innbyggere). Begge vertskommuner for hvert sitt sykehus.
- 1 mellomstor kommune (ca. 6500 innbyggere)
- 1 liten kommune (ca 1500 innbyggere)

Den ene av de 14 informantene innehar også to roller - sykehuslogoped og PP-rådgiver v/ kommunens PP-tjeneste.

I vår studie har fokus vært rettet mot to ledd i rehabiliteringskjeden:

1. Samhandling mellom sykehus og kommune med følgende informanter: sykepleiere ved sykehusenes slagenhet, avdelingssjef ved nevrologisk avdeling og to sykehuslogoped.
2. Kommunens videre oppfølging/rehabilitering med følgende informanter: saksbehandlere/sykepleiere ved kommunenes koordinerende enhet, ansvarlige ved voksenopplæringen i kommunen og ved PP-tjenesten, samt utøvende logoped ved voksenopplæringen.

Nedenfor følger en oversikt over informantene, samt tilhørighet i hhv. sykehus og kommune. Samtlige informanter er kvinner, bortsett fra avdelingsleder ved voksenopplæringen i kommune 1 og rektor ved barneskolen/ ansvarlig for voksenopplæringen i kommune 4.

Sykehus 1:

- 1 overlege og avdelingssjef ved nevrologisk avdeling
- 1 sykepleier ved slagenhet
- 1 sykehuslogoped,

Sykehus 2:

- 1 sykepleier ved slagenhet
- 1 sykehuslogoped, 30% stilling

Kommune 1 (stor):

- 2 saksbehandlere/sykepleiere ved Kontor for tildeling og koordinering- pleie og omsorg (koordinerende enhet) (kvinner)
- 1 avdelingsleder for spesialpedagogisk avdeling ved voksenopplæringen, administrativ tjeneste for logopedrehabilitering
- 1 utøvende logoped ved voksenopplæringen, 50% stilling

Kommune 2 (stor):

- 1 saksbehandler/sykepleier ved Tildeling og koordineringstjenesten- pleie og omsorgtjenester (koordinerende enhet)
- 1 PP-rådgiver, ved PP- tjenesten, administrativ ansvarlig og sakkyndig for logopedrehabilitering

Kommune 3 (mellomstor):

- 1 rektor ved voksenopplæringen, administrativ ansvarlig for logopedrehabilitering
- 1 saksbehandler/sykepleier ved Tenestekontoret – pleie og omsorg (koordinerende enhet)

Kommune 4 (liten):

- 1 sykepleier/seksjonsleder ved sykehjemmet, koordinator for pleie- og omsorgstjenester
- 1 rektor ved barneskole og ansvarlig for voksenopplæringen, administrativ tjeneste for logopedrehabilitering

3.1.3 Databehandling og analyse

Med informantenes samtykke gjorde vi lydopptak av alle intervjuene. Samtlige intervju ble gjennomført på informantenes arbeidssted. Dalen (2013) påpeker at det er en fordel å transkribere intervjuene så raskt som mulig etter at de er blitt gjennomført. Dette med tanke på nærhet til materialet. Vi gjennomførte alle intervjuene i løpet av tre uker og startet transkriberingen kort tid etter at siste intervju var gjennomført. Alle intervjuene ble transkribert fra muntlig til skriftlig tekst der korte sekvenser ble spilt av for deretter å skrives ordrett ned. Det var en tidkrevende arbeidet, men den førte til at vi ble godt kjent med egne data.

Etter at alle intervjuene var transkribert, gjennomførte vi en tematisk analyse av tekstmaterialet. I følge Bell (2010) dreier en tematisk analyse seg om å organisere materialet gjennom koding der meningen av enkeltord, setninger/fraser eller deler av en tekst blir knyttet opp mot et tema. Dalen (2013) påpeker at ved tematisk analyse vil forskeren ofte ta utgangspunkt i spørsmål og temaer i intervjuguiden, da disse vil være relevante for å belyse problemstillingen. Det første trinnet i analyseprosessen handler om å gjøre seg kjent med datamaterialet (Thagaard, 2003). Vi leste derfor alle intervjuene flere ganger hver for oss, før vi diskuterte hva vi opplevde at datamaterialet kunne fortelle oss, og hva som gjentok seg i flere av intervjuene. Etter dette starte vi kodingen av informasjonen fra materialet. Analysen ble gjort manuelt og informantenes utsagn med beslektet meningsinnhold fikk samme farge, noe som bidro til at materialet ble enda mer strukturert. Gjennom analysen ble flere temaer

fremtredende og ut fra dette trakk vi ut 5 overordnede kategorier med tilhørende underkategorier:

- Sykehus - interne forhold
- Samhandling mellom sykehus og kommune i overføringsfasen
- Videre oppfølging i kommunen
- Pasientforløp der samhandlingsreformen følges
- Pasientforløp der samhandlingsreformen ikke følges

Gjennom hele analyseprosessen opplevde vi imidlertid mye frustrasjon. Materialet fremstod som rikt, mangfoldig og inneholdt erfaringer og kunnskap som var viktig å få frem, men på grunn av antallet, mange forskjellige faggrupper som opererte på ulike nivå og innenfor ulike sektorer var det vanskelig å rydde materialet, få oversikt og lage gode kategorier. På grunn av dette har vi ikke fått gått så dypt ned i materialet som vi ønsket, samtidig som vi har måttet utelate en del informasjon som kom frem. Våre erfaringer understøtter det Dalen (2013) sier om at utvalget ikke må være for stort, siden dette vil gjøre prosessen med å gjennomføre intervjuene og bearbeide dataene for krevende.

3.1.4 Validitet og reliabilitet

Validitet dreier seg om forskningens gyldighet, og om det man ønsket å undersøke faktisk har blitt undersøkt (Kvale og Brinkmann: 2014). Dette innebærer for oss at vi reflekterer over våre egne tolkninger og forståelse av materialet. Vi har forsøkt å etterstrebe dette ved å prøve å sette til side egne fordommer og forståelser.

Reliabilitet gjelder forskningsresultatens konsistens eller pålitelighet. (ibid).

Begrepene validitet og reliabilitet har sitt utspring i naturvitenskapen og den kvantitative forskningstradisjon. Siden den kvalitative forskningen har en fortolkende karakter og bygger på en annen grunnforutsetning, vil metodene som brukes frembringe en annen type data, og det vil derfor også være behov for å definere begrepene på en annen måte (Dalen 2013).

Thagaard mener at man i vurdering av den kvalitative forskningens kvalitet bør bruke begrepene troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet. Troverdigheten dreier seg om hvorvidt forskningen gjennomføres på en tillitsvekkende måte. Bekreftbarhet knyttes til kvaliteten av tolkningen og om resultatet av forskningen støttes av annen forskning.

Overførbarhet handler om hvorvidt tolkninger som er basert på en bestemt undersøkelse kan generaliseres. (Thagaard 2003).

Trusler mot reliabiliteten i en kvalitativ intervjuundersøkelse vil i følge Kvale (1997) kunne være bruk av f.eks ledende spørsmål i intervjusituasjonen, og uklare prosedyrer knyttet til transkribering og analysing av datamaterialet. I vår intervjuguide har vi prøvd å motvirke dette ved å ta i bruk åpne og beskrivende spørsmål. Under intervjuene stilte vi oppfølgingsspørsmål for å bekrefte og utdype det informantene sa. Vi fulgte også opp initiativ fra informanten. Når det gjelder spørsmål om validitet, så vil denne berøre alle fasene eller stadiene i forskningsprosessen, dvs. fra tematisering, planlegging, intervjuing, transkribering, analysing verifisering og rapportering. For å sikre validiteten har vi forsøkt å stille relevante spørsmål i forhold til problemstillingen, klargjøre begreper som brukes i undersøkelsen og redegjøre for prosedyren.

3.1.5 Etikk

Som forsker har man et etisk ansvar overfor de personene man ønsker å studere. Vi foretok etiske vurderinger gjennom hele forskningsprosessen ved å sikre informert samtykk og sikre informantens konfidensialitet. Informert samtykke handler om at informanten på forhånd informeres om mål og hensikt med undersøkelsen, om fordelene/ulempen ved å delta, og at deltagelsen skjer på frivillig basis og med mulighet til å avbryte når som helst. Prinsippet om konfidensialitet handler om at man ikke offentliggjør informasjon eller personlig data som kan bidra til å avsløre informantens identitet. Forskeren må altså anonymisere informasjonen når resultatene av undersøkelsen presenteres. Det å sikre anonymiteten kan imidlertid være problematisk hvis miljøet er lite. Konfidensialiteten handler også om at andre ikke skal få tilgang på materialet. Prinsippet om konsekvens går ut på at forskeren hele tiden må vurdere hvilke konsekvenser det vil ha for informanten å delta i undersøkelsen, både positive og negative (Kvale:1997).

I informasjonsskrivet understreket vi at det var frivillig å delta i undersøkelsen og at de når som helst kunne trekke seg uten å grunngi dette. Det fremgikk også at de ville være anonyme og at datamaterialet ville bli slettet når oppgaven var ferdig. Alle informantene fikk informasjon om studiens formål og hva som ville skje med informasjonen tilknyttet dem, som f.eks lydopptak. Da vi møtte informantene ble samtykkeerklæringen underskrevet. Vi avholdt

intervjuene på informantenes arbeidssted. I forkant av intervjuene spurt vi om det var greit at vi gjorde lydopptak. Samtlige aksepterte dette. Studien er meldt til personvernombudet, noe som innebærer at alle data vil bli makulert når studien er ferdig. Gjennom hele prosessen har vi vært bevisst rundt det å ikke la det fremkomme opplysninger som kan avsløre identiteten til informantene.

4 Resultat

I dette kapitlet presenterer vi de viktigste funnene tilknyttet våre problemstillinger, i form av temaer som kom frem i samtalene med informantene. Vi har sett på informantenes syn på hvordan de opplever at samhandlingen i overføringsfasen mellom sykehus og kommune fungerer i praksis, og hvordan de opplever kommunens organisering og oppfølging av videre behov for afasirehabilitering.

Basert på informasjon fra informantene ved de to sykehusene, hhv. avdelingssjef og sykepleierne ved slagenhetene, redegjøres det først kort for felles rutiner og prosedyrer i første del av pasientforløpet som gjelder alle pasienter– fra mottak til pasienten defineres som utskrivningsklar. Deretter presenteres oppgavens forskningsresultater med sitater.

4.1 Akuttfasen – sykehus - felles pasientforløp og prosedyrer

Begge sykehus i vår studie har slagenheter som kombinerer akuttbehandling og tidlig rehabilitering som følger nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering av hjerneslag. Det vil si organisert behandling av slagpasienter i en avgrenset enhet med faste senger, bemannet med et tverrfaglig spesialopplært personale og med et standardisert program for diagnostikk, observasjon, akutt behandling, tidlig mobilisering og rehabilitering (Helsedirektoratet, 2010). Enhetene har skriftlige rutiner og system for kvalitetssikring.

Akuttfasen

Sykehusene har etablert klare prosedyrer for varsling og håndtering i akuttmottaket for å sikre rask diagnostikk. Det samme gjelder videre undersøkelse og behandlingstiltak. Ved ankomst gjennomføres en rask vurdering av om pasienten er aktuell for trombolyse (sterk blodfortynnende medisin som løser opp proppen). Hvis ja, følges videre prosedyrer for dette behandlingsløpet og pasienten ligger som regel et døgn på intensivavdeling før overføring til sengepost/slagenhet. Hvis nei, følges andre fastlagte prosedyrer for undersøkelse og behandling. Etter gjennomført utredning på akuttmottaket overføres pasienten til sengepost/slagenhet der videre program og prosedyrer følges opp.

Tverrfaglig personell kobles automatisk på neste dag for vurdering og avklaring av behov for intern henvisning for oppstart av kartlegging på ulike funksjonsområder - medisinske forhold, kognitive-, språk- og motoriske funksjoner, evne til selvstendighet i aktiviteter og sosiale

ferdigheter. Begge sykehus har organisert tverrfaglige team med fast møtetid to ganger i uken. Faste deltagere i teamet er lege, sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut og logoped. Andre faggrupper som sosionom, klinisk ernæringsfysiolog og psykolog tilkalles ved behov. På møtene drøftes kartleggingsresultat, rehabiliterings-potensiale, pasientens ønsker, videre rehabiliteringsbehov, best egnet rehabiliteringstilbud, tidspunkt for utskriving, hvem som kontakter kommunen mm. Endelig tidspunkt for utskriving hjem eller til andre spesialist- eller kommunale oppfølgingsopplegg blir bestemt av lege. Antall liggedøgn på sykehuset avhenger bl.a. av hvor stort utfall pasienten har etter slaget. De fleste slagpasienter har lite/ingen utfall og kan skrives ut etter 2- 3 dager. Er pasienten svært dårlig kan oppholdet forlenges. Det samme gjelder hvis kommunen ikke kan gi pasienten det tilbudet/oppfølgingen han/hun har behov for.

4.2 Sykehus - interne forhold

I denne delen presenteres først organiseringen av logopedtjenesten, basert på informasjon fra gjeldende informanter. Fra punkt 4.2.2 -4.3.4, presenteres resultatene fra intervjuundersøkelsen i følgende 4 overordnede kategorier som vi har trukket ut av intervjuene:

- Kapasitet og kompetanse
- Ansvar og oppgaver –ingen tid til effektiv og intensiv behandling
- Interne henvisningsrutiner
- Det ideelle pasientforløpet

4.2.1 Organisering av logopedtjenesten

Ved det ene sykehuset tilhører logopedtjenesten” seksjon for kliniske støttefunksjoner”, underlagt nevrologisk avdeling. Seksjonen består av fysio- og ergoterapeut, ernæringsfysiolog og sosionom. Ved det andre sykehuset er logopedtjenesten underlagt medisinsk avdeling og deler kontor med ergo- og fysioterapeut tilknyttet slagavdelingen

4.2.2 Kapasitet og kompetanse

Samtlige informanter ved de to sykehusene påpeker at logopedens stillingsprosent er for lav til å dekke etterspørsel og behov for denne type tjenester. Tidligere hadde det ene sykehuset 100% logopedstilling, mens den i dag er på 50%. For å være regelmessig på sykehuset og få

muligheten til å møte flere pasienter, samt delta på tverrfaglig team, har logopeden valgt å fordele stillingsressursen på fire dager. På det andre sykehuset er logopeden ansatt i 30 % stilling og jobber hver tirsdag og annenhver mandag og får sjelden deltatt på tverrfaglige teammøter. Begge logopedene opplever at stillingsprosenten ikke er forenelig med de oppgaver som inngår i - og forventes utført i stillingen.

Med en så lav stillingsprosent, rekker ikke logopedene å følge opp alle pasienter når det gjelder kartlegging og videre forespeiling av tiltak. De må også prioritere mellom kartleggingsoppgaver, f.eks. må dysfagioppgaver prioriteres før afasi. Konsekvensen er manglende informasjon til kommunen vedrørende utskrivningsklare enkeltpasienter med behov for videre logopedoppfølging, noe den en av logopedene uttrykker på følgende måte:

” og så tenker jeg i tillegg ofte at de som jobber i rehabilitering eller i kommunen lurer kanskje på hvorfor logopeden ikke har vurdert den pasienten eller ikke har sendt logopedrapport eller hvorfor det blir ikke sendt noen informasjon videre, men det jo fordi jeg har ikke sett pasienten ”.

Begge logopedene påpeker også at manglende logopedkapasitet medfører at andre faggrupper må ta over/gjennomføre typiske logopedoppgaver, noe også sykepleierne på sengepost kommer med flere eksempler på. På det ene sykehuset er det ergoterapeuten som trer støttende til når det gjelder språkkartlegging og oppfølging av tiltak. Logopedene opplever også at andre faggrupper og ledere er usikre på hvilke oppgaver og ansvar logopedene har - hva de har kompetanse til å utføre - og at logopedene kan brukes på mange flere pasientgrupper enn bare slagpasienter. En av logopedene eksemplifiserer dette på følgende måte:

...Jeg har f.eks. jobbet i mange år med intensivpasienter tidligere, jeg kan jobbe med kreftpasienter....da jeg fikk henvisning vedrørende en trakeostomert pasient på intensivavdelingen og kommer opp på avdelingen, så var sykepleier der og fikk helt hjerteinfarkt fordi jeg ville begynne å trene oralpust og se på svelgfunksjonen. Nei, da måtte hun først ringe legen og legen måtte bli med ...og så var det legen som gjorde alt og jeg stod der og tenkte ” hva er min oppgave nå, nå har dere gjort alt jeg pleier å gjøre ”

De øvrige informantene ved de to sykehusene gir uttrykk for at de er svært fornøyde med logopedenes kompetanse, men understreker behovet for å ha logoped til stede hver dag på linje med andre faggrupper som f.eks. fysioterapeut. Den ene sykepleieren uttrykker det slik:

” Du kan få ergoterapeut hver dag og fysioterapeuten er her jo hver dag og logopedene er jo ikke her hver dag...., du har like mye behov for hjelp til språk og svelg som til å røre på armer og bein. Det har noe med velværet til pasienten å gjøre, klarer ikke pasienten å kommunisere

eller spise, så kan jeg ikke tenke meg at det er så veldig godt.(...) det har noe med livskvalitet å gjøre..”

4.2.3 Ansvar og oppgaver – ingen tid til effektiv og intensiv rehabilitering

Begge sykehuslogopedene gir uttrykk for at det eksisterer lite skriftlige instruksjoner og prosedyrer når det gjelder innholdet logopedstillingen – de må gå opp veien selv. Den ene logopeden forteller at hun har kontakt med tidligere sykehuslogoped som hun kan spørre om råd og veiledning ved behov.

Når det gjelder kartlegging av språkvansker kan det skje mange språklige endringer hos pasientene i løpet av de første 72 timene etter akuttbehandling. Logopedene venter derfor en dag etter at pasienten har ankommet sengepost, før oppstart av språkkartlegging. På grunn av manglende kapasitet kombinert med at alle pasienter, uavhengig av utfall, har færre liggedøgn på sykehus i dag sammenlignet med tidligere, har logopedene liten tid til å gjennomføre direkte behandling/rehabilitering selv. For å sikre at pasienten kommer i gang med språkrehabiliteringen før utskriving, informerer og veileder de fagpersonell og pårørende om ulike indirekte/ direkte tiltak de kan gjennomføre på avdelingen, samt legger igjen litt skriftlig informasjon, tips og råd. Avdelingspersonalet har også tilgang til logopedens journalnotater og logopedrapport via det interne e-meldingssystemet. Den ene logoped med lavest stillingsprosent uttrykker det slik:

”...Si at den uken er jeg der bare på tirsdag, så er det kartlegging og kanskje rekker jeg en tur oppom [på sengepost] for å prate og kanskje til og med får treffe litt pårørende og snakke litt med dem (...) I noen saker kan jeg lage et lite oppsett av noen øvelser jeg mener de kan gjøre, mens neste uke når jeg er tilbake, så er de utskrevet ...i mange saker da.... Sånn som jeg opplever de månedene jeg har vært her, så er det veldig begrenset hvor mye behandling jeg får gitt dem. Litt mer sjanse de dagene jeg er der to dager. Da... kanskje jeg får tatt en vurdering på mandag, så har jeg litt bedre tid senere neste dag, men likevel er det veldig begrenset”.

4.2.4 Interne henvisningsrutiner

Henvisning brukes som informasjon/formidling til andre fagenheter (fysio- ergoterapeut, radiolog etc) om behov for videre kartlegging – oppfølging /behandling. Det er sykehuslegene som henviser til logoped eller til andre faggrupper.

Logoped ved det ene sykehuset opplever at de interne henvisningsrutinene fra lege til logoped ikke fungerer optimalt. Det er fortsatt personavhengig om hun mottar henvisning,

selv om det har blitt bedre. Dette får konsekvenser for når i pasientforløpet logopeden kommer inn og hva hun rekker å gjennomføre av kartlegging, tiltak o.a. før pasienten skrives ut. Logopeden uttrykker det slik:

” Det er veldig avhengig av legen som tar i mot pasienten i inntakssituasjonen, hvor flinke de er til å huske på at det finnes en logoped. Det er veldig forskjellig men det har blitt mye bedre nå. I starten var det litt sånn...de snakket mye om pasienten på tverrfaglige møter og så tenkte jeg ” hvorfor har jeg ikke mottatt noen henvisninger i det hele tatt” .

Selv om det har blitt bedre kan logopeden fortsatt komme på tverrfaglige møter hvor f.eks. en pasient med dysartri- som hun ikke kjenner til - drøftes for utskrivning neste dag (s.4), uten at hun har møtt/fått sett på pasienten.

Logopeden tror selv at manglende logopedhenvisninger har sammenheng med dagens stillingsressurs – at hun ikke er til stede full tid og sykehusets tidligere logopedhistorikk. Den forrige logoped ved sykehuset som gikk av med pensjon, hadde opprinnelig en 100% stilling, men reduserte selv stillingsprosenten over tid fra 100-33%. Det ble ikke ansatt ny logoped for å fylle opp manglende stillingsprosent. Logopeden jobbet heller ikke på faste dager, noe som skapte lite forutsigbarhet ift. når hun var på jobb/ ikke på jobb. Henvisninger ble liggende ubehandlet, noe som igjen førte til at legene sluttet å sende henvisning. I perioden etter at forrige logoped pensjonerte seg og nåværende logoped ble ansatt var sykehuset uten logoped. Også logopedene ved det andre sykehuset viser til tilsvarende logopedhistorikk.

4.3 Samhandling mellom sykehus og kommune i overføringsfasen

Alle kommunene i vår studie har koordinerende enhet/tjeneste for helse- og omsorgstjenester og for rehabilitering på fagområdene fysioterapi og ergoterapi, der e-melding brukes som primær kommunikasjon-/ informasjonskanal mellom de to nivåene. Kommunene har også administrativ koordinerende tjeneste for logopedrehabilitering organisert i utdanningssektoren. På bakgrunn av informasjon og opplysninger som har fremkommet gjennom intervjuene har vi valgt å dele presentasjonen av sentrale funn på dette området i to deler. Først ser vi på samhandlingen mellom sykehusene og kommunenes koordinerende enhet for helse og omsorgstjenester. Deretter ser vi på samhandlingen mellom sykehusene og kommunenes administrative koordinerende tjeneste for logopedrehabilitering.

4.3.1 Samhandling mellom sykehusene og kommunenes koordinerende enhet - tjenestekontor for helse, pleie og omsorgstjenester

I denne delen presenteres først organiseringen av kommunens administrative koordinerende enhet/tjeneste, basert på informasjon fra gjeldende informanter. Fra punkt 4.3.1.2 -4.3.1. 5, presenteres resultatene fra intervjuundersøkelsen i følgende 4 overordnede kategorier som vi har trukket ut av intervjuene:

- Forpliktende samarbeidsavtaler
- Ansvar og oppgavefordeling - koordinering av noe - ikke alt
- Elektroniske meldinger som primær informasjons- og kommunikasjonskanal
- Et tettere og bedre samarbeid

4.3.1.1 Administrativ organisering av kommunenes koordinerende enhet/ tjeneste

Som nevnt tidligere kan koordinerende enhet i kommunen organiseres på ulike måter. I den minste kommunen i vår studie er koordinerende funksjon tillagt avdelingsleder ved kommunens sykehjem som samhandler med tverrfaglig team innen helse. De tre andre kommunene har eget koordineringskontor med flere ansatte ved hvert kontor. De fire tjenestekontorene har formaliserte tverrfaglige teammøter med ulike faggrupper innen helsesektoren med fast møtetid en gang i uken og ellers ved behov.

4.3.1.2 Forpliktende samarbeidsavtaler

Samhandlingen i dette pasientforløpet er formalisert og regulert i Samhandlingsavtalen – en samarbeidsavtale inngått mellom Helseforetaket HF og kommunene i gjeldende fylke i 2015. Avtalen består av en generell del og konkrete samhandlingsområder som beskrives i egne delavtaler. Konkretisering av oppgave- og ansvarsfordeling og avtalte prosedyrer mellom kommune og helseforetaket på de ulike samhandlingsområdene, skal bidra til at pasienten mottar et helhetlig tilbud av helse og omsorgstjenester. Det er spesielt delavtale 3 og 5 som har vært relevante i samtalen med informantene, hhv. innleggelse, behandling og utskriving av sykehus (Samhandlingsavtalen, 2015).

Samhandling mellom sykehus og kommune om utskriving starter allerede ved innleggelsen i sykehus. Sykehuset ved sykepleierne på slagenhetens sengepost har ansvaret for å varsle kommunen innen 24 timer om innleggelsen, pasientens status, antatt forløp og forventet utskrivningstidspunkt, dersom det antas at det er behov for hjelp fra den kommunale helse- og

omsorgstjenesten. Informasjonsutvekslingen mellom sykehuset og kommune foregår (primært) ved bruk av elektroniske meldinger -e-melding i helsenet. I tilfeller hvor pasienten allerede er mottaker av kommunale helsetjenester, sender sykehuset snarest” melding om innlagt pasient”. Kommunen må melde tilbake oppdaterte pasientopplysninger innen 24 timer etter mottatt melding. Etter 24 timer oppdateres kommunen fortløpende ved statusendring hos pasienten (Samhandlingsavtalen, 2015, delavtale 3 og 5, 2015)

Pasientens antatte funksjonsnivå og hjelpebehov etter utskriving formidles til kommunen så snart det er avklart og senest innen 24 timer før utskriving. Sykehuset skal ikke legge føringer på hvilke tjenester kommunen skal yte, og kan heller ikke sende en utskrivningsklar pasient tilbake til kommunen før kommunen har gitt beskjed om at det foreligger et kommunalt tilbud. Kommunen på sin side skal forberede og iverksette nødvendige tiltak for å ta i mot pasienten når sykehuset har varslet behov for kommunale helse- og omsorgstjenester og bestemme hvilke kommunale tjenestetilbud som egner seg best ut fra pasientens oppfølgingsbehov. Ved utskriving skal epikrise eller tilsvarende legedokumentasjon inkludert fullstendig medikamentliste oversendes elektronisk (Samhandlingsavtalen delavtale 5:28-28).

Alle informantene bortsett fra den ene sykehuslogopeden er kjent med Samhandlingsreformen som regulerer samhandling og koordinering av pasienter mellom kommune og sykehus. Bortsett fra sykepleierne, logopedene ved sykehusene, samt utøvende logoped i kommunen, er de øvrige informantene også kjent med Samhandlingsavtalen.

4.3.1.3 Ansvar og oppgavefordeling - koordinering av noe - ikke alt

Informantene ved tjenestekontorene i de fire kommunene forteller at tjenesten har ansvar for at pasienten får forsvarlig hjelp når vedkommende tilbakeføres til kommunen – enten på sykehjem (korttids- langtids-, rehabiliterings-plass), dagtilbud eller i egen bolig. Tjenesten fatter vedtak og bestiller tjenester til pasienten hos utfører (hjemmehjelpstjenesten og sykehjem) i kommunen, samt koordinerer nødvendige hjelpemidler etter behov.

Samtlige informanter ved de to sykehusene (minus logopedene) og ved kommunenes tjenestekontor opplever at det er en klar og tydelig ansvars- og oppgavefordeling internt og mellom nivåene – alle vet hvilke oppgaver de selv og motparten skal utføre.

Ved behov for ergo- og fysioterapirehabilitering koordineres informasjon og henvisninger direkte fra sykehuset fagpersoner til fysioterapeut og ergoterapeut ved tjenestekontoret i den ene kommunen, og til kommunens fysioterapi- og ergoterapitjeneste som har koordineringsansvar i de tre andre kommunene. Når det gjelder koordinering av informasjon og rehabiliteringshenvisninger til kommunens administrative logopedtjeneste, gir samtlige informanter klart uttrykk for at dette ikke ligger innenfor tjenestekontorets ansvarsområde. De fleste begrunner det med at logopedtjenesten er organisert utenfor pleie, omsorg og helse. En saksbehandler ved et av tjenestekontorene sier det slik:

” De som har logopedbehov blir henvist fra sykehuset som regel til logoped i voksenopplæringen som da er organisert sånn. Jeg vet ikke hvordan det er ellers, det kan nok variere, men i alle fall her så er det voksenopplæringen som har med det å gjøre, og da går det utenom. Det er ingen logoped i pleie og omsorg... logopeden er i voksenopplæringen....så vi har ikke noe fokus direkte på det, fordi det er da en annen vei på en måte.. vi har mer fokus på den fysiske delen.

Flere av saksbehandlerne er imidlertid usikre på hvem som er administrativt ansvarlig for logopedrehabilitering i kommunene de administrerer, om det er PP- tjenesten, kommunens opplæringscenter eller voksenopplæringen.

4.3.1.4 Elektroniske meldinger som primær informasjons- og kommunikasjonskanal

Som nevnt tidligere er meldingsutveksling i form av elektroniske meldinger den primære kommunikasjons- og informasjonskanalen mellom sykehusene og kommunens tjenestekontor. Det er utviklet standardiserte elektroniske meldinger som dekker ulike informasjonsbehov i forbindelse med innleggelse av pasienter i sykehus og utskriving av pasienter til kommunehelsetjenesten. Når pasienten utskrives fra sykehus skal epikrise (sammenfatning av journalopplysninger) eller tilsvarende informasjon sendes til helsepersonell i primærhelsetjenesten så raskt som mulig for at de skal kunne vite hvilket behandlingsbehov han eller hun har og på den måten kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging (Riksrevisjonen, 2015-2016:69).

På sykehuset er det sykepleierne på sykehusets slagenhet som har ansvar for å koordinere og sende e-melding til kommunens koordinerende enhet når det er behov for kommunale helsetjenester og omsorgstjenester som institusjonsplass, hjemmesykepleie eller praktisk bistand. I meldingene beskrives pasientens funksjonsnivå og videre behov. Kartleggings- og utskrivningsrapporter fra andre faggrupper som f.eks. fysioterapeut og logoped legges også

ved. Der det foreligger informasjon i pasientens datajournal om at logoped eller andre faggrupper har kontaktet tilsvarende kommunaltjeneste med informasjon om videre rehabiliteringsbehov, blir dette også informert om i e-meldingene.

Alle informantene (avdelingssjef, og sykepleierne) på sykehus og ved tjenestekontorene opplever at det etablerte e-meldingssystemet stort sett fungerer bra, og at det er en stor forbedring fra det som var tidligere. Det vises til mange fordeler med e-meldingssystemet. Sykepleierne på sykehusene fremhever bl.a. at de ikke lenger må å bruke tid på å finne rett kontaktperson i kommunen. Den ene sykepleieren uttrykker dette på følgende måte:

” kommunikasjonen er litt enklere fordi det går på e-melding, sånn at du slipper å bruke tiden på å ringe etter folk som ikke tar telefonen og omvendt, ikke sant... så prøver de å ringe tilbake og så får de ikke tak i meg og så...

Flere fordeler som nevnes er at informasjonen blir konkret og at de vet at beskjeden de sender blir sett. Den ene av sykepleierne sier de slik:

” ...det står svart på hvitt hva vi har gitt beskjed om... vi har gjort det og det og dere må følge opp det og det, mens på telefon gir du muntlig beskjed og har ingen garanti for at det du sier blir skrevet ned, så sånn sett synes jeg det er veldig bra”

Sykepleierne på sykehuset opplever også at innføringen av 24 timers melding har resultert i at ikke all informasjon må sendes med en gang, noe som frigjør tid til å gjøre andre ting.

I likhet med sykepleierne opplever samtlige saksbehandlere ved tjenestekontorene at informasjonsutvekslingen har blitt mye enklere etter innføring av e-melding. De får nå fortløpende oppdaterte og dokumenterte helseopplysninger og kan også selv sende nødvendig pasientinformasjon tilbake.

Selv om mye har blitt bedre knyttes det også utfordringer til utveksling av informasjon via e-melding systemet. Flere av informantene ved tjenestekontorene har erfaring med at epikriser eller tilsvarende dokumentasjon, f.eks. oppdatert medisinsliste mangler ved utskrivning, noe som medfører mye ekstraarbeid. Det er også uenighet mellom sykehusene og enkelte av tjenestekontorene om hvor detaljert informasjonen skal være. En av informantene ved et av tjenestekontorene uttrykker det slik:

”..Når vi får beskjed om at en pasient er utskrivningsklar og jeg melder at det går greit såfremt at epikrise og tilsvarende dokumentasjon foreligger fra lege, så kan pasienten skrives ut den dagen, Men ser jo at de sender likevel, for vi kan jo ikke sende pasienten tilbake igjen selv om han kommer uten papir”

I tillegg til e- meldinger blir telefon brukt som supplement ved behov for mer utdypende opplysninger. Det foreligger oppdaterte telefonlister på begge sykehus med kontaktinformasjon over alle kommunenes koordinerende enheter i fylket. Kommunene har tilsvarende oversikt over alle sykehus i helseregionen. Samtlige informanter påpeker imidlertid at de har mindre behov for telefonkontakt etter innføring av e-meldingssystemet. Ved behov gjennomføres også direkte møter mellom tjenestekontorene og sykehusets slagavdeling. I de to største kommunene, som også er vertskommune for sykehusene, er saksbehandlerne ved tjenestekontorene regelmessig en dag i uken på sykehuset der de går gjennom alle avdelinger og innhenter informasjon fra avdelingsleder og pasienter/pårørende hvis mulig. Den direkte kontakten med sykehusets avdelinger og pasienter opplever saksbehandlerne som et verdifullt supplement til øvrig informasjonsutveksling. Sykepleierne ved de to sykehusene har imidlertid ulik oppfatning av nytten av de direkte møtene. Den ene sykepleieren deler saksbehandlerens syn og fremhever viktigheten av at de får møtt og snakket med pasient/pårørende selv, noe hun mener bidrar til at de får et mer utfyllende bilde av pasientens status. Den andre sykepleieren opplyser derimot at saksbehandlerne ikke møter pasient/pårørende direkte, men innhenter informasjon om pasientene fra ansvarlig sykepleier. Det hadde vært bedre om saksbehandlerne tok seg tid til å møte pasienten/pårørende. Dette uttrykker hun slik:

”....det hadde vært bedre når de først kommer hit, at de gikk inn og hilste på pasienten, så hadde fått sett selv hvordan de har det..”

4.3.1.5 Et tettere og mer likeverdig samarbeid

Samtlige informanter på sykehusene og i kommunene opplever at innføring av Samhandlingsreformen har ført til et mye tettere og mer likeverdig samarbeid sammenlignet med tidligere. Informantene ved tjenestekontorene fremhever at kommunene nå har mulighet til å holde utskrivningsklare pasienter tilbake på sykehuset hvis de mener at de ikke kan gi et forsvarlig rehabiliteringstilbud, noe de benytter seg av selv om dette medfører en økonomisk merkostnad for kommunen. Tilsvarende har også sykehuset mulighet til å holde pasienten tilbake hvis de mener at kommunens oppfølgings tilbud ikke er forsvarlig. En av saksbehandlerne i kommunen formulerer det slik:

” det er et mye tettere samarbeid nå... sånn som jeg opplevde det tidligere så kunne sykehuset bare sende dem på dør med beskjed om at alt er i orden, han går, står, alt er bra... men pasienten var jo dårligere enn hva de faktisk beskrev. Tidligere var det inntaksmøter en gang i uken og hvis de sa at nå skriver vi ham ut, så skrev de ham ut. Vi kunne ikke si nei, eller

stopp, det var sykehuset som styrte det, men nå er kommunen mer med og bestemme, hvis vi sier nei, må sykehuset holde pasienten tilbake slik at vi får mer tid til å ordnet ting som må tilrettelegges før vi mottar pasienten”.

Når det gjelder kommunenes kapasitet til å ta i mot utskrivningsklare pasienter opplever både den ene avdelingssjefen og sykepleierne ved de to sykehusene at det har blitt mye bedre, men at det fortsatt kan være en utfordring i de to største kommunene. Den ene sykepleieren viser til at de har en pasient som har vært innlagt i to uker i påvente av institusjonsplass i kommunen.

4.3.2 Samhandling mellom sykehusene og kommunenes administrative koordinerende tjeneste for logopedrehabilitering

Sykehuslogopedene hadde frem til 31.12.16, ansvar for å ta kontakt og oversende egen logopedhenvisning til kommunens administrative logopedtjeneste. Fra 01.01.17, ble henvisningsretten endret til bare å gjelde sykehusets leger. Sykehuslegen henviser direkte til fastlege via e-melding. Logopeden har imidlertid fortsatt ansvar for å opprette kontakt og oversende logopedrapporter og annen relevant informasjon til gjeldende instans i kommunen. Pasienten får også med epikrise og logopedhenvisning ved utskriving.

I denne delen presenteres først organiseringen av kommunens administrative koordinerende tjeneste for logopedrehabilitering, basert på informasjon fra gjeldende informanter. I punkt 4.3.2.2 presenteres resultatene fra intervjuundersøkelsen i 1 overordnet kategori som vi har trukket ut av intervjuene:

- Kommunikasjon og informasjonsflyt - koordinerende tjeneste for kommunal logopedrehabilitering – lite synlig og tilgjengelig

4.3.2.1 Administrativ koordinerende tjeneste for logopedrehabilitering

Den kommunale tjenesten for logopedrehabilitering i de 4 kommunene i vårt materiale er organisert under kommunens utdanningssektor. Det administrative ansvaret er lagt til voksenopplæringen i tre av kommunene og til interkommunal PP- tjenesten i den ene kommunen som til sammen dekker 4 kommuner. I de to store kommunene er ansvaret delegert til hhv. avdelingsleder for spesialundervisning ved Voksenopplæringen og til logoped i rådgiverstilling ved PP-tjenesten. Logoped i rådgiverstillingen ved PP-tjenesten

innehar også stillingen som logoped ved sykehuset i samme kommune. I de to mindre kommunene er det rektor ved voksenopplæringen som har ansvaret.

Den administrative koordinerende tjenesten er fellesmottak for logopedhenvisninger fra lege og rapporter /annen relevant informasjon fra sykehuslogoped, samt ansvarlig for å fatte vedtak om kommunal logopedbehandling eller videreformidle henvisningen til privatpraktiserende logoped som kan påta seg oppdraget når ikke kommunen selv har kapasitet.

4.3.2.2 Kommunikasjon og informasjonsflyt - koordinerende tjeneste for kommunal logopedrehabilitering – lite synlig og tilgjengelig

Kommunenes tjeneste for rehabilitering skal være synlige og lett tilgjengelige for brukere og samarbeidspartnere. Det vil si at de skal ha kjennskap til koordinerende enhet og vite hvor de skal henvende seg og kommunene skal ha et fast kontaktpunkt overfor sykehusene (spesialisthelsetjenesten) (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011). Når pasienten har behov for kommunale tjenester er det sykehusets fagperson på det aktuelle fagområdet som har ansvar for å opprette kontakt for informasjonsutveksling. Sykehuslogopedene og kommunenes administrative logopedtjeneste har ikke tilgang til å bruke helsesektorens e-meldings-system som informasjonskanal. Informasjonsflyt mellom sykehuslogoped og kommune forgår derfor primært ved bruk av brev, e-post og telefon.

Avdelingssjefen ved det ene sykehuset forteller at informasjonsutvekslingen fra sykehus til kommune fungerer godt på de fleste fagområdene, men at sykehuslogopeden opplever det som utfordrende. Mens Fysio- og ergoterapeutene har direkte kontakt med egne fagpersoner i kommunen via e-meldings-systemet, opplever logopeden at det ofte er vanskelig å vite hvem hun skal kontakte i forhold til videre logopedoppfølging. Hun viser til at kommunene har ulik organisering når det gjelder hvem som er ansvarlig for å motta logopedrapport og henvisninger, og mye tid går med til å få klarhet i dette.

” Jeg må jo sørge for at kommunen får beskjed om hva slags trening pasienten trenger...., men det er veldig forskjellige prosedyrer – av og til må jeg sende informasjon til kommunen av og til PPT...noen ganger sender jeg først en melding til kommunen og spør om det er kommunen eller PPT- eller hvor jeg skal sende henvisningen.” (sykehuslogoped)

Når det gjelder logopeden ved det andre sykehuset er ikke dette et problem siden hun innehar

både stillingen som administrativ ansvarlig for logopedrehabiliteringen i kommunens interkommunale PP- tjeneste og samtidig er og logoped ved sykehuset.

I de tre andre kommunene oppgir samtlige informanter ved voksenopplæringen at de har lite eller ingen direkte kontakt med sykehuslogoped når det gjelder utskrivningsklare pasienter med behov for videre afasioppfølging. De mottar primært skriftlig informasjon i form av henvisninger fra fastlege og/eller pasienten selv, samt logopedrapport som ligger ved henvisningen eller blir sendt separat.

To av informantene ved voksenopplæringen i en av de store kommunene opplever at henvisningene ofte mangler sentral informasjon f.eks., dato for planlagt utskriving, adresse ved utskriving (hjem, institusjon) og kontaktperson/pårørende. Utøvende logoped påpeker at manglende informasjon medfører at mye tid går med til å oppspore pasienten og at igangsetting av logopedtiltak forsinkes. Avdelingsleder uttrykker det slik:

” her har vi fått en henvisning, det er ikke ord som tyder på om vedkommende er skrevet ut, eller hvor vedkommende er. Sitter vedkommende på den ene eller andre institusjonen i kommunen eller sitter vedkommende på bostedsadressen sin eller, ja... og hvem skal vi snakke med. Skal vi søke opp vedkommende på gule sider og ringe til en person som ikke greier å uttrykke seg verbalt.... så vet vi jo hvor lite vi får ut av det..... Det er ikke

I de to minste kommunene opplever ikke informantene dette som et reelt problem Siden de ikke har egen kommunal logoped, gis det avslag på behandling og all informasjon oversendes direkte til HELFO og eventuelt privatpraktiserende logoped. Eventuelle manglende opplysninger i henvisninger, rapporter mm. er et problem de må løse.

Utøvende logoped i den ene store kommunen er usikker på sykehusets henvisningsrutiner når det gjelder afasipasienter som ikke har blitt vurdert av sykehuslogoped som følge av lav stillingsprosent og at pasientene er kort tid på sykehuset. Hun er redd for at noen pasienter ikke får den oppfølgingen de har krav og behov for når de tilbakeføres til kommunen

” Jeg tenker jo at det kanskje er et mørketall der og at ikke alle... det sitter jo mange rundt på aldershjem, sykehjem og omsorgssenter som ikke får noe tilbud. Men jeg tenker jo det at pårørende eller lege på sykehuset vil ssh. sende henvisning hvis de mener at her er det noe som burde vært sjekket, jeg håper i hvert fall det. det vet vi jo ikke, vi vet jo ikke hva som skjer med de hun ikke treffer.

De to informantene ved voksenopplæringen i den ene store kommunen opplever at rollen som administrativ ansvarlig instans for voksenrehabilitering er lite kjent både i spesialist-

helsetjenesten (sykehus og spesialistrehabiliteringssenter) og internt i den kommunale administrasjonen på helseområdet. Voksenopplæringen overtok det administrative ansvaret fra kommunens interkommunale PP-tjeneste i januar 2016, og det ble sendt ut skriftlig orientering om dette til gjeldende instanser. De opplever imidlertid fortsatt at brev og henvisninger sendes til PP- tjenesten. Utøvende logoped, som også har kontor i PP-tjenesten, forteller at hun mottar henvisninger direkte fra pasienter og pårørende utenfor egen kontordør og viser til følgende eksempler:

Det hender at jeg finner en lapp eller konvolutt utenfor døren... folk er bare innom og legger fra seg alt mulig, men siden jeg vet det skal til voksenopplæringen tar jeg det bare med opp dit.

Avdelingsleder ved voksenopplæringen påpeker også at manglende oversikt over hvem som er henvisningsmottaker i kommunen resulterer i at flere instanser kan motta samme henvisning og starte opp behandling på samme person. Han har opplevd at pårørende har sendt henvisning både til voksenopplæringen og flere privatpraktiserende logopeder samtidig

” jeg kan få en henvendelse fra privatpraktiserende logoped om at hun allerede har satt i gang behandling fordi hun ikke nådde meg på telefon. Og når jeg spør om navnet, er det den saken jeg gav til kommunal logoped dagen før... og da må jeg jo bare si til kommunal logoped at her kan ikke du begynne for her har jo privatpraktiserende begynt ”

Rektor ved voksenopplæringen i den mellomstore kommunen opplever også at det er uklare linjer internt i kommunen når det gjelder hvem som faktisk har det reelle ansvaret for videre oppfølging av afasirehabilitering. Hun tror de fleste henvendelser kommer til voksenopplæringen, men er usikker på om andre kommunale instanser har vært involvert først.

Rektor uttrykker det slik:

”..jeg kan ikke med sikkerhet si om de da har ringt tjenestekontoret i kommunen eller om de har ringt kommunalsjef for helse og omsorg eller hva som har skjedd før det havner hos meg ”

Rektor er også usikker på om det er bare voksenopplæringen som fatter vedtak og gjør noe i forhold til å skaffe til veie logoped. På grunn av de uklare ansvarslinjene opplever hun at det er behov for at alle som har ansvar for rehabilitering i kommunen setter seg sammen for en nærmere avklaring av ansvar og oppgavefordeling - hvem gjør hva.

4.4 Videre oppfølging/rehabilitering i kommunen

I følge Opplæringslova (1998) skal alle kommuner ha et opplæringstilbud til voksne med ervervede språk- og kommunikasjonsvansker. For å sikre kontinuitet i opplæringen bør tilbudet organiseres slik at det er tilgjengelig på logopedtjenester umiddelbart etter utskrivning fra sykehus (Helsedirektoratet 2010).

I denne delen presenteres først organiseringen av utøvende logopedrehabiliteringstilbud, basert på informasjon fra gjeldende informanter. Fra punkt 4.4.2 -4.4.6, presenteres resultatene fra intervjuundersøkelsen i følgende 5 overordnede kategorier som vi har trukket ut av intervjuene:

- Manglende oversikt over innhold og utøvende logopedtilbud
- Manglende kapasitet og kompetanse
- Lite rom for intensiv og evidensbasert logopedrehabilitering
- Manglende tverrfaglig samarbeid internt og på tvers av sektorer
- Praktisering av lovverket - forsinket oppstart av logopedbehandling

4.4.1 Organisering av utøvende logopedrehabiliteringstilbud

I de to store kommunene er det et kommunalt utøvende logopedtilbud for voksne. Den ene kommunen har en 50% logopedstilling ved Voksenopplæringen, mens logopedtilbudet i den andre kommunen er del av et interkommunalt samarbeid med tre andre kommuner, og organisert under kommunens spesialpedagogiske opplæringstjeneste som dekker alle aldersgrupper. Det kommunale tilbudet i begge kommunene gis både ved logopedenes arbeidssted, på institusjon eller hjemme hos den afasirammede. De to mindre kommunene mangler tilgang på kommunal logoped og må innhente alle tjenester fra privatpraktiserende logoped.

4.4.2 Manglende oversikt over innhold og utøvende logopedtilbud

Begge sykehuslogopedene og utøvende logoped i kommunen opplever det som utfordrende at kommunene mangler oversikt over utøvende kommunale og privatpraktiserende logopeder, samt hvilke tjenester de utfører. Mye tid går bort til leting, noe som igjen kan føre til forsinket oppstart av videre logopedrehabilitering. Avdelingssjef og sykepleierne ved de to

sykehusene gir også uttrykk for at de ikke har oversikt over om alle kommuner har logoped tilgjengelig for videre oppfølging av afasipasienter.

Begge sykehuslogopedene savner direkte kontakt med de kommunalt ansatte logopedene for utveksling av informasjon og for videre råd og veiledning ved behov, samt kunne bistå pasienter/pårørende med opplysninger om hvem som er tilgjengelig i kommunene når det gjelder oppfølging av afasirehabilitering. Dette gjelder også for den kommunalt utøvende logopeden.

4.4.3 Manglende kapasitet og kompetanse

Alle informantene i studien gir uttrykk for at logopedkapasiteten i kommunene er for lav til å dekke rehabiliteringsbehovet hos afasirammede. Begge sykehuslogopedene opplever også at det er stor forskjell mellom kommunene ift. om de leier inn privatpraktiserende logoped når de selv mangler egen logoped eller den kommunale logopedkapasiteten ikke strekker til. Den ene sykehuslogopeden oppsummerer det på følgende måte.

” Jeg tenker at det er veldig dårlig, altså det er ganske stort behov og veldig lite folk, spesielt ute i kommunen.

Informantene i de to kommunene som ikke har egen kommunal logoped opplever også at det kan være utfordrende å skaffe til veie privatpraktiserende logopeder som kan påta seg oppdraget. På bakgrunn av at den kommunale logopedressursen er for lav til å dekke logopedbehovet påpeker informantene i de to store kommunene at bruk av privatpraktiserende logopeder er av avgjørende betydning for å kunne gi et godt og dekkende tilbud til denne gruppen. I likhet med de to små kommunene opplever de at det i perioder kan være vanskelig med tilgang til privatpraktiserende logopeder.

Tre av informantene ved voksenopplæringen i to av kommunene (stor og mellomstor) mener at manglende logopedkapasitet i kommunen må ses i sammenheng med kommunenes økonomiske situasjon. I kampen om ressursene blir ulike grupper med behov for hjelp satt opp mot hverandre og barn i aldersgruppen 0-18 år blir ofte prioritert før voksne. Rektor i den mellomstore kommunen forteller at økning i antall asylsøkere med behov for voksenopplæring i kommunen har ført til en nedprioritering av voksne med behov for

språkrehabilitering. Dette er selvfølgelig ikke greit i følge rektor, men viser til at kommunen står fritt til å omfordele de økonomiske ressursene.

4.4.4 Lite rom for intensiv og evidensbasert behandling

Som tidligere nevnt, bør logopediske tiltak ved afasi både være spesifikke i forhold til de språklige vanskene pasienten har og av tilstrekkelig mengde og hyppighet (Helsedirektoratet, 2010). På grunna av lav logopedkapasitet både når det gjelder kommunale og privatpraktiserende logopeder, er dette noe alle informantene i kommunene finner vanskelig å realisere i praksis. Utøvende kommunal logoped sier det slik: ” *Bortsett fra et unntak er det er toppen en gang i uken*”

Et flertall av sykehusinformantene forteller at private spesialistrehabiliteringsforetak velges fremfor direkte tilbakeføring til hjemkommunen når pasientens samlet sett blir vurdert til å ha rehabiliteringspotensiale og ønsker dette selv. Dette fordi spesialistrehabiliteringen kan tilby tverrfaglig intensiv opptrening med høyere intensitet – noe de fleste kommuner ikke har mulighet til å tilby på grunn av manglende kapasitet og kompetanse.

Utøvende logoped i kommunen påpeker at kommunens plassering av afasipasienter med behov for institusjonsplass også har innvirkning på logopedtilbudet. Pasienter blir ofte plassert på ulike omsorgssenter/institusjoner, noe som medfører vansker med å etablere logopedtilbud i gruppe, og pasienten mulighet til å treffe andre med tilsvarende vansker blir liten.

4.4.5 Manglende tverrfaglig samarbeid internt og på tvers av sektorer

Informantene i de to kommunene som ikke har ansatt kommunal logoped forteller at de ikke har noen rutiner for samarbeid med de privatpraktiserende logopedene som påtar seg oppdrag i kommunen. De har heller ikke tverrfaglig samarbeid med andre faggrupper når det gjelder rehabilitering av afasipasienter. Ved voksenopplæringen i den ene store kommunen er det innført faste samarbeidsmøter mellom avdelingsleder og utøvende logoped en gang i uken. Avdelingsleder har også regelmessig kontakt med privatpraktiserende logopeder – enten direkte eller på telefon - minimum en gang i måneden. Disse møtene er i følge avdelingsleder viktige ift oppdateringer og for å sikre at ikke både kommunal og privatpraktiserende logoped starter behandling av samme pasient. I tillegg gjennomføres ved behov interne tverrfaglige

samarbeidsmøter der spesialpedagoger/andre pedagoger, avdelingsleder og utøvende logoped deltar. I følge avdelingsleder sikrer dette et godt totaltilbud for pasienten. Samarbeidet mellom logoped og andre faggrupper gir også mulighet for økt treningsfrekvens, noe avdelingsleder viser med følgende eksempel:

” så totaltilbudet som vi kan gi til en person som har hatt slag er jo veldig bra. Senest i dag kom den ene spesialpedagogen som er ASK ekspert inn og viste IPADEN der logopedene har brukt seg selv som modell og spilt inn øverord som nå pasienten skal øve på til neste økt, så da får du opp mengdetreningen.”

Når det gjelder tverrfaglig samarbeid på tvers av sektorer oppgir samtlige informanter i voksenopplæringen og PP-tjenesten at de ikke har noen kontakt med kommunens koordinerende enhet for helse, pleie og omsorg. Dette samsvarer med opplysningene fra saksbehandlerne ved gjeldende koordinerende enhet (jf. pkt. 4.3.1.3), Samtlige informanter ved voksenopplæringen, PP- tjenesten og noen av saksbehandlerne ved koordinerende enhet for helse, pleie og omsorg gir uttrykk for at det er behov for tverrfaglig samarbeid for å kunne gi afasipasienter et best mulig helhetlig rehabiliteringstilbud. I den ene store kommunen har voksenopplæringen flere ganger forsøkt å få til et tverrfaglig samarbeid med kommunens koordinerende enhet for helse, pleie og omsorg, men har ikke fått noen respons på skriftlige henvendelser eller telefoner. Med referanse til Samhandlings-reformen intensjoner opplever avdelingsleder dette som totalt uforståelig.

” ..med hele samhandlingsreformens vesen og positive tanke, det er jo ingen som kan påstå at det ikke ligger gode tanker bak en sånn reform, så begriper jeg ikke hvorfor den ikke blir mer ” catchet”, men det oppleves jo ignorant at man aldri får svar på telefon eller mail, det må jeg si”

4.4.6 Praktisering av lovverket - forsinker oppstart av logopedbehandling

Som nevnt i kapittel 2, er retten til språkrehabilitering hos voksne med afasi hjemlet i Opplæringsloven (1998) §4A. I Opplæringsloven (1998) § 5-3 om sakkyndig vurdering presiseres det at før kommunen eller fylkeskommunen gjør vedtak om spesialundervisning skal det foreligge en sakkyndig vurdering av elevens spesielle behov.

Det utarbeides ikke sakkyndig vurdering for afasirammede når logopedtilbudet går gjennom HELFO og utføres av privatpraktiserende logopeder. I de to kommunene som ikke har egen kommunal logoped fattes det derfor vedtak om avslag uten sakkyndig vurdering. Det utarbeides imidlertid bare sakkyndig vurdering i den ene av de to store kommunene som har

tilgang på kommunal logoped. I kommunen det fattes vedtak uten at det utarbeides sakkyndig vurdering påpeker avdelingsleder, at selv om han vet at sakkyndig vurdering skal være på plass før vedtak fattes, blir ikke dette praktisert når det gjelder behov for logopedtiltak. Leder begrunner dette med at Opplæringslovens krav til sakkyndig vurdering forsinker prosessen med igangsetting av rehabiliteringen. Når det tar tid å få ferdigstilt sakkyndig vurdering opplever han at det ikke er forsvarlig at behandlingen må vente til denne er på plass. I påvente av sakkyndig vurdering risikerer pasienten å måtte vente inntil fire uker før oppfølgingen kan starte opp. Avdelingsleder opplever at det ikke er etisk forsvarlig å vente med tiltak når sakkyndig lar vente på seg, samtidig føles det ukomfortabelt og bevisst bryte lovverket. Han uttrykker dette slik.

”... vi kan ikke la vedkommende ligge i en seng og ikke greie å kommunisere annet enn å peke på at jeg vil ha glasset mitt med saft eller jeg vil på do....men jeg kjenner samtidig at det gjør noe med meg når jeg sitter å forteller at jeg med vitende og vilje bryter loven, men noen ganger er det vel slik at målet helliger middelet, men likevel føles ikke dette riktig heller etisk sett.

Saksansvarlig logoped i PP- tjenesten i den andre store kommunen som har ansvar for å utarbeide sakkyndig vurdering for utskrevne pasienter med behov for videre logopedoppfølging i kommunen opplever at det er dobbeltarbeid og unødvendig bruk av tid i de tilfeller det allerede er gjennomført kartlegging og utarbeidet logopedrapport på sykehuset. I tilfeller dette ikke foreligger vil utøvende logoped i kommunen ofte selv gjennomføre egen kartlegging.

5 Oppsummering og drøfting av hovedfunn

Informantenes viktigste tilbakemeldinger på spørsmål om hvordan samhandlingen mellom kommune og sykehus fungerer (i overføringsfasen) når det gjelder behov for videre logopedrehabilitering i kommunen, avdekker to forskjellige pasientforløp. Ett der samhandlingsreformen følges, og ett der den ikke gjør det. Bruk av samhandlingsreformen er knyttet til hvilke kommunale tjenester pasienten har behov for etter utskrivning:

1. pasientforløp der samhandlingsreformen følges. Dette omfatter behov for videre helse og omsorgstjenester i form av institusjonsplass, hjemmesykepleie, tekniske hjelpemidler.
2. pasientforløp der samhandlingsreform ikke følges. Dette omfatter behov for videre språkrehabilitering i kommunen.

I det følgende gis først en kort oppsummering av sentrale funn i pasientforløpet der samhandlingsreformen følges. Deretter drøfter vi mer inngående sentrale funn i det pasientforløpet der samhandlingsreformen ikke følges. Her har vi valgt å trekke frem de kategoriene som vi mener best gi svar på oppgavens tema og problemstilling

5.1 Pasientforløp der samhandlingsreformen følges

I denne delen presenteres 2 overordnede kategorier som vi har trukket ut på basis av det som framkom av forskningsfunn i kapittel 4 resultat og drøfting.

- Formaliserte samarbeidsavtaler –tydelig ansvar og oppgavefordeling
- Koordinerende enhet – tydelig kontaktpunkt– mer flyt i samarbeid og informasjonsutveksling

5.1.1 Formaliserte samarbeidsavtaler - tydelig ansvar og oppgavefordeling

I dette pasientforløpet er det inngått formaliserte samarbeidsavtaler mellom sykehus og kommune som konkretiserer og regulerer ansvar- og oppgavefordelingen - internt og mellom nivåene. Selv om ikke alle informantene på sykehusene er kjent med samarbeidsavtalen opplever samtlige informanter, både på sykehusene og i kommunen, at de har en klar og tydelig arbeids og oppgavefordeling. De synes trygge på egen rolle -alle vet hvilke oppgaver de selv skal utføre og hva de kan forvente av hverandre. Informantene ved tjenestekontoret i kommunene er også klare på hvilke tjenester som ligger innenfor/utenfor deres

ansvarsområde. Dette tyder på at innføring av et av Samhandlingsreformens sentrale virkemidler har bidratt til et bedre samarbeid og arbeidsdeling. Tilsvarende funn knyttet til forpliktende samarbeidsavtaler er også referert i andre studier (Riksrevisjonen 2015- 2016, Kommunesektorens organisasjon, 2014).

5.1.2 Koordinerende enhet – tydelig kontaktpunkt– mer flyt i samarbeid og informasjonsutveksling

Koordinerende enhet som kontaktpunkt for gjensidig informasjonsutveksling mellom sykehusenes og kommunene oppleves som synlig og godt etablert. Helsenettets Elektroniske meldingssystem – e-meldinger - brukes som primær informasjons og kommunikasjonskanal. Alle informantene (avdelingssjef, og sykepleierne) på sykehus og ved tjenestekontorene opplever at innføring av e-melding har bidratt til en mer effektiv og sikker samhandling mellom nivåene, noe som påpekes som en stor forbedring. Andre fordeler som trekkes frem er blant annet at sykepleierne nå slipper å bruke tid på å lete etter rett kontaktperson i kommunen, samt at når all informasjon ikke må sendes med en gang, frigjør dette tid til andre oppgaver. Saksbehandlerne ved tjenestekontorene opplever at muligheten til å fortløpende motta oppdaterte og dokumenterte helseopplysninger, samt selv sende nødvendig pasientinformasjon tilbake, bidrar til bedre samhandling og informasjonsflyt. Samtidig opplever flere av informantene at e-meldingen også har et forbedringspotensial. Informantene ved tjenestekontorene påpeker bl.a at nødvendige helseopplysninger og epikrise kan mangle ved utskrivning, noe som medfører en del ekstraarbeid. Det er også uenighet mellom sykehusene og enkelte av tjenestekontorene om hvor detaljert informasjonen som formidles skal være.

I tillegg til e- meldinger benyttes telefon hvis noe er uklart. Det foreligger oppdaterte telefonlister på begge sykehus med kontaktinformasjon over alle kommunenes koordinerende enheter i fylket, og kommunene har tilsvarende oversikt over alle sykehus i helseregionen. Ved begge sykehusenes slagenhet og kommunenes koordinerende enhet, gjennomføres det uformelle og formelle interne tverrfaglige møter der ulike faggrupper. I de to store kommunene gjennomføres det regelmessige direkte møter med sykehusets slagavdeling en gang i uken. I de øvrige to kommunene gjennomføres direkte møter ved behov.

Andre status og forskningsrapporter viser til tilsvarende funn knyttet til koordinerende enhet og bruka av e-melding som primær kommunikasjons- og informasjonskanal, både når det

gjelder hva som fungerer godt og oppleves som utfordrende Det vises her til Helsedirektoratets undersøkelse av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommuner (2010), Helsedirektoratets kartlegging av behandlings og tjenestetilbudet til personer som har diagnoser som er definert under begrepet hjernehelse (2016), Helsedirektoratets statusrapport hjernehelse (2017) for å nevne noen.

En oppsummering av informantenes opplevde erfaring om hvordan samhandlingen fungerer mellom sykehusets slagenhet og kommunenes koordinerende enhet, gir grunn til å anta at selv om det ikke fungerer optimalt på alle områder, så har innføring av Samhandlingsreformens lovpålagte virkemidler ført til et mer helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud med god samhandling mellom nivåene når det gjelder behov for videre kommunal rehabilitering i form av sykehjemsplass, hjemmesykepleie og/eller tekniske hjelpemidler. Et tett og forutsigbart samarbeid med formelle avtaler og prosedyrer, et klart ansvar- og oppgaveplassering, tydelig kontaktpunkt og fortløpende informasjonsutveksling er i overensstemmelse med det som i følge Samhandlingsreformen kjennetegner gode pasientforløp og bidrar til å redusere /forhindre brudd i behandlingsskjeden.

5.2 Pasientforløp der samhandlingsreformen ikke følges

I denne delen presenteres 6 overordnede kategorier som vi har trukket ut på basis av det som framkom av forskningsfunn i kapittel 4 resultat og drøfting:

- Manglende kapasitet og kompetanse
- Koordinerende tjeneste – uklart kontaktpunkt - svikt i kommunikasjon og informasjonsflyt
- Manglende formaliserte samarbeidsavtaler
- Manglende tverrfaglig samarbeid mellom helse og utdanningssektoren
- Lite rom for intensiv og evidensbasert behandling
- Det ideelle helhetlige pasientforløpet – ikke helhetlig før logoped er på plass

5.2.1 Manglende kapasitet og kompetanse

5.2.1.1 Sykehus –god kompetanse, men manglende kapasitet

Samtlige informanter ved de to sykehusene i vår studie opplever at logopedkompetansen ved sykehusene er god, men at kapasiteten er for lav og dermed ikke forenlig med de oppgaver som inngår og forventes utført i stillingen. Lav kapasitet innebærer at logopedene må prioritere mellom oppgaver, f.eks. må dysfagi (svelgvansker) prioriteres før afasi. Manglende logopedkapasitet kombinert med at pasientene skrives ut mye raskere enn tidligere - de fleste allerede etter 2-3 døgn – resulterer også i at de ikke får møtt alle pasientene før utskrivning, samt i liten grad får tid til å gjennomføre direkte behandling/oppfølging selv. Andre faggrupper må ta over/gjennomføre typiske logopedoppgaver i den grad det er mulig og de har kapasitet. På grunn av lav kapasitet får logopedene heller ikke deltatt på alle tverrfaglige møter der viktig informasjon utveksles.

Foreliggende informantopplysninger viser at lav logopedkapasitet har innvirkning på flere forhold/områder som har betydning for flyten i pasientforløpet. På grunn av lav kapasitet greier ikke logopedene å følge opp alle pasienter med kartlegging og videre forespeiling av tiltak, noe som igjen resulterer i manglende/mangelfull informasjon til kommunen vedrørende utskrivningsklare pasienter med behov for videre logopedoppfølging.

På bakgrunn av opplysninger om tidligere logopedkapasitet og historikk ved de to sykehusene, samt dagens stillingsprosent som innebærer at logopedene ikke er til stede hver dag og dermed ikke har mulighet til å delta på alle tverrfaglige møter, kan det se ut som at logopedene er lite synlig sammenlignet med andre faggrupper på sykehuset som f.eks. fysioterapeut og ergoterapeut. Manglende synlighet i fagmiljøet kan være en medvirkende årsak til at de interne henvisningsrutinene vedrørende behov for logopedkartlegging ikke fungerer optimalt – at enkelte av sykehuslegene glemmer å sende henvisninger til logopedene, noe også logopedene selv indirekte påpeker. Dette får konsekvenser for når i pasientforløpet logopedene kommer inn og hva hun rekker å gjennomføre av kartlegging, tiltak o.a. før pasienten skrives ut.

Tilsvarende funn knyttet til manglende kapasitet og kompetanse fremkommer også i andre status og forskningsrapporter. Når det gjelder logopedkompetanse blir den generelt sett vurdert som god i sykehus som har logoped, mens utfordringene knyttes til kapasiteten som er for lav (Helsedirektoratet 2016, Helsedirektoratet 2017).

I veileder for habilitering og rehabilitering (2015) påpekes det at robuste fagmiljøer er viktig for å videreutvikle kompetansen i spesialisthelsetjenestenes rehabiliteringstjeneste og for å gi pasienter/brukere et tilbud av høy faglig kvalitet. Våre funn tyder på at fagmiljøet ved slagavdelingen ved de to sykehusene er svekket som følge av for lav logopedkapasitet, og at dette fører til at det blir vanskelig å gi et tilbud med høy kvalitet til pasienten.

5.2.1.2 Kommunen – lav kapasitet og mangelfull kompetanse

Alle informantene i studien (sykehus og kommune) gir klart uttrykk for at logopedkapasiteten i kommunene er for lav til å dekke rehabiliteringsbehovet hos afasirammede. De to minste kommunene i vårt utvalg har ikke egen kommunal logoped og kapasiteten er også lav i de to andre kommunene. Begge sykehuslogopedene gir også uttrykk for at det er stor forskjell mellom kommunene ift. om de leier inn privatpraktiserende logoped når de selv mangler egen logoped eller den kommunale logopedkapasiteten ikke strekker til. Samtlige informanter med ansvar for koordinering av logopedrehabiliteringen i kommunene opplever at det i perioder kan være vanskelig med tilgang til privatpraktiserende logopeder. I de to store kommunene påpeker både logoped og de to administrativt ansvarlige at de i tillegg til egen utøvende logoped, er avhengig av å benytte privatpraktiserende logopeder for å kunne gi et godt tilbud. Flere av informantene mener også at manglende logopedkapasitet i kommunen må sees i sammenheng med kommunens økonomiske situasjon, og at pasienter med behov for afasirehabilitering nedprioriteres i forhold til andre grupper.

Konsekvensene av manglende kapasitet i kommunen medfører risiko for at pasienten må vente på oppstart av rehabiliteringstilbudet, mens manglende kompetanse kan resultere i at pasienten kanskje må ut av egen kommune for å motta tilbud. I verste fall risikere å ikke få noe tilbud. Funnene i vår studie vedrørende kapasitet og kompetansemangel i kommunen fremkommer også i andre undersøkelser. I Helsedirektoratets kartleggingsrapport (2016) vises det til at logopedi er et av fagområdene med størst kapasitetsmangel når det gjelder rehabilitering i kommunen. I likhet med våre funn påpekes det at kapasitetsutfordringene bl.a. fører til vanskelige prioriteringer mellom ulike pasient- og aldersgrupper.

5.2.1.3 Samlet oppsummering av funn

På grunn av mangel på tilgjengelig logopedkapasitet og kompetanse i de fire kommunene i vårt materiale, kan det vise seg å bli vanskelig å imøtekomme Samhandlingsreformens

sentrale mål om at hovedtyngden av rehabiliteringsinnsatsen skal skje i pasientens hjemkommune, samt at det skal være kontinuitet i tjenestene (Samhandlingsreformen 47, 2008-2009). Helse og tjenestelovens § 8-2 (2010-2011) vedrørende kommunenes ansvar for å tilrettelegge sine tjenester slik at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene, er heller ikke innfridd ut fra foreliggende opplysninger fra våre informanter.

En oppsummering av informantenes opplevde erfaringer når det gjelder hvilke konsekvenser manglende logopedkapasitet og kompetanse i sykehusene og i kommunene kan føre til for afasipasienter med behov for språklig behandling og rehabilitering, viser et pasientforløp som ikke samsvarer med det Samhandlingsreformen har identifisert som et godt pasientforløp. Målene i samhandlingsreformen om at pasientene skal møte en helhetlig helsetjeneste med tilstrekkelig kompetanse, preget av god samordning og kontinuitet blir i liten grad innfridd.

5.2.2 Koordinerende tjeneste – uklart kontaktpunkt - svikt i kommunikasjon og informasjonsflyt

Som det fremkom i kapittel fire, har alle kommunene i vår studie koordinerende enhet/tjeneste for helse- og omsorgstjenester og for rehabilitering på fagområdene fysioterapi og ergoterapi, der e-melding brukes som primær kommunikasjon-/ informasjonskanal mellom de to nivåene. Sykehuslogopedene og kommunenes administrative logopedtjeneste derimot, har ikke til gang til å bruke helsesektorens e-meldingssystem som informasjonskanal. Informasjonsutvekslingen mellom sykehuslogoped og kommune foregår primært ved bruk av brev, e-post og telefon.

Flertallet av informantene opplyser at det er vanskelig å vite hvem de skal kontakte for videre oppfølging og at det er lite synlig og kjent hvem som er administrativt ansvarlig for voksenrehabiliteringen i kommunene. Mye tid blir derfor brukt for å få avklart dette. Samtlige informanter ved kommunenes voksenopplæring oppgir også at de har lite eller ingen direkte kontakt med sykehuslogopedene i forbindelse med utskrivningsklare afasipasienter med behov for videre oppfølging. De mottar primært skriftlig informasjon i form av henvisninger fra fastlege og/eller pasienten selv, samt logopedrapporter. To av informantene ved voksenopplæringen i den ene store kommunen opplever henvisningene ofte mangler sentral informasjon, og mye tid går med til å oppspore pasienten noe som medfører at igangsetting av logopedtiltak forsinkes. I tillegg påpeker de samme informantene at rollen som administrativ

ansvarlig instans for voksenrehabiliteringen er lite kjent både i spesialisthelsetjenesten, internt i den kommunale administrasjonen på helseområdet og av pasienten selv. Dette har resultert i flere uheldige situasjoner, bl.a at flere instanser har mottatt samme henvisning og startet opp behandling på samme person.

Samtlige logopeder i studiene påpeker også at det er utfordrende at kommunene mangler oversikt over kommunal- og privatpraktiserende logopeder, samt hvilke tjenester de utfører. Når denne oversikten mangler blir det vanskelig for logopeden å utveksle informasjon, gi videre råd og veiledning ved behov til utøvende logopeder, samt kunne bistå pasienter/ pårørende med opplysninger om hvem som er tilgjengelig i kommunene når det gjelder oppfølging av afasirehabilitering. Også her går mye tid bort til leting, noe som igjen kan føre til forsinket oppstart av videre logopedrehabilitering for den enkelte pasient.

En oppsummering av informantenes erfaringer med informasjonsutveksling av informasjon mellom sykehus og kommune viser at manglende tilgang til bruk av e- meldingssystemet som primær informasjonskanal bidrar til en lite effektiv og sikker samhandling mellom tjenestenivåene og mellom tjenesteyterne på samme nivå. Lite effektiv informasjonsflyt øker risikoen for brudd i pasientforløpet, noe som også blir bekreftet av våre informanter. Selv om det ikke fremgår eksplisitt i vårt datamateriale er det nærliggende å anta at årsaken til manglende tilgang til e-meldingssystemet kan ha sammenheng med at logopedrehabiliteringen i kommunen, til forskjell fra f.eks. fysio- og ergoterapi tilhører et annet lovverk og sektor.

Informantopplysningene viser også at kommunenes administrative ansvarlige tjeneste for logopedrehabilitering er lite synlig og tilgjengelig, både for samarbeidspartnere og pasienter, samt at det heller ikke finnes noen oversikt/liste over tilgangen på utøvende logopeder i den enkelte kommune. Dette forsinker oppstart av logopedrehabiliteringen i kommunen og er dermed ikke forenlig med det som kjennetegner et godt pasientforløp i Samhandlingsreformen.

5.2.3 Manglende formaliserte/overordnede samarbeidsavtale

Det fremgår av informantopplysningene at det ikke er inngått formaliserte samarbeidsavtaler mellom sykehuslogopedene og kommunenes administrativt ansvarlige logopedrehabilitering som fordeler ansvar og oppgavefordelingen internt og mellom nivåene. Flere av informantene

gir uttrykk for at de er usikre på ansvar og oppgavefordelingen i forhold til hvem som skal gjøre hva, både mellom de to nivåene, og internt i kommunen. Rektor ved voksenopplæringen i den mellomstore kommunen opplever f.eks. at det er uklare linjer internt i kommunen når det gjelder hvem som har det faktiske ansvaret for videre oppfølging av afasirehabilitering. Usikkerheten knytter seg bl.a. til hvorvidt hun mottar alle logoped-rehabiliteringshenvisninger eller om andre er/ har vært involvert.

Utsagn fra både sykehuslogoped og utøvendelogoped i den ene store kommunen viser at manglende konkretisering av ansvar og oppgavefordeling mellom sykehus og kommune bidrar til usikkerhet mellom nivåene om jobben blir utført, f.eks. vedrørende om afasipasienter får den oppfølging de har krav på. Utøvende logoped i kommunen er for eksempel redd for at afasipasienter som ikke har blitt vurdert av sykehuslogoped ikke blir henvist til videre oppfølging i kommunen. Begge sykehuslogopedene gir også uttrykk for at det eksisterer lite skriftlige instruksjoner og prosedyrer når det gjelder innholdet logopedstillingen. Som det fremgikk av punktet over er det også i liten grad informasjonsutveksling og samarbeid mellom sykehuslogopedene og kommunenes administrative ansvarlige tjeneste for logopedrehabilitering når gjelder overføring av utskrivningsklare afasipasienter med behov for videre oppfølging i kommunen.

I følge Samhandlingsreformen skal lovpålagte forpliktende samarbeidsavtaler bidra til mer samordnede og likeverdige tjenester og utvikle en felles samhandlingskultur, som igjen vil bidra til et helhetlig pasientforløp. Opplysningene fra informantene i vårt datamateriale viser at det ikke er innført forpliktende samarbeidsavtaler mellom nivåene og internt i kommunene, noe som øker risikoen for brudd i forløpet og at afasipasienter ikke får den oppfølgingen de har krav på. Også her er det grunn til å tro at ulikt lovverk, kan være en medvirkende årsak til at Samhandlingsreformens lovpålagte plikt til å opprette formelle samarbeidsavtaler ikke er gjennomført når det gjelder logopedrehabilitering i kommunen.

5.2.4 Manglende tverrfaglig samarbeid mellom helse og utdanningssektoren

Ut fra Samhandlingsreformen er tverrfaglig samarbeid innen samme enhet og på tvers av sektorer, helt sentralt for å kunne tilby tilbakeførte pasienter med afasi et helhetlig tilbud (Samhandlingsreformen 47, 2008-2009).

I følge informantene i de to kommunene som ikke har ansatt kommunal logoped, er det ikke etablert rutiner for samarbeid med privatpraktiserende logopeder. Det er heller ikke tverrfaglig samarbeid med andre faggrupper i kommunen når det gjelder rehabilitering av afasipasienter. Voksenopplæringen i den ene store kommunen har imidlertid faste samarbeidsmøter mellom avdelingsleder og utøvende logoped en gang i uken. Det er også regelmessig kontakt mellom avdelingsleder og privatpraktiserende logopeder minimum en gang i måneden. Denne kontakten blir av avdelingsleder sett på som viktig ift. oppdateringer og for å sikre at ikke både kommunal og privatpraktiserende logoped starter behandling av samme pasient. Ved behov gjennomføres interne tverrfaglige samarbeidsmøter der spesialpedagoger/andre pedagoger, avdelingsleder og utøvende logoped deltar, noe som i følge avdelingsleder bidrar til å sikre et godt totaltilbud for pasienten. Samarbeidet mellom logoped og andre faggrupper gir også mulighet til økt treningsfrekvens for afasipasientene.

Når det gjelder tverrfaglig samarbeid på tvers av helse og utdanningssektoren oppgir samtlige informanter i voksenopplæringen og PP-tjenesten at de ikke har noen kontakt med kommunens koordinerende enhet for helse, pleie og omsorg, noe som også samsvarer med opplysninger fra saksbehandlerne ved gjeldende koordinerende enhet. Samtlige informanter ved voksenopplæringen, PP- tjenesten og noen av saksbehandlerne ved koordinerende enhet for helse, pleie og omsorg gir imidlertid klart uttrykk for at det er behov for tverrfaglig samarbeid for også å kunne gi afasipasienter et best mulig helhetlig rehabiliteringstilbud. I den ene store kommunen har voksenopplæringen flere ganger forsøkt å få til et tverrfaglig samarbeid med kommunens koordinerende enhet for helse, pleie og omsorg, men har ikke lykke med å få noen respons på forespørselen.

En samlet oppsummering av tverrfaglig samarbeid internt i de fire kommunene, viser at i kommunen der det er etablert faste regelmessige møter/kontakt med både privatpraktiserende og kommunal logoped, samt avholdes tverrfaglig møter ved behov, er dette med på å sikre afasipasienter et mer helhetlig rehabiliteringsforløp i overensstemmelse med Samhandlingsreformens intensjon.

Når det gjelder manglende samarbeid på tvers av helse- og utdanningssektoren, tyder dette på at tjenestene fortsatt er søyleorganisert. Opplysninger som fremkommer fra våre informanter gir grunn til å anta at koordinering av tjenester innen helsesektoren fungerer bra, men at når det kommer til koordinering av tjenester på tvers av sektorene er dette fortsatt ikke på plass,

det vil si at de i stor grad drives og ledes med sikte på at de selv skal yte gode tjenester (Samhandlingsreformen 47, 2008-2009). Frank Becker (2014) påpeker at dette bidrar til uklar ansvarsdeling mellom utdanning og helsesektoren, noe som kommer godt frem i vårt materiale der voksenopplæringen gjentatte ganger har forsøkt å opprette kontakt med kommunens tjenestekontor uten å lykkes. I følge Samhandlingsreformen er søyletenkning en av årsakene til manglende koordinering og samhandling og ikke forenlig med det som kjennetegner helhetlige pasientforløp.

Andre forskningsrapporter viser tilsvarende funn. I St. melding 26 (2014-2015) påpekes det at i kommunene er ulike faggrupper og tjenestene organisert hver for seg i egne organisatoriske enheter, og at dette er en viktig årsak til at tilbudet fremstår fragmentert for pasient/brukerne. Ofte mangler også et tverrfaglig samarbeid som kan sikre tidlig kartlegging av brukernes behov for behandling og oppfølging.

Samtlige av våre informanter ved kommunenes koordinerende enhet for helse, pleie og omsorg har entydig uttrykt at afasipasienters behov for videre logopedrehabilitering i kommunen ligger utenfor deres ansvarsområde. De har også opplyst at det ikke er noen form for tverrfaglig samarbeid med kommunenes utdanningssektor som er ansvarlig for kommunens logopedrehabilitering. Dette til tross for at det fremgår klart i veileder om rehabilitering og habilitering (2015) at det er helse- og omsorgstjenesten (koordinerende enhet) som har ansvaret for å legge til rette for samhandling med tjenesteytere i andre sektorer som f.eks. utdanning og oppvekst når pasient/bruker har behov for det. I følge Frank Becker (2014) skyldes dette at kommunens logopedrehabilitering tilhører et annet lovverk enn helsesektoren.

5.2.5 Praktisering av Opplæringslova - forsinker oppstart av logoped-behandling

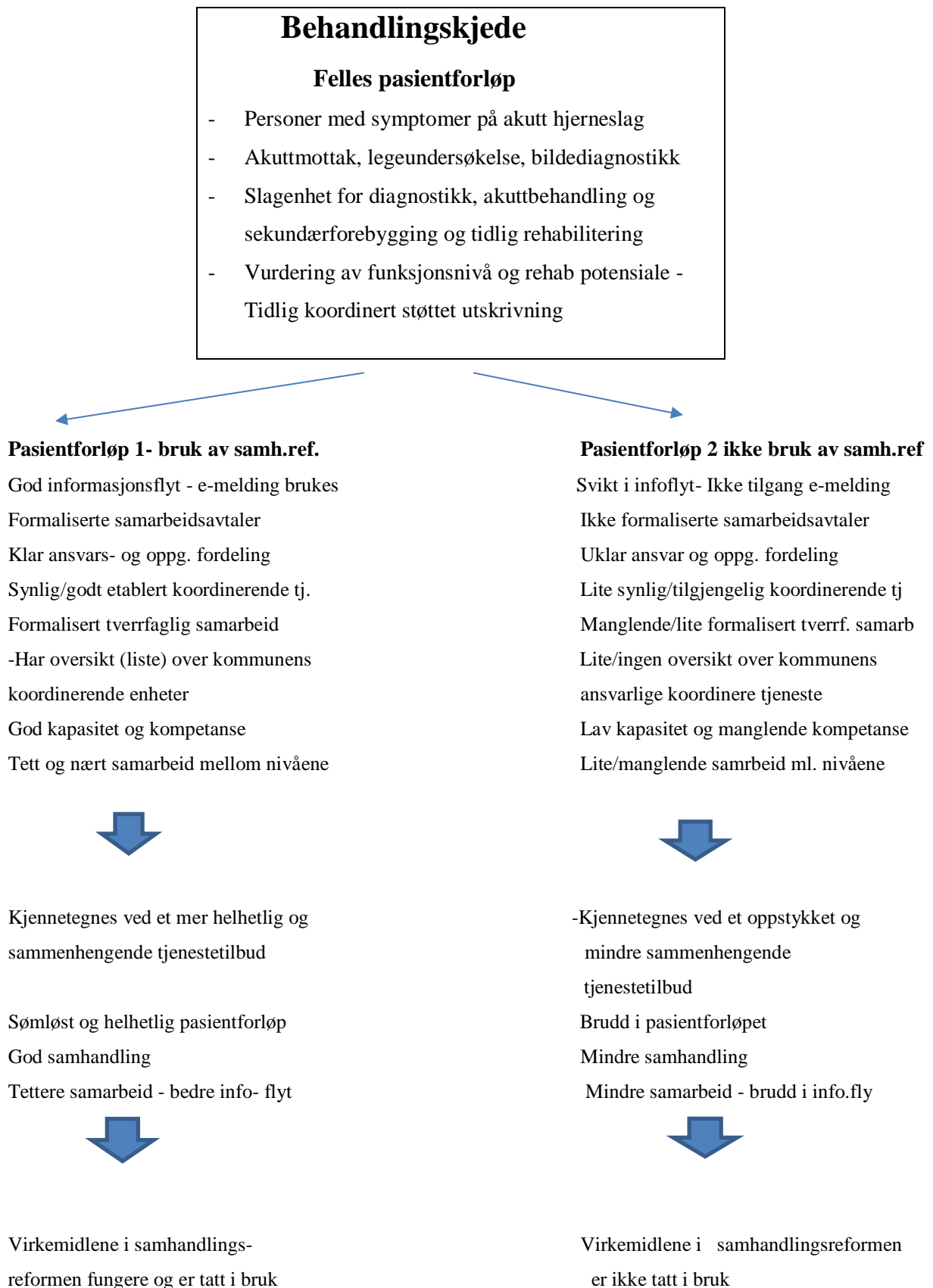
Det fremgår av informantenes opplysninger at det bare utarbeides sakkyndig vurdering vedrørende logopedrehabilitering i den ene av de to store kommunene som har utøvende kommunal logoped. Dette til tross for at det i Opplæringslova § 5-3, presiseres at det skal foreligge en sakkyndig vurdering før det fattes vedtak om spesialundervisning i form av logoped-rehabilitering/oppfølging. Avdelingsleder i voksenopplæringen begrunner dette med at Opplæringslovas krav til sakkyndig vurdering forsinker prosessen med igangsetting av

videre logopedoppfølging i kommunen, noe som ikke oppleves som etisk forsvarlig. Saksansvarlig logoped ved PP- tjenesten i den andre store kommunen opplever at utarbeiding av sakkyndig vurdering er dobbeltarbeid og unødvendig bruk av tid i de tilfeller det allerede er gjennomført kartlegging og utarbeidet logopedrapport på sykehuset, og at der dette ikke foreligger vil utøvende logoped i kommunen selv gjennomføre egen kartlegging. Erfaring med at sakkyndig vurdering forsinker oppstart av videre logopedrehabilitering i kommunen deles også av Frank Becker (2014) som hevder at afasipasienter risikerer å måtte vente i flere måneder før behandlingen kan starte opp. Dette viser at lovverket kan være en medvirkende årsak til at det blir brudd/svikt i pasientforløpet, jf. Samhandlingsreformen 47 (2008-2009)

5.2.6 Lite rom for intensiv og evidensbasert behandling

Som tidligere nevnt, viser nyere evidensbaserte effektstudier en sammenheng mellom intensitet, treningsmengde og effekt, og at språktrening over 5 timer pr. uke bør tilstrebes. Begge sykehuslogopedene og kommunal utøvende logoped i vårt materiale gir imidlertid klart uttrykk for at dette i liten grad lar seg realisere i praksis på grunn av den lave logopedkapasitet som også omfatter privatpraktiserende. Frank Becker (2014) fremhever også i sin artikkel at kun et fåtall pasienter får et slikt tilbud i dag. Han viser til at logopedtilbudet i slagenhetene i dag i stor grad begrenser seg til utredning av afasi, og at få rehabiliteringsavdelinger eller institusjoner har tilstrekkelige logopedressurser for den anbefalte treningsmengden. Ut fra foreliggende opplysninger fra informantene tyder dette på at anbefalingen i Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag blir vanskelig å gjennomføre på grunn av den lave kapasiteten. Konsekvensen av dette er at kvaliteten i rehabiliteringen forringes og at pasienten risikerer å måtte bruke lengre tid på å få tilbake språk og kommunikasjonsferdigheten. Dette øker risikoene for svikt i det helhetlige pasientforløpet som skal i følge Samhandlingsreformen skal sikre god behandlingskvalitet. På bakgrunn av kommunenes manglende mulighet til å følge opp språktreningen med tilstrekkelig og hyppig omfang, opplyser et flertall av sykehusinformantene at private spesialistrehabiliteringsforetak velges fremfor direkte tilbakeføring til hjemkommunen når pasientens samlet sett blir vurdert til å ha rehabiliteringspotensiale og ønsker dette selv. Dette fordi spesialistrehabiliteringen kan tilby tverrfaglig intensiv opptrening med høyere intensitet

5.2.7 Nedenfor presenteres en visuell oversikt over de to pasientforløpene:



6 Avslutning

Oppgavens overordnede mål har vært å besvare følgende problemstilling:

Hvordan blir utskrivningsklare slagpasienter med afasi fulgt opp i overgangen mellom sykehus og kommune og i den videre behandling/rehabilitering i kommunen i lys av Samhandlingsreformen?

Formålet med denne studien har vært å få en nærmere forståelse av praksis, det vil si hvordan samarbeidet mellom sykehus og kommune fungerer når det gjelder tilbakeføring av utskrivningsklare pasienter til kommunen, og hvordan kommunen organiserer og følger opp behovet for videre afasirehabilitering.

For å besvare vår problemstilling har vi benyttet en kvalitativ forskningstilnærming med semistrukturert intervju som metode. Vi har gjennomført intervju med 14 informanter tilhørende ulike faggrupper med arbeidssted på sykehus og i kommune. Resultatene vi satt igjen etter forskningsintervjuene har vi drøftet i lys av Samhandlingsreformen og relevante lover og regelverk, og på den måten forsøkt å besvare problemstillingen.

Oppsummering

Det viktigste funnet i vår undersøkelse er ulik praktisering av samhandlingsreformen når det gjelder overføring av afasipasienter med behov for videre oppfølging i kommunen.

Informantenes tilbakemeldinger på spørsmål om hvordan samhandlingen mellom kommune og sykehus fungerer (i overgangsfasen) når det gjelder behov for videre logopedrehabilitering avdekket to ulike pasientforløp, dvs. ulike samhandlingsprosedyrer basert på hvilke kommunale tjenester pasienten har behov for etter utskrivning.

Samhandlingsreformen brukes når pasienten har behov for institusjonsplass, hjemmesykepleie eller praktisk bistand.. I dette pasientforløpet er det inngått formaliserte samarbeidsavtaler mellom sykehus og kommune som regulerer ansvar og oppgavefordeling både internt og mellom nivåene. Det er en klar og tydelig ansvars og oppgavefordeling. Koordinerende enhet som kontaktpunkt for gjensidig informasjonsutveksling mellom sykehus og kommune oppleves som synlig og godt etablert. Elektronisk meldingssystem brukes som primær informasjonskanal og bidrar til god samhandling og informasjonsflyt mellom sykehus og kommune. Informantene opplever at innføringen av Samhandlingsreformen har ført til bedre

og tettere samarbeid mellom nivåene. Dette viser at innføring av Samhandlingsreformens virkemidler bidratt til et mer helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud, det vil si et godt pasientforløp.

Samhandlingsreformen brukes ikke når pasienten har behov for videre språk rehabilitering i kommunen. Det er ikke inngått formaliserte samarbeidsavtaler som regulerer oppgave og ansvarsfordelingen innad i kommunen og mellom sykehus og kommune, noe som bidrar til en usikker og uklar ansvars- og oppgavefordeling. Kommunens koordinerende tjeneste for logopedrehabilitering som kontaktpunkt for gjensidig informasjonsutveksling mellom sykehus og kommune og innad i kommunen oppleves som synlig og kjent. Manglende tilgang til Elektronisk- meldingssystem som informasjonskanal fører til en lite effektiv og sikker samhandling mellom tjenestenivåene. Mens logopedkompetansen oppleves som god på sykehuset og i de kommunene som har egen kommunal logoped, oppleves er logopedkapasiteten for lav/fraværende både i sykehus og kommune. Det er etablert et godt internt tverrfaglig samarbeid i den ene kommunen, mens tverrfaglig samarbeid mellom de koordinerende tjenestene/enhetene i utdanningssektoren og helsesektoren er totalt fraværende. Resultatet av manglende koordinering er at tjenestene ofte oppleves som uoversiktlige og fragmenterte både for pasient og aktører. Dette pasientforløpet bærer preg av å være lite helhetlig, lite samordnet, preget av lite kontinuitet. I følge Samhandlingsreformen er dette et pasientforløp med stor risiko for brudd på flere områder og i flere ledd.

En sammenstilling av de to pasientforløpene, viser at når det gjelder pasienter med behov for pleie- og omsorgstjenester der Samhandlingsreformen brukes, er mange av elementene i Samhandlingsreformens sentrale utviklingsmål på plass. Selv om det fortsatt er noen utfordringer, tyder funn på at pasientene møter en mer helhetlig helsetjeneste som er godt samordnet, preget av kontinuitet med mer helhetlige behandlingsskjeder og god behandlingsskvalitet. Når det gjelder afasipasienter med behov for videre logopedrehabilitering, er imidlertid risikoen stor for at det i løpet av pasientforløpet vil skje et brudd på et eller flere områder i behandlingsskjeden. Dette medfører at pasienten risikerer å ikke få den nødvendige rehabilitering han/hun har krav på. Dett viser at helsetilbudet ikke er likeverdig fordelt og at hvilken type vanske du har er avgjørende for hvilken tilbud du får.

Litteraturliste

Afasiforbundet (2017). *Rettigheter og ordninger*. Tilgjengelig fra: <http://www.afasi.no/Rettigheterr>

Bell, J. (2010). *Doing Your Reseaeruch Project: A guide for first- time researchers in education, health and social science*. Maldenhead. Open University Press

Becker, F. (2014). *Afasi- når systemet svikter minst like mye som språket*. Tidsskrift Norsk Legeforening nr. 4, 134, s. 390-391.

Berntsen, M. & Røste, I. (2010).” Vent litt, nå er det min tur!” Bruk av grupper i Afasirehabilitering. I: M. Lind, L. Haaland- Johansen, M.I.K. Knoph & Qvenild, E.(red): *Afasi – et praksisrettet perspektiv*. Oslo. Novus forlag

Brodal, Per (2013). *Sentralnervesystemet*. 5.utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Bogal. S. K., Teasell, R.& Speechley, M. (2003). Intensity of aphasia therapy. Impact on recovery. *Stroke*, 34 (4), 987-993. I: Lind, M.,Haaland- Johansen, L., Knoph,M.,I.,K., & Qvenild,E. (red),: *Afasi – et praksisrettet perspektiv*. Kap .1 Oslo. Novus forlag

Dalen, M. (2013). *Intervju som forskningsmetode- en kvalitativ tilnærming*. Oslo. Universitetsforlaget

Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011). FOR 2011-12-16-1256. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet (HOD) <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>

Forskrift om kommunal betaling, utskrivningsklare pasienter (2011). FOR-2011-11-18-1115. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet (HOD), <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-11-18-1115?q=forskrift%20om%20kommunal%20betaling>

Helsedirektoratet (2010). *Nasjonale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. Oslo. Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2010). *Perspektiver på god praksis – en undersøkelse av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommuner* Oslo. Rambøll

Helsedirektoratet (2011). *Veiviser- hvordan komme i gang med elektronisk Meldingsutveksling i kommunen*. Oslo. Helsedirektoratet. IS-1920

Helsedirektoratet (2015). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. Oslo. Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2016). *Kartlegging av behandlings- og tjenestetilbudet til personer som har diagnoser som er definert under begrepet hjernehelset*. Oslo. Rambøll

Helsedirektoratet (2017). *Statusrapport hjernehelset*. Oslo. Helsedirektoratet. IS-2588.

Helse- og omsorgsdepartementet (2010-2011). Prop.91 L. *Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven).*

Indredavik, B. (2007). En effektiv slagenhet- hva er det? Tidsskrift for Den norske lægeforsking, 127 (9) 12-14- 12-18. I: M. Lind, L. Haaland- Johansen, M.I.K. Knoph & Qvenild, E.(red): *Afasi – et praksisrettet perspektiv*. Oslo. Novus AS

Lov om folketrygd (folketrygdloven) (1997). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19>

Norsk hjerneslagregister <https://www.kvalitetsregistre.no/registers/norsk-hjerneslagregister>

Opplæringslova (1998) <https://lovdata.no/>

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. 2.utg. Oslo. Gyldendal Akademisk

Kvale, S. (1997). *Det kvalitative intervju*. Oslo. Gyldendal Ad Notam

Kommunesektorens organisasjon (2014) *Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak – etterlevs de? En undersøkelse av erfaringene i et utvalg kommuner og helseforetak*. KS FoU-prosjekt nr.:134017. Oslo. Deloitte AS

Krogstad, J. M. (2015). *Hva er ervervet hjerneskade*. 6.utg. KreSS Sunnaas. Konsis Grafisk AS

NOU 2005:3. *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*. Statens forvaltningstjeneste.

Ovenild, E., Haukeland, I., Haaland-Johansen, L., Knoph, M. I. K & Lind, M., (2010): Afasi og afasirehabilitering. I: M. Lind, L. Haaland- Johansen, M.I.K. Knoph & Qvenild, E.(red): *Afasi – et praksisrettet perspektiv*. Oslo. Novus AS

Papathanasiou, I., Coppens, P. og Potagas, C. (2013). *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. Burlington. Jones & Bartlett Learning. LLC

Robey, R. R. (1998). A meta-analysis of clinical outcomes in the treatment of aphasia. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 41 (1) 172- 187. I: Lind, M.,Haaland-Johansen, L., Knoph,M.,I.,K., & Qvenild,E. (red),): *Afasi – et praksisrettet perspektiv*. Kap 9. Oslo. Novus forlag

Riksrevisjonen (2015-2016). *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*. Dok. 3:5. Bergen. Fagbokforlaget AS

Samhandlingsavtale mellom Kommunene i Møre og Romsdal og Helse Møre og Romsdal HF (2015)

Stoller, S. (2010). En kasusstudie av afasi i tidlig fase. I: Lind, M., Haaland- Johansen, L., Knoph, M., I., K., & Qvenild, E. (red),): *Afasi – et praksisrettet perspektiv*. Kap 9. Oslo. Novus forlag

St. meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen – rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD).

St. meld. nr. 16 (2010-2011). *Nasjonal helse – og omsorgsplan 2011 – 2015*. Helse- og omsorgsdepartementet.

St. meld. nr. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse – en innføring i kvalitativ metode*. 2.utg. Bergen. Fagbokforlaget

Vedlegg

- Informasjonsskriv
- Samtykkeerklæring
- Intervjuguide helseforetak
- Intervjuguide kommune

Vedlegg 1

Forespørsel om å delta i en intervjustudie

Vi er to studenter ved NTNU i Trondheim som holder på med en masteroppgave i logopedi. Tema for oppgaven er: ” *Oppfølging av voksne slagpasienter med afasi i lys av samhandlingsreformen*”. Veiledere for studien er førsteamanuensis Julie Feilberg og Ellen Andenæs, institutt for språk og litteratur, NTNU.

Fokus er rettet mot utskrivningsklare pasienter i sykehus med behov for videre logoped-oppfølging og følgende to ledd i behandlings-/rehabiliteringskjeden:

1. Samhandling/samarbeid mellom kommune og sykehus i overgangen fra sykehus til kommune.
2. Kommunens videre oppfølging/rehabilitering.

Formålet med studien er å få en nærmere forståelse av praksis, det vil si hvordan samarbeidet mellom sykehus og kommune fungerer når det gjelder tilbakeføring av utskrivningsklare pasienter til kommunen, og hvordan kommunen organiserer og følger opp behovet for videre afasirehabilitering - hva fungerer godt og hva kan forbedres.

Vi ønsker å intervju de som har ansvaret for utskrivningsklare pasienter, både i kommunen og i sykehus. Å delta i studien vil innebære et intervju på 45 - 60 minutt. Dersom det er mulig, vil intervjuet foregå på arbeidsplassen din. Vi gjør lydopptak av intervjuet og alle opplysninger som samles inn blir behandlet konfidensielt. Når vi offentliggjør oppgaven, er deltagerne og datamateriell anonymisert. Alt materiale slettes når oppgaven er ferdig, innen juni 2017.

Studien er meldt til personvernforbundet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. Det er frivillig å delta i undersøkelsen og du kan når som helst trekke deg uten å oppgi noen grunn. Hvis du velger å trekke deg, sletter vi intervjuet.

Vi kontakter deg på telefon i løpet kort tid og håper du sier ja til å delta.

Ta gjerne kontakt med en av oss om du har spørsmål:

Ann Toril Brakstad tlf: 984 73 517 e-post: anne.brakstad@nesset.kommune.no

Wenche Brandal tlf: 412 16 794 e-post: webran@online.no

Med vennlig hilsen

.....
Ann Toril Brakstad

.....
Wenche Brandal

Vedlegg 2

Samtykkeerklæring:

Jeg.....har mottatt informasjon om studien ”*Oppfølging av voksne slagpasienter med afasi i lys av samhandlingsreformen*” og samtykker i å stille til intervju.

Sted.....Dato.....

Signatur.....Telefonnummer.....

Vedlegg 3

INTERVJUGUIDE – SPESIALISTHELSETJENESTEN - SYKEHUS

I. Innledende spørsmål –bakgrunnsinformasjon

1. Tittel, stilling, fagbakgrunn/utdannelse, rolle

II. Behandling av slagpasienter (med afasi) på sykehus

(Som vi nevnte innledningsvis ønsker vi å kartlegge hvordan samspeillet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten fungerer i praksis når det gjelder utskrivningsklare pasienter. For å få en best mulig forståelse/oversikt ønsker vi (først) å få et nærmere innblikk i hele pasientforløpet – dvs. hva som skjer i de ulike fasene før pasienten er utskrivningsklar - fra mottak til behandling/rehabilitering)

1. Mottak- akuttbehandling: Kan du fortelle/beskrive det videre handlingsforløpet/ prosedyrer fra dere mottar pasienten? (Hvis du vil kan du ta utgangspunkt i en pasient og beskrive pasientforløpet fra mottak –akuttbehandling - behandling-/rehabilitering - utskrivningsklar/tilbakeføring)

- jf. rutiner for diagnostikk, utredning, akuttbehandling, og tidlig innsettende rehabilitering, organisering av egne slagenhet?)
- **Samhandling/samarbeid/avtaler med kommunen i denne fasen** (ved behov for videre kommunale tiltak (afasi, ergo, fysioterapi). Innkalles kommunene til samarbeidsmøter? **Når kontakter sykehuset kommunen. Innhold i møtet?**
- Har sykehuset en egen kommunekontakt, dvs en som har ansvaret for å kontakte kommunen/følge opp/**informere** kommunen om pasientens status, behov, for videre oppfølging jf. logopedoppfølging, fysioterapi

2. Utskrivningsklare pasienter – planlegging og forberedende prosedyrer:

Hva gjør dere i forbindelse med utskrivningsklare pasienter - kan du beskrive sykehusets rutiner /prosedyrer i et typisk pasientforløp i denne fasen?

- Hva er din **arbeidsoppgave/ rolle** når det gjelder utskrivningsklare pasienter?
- Hvem **deltar** av sykehusets personale i denne fasen, hvilken **rolle** har den enkelte, **ansvar-oppgavefordeling?** Tverrfaglig team/**koordinerende enhet** – hvem deltar, rolle, ansvarfordeling mellom deltagerne
- Hvem har ansvar for å ta kontakt med kommunen (en eller flere – f.eks. lege, logoped, sykepleier?). Hvem tar sykehuset kontakt med i kommunen/Hvem er sykehusets kontaktperson i kommunen ved

utskrivning (en/flere?). Hvem har ansvaret for å informere kommunene om behov for videre logopedoppfølging / annen rehabilitering?

- Når- i hvilken fase i pasientforløpet tar sykehuset kontakt med en/flere i kommunen
- Har sykehuset oversikt over antall slagpasienter med afasi og behov for videre logopedoppfølging i kommunen?
- Videre **veiledning til kommunen/ oppfølging** av behandling etter 3mnd (hvem har ansvar for å følge opp?)

III. Utskriving - samarbeid sykehus og kommune

(samarbeid og planlegging for utskrivning og hjemreise for pasienter med behov for videre kommunale tjenester/ rehabilitering, bl.a. logopedoppfølging)

3. Kan du gi en nærmere beskrivelse av hvordan og hva dere samarbeider med kommunen om når det gjelder utskrivningsklare pasienter med afasi med behov for videre logopedoppfølging?

- Er det inngått **samhandlingsavtale** mellom sykehus og kommunene i M& R (jf. inngått samhandlingsavtale i 2015 vedr. ansvarsfordeling når det gjelder pasientforløp/behandlingslinjer for pasienter med hjerneslag). Kjenner alle aktuelle aktører til innholdet i avtalen - hvordan fungerer den i praksis? Brukes den i forbindelse med tilbakeføring av pasient til kommune, hvordan? Kjenner alle aktuelle aktører innholdet i avtalen?)
- Hva inneholder avtalen - hvordan fungerer den i praksis? Brukes den i forbindelse med tilbakeføring av pasient til kommune, hvordan?
- Samarbeid/avtaler med kommunen i denne fasen—hvem gjør hva, når. Innkalling til møter **tverrfaglige team/ koordinerende enhet**. Innhold i møtene
- **Ansvar og oppgavefordeling** på sykehuset – mellom sykehus og kommune: hvem gjør hva? Hvem på sykehuset har ansvar for å ta kontakt med kommunen (en eller flere – f.eks. lege, logoped, sykepleier?). Hvordan får kommunen beskjed. Hvem er sykehusets kontaktperson i kommunen ved utskrivning (en/flere?)
- **Informasjonsoverføring** mellom sykehus-kommune: Hvem informerer om hva, når, epikrise osv. Hvilken informasjon får kommunen vedr. behov for videre oppfølging. Hvordan informeres det- brukes f.eks. helsenett?
- **Veiledningsplikt til kommunen/oppfølging av pas. beh. etter 3 mnd:** Når, på hvilken måte, hva

4. Hvordan opplever du at samarbeidet/samhandlingen mellom sykehus og kommune fungerer når det gjelder utskrivning av afasipasienter med behov for videre oppfølging i kommunen – jf. samhandlingsreformens mål: et helhetlig pasientforløp – sikre fremtidig helse og omsorgstjeneste som både svarer til pasientens behov for koordinerte tjenester og som svarer til de økonomiske

utfordringene (kan du beskrive hvordan du opplever at samarbeidet fungerer mellom sykehus og kommune?)

- Hvar fungerer bra – hva kan gjøres bedre?
- Utfordringer?
- Er det ting som kunne vært gjort annerledes?
- Ansvars- oppgavefordeling – opplever du at sykehus og kommune har en klar og tydelig felles forståelse for hva som er sykehusets ansvar og hva som er kommunens ansvar når det gjelder behandling/rehabilitering av afasipasienter

5. Er det forskjell på samarbeidet mellom sykehuset og de ulike kommunene (store – små kommuner)? Hvis ja, kan du beskrive hva noen av forskjellene går ut på?

- Hvorfor forskjell, hva tenker du det skyldes?
- Er det noen kommuner dere samarbeider bedre med enn andre – hvis ja, årsak til det?

6. Hvordan vil du beskrive et godt/ideelt pasientforløp for pasienter med afasi når det gjelder overgang fra sykehus til kommune?

- Hvilke krav til samarbeid må være til stede for å få til et godt pasientforløp- hvordan fungerer det i dag?

7. Har det skjedd en endring i samarbeidet mellom sykehus og (aktuelle) kommunene etter innføring av samhandlingsreformen?

8. Er det forskjellige prosedyre knyttet til om pasienten har behov for opphold på privat spesialist rehabiliteringssenter eller kan tilbakeføres direkte til videre oppfølging i kommunen? (tar f.eks. sykehuset kontakt med kommunen når pasienten trenger opphold på spesialistrehab?) Hvis ja, fortell.

9. Samhandlingsreformen stiller krav til raskere tilbakeføring av pasienten til kommunen

- Hva er gj.snittlig liggedøgn på sykehus for slagpasienter i dag før utskriving til privat spesialistrehabilitering (eks. mork) eller tilbakeføring direkte til kommunen (hvordan var det tidligere)
- Hvilke konsekvenser har dette fått for sykehuset internt (tverrfaglig samarbeid, gjennomføring av rehabilitering, eks. logopedoppfølging på sykehus?)
- Hvilke konsekvenser har det fått for samarbeidet med kommunene?

IV. Avslutning/Oppsummering:

Da nærmer vi oss slutten på intervjuet, men før vi avslutter vil jeg bare forsikre meg om:

- Har jeg fått med meg alt - er noe jeg har glemt å spørre om eller som du tenker jeg burde spurt om?
- Er det noe mer du har lyst til å si?

Tusen takk for at du tok deg tid til å delta i intervjustudien 😊

Vedlegg 4

INTERVJUGUIDE – KOMMUNE (kommunehelsetjenesten)

I. Innledende spørsmål – bakgrunnsinformasjon

- Tittel, stilling, fagbakgrunn/utdannelse, rolle

II. Utskrivningsklare pasienter – samarbeid kommune og sykehus (overgang fra sykehus til kommune)

1. Hva gjør dere i forbindelse med utskrivningsklare pasienter (med behov for videre logopedoppfølging) – kan du beskrive et typisk pasientforløp (kommunens rutiner/prosedyrer)
 - Hva er din **arbeidsoppgave/ rolle** når det gjelder oppfølging av utskrivningsklare pasienter?
 - Hvem **deltar** fra kommunen i denne fasen, hvilken **rolle** har den enkelte, **ansvar-oppgavefordeling**? Tverrfaglig team/**koordinerende enhet** – hvem deltar (logoped?), rolle, ansvarfordeling mellom deltagerne
 - Når- i hvilken fase i pasientforløpet tar sykehuset kontakt med kommunen (er det typisk)
 - Hvem har ansvar for kontakten med sykehuset (en eller flere – f.eks. lege, logoped, sykepleier?). Hvem er sykehusets kontaktperson i kommunen ved utskrivning (en/flere?). Hvem informerer kommunen om behov for videre logopedoppfølging / annen rehabilitering?
 - Har kommunen oversikt over antall slagpasienter med afasi med behov for videre logopedoppfølging i kommunen?
2. Kan du gi en nærmere beskrivelse av hvordan og hva dere **samarbeider** med sykehuset om når det gjelder utskrivningsklare pasienter med afasi og behov for videre logopedoppfølging - hva samarbeides det om, hvordan og med hvem?
 - **Samarbeid/avtaler med sykehuset i denne fasen**—hvem gjør hva, når. Innkalling til møter **tverrfaglige team/ koordinerende enhet**. Innhold i møtene
 - Er det inngått **samhandlingsavtale** mellom sykehus og kommunene i M& R (jf. inngått samhandlingsavtale i 2015 vedr. ansvarsfordeling når det gjelder pasientforløp/behandlingslinjer for pasienter med hjerneslag). Kjenner alle aktuelle aktører til innholdet i avtalen - hvordan fungerer den i praksis? Brukes den i forbindelse med tilbakeføring av pasient til kommune, hvordan? Kjenner alle aktuelle aktører innholdet i avtalen?)
 - Ansvar **og oppgavefordeling** internt i kommunen – mellom kommune og sykehus: hvem gjør hva? Har dere en fast kontaktperson på sykehuset som kontakter dere? / Hvem på sykehuset har ansvar for å ta kontakt med kommunen (en eller flere – f.eks. lege, logoped, sykepleier?). Hvordan får kommunen beskjed. Hvem er sykehusets kontaktperson i kommunen ved utskrivning (en/flere?)

- **Informasjonsoverføring** mellom sykehus-kommune: Hvem informerer om hva, når, epikrise osv. Hvilken informasjon får kommunen vedr. behov for videre oppfølging. Hvordan informeres det- brukes f.eks. helsenet?
 - **Sykehusets veiledningsplikt til kommunen:** Når, på hvilken måte, hva (gjelder ift afasi)
3. Hvordan opplever du at samarbeidet mellom sykehus og kommune fungerer når det gjelder utskriving av afasipasienter med behov for videre oppfølging i kommunen
- Hvar fungerer bra – hva kan gjøres bedre?
 - Utfordringer?
 - Er det ting/noe som kunne vært gjort annerledes?
 - Ansvars- oppgavefordeling –opplever du at sykehus og kommune har en klar og tydelig felles forståelse for hva som er sykehusets ansvar og hva som er kommunens ansvar når det gjelder behandling/rehabilitering av afasipasienter (i overføringsfasen og videre oppfølging i komm.)
4. Er det forskjell på samarbeidet mellom kommunen og hvilket sykehus pasienten utskrives fra - hvis ja, kan du beskrive hva noen av forskjellene går ut på?
- Hvorfor forskjell, hva tenker du det skyldes?
 - Hvilket sykehus mottar kommunen flest pasienter fra – tilfeldig? Hvis ikke tilfeldig hva er årsaken til at flest pasienter kommer fra akkurat det sykehuset?
5. Hvordan vil du beskrive et godt/ideelt pasientforløp for slagpasienter med afasi når det gjelder overgang fra sykehus til kommune?
- Hvilke krav til samarbeid må være til stede for å få til et godt pasientforløp- hvordan fungerer det i dag?
6. Har det skjedd en endring av samarbeidet mellom kommunen og sykehus(ene) etter innføring av samhandlingsreformen?
- Hva har endret seg, fortell..... (pos./ neg)
7. Har kommunen forskjellige prosedyrer knyttet til om pasienten først har behov for opphold på privat spesialist rehabiliteringssenter eller kan direkte tilbakeføres til videre oppfølging i kommunen? (tar f.eks. sykehuset kontakt med kommunen når pasienten trenger opphold på spesialistrehab?) Hvis ja, fortell....

III Videre oppfølging/rehabilitering i kommunen

1. Kan du fortelle hvordan prosessen foregår fra pasienten er utskrevet og til han/hun får logopedbehandling i kommunen? /Kan du fortelle hva som skjer etter at pasienten er utskrevet (tilbakeført til kommunen) og til han/hun starter opp/får tilbud om logopedbehandling i kommunen? Hva gjør dere – hvem gjorde hva sist dere mottok en pasient med afasi etter hjerneslag

- Rutiner og prosedyrer, deltagelse - hvem gjør hva.
- Arbeid og oppgavefordeling i kommunen – koordinerende enhet/tverrfaglig team- hvem deltar (logoped med)? Hvordan organiserer kommunen oppfølgingen
- Hvem har ansvar for at pasienten får tilbud om logoped? ventetid- hvor raskt/lenge etter utskrivelse fra sykehus får pas. med afasi tilbud om logopedoppfølging? (er det forskjell på når logopedoppfølgingen starter opp vs. når f.eks. ergoterapi, fysioterpi starter opp- hvis ja, hvorfor??)
- Samhandling/samarbeid – avtaler med sykehuset i denne fasen (ved behov for videre kommunale tiltak afasi, ergo, fysioterapi)) med hvem- koordinerende enhet
- Har kommunene nok kompetanse jf. logped , til å dekke rehabiliteirngsbehovet til pasientene?

2. Kan du si noe om hvilket logopedtilbud kommunen har for pasienter med afasi som tilbakeføres direkte fra sykehus til kommune (med behov for videre logopedbehandling)

- Har kommunen kommunalt ansatt logoped?
Hvis ja, hvor jobber de ut i fra/hvordan er tjenesten organisert i kommunen (voksenopplæringen, PPT, kommunalt rehabiliteringssenter, sykehjem, andre kommunale institusjoner) administrativt organisert under? (Utdanningsetaten, helse- og omsorgsetaten, kombinasjon av disse, eller på en annen måte- hvilken?)
Hvis nei hvem er det som behandler afasirammede? Kjøper kommunen tjenester fra annen kommune, blir det gitt tilbud av privatpraktiserende logoped, finansieres logopediske tjenester fra Rikstrygdeverket, har kommunen interkommunalt samarbeid om logopedtjenesten

3. Hvordan sikrer kommunen at pasienten får et logopedtilbud han har rett/krav på

- Fattes det vedtak- hvem fatter vedtak? Sakkyndig vurdering etter opplæringsloven § 4A-2?
- Forskjell på dette ift om logopedtilbudet blir finansiert gjennom kommunen eller helfo
- Innhold, organisering, omfang – jf. evidensbaserte tiltak (gruppe, intensiv beh/høy frekvens) forskjell på kommunalt/privat logopedtilbud?
- Hvordan følger kommunen opp privatpraktiserende logopeder, jf. ovennevnte -innhold, organisering omfang etc. – har kommunen oversikt over hvor mange som får privat/kommunalt logopedtilbud?
- Hvilket lovverk følges – forskjell ift. om det er kommunalt/eller gj. helfo – helselovverket, oppl.l. begge?

4. Hvordan opplever du at afasirehabiliteringen i kommunen fungerer i praksis?

- Hvar fungerer bra – hva kan gjøres bedre?
- utfordringer?
- Er det ting/noe som kunne vært gjort annerledes?

IV. Avslutning/Oppsummering:

Da nærmer vi oss slutten på intervjuet, men før vi avslutter vil jeg bare forsikre meg om:

- Har jeg fått med meg alt - er det noe jeg har glemt å spørre om eller som du tenker jeg burde spurt om?
- Er det noe mer du har lyst til å si?

Tusen takk for at du tok deg tid til å delta i intervjustudien 😊